



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

MARIA LAURA SILVA GOMES

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO AMBULATÓRIO DE PESSÁRIO VAGINAL
PARA TRATAMENTO CONSERVADOR DO PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS

FORTALEZA-CE

2019

MARIA LAURA SILVA GOMES

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO AMBULATÓRIO DE PESSÁRIO VAGINAL PARA
TRATAMENTO CONSERVADOR DO PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde

Orientador: Profa. Dra. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos

FORTALEZA-CE

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

G615a Gomes, Maria Laura Silva.
Avaliação da qualidade do ambulatório de pessário vaginal para tratamento conservador do prolapso de órgãos pélvicos / Maria Laura Silva Gomes. – 2019.
108 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, , Fortaleza, 2019.
Orientação: Profª. Dra. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos.

1. Disfunções do Assoalho Pélvico. 2. Prolapso de Órgãos Pélvicos. 3. Tratamento Conservador. 4. Enfermagem. 5. Avaliação de Serviços de Saúde. I. Título.

CDD

MARIA LAURA SILVA GOMES

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO AMBULATÓRIO DE PESSÁRIO VAGINAL PARA
TRATAMENTO CONSERVADOR DO PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde

Orientador: Profa. Dra. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a. Dr.^a. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a. Dr.^a. Maria Helena Baena de Moraes Lopes
Universidade de Campinas (UNICAMP)

Prof.^a. Dr.^a. Roberta Meneses Oliveira
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus.

Aos meus pais, Conceição e Welis.

AGRADECIMENTOS

À Deus por mais essa conquista em minha vida.

Aos meus pais, Francisco Welis Gomes e Maria da Conceição da Silva Gomes, por sempre cuidarem de mim e me apoiarem em todas as etapas da minha vida. Todas as minhas conquistas até hoje eu devo a vocês.

Ao meu querido namorado, Yuri de Lima Rodrigues, que esteve comigo nesses últimos dois anos e que de forma especial me apoiou e me deu forças nos momentos mais difíceis. Obrigada pelo seu carinho, paciência e motivação.

À professora e orientadora, Dra. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos, pela grande motivação acadêmica e científica. Além disso, você é um exemplo de pessoa e profissional que eu quero seguir. Muito obrigada, também, por me acolher e colaborar nos momentos em que estivemos juntas. Agradeço também a todos os professores que tive contato na Universidade Federal do Ceará, vocês foram essenciais.

Aos meus colegas de Mestrado, que tornaram esse caminho menos árduo e mais feliz e me acompanharam em muitos estudos acadêmicos, sendo fundamentais para a realização deste trabalho.

Ao Grupo Interdisciplinar de Pesquisas sobre Saúde da Mulher & Assoalho Pélvico (GISMAP), que me proporcionou experiências e aprendizados únicos dentro da pós-graduação, além de contribuir para o meu crescimento pessoal e individual. Por isso agradeço aos professores e colegas que tive o prazer de trabalhar e conhecer nessa trajetória.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, que possibilitou a realização desse estudo, por meio do financiamento em formato de bolsa durante a pós-graduação, nível mestrado.

À equipe de Estomaterapia e do Ambulatório de Uroginecologia que me auxiliou durante o período de coleta de dados, tornando possível a realização desse trabalho.

Às mulheres atendidas no Ambulatório de Pessário que aceitaram voluntariamente participar desse estudo.

Meus sinceros agradecimentos a todos!

“A qualidade é como a beleza: difícil de definir,
mas que reconhecemos quando a vemos”
(adaptação Bennis, 1989 *apoud* Dehanov, 2013)

RESUMO

O pessário vaginal é um dispositivo utilizado como primeira linha de tratamento conservador do prolapso de órgãos pélvicos nos consensos internacionais. É tão eficaz quanto à cirurgia, com menor risco de complicações e poucas contra-indicações. Em Fortaleza, apenas em 2013 passou a compor o arsenal terapêutico para prolapso em um serviço de Uroginecologia de referência no estado do Ceará e, desde então, esse serviço nunca passou por uma avaliação de sua efetividade. Dessa forma, objetivou-se avaliar a qualidade do serviço de tratamento conservador do prolapso utilizando o pessário. Trata-se de um estudo avaliativo desenvolvido de junho a novembro de 2019, considerando os três elementos principais para processos avaliativos em saúde defendidos por Avedis Donabedian - estrutura, processo e resultados. Para o primeiro, as informações foram obtidas por meio de visita ao local. Em relação ao processo e resultado, através da consulta ao prontuário e aplicação de instrumentos de avaliação da satisfação das usuárias. Os instrumentos foram construídos e adaptados de outros estudos avaliativos e de critérios adotados pela gestão em saúde nacional. Para a avaliação da satisfação empregou-se, também, o *Service Performance* (SERVPEF), composto por 22 itens distribuídos em cinco domínios, e instrumentos nacionais de avaliação da qualidade de serviços. Os dados foram analisados por meio do Programa Statistical Package For Social Sciences (SPSS) versão 22.0, utilizando-se o Teste de Mann-Whitney para as variáveis intervalares, o Teste de Qui-Quadrado para as variáveis dicotômicas e a Razão de Verossimilhança para as variáveis categóricas. Identificou-se que o serviço possui uma estrutura em conformidade com o recomendado na literatura analisada. Sobre os aspectos referentes ao processo e resultado, obtiveram-se os seguintes percentuais de 170 participantes: 100% de aceitação, 72,9% de inserção exitosa e 56,5% de uso continuado, com tempo médio de uso, entre as mulheres que permanecem com o dispositivo, de $27,5 \pm 20,0$ meses; e, no grupo de desistência, de $11,4 \pm 14,7$ meses. Mulheres com índice de massa corporal ≥ 30 (OR: 4,74; 1,98 - 11,32) e mulheres sexualmente ativas (OR: 2,26; 1,47-4,91) são mais propensas a apresentar insucesso na inserção do pessário vaginal. Para a avaliação da satisfação das usuárias, participaram 74 mulheres que realizaram a testagem do pessário para a terapêutica conservadora de POP. Constatou-se que geralmente as mulheres esperam de 61 a 90 dias para marcar a primeira consulta no serviço, aguardam até 2 horas para serem atendidas, sentem-se seguras com a interação com os profissionais de saúde; e relatam que receberam informações de qualidade sobre os riscos e benefícios no momento de tomada de decisão. Ainda, as respondentes pontuaram que os profissionais confirmam o nome antes de iniciar a consulta, higienizam as mãos antes e após os procedimentos e tomam medidas de prevenção de quedas. A maioria dos domínios da avaliação da satisfação com o SERVPERF apresentou nível de qualidade elevada. Entre os pontos que precisam ser reavaliados pelo serviço, estão relacionados à necessidade de ampliação dos horários de atendimento e redução do tempo de espera por atendimento. Apesar de possuir apenas seis anos, o Ambulatório de Pessário oferta um serviço de qualidade com estrutura adequada, efetividade das ações ofertadas e satisfação das usuárias.

Palavras-chave: Prolapso de Órgãos Pélvicos; Tratamento Conservador; Pesquisas sobre Serviços de Saúde; Gestão da Qualidade Total; Satisfação do Paciente.

ABSTRACT

The vaginal pessary is a device used as the first conservative treatment line for pelvic organ prolapse in international consensus. It is as effective as surgery, with less risk of complications and few contraindications. In Fortaleza, only in 2013 did it become part of the therapeutic arsenal for prolapse in a reference Urogynecology service in the state of Ceará and, since then, this service has never undergone an evaluation of its effectiveness. Thus, the objective was to evaluate the quality of the conservative treatment service of the prolapse using the pessary. This is an evaluative study developed from June to November 2019, considering the three main elements for health evaluation processes defended by Avedis Donabedian - structure, process and results. For the first, the information was obtained through site visits. In relation to the process and result, through the consultation of the medical record and application of instruments to evaluate the users' satisfaction. The instruments were constructed and adapted from other evaluative studies and criteria adopted by the national health management. For the evaluation of satisfaction, Service Performance (SERVPEF) was also used, composed of 22 items distributed in five domains, and national instruments for assessing the quality of services. Data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences Program (SPSS) version 22.0, using the Mann-Whitney Test for interval variables, the Chi-Square Test for dichotomous variables and the Likelihood Ratio for women. categorical variables. It was identified that the service has a structure in accordance with that recommended in the analyzed literature. Regarding the aspects related to the process and result, the following percentages of 170 participants were obtained: 100% acceptance, 72.9% successful insertion and 56.5% continued use, with average use time, among women who remain with the device for 27.5 ± 20.0 months; and, in the dropout group, 11.4 ± 14.7 months. Women with body mass index ≥ 30 (OR: 4.74; 1.98 - 11.32) and sexually active women (OR: 2.26; 1.47-4.91) are more likely to experience failure to insert of the vaginal pessary. For the assessment of user satisfaction, 74 women participated in the study, who underwent testing the pessary for conservative POP therapy. It was found that women generally wait from 61 to 90 days to make the first appointment at the service, they wait up to 2 hours to be seen, they feel safe with the interaction with health professionals; and report that they received quality information about the risks and benefits at the time of decision making. Still, the respondents pointed out that the professionals confirm the name before starting the consultation, clean their hands before and after the procedures and take measures to prevent falls. Most of the areas for assessing satisfaction with SERVPERF had a high level of quality. Among the points that need to be reassessed by the service, are related to the need to expand the hours of service and reduce the waiting time for care. Despite being only six years old, the Pessary Ambulatory offers a quality service with an adequate structure, effectiveness of the actions offered and user satisfaction.

Keywords: Pelvic Organ Prolapse; Conservative treatment; Health Services Research; Total Quality Management; Patient Satisfaction.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	– Modelo gap de Qualidade dos Serviços de acordo com Parasumanan et al. (1985).....	31
Figura 2	– Etapas de Desenvolvimento do estudo.....	37
Figura 3	– Fluxograma de avaliação da mulher com POP sintomático com indicação terapêutica para pessário vaginal.....	45
Figura 4	– Fluxograma de consulta de inserção do pessário vaginal em mulheres com POP sintomático no Ambulatório de Pessário.....	46
Figura 5	– Fluxograma de consulta de seguimento do pessário vaginal em mulheres com POP sintomático no Ambulatório de Pessário.....	47
Figura 6	– Sala de espera por atendimento no estabelecimento de saúde.....	48
Figura 7	– Estrutura física da ilha 10 na instituição de saúde.....	49
Figura 8	– Segundo espaço de espera pelo atendimento no Ambulatório de Pessário.....	49
Figura 9	– Infraestrutura do consultório do Ambulatório de Pessário.....	50
Figura 10	– Estrutura para as consultas do Ambulatório de Pessário.....	50
Figura 11	– Insumos disponíveis no Ambulatório de Pessário.....	51
Figura 12	Fluxograma da inserção e avaliação das mulheres do encaminhamento ao ambulatório à avaliação da inserção do pessário. Fortaleza – CE, Brasil, 2019....	54
Figura 13	– Fluxograma do seguimento de mulheres com POP sintomático com inserção exitosa do pessário vaginal. Fortaleza-CE, Brasil, 2019.....	58
Figura 14	– Duração do uso de pessário vaginal em mulheres com inserção bem-sucedida (n=70)*. Fortaleza-CE, Brasil, 2019.....	58

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição da frequência absoluta e relativa do número final do dispositivo inserido nas mulheres no Ambulatório de Pessário (n=170). Fortaleza-CE, Brasil, 2019.....	56
Gráfico 2	– Duração do uso de pessário vaginal em mulheres com inserção bem-sucedida (n=70)*. Fortaleza-CE, Brasil, 2019.....	60
Gráfico 3	- Duração do uso de pessário vaginal em mulheres que desistiram (n=25)*. Fortaleza-CE, Brasil, 2019.....	61
Gráfico 4	– Frequência relativa do tempo de espera para marcar a primeira consulta no Ambulatório de Pessário (n=74). Fortaleza-CE, Brasil, 2019.....	62
Gráfico 5	- Frequência relativa da opinião das usuárias sobre o tempo de espera para marcar a primeira consulta no Ambulatório de Pessário (n=74). Fortaleza-CE, Brasil, 2019.....	62
Gráfico 6	- Frequência relativa do tempo de espera para ser atendido no Ambulatório de Pessário (n=74). Fortaleza-CE, Brasil, 2019.....	63
Gráfico 7	- Frequência relativa da opinião das usuárias do Ambulatório de Pessário sobre a o tempo de espera por atendimento no Ambulatório de Pessário (n=74). Fortaleza-CE, Brasil, 2019.....	63
Gráfico 8	– Frequência relativa do número de usuárias do Ambulatório de Pessário segundo opinião sobre a limpeza do ambiente, o atendimento da recepção e a sinalização do serviço (n=74). Fortaleza-CE, 2019.....	64
Gráfico 9	– Frequência relativa da opinião das usuárias do Ambulatório de Pessário sobre o atendimento da equipe de saúde (n=74). Fortaleza-CE, Brasil, 2019.	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Tamanho de pessário do tipo anel disponíveis no serviço. Fortaleza-CE, Brasil, 2019.....	52
Tabela 2	– Características sociodemográficas e clínicas das participantes do estudo. Fortaleza-CE, Brasil, 2019.....	53
Tabela 3	– Avaliação dos preditores de insucesso da inserção do pessário das mulheres que realizaram a inserção do pessário vaginal no Ambulatório. Fortaleza-CE, Brasil, 2019.....	55
Tabela 4	- Avaliação da presença de preditores de insucesso entre os grupos de sucesso e insucesso na inserção de mulheres que realizaram a inserção do pessário vaginal no Ambulatório de Pessário. Fortaleza-CE, Brasil, 2019.....	57
Tabela 5	– Regressão Logística das Variáveis Vida Sexual e Obesidade. Fortaleza-CE, Brasil, 2019.....	57
Tabela 6	- Fatores relacionados com a continuidade e a desistência do uso do pessário. Fortaleza-CE, Brasil, 2019.....	59
Tabela 7	– Avaliação da dimensão da tangibilidade sob a ótica das usuárias do Ambulatório de Pessário a partir do instrumento SERVPERF (n=74). Fortaleza-CE, 2019.....	66
Tabela 8	– Avaliação da dimensão da confiabilidade sob a ótica das usuárias do Ambulatório de Pessário a partir do instrumento SERVPERF (n=74). Fortaleza-CE, 2019.....	67
Tabela 9	– Avaliação da dimensão da capacidade de resposta sob a ótica das usuárias do Ambulatório de Pessário a partir do instrumento SERVPERF (n=74). Fortaleza-CE, 2019.	68
Tabela 10	– Avaliação da dimensão da Segurança sob a ótica das usuárias do Ambulatório de Pessário a partir do instrumento SERVPERF (n=74). Fortaleza-CE, 2019.....	69
Tabela 11	- Avaliação da dimensão da Empatia sob a ótica das usuárias do Ambulatório de Pessário a partir do instrumento SERVPERF (n=74). Fortaleza-CE, 2019....	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AUGS	<i>American Urogynecology Society</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DAP	Disfunções do Assoalho Pélvico
DP	Desvio Padrão
HGF	Hospital Geral de Fortaleza
IA	Incontinência Anal
ICS	<i>International Continence Society</i>
IF	Incontinência Fecal
IMC	Índice de Massa Corporal
IU	Incontinência Urinária
IUE	Incontinência Urinária de Esforço
IUM	Incontinência Urinária Mista
POP	Prolapso de Órgãos Pélvicos
POP-Q	<i>Pelvic Organ Prolapse Quantification</i>
SERQUAL	<i>Service Quality</i>
SERVPERF	<i>Service Performance</i>
SGS	<i>Society of Gynecologic Surgeons</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	OBJETIVOS.....	21
2.1	Objetivo Geral.....	21
2.2	Objetivos Específicos.....	21
3	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	22
4	MÉTODOS.....	34
4.1	Tipo de Estudo.....	34
4.2	Local do Estudo.....	34
4.3	População e Amostra	35
4.4	Coleta de Dados.....	36
4.5	Instrumento de Coleta de Dados	38
4.6	Análise de Dados	41
4.7	Aspectos Éticos da Pesquisa	42
5	RESULTADOS.....	44
6	DISCUSSÃO.....	71
7	CONCLUSÃO.....	82
	REFERÊNCIAS	84
	APÊNDICE A – TCLE DAS PARTICIPANTES.....	94
	APÊNDICE B – TERMO DO FIEL DEPOSITÁRIO.....	95
	APÊNDICE C – AUTORIZAÇÃO DO CHEFE DO SERVIÇO.....	96
	APÊNDICE D – PARECER COMITÊ DE ÉTICA I.....	97
	APÊNDICE E – PARECER COMITÊ DE ÉTICA II.....	98
	ANEXO A – PORTFÓLIO CLÍNICO DO SERVIÇO	99
	ANEXO B – PROTOCOLO DE CONSULTA PARA PACIENTES.....	101
	ANEXO C – PROTOCOLO PARA CONSULTA DE SEGUIMENTO PARA PACIENTES QUE UTILIZAM PESSÁRIO VAGINAL.....	103
	ANEXO D - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA DO AMBULATÓRIO DE PESSÁRIO VAGINAL.....	105
	ANEXO E - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO CLIENTE.....	107
	ANEXO F – ESCLA SERVEPERF PARA AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DO DESEMPENHO DO SERVIÇO.....	108

1 INTRODUÇÃO

As Disfunções do Assolho Pélvico (DAP) são um conjunto de condições clínicas relacionadas às alterações funcionais dos músculos, dos nervos e dos ligamentos do assolho pélvico, incluindo a Incontinência Urinária (UI), a Incontinência Fecal (IF), o Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP) e as Disfunções Sexuais (HAYLEN et al., 2010).

Até o ano de 2030, espera-se que a demanda por assistência de saúde para DAP em todas as faixas etárias aumente em até 35%, a qual está associada com o aumento da expectativa de vida e a elevação do índice de massa corpórea (IMC) (KIRBY; LUBER; MENEFEE, 2013). Dessa forma, as DAP representam um importante problema de saúde pública mundial (WU et al., 2014).

Dentre as DAP, destaca-se o POP que é definido como a descida do útero/cúpula, bexiga e cólon/reto em direção ao canal vaginal devido a perda do suporte anatômico. Quando sintomático, a mulher pode referir abaulamento ou sensação de pressão ou “bola” na região vaginal. Também pode estar associado a sintomas urinários, as queixas anorretais e as disfunções sexuais com repercussão na qualidade de vida das mulheres acometidas (HAYLEN et al., 2016; ABRAMS et al., 2017).

A literatura aponta que a ocorrência do POP é multifatorial e influenciada por fatores como gestação, partos vaginais, paridade, obesidade, cirurgias pélvicas anteriores (principalmente histerectomia), esforço excessivo repetido, envelhecimento, menopausa, disfunções intestinais e distúrbios na produção de tecido conjuntivo (ABRAMS et al., 2017; VERGELDT et al., 2015; WU et al., 2014; HORST et al., 2017). Outros fatores que contribuem para o desenvolvimento dessa condição clínica estão relacionados ao tabagismo, à presença de tosse crônica (ABRAMS et al., 2017; LI et al., 2018), ao baixo nível educacional e ao status econômico (WU et al., 2014).

De acordo com os estudos epidemiológicos, a população mais acometida pelo POP é composta por mulheres no período da pós-menopausa (WU et al., 2014; LI et al., 2018). Quanto às diferenças raciais, foi constatado que mulheres latinas e brancas possuem maior risco para referir sintomas pélvicos do que as mulheres afroamericanas (WHITCOMB et al., 2009). Por sua vez, essas informações epidemiológicas são difíceis de serem obtidas, uma vez que muitas mulheres escondem o problema ou o aceitam como consequência natural do envelhecimento ou dos partos vaginais (BIDMEAD; CARDOZO, 1998).

No contexto brasileiro, um estudo realizado com 432 mulheres atendidas em um hospital público no sul do país, 52% das participantes apresentavam algum dos estádios de POP,

dos quais os mais prevalentes na população estudada foram os estádios iniciais (HORST et al., 2017). Já em um dos hospitais de referência para o atendimento de mulheres com DAP no estado do Ceará, encontrou-se que 48,2% das mulheres relataram sensação de bola na vagina e 65,9% frouxidão vaginal. Quanto ao estadiamento por meio do Pelvic Organ Quantification System (POP-Q), observou-se que 58,8% das pacientes apresentavam prolapso estadio II, 14,1% estadio III e 2,4% estadio IV. A maioria das pacientes (55,3%) possuía defeitos da parede vaginal anterior (VASCONCELOS et al., 2013).

Nos estádios iniciais, o prolapso não representa uma situação de risco para a saúde dessas mulheres, contudo, interfere negativamente em diferentes domínios da qualidade de vida dessas mulheres, favorecendo a ocorrência de problemas nos âmbitos físico, psicológico, financeiro e da função sexual (ABRAMS et al., 2017; BEZERRA et al., 2014). Devido ao grande impacto na qualidade de vida, esperava-se que a busca por assistência à saúde fosse alta, porém ainda é defasada quando comparada aos dados de prevalência (HAGEN; THAKAR, 2011). Isso pode advir da existência de poucos serviços específicos para mulheres com DAP e dificuldades de encaminhamento oriundos da baixa oferta de atendimento.

Diante disso, a escolha do tratamento de POP depende da severidade e dos sintomas apresentados, além da preferência e das condições de saúde da mulher. Atualmente, as opções disponíveis são categorizadas em conservadoras e cirúrgicas (HAGEN; STRAK, 2011).

Apesar dos inegáveis avanços da cirurgia reconstrutiva pélvica, a eleição pelas opções não cirúrgicas como primeira escolha de tratamento é importante por causa da morbidade, mortalidade e taxa de falha (KO et al., 2011; KOW; SIFF; FERZANDI, 2016; TSO et al., 2018). Isso justifica que, sempre que possível, o tratamento do POP deve ser iniciado com a adoção de medidas conservadoras. Além de possuírem custo menor, serem eficazes na resolução das queixas, quando aplicadas de acordo com suas respectivas indicações, também são praticamente livres de complicações (O'DELL; ATNIP, 2012; ROBERT et al., 2013; PANMAN et al., 2017).

Desse modo, o tratamento conservador do prolapso é composto por intervenções físicas ou de estilo de vida e as intervenções mecânicas. As intervenções físicas incluem avaliação da musculatura do assoalho pélvico; e exercícios e reforço do músculo do assoalho pélvico contra aumento da pressão intra-abdominal. O treinamento da musculatura do assoalho pélvico (TMAP) envolve a contração dos músculos do assoalho pélvico, para melhorar a força, resistência e tempo de contrações e, finalmente, para melhor apoiar os órgãos pélvicos. Já as intervenções de estilo de vida incluem perda de peso, redução das atividades de esforço sobre o assoalho pélvico e tratamento da constipação (HAGEN; STARK, 2011).

Como tratamento conservador mecânico para o POP, o pessário trata-se de um

dispositivo de silicone disponibilizado em uma variedade de formas e tamanhos. Fornece suporte anatômico e pode ser utilizado como tratamento de escolha definitivo ou temporário, enquanto a paciente aguarda a cirurgia (KO et al., 2011; ROBERT et al., 2013). Além disso, possui reduzido índice de complicações, escassas contraindicações e efeitos colaterais (ABDOOL et al., 2011; CLEMONS et al., 2004; O'DELL; ATNIP, 2012; ABDULAZIZ, et al., 2015; LEKSKULCHAI; WANICHSETAKUL, 2015; ROBERT et al., 2013; COELHO; CASTRO; JULIATO, 2016).

Sua utilização continuada demonstra efeitos relacionados diretamente à mulher, como melhora imediata dos sintomas urinários e do prolapso, aumento da frequência e satisfação sexual, elevação dos escores de qualidade de vida e autoestima; assim como os relacionados ao tratamento, diminuição de custos e da fila de espera por procedimentos cirúrgicos (COELHO; CASTRO; JULIATO, 2016).

Embora haja relatos históricos sobre o tratamento com pessário demonstrado por Hipócrates em 400 anos antes de Cristo (GRIEBLING, 2016), somente nos últimos anos, sua utilização vem ganhando maior projeção pelos bons resultados. Seu uso é comum internacionalmente, com mais de 86% dos ginecologistas e quase 98% dos uroginecologistas americanos prescrevendo-os como primeira linha de tratamento do POP (POTT-GRINSTEIN; NEWCOMES, 2001). Além disso, é a opção escolhida por mulheres com POP sintomático como tratamento inicial nos EUA (ABDOOL et al., 2011; CLEMONS et al., 2004; LEKSKULCHAI; WANICHSETAKUL, 2015; O'DELL; ATNIP, 2012; DUENAS; MICELI, 2018; ROBERT et al., 2013).

Dentre os profissionais, descritos na literatura, que realizam assistência à mulher utilizando pessário tem-se enfermeiros, médicos e fisioterapeutas, com destaque para os enfermeiros. Estes profissionais são responsáveis por liderar os serviços de pessário (BUGGE; HAGEN; THAKAR, 2013). Além disso, alguns estudos apontam que ele é o profissional mais recomendado para acompanhar o processo de ensino aprendizagem e seguimento, realizando atividades de educação em saúde para favorecer a adesão e seguimento adequados, além de oferecer apoio e esclarecimento de dúvidas e preocupações (TSO et al., 2018)

Além de um profissional bem capacitado para conduzir a inserção adequada do pessário, ressalta-se que o sucesso do uso desse depende da inserção adequada e da satisfação da paciente em relação ao dispositivo (ROBERT et al., 2013). À despeito disso, existe uma tentativa por parte dos pesquisadores de investigar fatores preditores de sucesso e insucesso na inserção do dispositivo (YAMADA; MATSUBARA, 2011; MANCHANA, 2011), a fim de detectar precocemente as mulheres que seriam beneficiadas ou não com essa opção terapêutica.

Nesse contexto, encontra-se taxas diferenciadas de inserção exitosa, adesão e

seguimento adequado ao uso do pessário vaginal (LAMERS; BROEKMAN; MILANI, 2011; ROBERT et al., 2013; LEKSKULCHAI; WANICHSETAKUL, 2015; COELHO; CASTRO; JULIATO, 2016; DUENAS; MICELI, 2018) que podem estar associadas tanto às características individuais das pacientes (idade, escolaridade, apoio familiar, renda) (CLEMONS et al., 2004; ROBERT et al., 2013; KOW; SIFF; FERZANDI, 2016; PANMAN et al., 2017; CHEUNG et al., 2018; MAO et al., 2018), dos serviços (infraestrutura, acesso ao serviço, acesso ao dispositivo, intervalo entre consultas) e dos profissionais (presença de equipe interdisciplinar, protocolo assistencial, utilização de estratégias educativas, captação das pacientes faltosas, avaliação do impacto da utilização do dispositivo, manejo das complicações) (O'DELL; ATNIP, 2012; TSO et al., 2018).

Quanto a investigação das características individuais para a inserção e seguimento exitoso das mulheres em uso do pessário, evidencia-se na literatura inúmeros pesquisadores que se dedicam a esse problema (CLEMONS et al., 2004; ROBERT et al., 2013; KOW; SIFF; FERZANDI, 2016; PANMAN et al., 2017; CHEUNG et al., 2018; MAO et al., 2018). Por outro lado, em relação aos demais fatores, não foram encontrados estudos de avaliação dos serviços e nem da assistência profissional para que essas taxas de inserção exitosa, adesão e seguimento adequado ao uso do dispositivo possam ser comparadas entre as instituições. O que se tem são pesquisas isoladas que revelam ausência de protocolo para padronizar condutas em relação ao pessário, ausência de consenso na capacitação do profissional, intervalo de consultas e manejo de complicações diferenciadas (O'DELL et al., 2016).

É inegável a influência das características individuais nas taxas de sucesso e insucesso em relação ao uso do dispositivo, todavia, não são as únicas determinantes. Apenas a realização de uma avaliação que aborde todos esses aspectos poderá fornecer informações úteis sobre essa prática, a fim de decidir pela sua ampliação, modificação ou abandono (HARTZ, 1997; DONABEDIAN, 1988).

Em Fortaleza, Ceará, desde 2011, funciona um ambulatório de uroginecologia e DAP, como serviço de referência no Estado, com participação de equipe interdisciplinar composta por médico, enfermeiro e fisioterapeuta. Através da parceria entre esta instituição e a Universidade Federal do Ceará, foi criado e aprovado o projeto de extensão “Promoção da saúde de mulheres com disfunção do assoalho pélvico”, que subsidiou, em 2013, a implantação do serviço de pessário.

Nessa instituição, após a indicação médica do pessário, o enfermeiro conduz a avaliação, a inserção, as estratégias de ensino-aprendizagem e o seguimento dessas pacientes. A partir da constatação inicial de dificuldades na aceitação das mulheres em testar o dispositivo, a

equipe elaborou estratégias de ensino-aprendizagem para favorecer essa aceitação, obtendo êxito (BEZERRA, 2016). Além disso, a fim de padronizar as condutas realizadas no ambulatório, foi construído e validado um protocolo para utilização do pessário vaginal (CATUNDA et al, 2016). Por sua vez, ainda não foi realizada uma avaliação da qualidade do serviço prestado, com o intuito de ponderar se as atividades realizadas apresentam resultados satisfatórios no cuidado ofertado ou necessidade de modificações ou abandono de algumas atividades.

Para tanto, entre os pesquisadores na área de avaliação da qualidade de serviços de saúde, destaca-se os pressupostos de Avedis Donabedian (1988). Médico pioneiro na elaboração de uma padronização de investigação da avaliação da qualidade do cuidado dos serviços em saúde, baseados nos seguintes elementos: estrutura (recursos físicos, recursos humanos e materiais), processo (relação da interação entre os profissionais de saúde e o cliente, ou seja os cuidados reais que são prestados por qualquer profissional de saúde) e resultado (produto obtido a partir da estrutura disponível e os cuidados utilizados no serviço de saúde, refletindo no estado de saúde e na satisfação do cliente). Essas características supracitadas irão compor uma das dimensões de avaliação da qualidade: a efetividade, ou seja, o cuidado prestado pelo serviço culmina no resultado desejado (DONABEDIAN, 1988; BERWICK, 2020; CAMPBELL; ROLLAND; BLUETOW, 2000).

A propósito, a efetividade dos serviços de saúde depende da aplicação efetiva dos cuidados baseados nas necessidades do indivíduo ou coletividade, preferencialmente, fundamentados em evidências científicas que comprovem o vínculo processo e resultado; e em uma interação e comunicação adequada que culmine na satisfação do cliente sobre o cuidado prestado (DONABEDIAN, 1988; CAMPBELL; ROLLAND; BLUETOW, 2000).

Em relação ao âmbito brasileiro, os fundamentos legais do Sistema Único de Saúde (SUS) incluem, como uma das atribuições, o Planejamento, o Controle e a Avaliação das Ações e Serviços de Saúde. Nesse sentido, o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) foi reformulado em 2015, apontando a avaliação como um item primordial para o planejamento das ações de saúde com o objetivo de aperfeiçoar o cuidado prestado em todos os estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2015). Acrescenta-se também que a Lei Orgânica de Saúde 8080/90 dispõe, no artigo 15, as atribuições relacionadas com a avaliação e controle de serviços de saúde no âmbito nacional (BRASIL, 1990).

No contexto da gestão dos serviços de saúde, na sociedade contemporânea, o setor saúde foi um dos pilares afetados pelas inúmeras transformações em decorrência do crescimento tecnológicos e científico. Isso acarreta aumentos progressivos dos custos em saúde e complexidade do serviço prestado, somado ao aumento da exigência dos clientes que estão mais

informados e conscientes dos seus direitos. Dessa forma, as instituições de saúde têm o desafio constante de proporcionar um serviço com qualidade (BONACIM; ARAÚJO, 2011; VITURI; ÉVORA, 2015). Para tanto, é imprescindível a realização de estudos avaliativos com o intuito de garantir a qualidade dos serviços, utilizando medidas que permitam a definição, mensuração e análise dos problemas identificados e, por conseguinte, proposição de soluções (VECINA NETO; MALIK, 2016).

Isto posto, a avaliação pode ser definida como uma ferramenta gerencial que proporciona embasamento para as tomadas de decisão de forma mais racional e efetiva possível. Para isso, é necessário definir o objetivo da avaliação e conhecer o contexto e a organização do processo de trabalho do serviço a ser avaliado (NASCIMENTO et al., 2013).

Ademais, outros autores têm proposto distintas metodologias avaliativas, os quais consideram que, para avaliar a qualidade dos serviços oferecidos, precisa-se considerar a perspectiva do cliente. Baseado nesses pressupostos foram produzidos instrumentos que possibilitam mensurar a qualidade do serviço em diferentes contextos e sob a ótica do cliente e dos empregados (PARASURAMAN, ZEITHALM; BERRY, 1985; PENA et al., 2013). Reforçando essa ideia, alguns pesquisadores defendem que a qualidade do serviço está centrada na qualidade do produto e na satisfação do cliente (BRADY; CRONIN, 2001). Desse modo, entre os instrumentos disponíveis podemos destacar a escala *Service Performance* (SERVPERF), composta por 22 questões que abrangem as percepções dos usuários sobre o desempenho do serviço conforme as cinco dimensões da qualidade propostas por Parasuraman, Zeitham e Berry (1985): tangibilidade, confiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia (CRONIN; TAYLOR, 1992; SOLOMI; MIGUEL; ABACKERLI; 2005).

Vislumbrando a importância e relevância dos estudos avaliativos, o Sistema Único de Saúde aponta a necessidade realizar processos avaliativos rotineiramente nas instituições de saúde, servindo como ferramentas para subsidiar o planejamento e implementação das ações (BRASIL, 2015). Ainda, a avaliação mensura a satisfação dos usuários em relação ao serviço oferecido (DONABEDIAN, 1991). A partir desses estudos avaliativos pode-se melhorar a qualidade do cuidado prestado ao indivíduo, população e comunidade e influência da otimização dos gastos dos serviços de saúde.

Por meio da participação nas ações do projeto, enquanto aluna da graduação, e agora, da pós-graduação, é perceptível que o Ambulatório de Pessário conduz um trabalho que beneficia as mulheres com prolapso sintomático. Assim como a demanda do serviço tem aumentado com o decorrer dos anos. Ressalta-se que esse serviço nunca passou por um processo avaliativo desde a sua implementação em 2013. Diante do exposto, esse estudo tem o seguinte questionamento de

pesquisa: qual o nível da qualidade do Ambulatório de Pessário para tratamento conservador de prolapso de órgãos pélvicos, de acordo com a estrutura organizacional e física, os processos e trabalho e os resultados obtidos com as ações de saúde ofertadas?

Portanto, com essa investigação, espera-se identificar quais os principais indicadores de qualidade de acordo com os pressupostos de Donabedian – estrutura, processo e resultados. Ainda, pretende-se identificar o nível de qualidade do serviço de acordo com a satisfação do cliente e o proposto pelo PNASS. Desse modo, pode-se identificar as ações do serviço que precisam ser continuadas, modificadas e abonadas, com o intuito de fornecer um serviço de saúde de qualidade.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Avaliar a qualidade do serviço prestado de um ambulatório de pessário vaginal para tratamento conservador de prolapso de órgãos pélvicos.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar indicadores de estrutura no serviço;
- Mensurar a taxa de aceitação das mulheres com prolapso sintomático ao tratamento conservador com pessário;
- Verificar a taxa de sucesso e insucesso na inserção do dispositivo e os fatores relacionados;
- Identificar a taxa média de tentativas até a seleção do pessário ideal;
- Mensurar a taxa de seguimento das mulheres em uso continuado do pessário e fatores relacionados;
- Verificar o tempo médio de uso do pessário no grupo de uso continuado e desistência;
- Identificar o tempo médio necessário para as mulheres/cuidadores aprenderem a inserir e retirar o dispositivo.
- Mensurar a percepção do desempenho do serviço de acordo com a visão dos clientes.

3 REFERENCIAL TEORICO-METODOLÓGICO

Essa seção do trabalho foi elaborada para facilitar a compreensão do leitor acerca dos conceitos pertinentes de avaliação e qualidade dos serviços, tríade de avaliação proposto por Donabedian, avaliação da satisfação na ótica do cuidado e avaliação realizada pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) nos estabelecimentos de saúde brasileiros. Esses pontos são pertinentes para compreender e justificar o percurso metodológico utilizado nesse trabalho.

3.1 Avaliação dos Serviços de Saúde

A prática de avaliação de serviços surge após a Segunda Guerra Mundial em diferentes setores da sociedade, tais como saúde, educação, emprego, entre outros. Devido a redução do crescimento econômico e controle do Estado de programas públicos surge a necessidade de controle dos gastos, considerando o uso de intervenções mais efetivas para a resolução dos problemas da sociedade. Nesse sentido, são criadas instituições renomadas em diferentes países no mundo com o intuito de realização de avaliação de intervenções e/ou programas (HARTZ, 1997; NOVAES, 2004).

Na literatura analisada percebeu-se que existe uma diversidade de definições de avaliação. Hartz (1997) propõe que avaliar “consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”. Essa avaliação pode ocorrer pelo interesse em investigar se a intervenção atende a determinados critérios e normas ou então identificar a relação entre os elementos da intervenção seguindo o método científico (HARTZ, 1997). Acompanhando pela diversidade de conceitos para avaliação também foram definidos diferentes métodos para a avaliação dos serviços (UCHIMURA, 2002), visto que essas ações estão inseridas em contextos sociais complexos, envolvendo vários fatores do processo saúde-doença e relacionado com o ambiente (NOVAES, 2004).

Apesar do papel crucial na gestão dos serviços de saúde, ainda existe uma lacuna de estudos avaliativos na área da saúde (NOVAES, 2004; CONTANDRIOPOULOS, 2006; TANAKA, TAMAKI, 2012). Também devemos considerar, que com as inúmeras inovações tecnológicas disponíveis e a necessidade de controlar os gastos dos sistemas no mundo, reforça-se a relevância da avaliação, ressaltando que a tomada de decisão dos gestores seja pautada em evidências científicas, contribuindo para uma escolha mais racional (CONTANDRIOPOULOS, 2006). Mesmo que a literatura analisada seja de mais de dez anos atrás, podemos ponderar a

importância dessas investigações, especialmente, no contexto político e econômico vivenciado pelo sistema de saúde brasileiro.

Para usufruir dos benefícios da avaliação é primordial torná-la uma ação cotidiana e que envolva a coletividade, visto que muitas vezes quando os problemas ocorrem exigem uma tomada de decisão rápida por parte dos gestores e ainda estão inseridos em um contexto altamente complexo. Destaca-se que os resultados da avaliação não culminam necessariamente em uma decisão, mas contribuem para o processo de julgamento (TANAKA, TAMAKI, 2012). Ademais, uma boa avaliação realiza-se a partir do levantamento das falhas do cuidado prestado com isso, fornecendo dados para o seu aprimoramento (DONABEDIAN, 1988; 1991; 2003).

Desta forma, destaca-se a necessidade de realização de avaliação de serviços, como o proposto nessa pesquisa, a fim de se ter um diagnóstico situacional e, a partir dos elementos identificados, pensar em formas de prestar o cuidado com mais qualidade. Por isso, há que se discutir, mesmo que brevemente, como avaliar a qualidade de um serviço.

3.2 Qualidade dos serviços de saúde

O conceito de qualidade, como um processo inerente ao ser humano, relacionado à busca da perfeição, surgiu no contexto industrial, impulsionado por pesquisadores norte-americanos, envolvendo questões sobre o aperfeiçoamento dos produtos e serviços (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Vários autores propuseram diferentes maneiras de implementação, manutenção e avaliação da qualidade, bem como ao processo de conceituação de qualidade, que pouco a pouco foi atingindo outros setores (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006). Cada conceito de qualidade considerou diferentes questões que podem ser observadas e participantes envolvidos na assistência do serviço. Nesse contexto, Vuori (1991) afirma que a qualidade está correlacionada com alguns pontos desejáveis na assistência de saúde, entre eles podemos citar: efetividade, eficiência, equidade, aceitabilidade e adequabilidade. Ainda, ao realizar a avaliação da qualidade deve-se ponderar quem a define e quem seria o beneficiário.

A qualidade pode ser compreendida como um processo dinâmico de otimização do serviço prestado, por meio da identificação das falhas e pontos favoráveis, culminando no aprimoramento do serviço envolvendo o compromisso e a educação de todos os prestadores participantes do processo (FADEL; REGIS FILHO, 2009).

Para o *Institute of Medicine* (IOM) da Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos da América, qualidade é o “grau com que os serviços de saúde, voltados para cuidar de pacientes individuais ou de populações, aumentam a chance de produzir os resultados desejados

e são consistentes com o conhecimento profissional atual”. (BAKER, 2001). Nessas circunstâncias, espera-se que o cuidado gere um benefício refletindo as considerações de satisfação e bem-estar do cliente; estado geral de saúde do indivíduo; qualidade de vida e a interação do cliente e o prestador do serviço/ profissional de saúde (CAMPBELL; ROLAND; BUETOW, 2000); BAKER, 2001).

Esse comitê realizou um levantamento de 100 definições sobre qualidade e organizou em dimensões os principais conceitos comuns dessas definições analisadas. Essas dimensões são (CAMPBELL; ROLAND; BUETOW, 2000):

- a. escala ou nível da qualidade;
- b. natureza da instituição que está sendo avaliada;
- c. a quem se destina o serviço;
- d. metas de assistência à saúde;
- e. risco *versus* benefício;
- f. aspectos dos benefícios;
- g. função e responsabilidade do cliente;
- h. estado do conhecimento científicos e tecnológico;
- i. competência técnica dos prestadores do serviço (profissionais de saúde);
- j. habilidades interpessoais dos profissionais;
- k. acessibilidade;
- l. aceitabilidade;
- m. disponibilidade dos recursos;
- n. padrões de atendimento;
- o. circunstâncias do consumidor do serviço;
- p. informações documentadas nos registros;
- q. continuidade, gerenciamento e coordenação;
- r. declaração da finalidade da qualidade.

Sabe-se que o conceito de qualidade tem um aspecto multidimensional, o qual sofre modificações ao longo do tempo. Nessa perspectiva, em 2001, a IOM publicou o relatório “*Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*” (BAKER, 2001) e passou a incorporar “segurança do paciente” como um dos seis atributos, conceituados no Quadro 1, para assegurar e melhorar a qualidade do cuidado em saúde, os quais são: a efetividade, a centralidade no paciente, a oportunidade do cuidado, a eficiência e a equidade (BERWICK, 2002; BRASIL, 2014).

Quadro 1. Definições dos atributos da qualidade de acordo com Donabedian (1988).

Atributos	Definição
<i>Segurança</i>	Evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los.
<i>Efetividade</i>	Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão (evita subutilização e sobreutilização, respectivamente).
<i>Cuidado centrado no paciente</i>	Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, e que assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas. Respeito às necessidades de informação de cada paciente.
<i>Oportunidade</i>	Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado.
<i>Eficiência</i>	Cuidado sem desperdício, incluindo aquele associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.
<i>Equidade</i>	Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.

Fonte: BRASIL, 2014, p.6.

Assim como no mercado globalizado, o setor saúde tem recebido exigências da população por um serviço prestado com qualidade, permitindo acesso às consultas, procedimentos e exames com o menor período possível. Por isso, alguns investigadores afirmam sobre a necessidade de avaliação do julgamento do usuário acerca do serviço (SAMPAIO, 2011). Ademais, um serviço de qualidade não deve apenas realizar diagnóstico e tratar doenças, mas também evitar o surgimento de agravos de saúde (STARFIELD, 2002).

Na conjuntura de necessidade de redução dos gastos, reorientação de novas políticas e modernização das formas de trabalho com o intuito de aumentar o desempenho nas instituições, começam a surgir as primeiras iniciativas para otimizar a eficiência e realçar a importância das investigações acerca da avaliação da qualidade dos serviços. Sendo essa uma das principais preocupações dos gestores dos serviços de saúde. Além dos fatores citados anteriormente, existem outros que impulsionam a relevância da investigação da qualidade, tais como a

humanização da assistência, disponibilidade limitada dos recursos disponibilizados pelo Estado para operacionalização das atividades assistenciais e a necessidade de garantia de acesso à saúde (TRAVASSOS; NOVAES, 2004).

Avedis Donabedian, um dos pesquisadores pioneiros na avaliação da qualidade no contexto da saúde, médico libanês, que realizou diversos estudos de grande importância sobre sistemas de gestão na medicina, incentivando os gestores e profissionais de saúde a repensarem suas práticas, culminando em uma assistência de saúde aprimorada, é considerado o “pai da qualidade na área da saúde”, devido às suas contribuições.

Para Donabedian (1988), a definição de qualidade inicia-se a partir de três dimensões: estrutura, processo e resultado. A estrutura envolve os recursos físicos (insumos materiais e/ou tecnologias disponíveis, equipamentos), humanos e financeiros necessários para a viabilização do serviço prestado.

Já o processo, refere-se à execução das atividades e da dinâmica operacional estabelecida nas relações entre os profissionais de saúde e clientes, envolvendo diagnóstico, tratamento e os aspectos éticos da relação profissional, equipe de saúde e paciente (DONABEDIAN, 1988).

Enquanto o resultado corresponde ao produto obtido a partir da assistência prestada, envolvendo não apenas o impacto no estado de saúde e melhoria da função psicológica e social, mas também a satisfação e expectativas do usuário em relação ao cuidado prestado (DONABEDIAN, 1988).

Quando avaliadas separadamente cada uma dessas dimensões tornam-se insuficientes e falhas. Segundo o pesquisador, o processo é a abordagem que melhor define a avaliação do cuidado prestado, enquanto o resultado reflete a associação dos elementos do cuidado, refletindo em uma avaliação indireta do cuidado. Também, a estrutura influencia no processo e no resultado obtido. Portanto, a melhor estratégia de avaliação da qualidade envolve a seleção de um conjunto de indicadores representativos das três abordagens (DONABEDIAN, 1988; 1992; PORTELA, 2000).

A avaliação da qualidade permite identificar as informações em relação ao que precisa melhorar e sobre o que funciona adequadamente, subsidiando, com dados mensuráveis, o processo de tomada de decisão dos estabelecimentos de saúde (PORTELA, 2000). Para tanto, torna-se imprescindível a elaboração de indicadores de qualidade em saúde. Estes podem ser conceituados como critérios utilizados para julgar e comparar a adequação, benefícios, efeitos adversos e custos de tecnologias, serviços ou programas de saúde, assim como de procedimentos específicos da assistência de saúde (DONABEDIAN, 1988; REIS, 1995; PORTELA, 2000).

Ressalta-se a importância de englobar diferentes ângulos do procedimento ou serviço que está sendo avaliado, pois um resultado negativo pode estar relacionado com falhas inerentes ao serviço ou ser uma mera fatalidade (PORTELA, 2000).

Donabedian, também, é responsável por descrever os sete pilares da qualidade do setor saúde: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Embora esses pilares tenham sido propostos a quatro décadas atrás, sua aplicabilidade ainda é relevante nos serviços de saúde atualmente (DONABEDIAN, 1991; PORTELA, 2000). No Quadro 2, estão dispostas as definições dos setes pilares sugerido pelo autor.

Quadro 2. Definição dos Sete Pilares de Qualidade de acordo com Donabedian (1991).

Pilar	Definição
<i>Eficácia</i>	Capacidade de proporcionar um atendimento ideal de um indivíduo, incluindo a melhor estrutura física, equipamentos adequados, reações satisfatórias dos usuários e os melhores serviços. Com o intuito de alcançar a melhoria das condições de saúde e bem-estar do indivíduo.
<i>Efetividade</i>	Refere-se a melhora real do tratamento do cliente utilizando os recursos disponíveis, os quais nem sempre são os mais apropriados.
<i>Eficiência</i>	Consiste em proporcionar o melhor cuidado ao cliente utilizando a menor quantidade de recurso possível
<i>Otimização</i>	Trata-se em reduzir os custos relacionados ao cuidado, sem influenciar na evolução de melhora do cliente, ou seja, refere-se a busca de melhor aplicabilidade dos recursos disponíveis obtendo-se resultados similares.
<i>Aceitabilidade</i>	Está associado a adaptação do usuário ao cuidado indicado, envolvendo as expectativas desse e dos seus familiares e cuidadores em relação a terapêutica recebida. Este conceito relaciona-se com a efetividade, custo e benefício e efeitos do tratamento relação médico-paciente
<i>Legitimidade</i>	Conformidade com as preferências sociais no que se refere aos aspectos anteriormente mencionados.
<i>Equidade</i>	Imparcialidade na distribuição dos cuidados e de seus benefícios entre os sujeitos da sociedade

Fonte: Adaptado de Donabedian (1991).

Ao considerar que um serviço é prestado buscando atender as necessidades do cliente, nada melhor que o beneficiado desse cuidado para apontar quais os aspectos positivos e

as falhas dos serviços e produtos de saúde consumidos por eles. Pode ocorrer do gestor em saúde ou profissionais pensarem que determinado serviço pode impactar nas condições de saúde do indivíduo ou coletividade, por sua vez, não atente as expectativas desses. Portanto, a satisfação do usuário tem sido apontada como altamente relevante nos estudos (TANAKA; MELO, 2004).

3.3 Satisfação do Usuário como indicador de qualidade

A satisfação do usuário pode ser definida como o grau de congruência entre as expectativas e percepções do cliente. Com a participação do controle social nas ações de saúde, a satisfação do usuário passou a ser ponderada com mais ênfase na avaliação dos serviços de saúde no Brasil (OLIVEIRA, SIPIR, 2006; ROCHA, TREVISAN, 2009).

Ao considerar o julgamento do usuário sobre os serviços de saúde torna-se possível estruturar e operacionalizar um processo de organização de trabalho baseado nas expectativas e percepções do usuário, aprimorando cada vez as boas práticas em saúde conforme as necessidades dos consumidores (OLIVEIRA, SIPIR, 2006; ROCHA, TREVISAN, 2009).

No entanto, existem alguns fatores que podem influenciar na avaliação do usuário a respeito do serviço. Savassi (2010) aponta os fatores principais que podem determinar a satisfação do cliente, os quais envolvem características inerentes ao cliente, ao profissional e características do serviço:

- características dos pacientes (sociodemográficas; expectativas; estados de saúde);
- características dos profissionais (personalidade, qualidade técnica e perfil);
- aspectos relacionados a interação profissional-usuário;
- fatores estruturais;
- fatores ambientais.

Assim, a percepção dos usuários sobre os serviços de saúde permite avaliar sua relação com o profissional durante o atendimento e a satisfação do atendimento (OLIVEIRA, SIPIR, 2006; ROCHA, TREVISAN, 2009).

Existem algumas metodologias para avaliação da satisfação do usuário, entre elas temos aquela proposta por Parasuraman, Zeithmal e Berry (1992). Durante o desenvolvimento dos seus estudos, os pesquisadores obtiveram que os usuários são influenciados pelas dimensões do processo e resultados para a avaliação da qualidade dos serviços (PENA et al, 2013).

Pensando em operacionalizar o construto da satisfação do usuário, inicialmente foi

desenvolvido a escala psicométrica Service Quality (SERVQUAL), com o intuito de elaborar um instrumento capaz de mensurar a qualidade funcional dos prestadores de serviço (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988). Para a construção desse instrumento utilizou-se do paradigma da desconfirmação elaborado por Oliver (1980), o qual afirma que os usuários têm expectativas em relação ao desempenho das características dos produtos antes da aquisição desses, confirmando ou não o desempenho esperado pelos clientes. Após a compra, o usuário pode ter as suas expectativas atendidas, superadas ou obter um resultado negativo (FARIAS; SANTOS, 2000).

Ressalta-se que inicialmente, esses instrumentos de avaliação da qualidade foram criados para serem utilizados na área de marketing. Com o passar dos anos, foi passando por adaptações e sendo aplicado em diversas áreas que prestam serviços, inclusive na área da saúde (CASTELLANOS, 2002; HERCOS; BEREZOVSKY, 2006; ARROYO, 2007). Desta forma, esses instrumentos podem ser utilizados como meio para diagnosticar pontos positivos e falhas na qualidade dos serviços prestados por uma determinada instituição, promovendo o aprimoramento desses.

Atualmente essa escala possui cinco dimensões de avaliação da qualidade dos serviços:

- a) Confiabilidade: refere-se à capacidade de prestar o serviço prometido de modo confiável e com precisão;
- b) Tangibilidade: diz respeito a aparência física de instalações, equipamentos, recursos humanos e materiais para comunicação e interação com os usuários;
- c) Sensibilidade: está relacionada à disposição para ajudar o cliente e proporcionar um serviço adequado;
- d) Segurança: refere-se à disposição para ajudar o usuário e proporcionar um serviço de forma reconfortante e eficaz;
- e) Empatia: está relacionada com a atenção direcionada as particularidades de cada usuário.

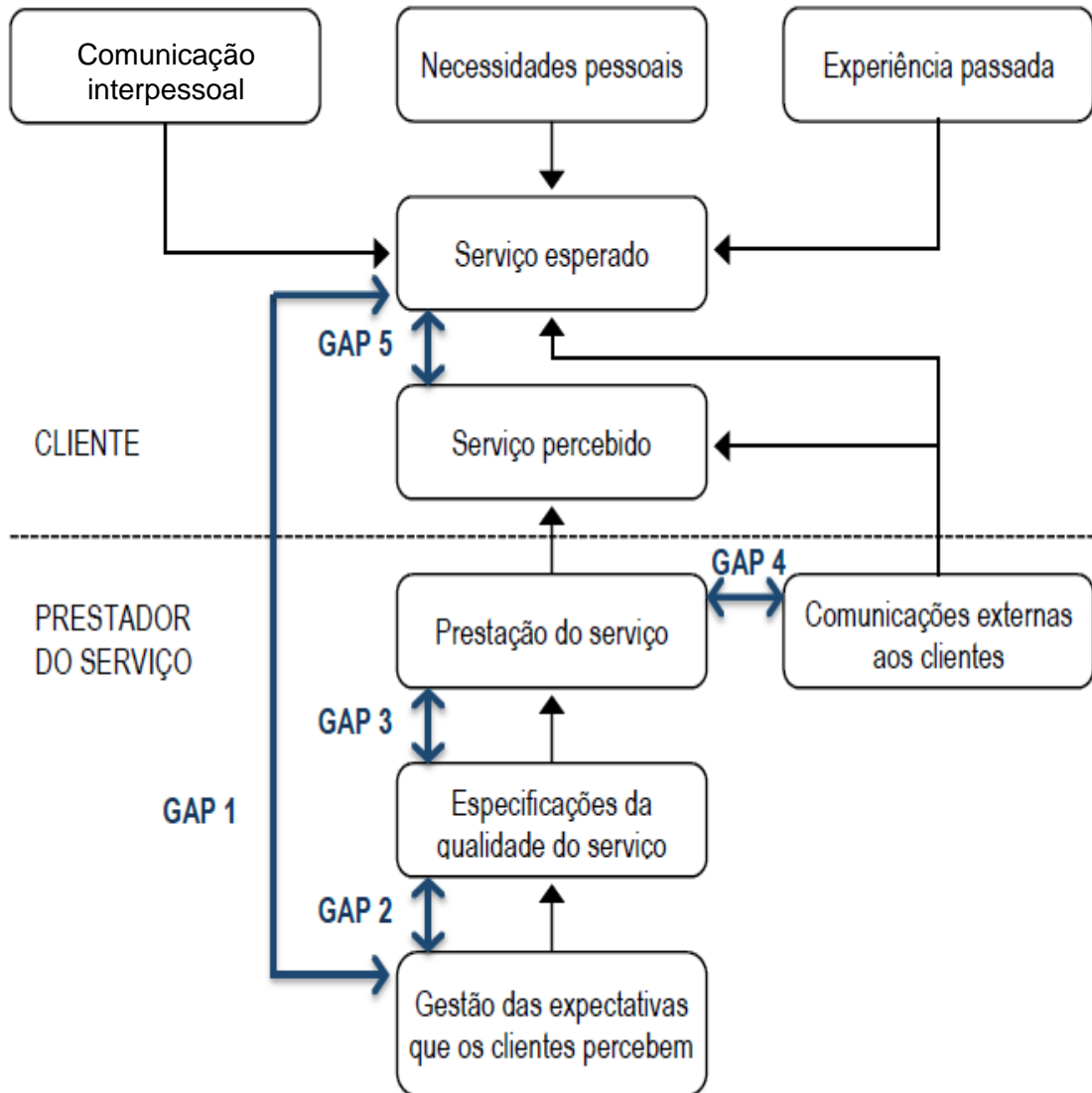
Estudos têm evidenciado que a confiabilidade como a dimensão mais relevante na avaliação da qualidade dos serviços sob a ótica do usuário, sendo que a dimensão menos relevante é a tangibilidade (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985; PENA et al, 2013).

Quando as expectativas dos usuários são maiores que desempenho efetivamente alcançado em relação a uma determinada característica surgem as lacunas ou *gaps*. Essas lacunas consistem em limitações que dificultam que os usuários percebam o serviço ou produto como de alta qualidade (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1991; SALOMI; MIGUEL;

ABAKERLI, 2005; PENA et al, 2013), conceituadas abaixo e ilustrada na Figura 1.

- a) *Gap 1* – a discrepância entre a expectativa do cliente e a percepção gerencial sobre essa expectativa, ou seja, os gestores desconhecem aquilo que os usuários esperam receber.
- b) *Gap 2* – compreende a diferença entre a percepção da gerência e as especificações da qualidade do serviço: Diferentemente do anterior, nesse os gestores conhecem as expectativas do cliente, por sua vez, existe a limitação dos recursos de infraestrutura, econômico e humano, ou mesmo sobre a falta de compromisso dos gestores em oferecer um serviço de qualidades aos seus clientes;
- c) *Gap 3* – consiste na diferença entre as especificações de qualidade do serviço e o que é realmente é fornecido ao cliente.
- d) *Gap 4* – refere-se a discrepância entre a prestação do serviço do que realmente pode ser oferecido e a promessa divulgada pelos meios de comunicação externa: essa lacuna está relacionada as falhas no processo de comunicação entre os clientes e a instituição prestadora do serviço, podendo gerar insegurança quanto ao serviço oferecido e, conseqüentemente, impactando na percepção da qualidade do serviço;
- e) *Gap 5* – consiste na diferença entre o serviço percebido e o serviço prestado, estabelecido em função dos quatro gaps anteriores, ou seja, é o julgamento final do cliente em função da qualidade do serviço. Quando não são constatadas lacunas nos gaps anteriores, isso significa dizer que as expectativas dos clientes foram atendidas ou até mesmo excedidas, caracterizando o serviço como de qualidade em sua visão geral.

Figura 1. Modelo *gap* adaptado de Qualidade dos Serviços de acordo com Parasumanan et al. (1985).



Fonte: (adaptação de Parasuraman *et al.*, 1985)

Fonte: Salomi, Miguel, Abackerli (2005).

Por meio dessas lacunas, os autores construíram um instrumento composto por 44 questões em relação a opinião do cliente, sendo que 22 afirmativas são relacionadas às expectativas e as demais questões direcionadas ao julgamento do usuário em relação ao serviço prestado. Para avaliação das afirmativas do instrumento, utilizou-se uma escala do tipo Likert contendo sete pontos, variando do número 1, que se refere ao “discordo totalmente”, e ao número 7, “concordo totalmente” (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2005; SALOMI; MIGUEL; ABACKERLI, 2005; SOUTO; CORREIA-NETO, 2017).

Alguns pesquisadores afirmam que as expectativas do usuário já podem estar inseridas na percepção do usuário (DUTRA, 2001). Pensando nisso que Cronin e Taylor (1992), criaram uma escala de mensuração da qualidade de serviços chamado *Service Performance* (SERVPERF). Essa escala considera as premissas da qualidade total, envolvendo no processo avaliativo os resultados obtidos, os atores envolvidos e o processo de trabalho do serviço (ZEITHAML; BITNER; GREMLER, 2014).

A escala SERVPERF possui a mesma estrutura da SERVQUAL, incluindo apenas as afirmativas referentes à percepção do usuário. Composta por 22 itens e cada qual utiliza a escala do tipo Likert de 7 pontos, variando do número 1 que se refere ao “discordo totalmente” e o número 7 “concordo totalmente”. Desse modo, essa escala requer menor período para a sua aplicação e, conseqüentemente, menor custo (SOUTO; CORREIA-NETO, 2017). Aliás, esse instrumento apresenta os melhores índices de confiabilidade quando comparado a escala SERVQUAL (SALOMI, MIGUEL, ABACKERLI, 2005).

Esse instrumento de avaliação da qualidade relacionado à percepção dos usuários tem sido utilizado nas investigações na área da saúde como pode ser identificado nos estudos de Dehanov (2013), Leite (2013), Cerioli et al. (2014) e Pedrosa (2015).

Assim como no mundo, no Brasil também ocorreram movimentações que impulsionaram a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, orquestrado pelas profundas modificações advindas da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), necessidade de controle do recurso financeiro de programas, políticas e estabelecimentos prestadores e serviços no âmbito nacional. Além de considerar que com a Constituição de 1988, foi instituído o controle social no sistema de saúde. Na próxima seção, é apresentado a participação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de saúde na avaliação de desempenho da qualidade dos serviços de saúde, sejam públicos, privados ou instituições filantrópicas.

3.4 Papel do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde na avaliação da qualidade dos serviços de saúde

O serviço público é um dos maiores prestadores de serviço de saúde no Brasil. Autores têm apontado que esses serviços têm modificado sua forma de organização e funcionamento, com o objetivo de reformular os estabelecimentos de saúde em busca de melhoria das condições de saúde dos indivíduos e coletividade (LADEIRA; SONZA; BERTE, 2012).

Diversas bases jurídicas brasileiras têm contribuído para impulsionar a avaliação dos serviços de saúde como um item primordial para garantia dos princípios e diretrizes do Sistema

Único de Saúde (Constituição Federal de 1988; Leis Orgânicas de Saúde, decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011).

Assim, em 2004, foi criado o Plano Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), o qual origina-se do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH). A criação do PNASS foi motivada pelo propósito de avaliar todos os estabelecimentos de atenção especializada em saúde, ambulatoriais e hospitalares, financiados por programas, políticas e incentivos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015).

No processo avaliativo do PNASS, considera-se as seguintes dimensões: estrutura, processo, resultado, produção do cuidado, gerenciamento de risco e a satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido. Para isso, utiliza-se três instrumentos: roteiro de itens de verificação; questionário dirigido aos usuários e conjunto de indicadores (BRASIL, 2015).

No primeiro instrumento, que diz respeito ao roteiro de itens de verificação, avalia-se os critérios qualitativos relacionados a gestão organizacional, apoio técnico e logístico para a produção do cuidado, gestão da atenção à saúde e do cuidado, serviços específicos e unidades oncológicas (BRASIL, 2015).

Quanto a avaliação do questionário dirigido aos usuários, observa-se que o PNASS propõe a avaliação da satisfação dos usuários, a respeito da assistência recebida nos serviços de saúde que recebem recursos financeiros do Ministério da Saúde. Para tanto, utiliza-se um questionário composto por questões fechadas (BRASIL, 2015).

Já o instrumento relacionado ao conjunto de indicadores, verifica quais os resultados obtidos nesses serviços que devem ser alimentados nos bancos de dados ou sistemas de informação (BRASIL, 2015).

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, com componentes descritivos e analíticos. Atualmente, existe uma pluralidade de conceitos e métodos para realizar um processo avaliativo, sendo que elas dependem dos objetos de investigação e das circunstâncias. Então, podemos conceituar a avaliação como uma aplicação sistemática de diversas estratégias metodológicas com o objetivo de julgar sobre as características e resultados de uma intervenção ou um programa. Destaca-se que essa forma de valoração tem o intuito de fornecer informações para auxiliar na tomada de decisão, contribuindo para a melhoria ou julgamento de uma dada intervenção em saúde/programa (HARTZ, 1997; POLIT *et al.*, 2011).

Nesse contexto, para avaliação da qualidade do serviço de pessário vaginal utilizou-se o referencial teórico proposto por Avedis Donabedian (1980; 1988), composto dos seguintes elementos: estrutura, processo e resultados. O primeiro elemento diz respeito às características estruturais, insumos materiais e/ou tecnologias disponíveis, recursos humanos e recursos financeiros disponíveis para viabilização do serviço. Quanto ao processo, refere-se à execução das atividades e da dinâmica operacional estabelecida nas relações entre os profissionais de saúde e pacientes. Por fim, os resultados consistem no produto obtido a partir da assistência prestada, envolvendo não apenas o impacto no estado de saúde e melhoria da função psicológica e social, mas também a satisfação e expectativas do usuário em relação ao cuidado prestado.

4.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado no Ambulatório de Pessário do Hospital Geral de Fortaleza (HGF). Essa instituição é o maior hospital público da rede estadual da capital do estado do Ceará, considerado referência para o atendimento de procedimentos de alta complexidade em 33 especialidades e 64 subespecialidades. São realizados mensalmente cerca de 600 cirurgias eletivas, 210 mil exames de imagem, 8 mil exames laboratoriais e 19 mil consultas. Além disso, o local é um dos maiores centros de treinamento do país, reconhecido como hospital de ensino multiprofissional pela portaria interministerial dos Ministérios da Saúde e da Educação (GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ, 2012).

O ambulatório escolhido conta com uma equipe multiprofissional para o atendimento de mulheres com disfunções do assoalho pélvico, sendo composta por um médico uroginecologista

e enfermeiras estomaterapeutas. Esse serviço foi selecionado para o desenvolvimento do estudo, visto que é o pioneiro do estado do Ceará na oferta do tratamento conservador do prolapso utilizando o pessário vaginal.

Além disso, não existem registros de estudos avaliativos sobre estrutura, processo e avaliação da assistência direcionada a inserção e seguimento do pessário vaginal nem no local, nem no Brasil, reforçando o caráter inovador desse estudo.

4.3 População e Amostra

Esse estudo foi realizado em três etapas, ocorrendo a avaliação de cada um dos seguintes elementos: estrutura, processo e resultado.

Em relação a primeira, **avaliação da estrutura**, foram verificados os elementos do local, com o intuito de identificar os recursos físicos e humanos e insumos do ambulatório.

Sobre a **avaliação do processo e dos resultados**, foram coletadas as informações provenientes dos prontuários e documentos específicos do serviço (portfólios) e aplicação de instrumentos para avaliação da satisfação de mulheres atendidas, entre os anos de 2013 e 2019, no ambulatório de uroginecologia para utilização do pessário vaginal como tratamento conservador de POP.

Para essas fases, foram incluídas nesse estudo todas as mulheres com diagnóstico de prolapso de órgãos pélvicos encaminhadas pelo médico para avaliação do uso do pessário vaginal como tratamento conservador definitivo ou provisório.

Para a avaliação da satisfação das pacientes sobre o serviço prestado no ambulatório de Pessário, foi realizado o cálculo amostral foi realizado utilizando-se a fórmula para estudos com amostras finitas (ARANGO, 2005), descrita abaixo:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q + (N - 1) \cdot E^2}$$

Onde:

n = tamanho da amostra

$Z\alpha^2$ = nível de significância escolhido, expresso em número de desvio padrão

p = prevalência do agravo de saúde

q = complementar da prevalência (1-p)

N = tamanho da população

E^2 = nível de precisão

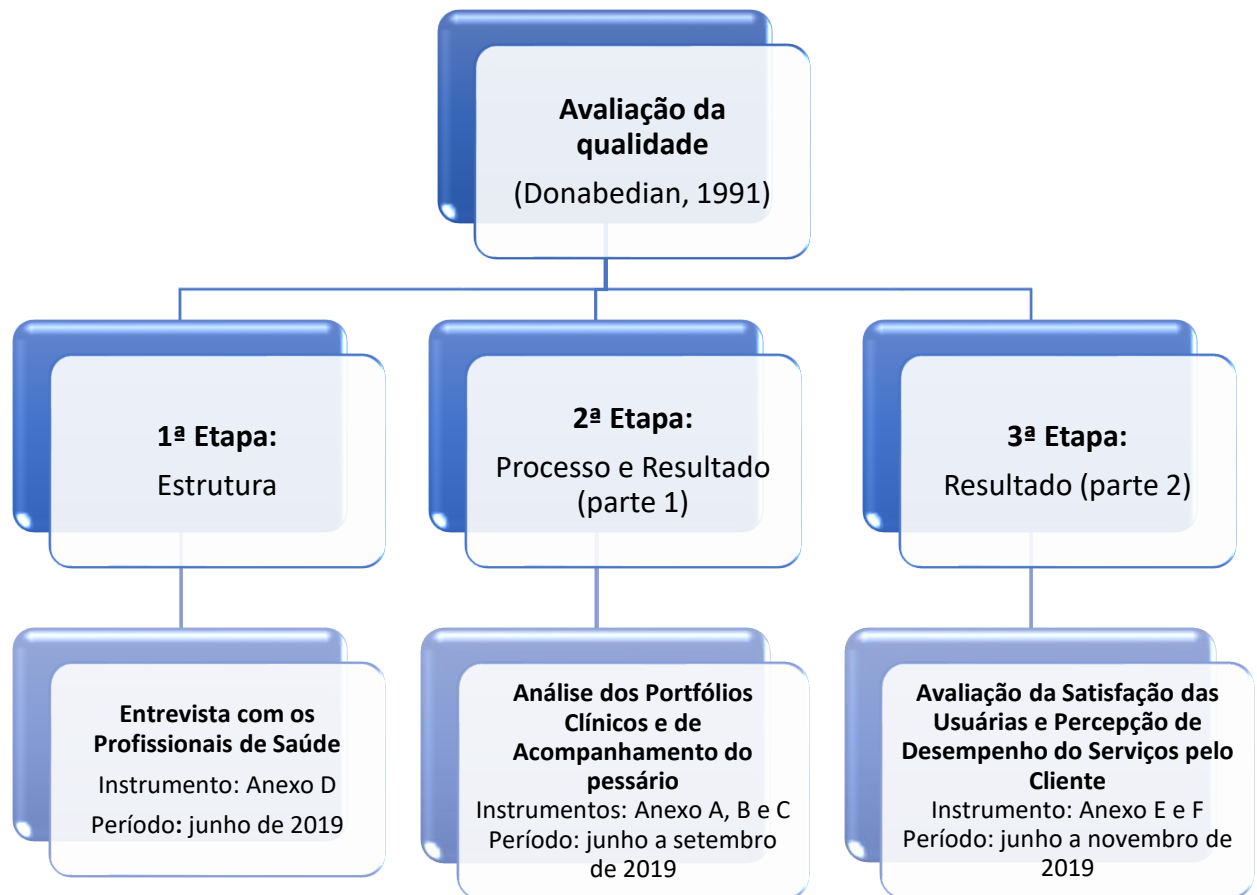
Assim, a amostra calculada foi de 73 mulheres a partir de um tamanho populacional (N) de 145 pacientes atendidas no serviço de pílula de 2011 até julho de 2019, incluindo os casos de insucesso e desistência. Foi estabelecido um intervalo de confiança de 95%, sendo de 1,96 o nível de significância expresso em desvio padrão ($Z\alpha^2$) e erro máximo permitido (e) de 0,05. Quanto à prevalência do agravo de saúde, adotou-se 75,3% mulheres com prolapso sintomático a partir do estudo transversal desenvolvido no respectivo ambulatório de uroginecologia (VASCONCELOS et al., 2013). Os dados referentes ao número de mulheres atendidas no serviço de pílula foi obtido a partir da consulta do número de mulheres em seguimento, processo de ensino e aprendizagem, desistência, falhas e arquivo morto. Por fim, para a etapa de avaliação da satisfação das usuárias com o serviço participaram 74 mulheres.

4. 4 Coleta de Dados

Os dados foram coletados no período de junho a novembro de 2019, pela pesquisadora e por membros do Grupo Interdisciplinar de Pesquisas sobre Saúde da Mulher & Assoalho Pélvico (GISMAP), vinculado à Linha de Pesquisa Enfermagem e Educação em Saúde e Área Temática Promoção da saúde sexual e reprodutiva: desenvolvimento e avaliação de tecnologias educativas e assistenciais do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), que foram treinados e orientados para aplicação dos instrumentos e mensurações a serem realizadas. Com o intuito de facilitar a compreensão da operacionalização da coleta de dados desse estudo foi esquematizado o processo na Figura 2.

Na primeira etapa da pesquisa, **avaliação da estrutura**, os dados foram obtidos pela avaliação dos recursos físicos e humanos e insumos do local, conduzida por meio de visita ao serviço, permitindo identificar os itens necessários a partir da observação da infraestrutura e informações acerca da equipe. Esses profissionais foram convidados a participar do estudo e, para aqueles que aceitaram participar, foi solicitada assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Figura 2. Etapas do desenvolvimento do estudo.



Fonte: Elaborada pelas pesquisadoras.

Para a segunda e terceira etapas, **avaliação do processo e resultado (parte 1)**, as informações foram coletadas a partir da investigação documental dos portfólios clínico e de acompanhamento do pessário, os quais ficam disponíveis do serviço. Ademais, para a terceira etapa, **avaliação do resultado (parte 2)**, foi aplicado o instrumento para avaliação da satisfação das usuárias do serviço. Nesse momento, as pacientes foram convidadas a participar do estudo e a comparecerem ao ambulatório para as consultas de seguimento com os enfermeiros do serviço. Para as mulheres que aceitaram participar dessa etapa do estudo, foi entregue e solicitado, após a leitura e devidos esclarecimentos, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponível no Apêndice B. Em seguida, foram aplicados os instrumentos para avaliação da satisfação da usuária com o serviço prestado.

4. 5 Instrumentos de coleta de dados

Devido à escassez de estudos em serviços de pessário no contexto brasileiro, não existe nenhum material normativo nacional específico que oriente a organização desses locais de assistência à saúde de mulheres com prolapso genital. Nesse sentido, para embasar as escolhas dos indicadores mais apropriados para a avaliação da efetividade desses serviços, utilizaram-se diferentes evidências científicas sobre cada um dos elementos propostos por Donabedian (1991). Embora não exista algo específico, os instrumentos utilizados no processo avaliativo do PNASS podem ser utilizados, o que foi feito neste estudo.

Foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados provenientes dos portfólios de atendimento do serviço, sendo que o primeiro deles consiste na identificação dessas informações disponíveis no portfólio clínico (Anexo A):

- *dados sociodemográficos* (idade, estado civil, escolaridade; renda familiar; ocupação atual);
- *história clínica, ginecológica e obstétrica* (menopausa, tempo de pós-menopausa, quantidade de gestações, partos e abortos, tipos de partos, maior peso do recém-nascidos, antecedentes clínicos, medicações em uso, cirurgia pélvica prévia, tabagismo, ingestão de bebidas alcólicas);
- *dados antropométricos* (peso, altura, índice de massa corpórea), avaliação das queixas urinárias, pélvicas e intestinais; e,
- exame pélvico (quantificação do estadiamento do prolapso por meio do *Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q) System*, o qual é aplicado e registrado pelo médico do serviço).

Ainda, foram coletadas informações provenientes dos portfólios relacionadas à inserção e ao seguimento das mulheres em uso do pessário vaginal, os quais são preenchidos pelas enfermeiras do serviço (Anexos B e C).

O segundo instrumento refere-se à avaliação do serviço quanto à avaliação da estrutura (Anexo D), o qual foi embasado em outros instrumentos de estudos avaliativos que, assim como esse estudo, se propuseram a avaliar serviços de saúde com a utilização dos pressupostos de Donabedian (BERNARDO, 2016); e nos instrumentos avaliativos do PNASS direcionados para serviços ambulatoriais (BRASIL, 2015).

Quanto à avaliação da estrutura, utilizaram-se as recomendações propostas por O'Dell e Atnip (2012). Esse artigo é o único disponível na literatura analisada que discute tópicos

importantes para o desenvolvimento de uma prática eficaz de pessários, incluindo opções de gerenciamento de serviço relacionadas à montagem, armazenamento e manutenção de pessários e questões de conformidade relacionadas ao faturamento e codificação apropriados. Dessa forma, para a **avaliação da estrutura** foram coletados os seguintes dados:

- *Infraestrutura* – presença de sala específica e individualizada para as consultas, disposição de pias para higienização das mãos e banheiros, equipamentos para regulação da temperatura ambiental do consultório, sala de espera com cadeiras e salas direcionadas para realização de atividades docentes e/ou educação em saúde;
- *Equipamentos e insumos* – mesas e cadeiras para entrevista, mesa para exame ginecológico, escadas de dois degraus, foco de luz com cabo flexível, cesto de lixo, móvel para armazenamento dos prontuários, papel toalha, álcool/ sabão para higienização das mãos, sabão para higienização do pessário, lubrificante para inserção do pessário, pessário variados, esterilização dos pessários, materiais educativos, armazenamento dos pessários, inventário dos dispositivos, espelhos, lençóis, avental e impressos; e
- *Recursos humanos* – equipe multidisciplinar, qualificação profissional, tempo de serviço, atividades de educação permanente.

Quanto à **avaliação do processo**, utilizou-se o protocolo assistencial padronizado no serviço (CATUNDA, 2016), disposto nos Anexos B e C. Foram coletados os seguintes dados:

- Consulta de primeira vez:
 - a) estadios do POP de acordo com a quantificação do POP-Q (realizado e registrado pelo médico);
 - b) presença de queixas de IU;
 - c) dados antropométricos;
 - d) investigação de contraindicações;
 - e) fatores preditores de sucesso/insucesso;
 - f) atividade sexual;
 - g) acompanhamento da inserção do pessário adequado, com até três tentativas.
- Consultas de seguimento:
 - a) Tempo de uso continuado do pessário;
 - b) Fatores relacionados com o uso prolongado.

Em relação aos dados para a **avaliação dos resultados** coletou-se as seguintes informações:

- aceitação para testar o pessário;
- seguimento por, no mínimo, um ano;
- número de falhas e desistências;
- número de consultas para ensino-aprendizagem da paciente na inserção, retirada e higiene adequada do dispositivo;
- avaliação da satisfação da usuária.

Para *avaliação da aceitação* do dispositivo, calculou-se o percentual de mulheres encaminhadas para a consulta de enfermagem a fim de conhecer esta opção e que decidiram tentar o uso. Em relação à *avaliação do seguimento*, foram avaliadas as seguintes variáveis: número de tentativas até encontrar o pessário adequado, número dos pessários mais utilizados, taxa de sucesso na inserção, número de pacientes independentes em relação à inserção e retirada, pessoas que ajudam na inserção e retirada (quando necessário), tempo de uso do pessário, taxa de desistência/descontinuidade.

Quanto à *avaliação da satisfação* do cliente, adaptou-se o instrumento utilizado pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS (BRASIL, 2015). Foram selecionadas 16 questões direcionadas à serviços ambulatoriais, que possuem respostas multicategóricas, cuja maioria varia do “muito bom” até “muito ruim” e inclui a opção “não sei/não respondeu”. Em virtude de o questionário fazer perguntas gerais, foram incluídas algumas questões específicas para a avaliação da satisfação quanto ao serviço de pessário vaginal, envolvendo inserção e seguimento. Nesse instrumento, também foram acrescentadas seis questões fundamentadas nas Metas Internacionais de Segurança do Paciente (BRASIL, 2019) incluindo aquelas que são pertinentes ao referido serviço de saúde (Anexo E): Meta 1- Identificar corretamente o paciente; Meta 5 - Higienizar as mãos para evitar infecções; e Meta 6 - Reduzir o risco de quedas. O instrumento foi aplicado pelos pesquisadores às usuárias ao serviço como questionário semiestruturado.

Ainda para a avaliação da percepção de desempenho do serviço pelo cliente foi aplicada a escala SERVPERF (*Service Performance*) disposta no Anexo F, a qual é composta por 22 questões que abrangem as percepções dos usuários sobre o desempenho do serviço conforme as cinco dimensões da qualidade propostas por Parasuramam, Zeitham e Berry (1985):

tangibilidade, confiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia. Para facilitar a ponderação das respostas, utilizou-se uma escala Likert de 7 pontos, variando de discordo fortemente (valor 1) a concordo fortemente (valor 7) (CRONIN; TAYLOR, 1992).

Essa escala é muito utilizada e se aplica a diferentes tipos de serviço. Ainda, essa escala foi traduzida e validada para a língua portuguesa no contexto dos serviços de saúde, constituindo-se num instrumento confiável para mensurar a percepção de desempenho dos serviços específicos (DEHANOV, 2013).

4.7 Análise de Dados

4.7.1 Análise da Estrutura do Ambulatório de Pessário

Para a análise da estrutura do serviço, foi realizada uma descrição da estrutura organizacional, recursos físicos e humanos disponíveis, insumos e materiais para a operacionalização do Ambulatório de Pessário.

4.7.2 Análise do Processo e dos Resultados do Ambulatório de Pessário

Os dados demográficos, comorbidades e parâmetros do exame pélvico foram compilados com o uso de médias, medianas e porcentagens. As mulheres foram divididas em dois grupos: sucesso na inserção e insucesso na inserção. Para identificar os fatores de risco para o insucesso na inserção, foram comparados valores extremos dos parâmetros do exame pélvico (estadiamento geral POP-Q, estadiamento do prolapso de cada compartimento, hiato genital e comprimento vaginal total) entre as mulheres.

Em relação a análise do processo e dos resultados do serviço ambulatorial para tratamento conservador do prolapso de órgãos pélvicos utilizando o pessário vaginal foi realizado por meio da avaliação das seguintes variáveis:

- a. *Taxa de aceitação do dispositivo*: cálculo do percentual de mulheres que decidiram tentar o uso do pessário dentre o total daquelas com indicação médica para utilizá-lo.
- b. *Taxa de contraindicação ao uso do pessário*: número de mulheres que aceitaram testar o dispositivo, mas que possuíam contraindicações temporárias ou permanentes. Infecção vaginal ativa, erosão vaginal, sangramento vaginal não diagnosticado, ulceração ou atrofia vaginal graves não tratadas e problemas cognitivos, neurológicos ou motores que impedissem o manuseio adequado do pessário pela mulher ou pelo cuidador são algumas das contraindicações para o uso do pessário vaginal

- c. *Sucesso da inserção do dispositivo*: cálculo do percentual de mulheres cujo pessário inserido permaneceu no local indicado, sem causar dor ou desconforto, após quatro semanas da adaptação inicial, dentre o total daquelas que tentaram a inserção.
- d. *Dados importantes sobre a inserção*: número de tentativas até encontrar o pessário adequado, tamanho mais utilizado, momento em que o pessário caiu ou que a paciente relatou dor ou desconforto.
- e. *Fatores relacionados ao insucesso na inserção do dispositivo*: As mulheres foram divididas em dois grupos - sucesso e insucesso na inserção. Então, as variáveis sociodemográficas e gineco-obstétricas foram comparadas entre os grupos. Os fatores que apresentaram significância estatística foram confirmados por meio de análise de Regressão Logística.
- f. *Seguimento*: média de tempo do uso do pessário e taxa de desistência/descontinuidade. Para a elaboração da variável de tempo de uso, utilizou-se o recorte temporal até novembro de 2019.
- g. *Avaliação da satisfação das usuárias*: frequências absolutas e relativas das respostas das usuárias do serviço do instrumento adaptado do PNASS. Além disso, utilizou-se o instrumento do SERVPERF. As características do serviço que tiverem notas entre 1 e 3 indicam avaliação crítica Já os itens situados com 4 pontos (nem concordo nem discordo) sugerem neutralidade da avaliação. As notas compreendidas ente 5 e 7 recebem uma avaliação satisfatória do serviço prestado. Essa análise é feita com base em estudos de outros autores que aplicaram o instrumento SERVPERF para avaliar a qualidade dos serviços (FREITAS; COZENDEY, 2008; SILVA; MEDEIROS; COSTA, 2009; SOUZA, 2012).

O teste *t* de duas amostras foi usado para comparar variáveis contínuas, o teste de Wilcoxon foi usado para comparar variáveis categóricas e o teste qui-quadrado (ou teste exato de Fisher) foi usado para comparar variáveis categóricas. Valores de probabilidade <0,05 foram considerados estatisticamente significativos. Todos os métodos estatísticos foram realizados com o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) for Windows, versão 23.0.

4.8 Aspectos éticos da pesquisa

A parceria dos profissionais do estabelecimento de saúde e pesquisadores da Universidade Federal do Ceará rendeu a criação e aprovação do projeto de extensão “Promoção

da Saúde de mulheres com disfunção do assoalho pélvico” com o número de parecer 1.590.814 e número de CAAE 34100514.2.3001.5040 (Apêndice D). Essa pesquisa está sendo desenvolvida desde 2013, com a implementação do Ambulatório. Boa parte dos dados pertinentes à avaliação da qualidade do serviço foram obtidas dessa pesquisa.

Por sua vez, alguns dados propostos pela investigação dessa dissertação não foram contemplados no trabalho anterior. Desse modo, um projeto referente a satisfação das usuárias e avaliação da estrutura do serviço foi submetido à apreciação do Comitê de Ética do Hospital Geral de Fortaleza, sendo aprovado com o número do parecer 3.358.527 e CAEE: 11287219.0.0000.5040 (Apêndice E).

Sendo assim, durante a realização da pesquisa, foram considerados e respeitados os aspectos éticos relacionados à realização de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme o preconizado pela Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, ressaltando-se que foram solicitadas as assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os participantes do Estudo, sendo-lhes garantido o anonimato e a liberdade de continuar ou não participando da pesquisa em questão (BRASIL, 2012).

5 RESULTADOS

Para facilitar a apresentação dos dados obtidos, essa seção foi subdividida em: avaliação da estrutura do serviço de pessário; avaliação do processo e resultado do serviço de pessário; e avaliação da satisfação das usuárias do Ambulatório de Pessário.

5.1 Avaliação da Estrutura do Ambulatório de Pessário

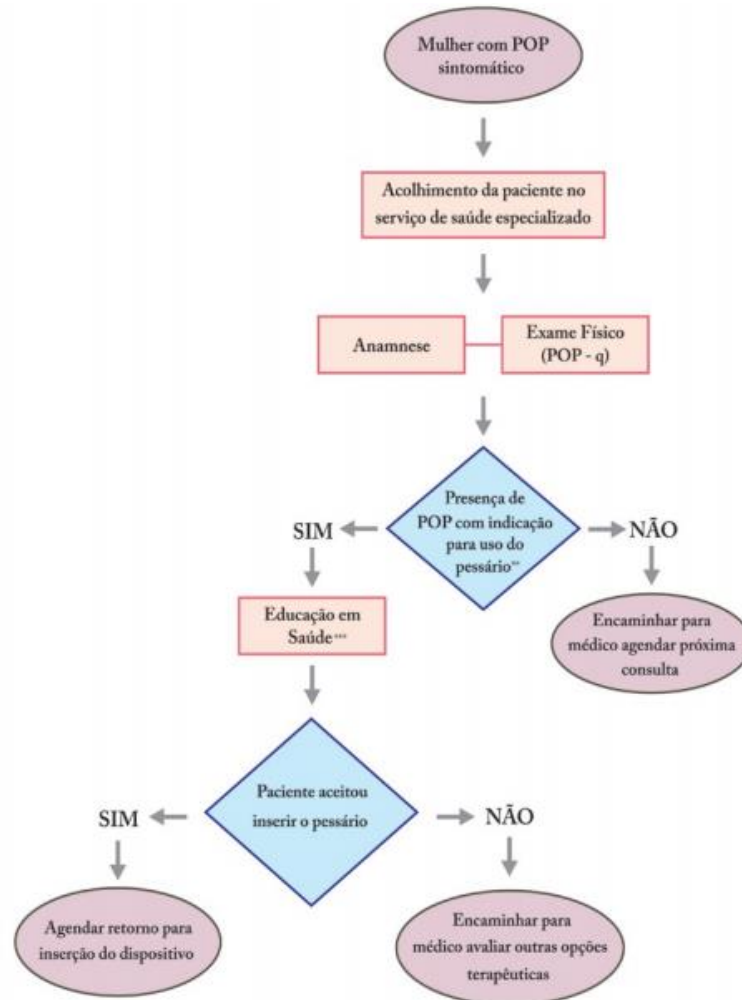
O serviço é conduzido por uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiras e fisioterapeuta. A avaliação física e específica do assoalho pélvico e a escolha da terapia é conduzida pelo médico do serviço de Uroginecologia. Esse possui doutorado em ciências médico-cirúrgicas pela Universidade Federal do Ceará (UFC), além de ser preceptor da Residência de Ginecologia do Hospital Geral de Fortaleza (HGF) e coordenador do Serviço de Uroginecologia e Disfunção do Assoalho Pélvico. Somado a isso, possui diversas publicações na área de disfunções do assoalho pélvico. No entanto, outros médicos da instituição também podem encaminhar mulheres com prolapso sintomático que têm indicação de utilizar o pessário diretamente para o Ambulatório de Pessário, conduzido por enfermeiras com apoio do médico do ambulatório, quando necessário.

A testagem do pessário, o processo de ensino-aprendizagem e as consultas de seguimento são conduzidas por enfermeiras do Serviço de Estomaterapia, uma com curso concluído e duas em fase de finalização do curso de especialização em Estomaterapia, pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Semanalmente, as pacientes são atendidas concomitantemente por duas enfermeiras.

O fluxo de atendimento do ambulatório de pessário foi estabelecido pelo protocolo elaborado por Catunda et al. (2016). A porta de entrada das mulheres no fluxo de atendimento do ambulatório de pessário inicia com a avaliação médica, podendo ser uma consulta de emergência ou eletiva. Aquelas mulheres que possuem indicação de tratamento conservador com o uso do pessário iniciam o contato com o dispositivo na primeira consulta. Esse momento destina-se à apresentação do dispositivo, esclarecimento dos riscos e benefícios desse tratamento, cuidados necessários com o dispositivo. Em seguida, as mulheres que aceitam a inserção do pessário, continuam o fluxo de atendimento, realizando a avaliação das indicações e contraindicações do uso do pessário. Quando as mulheres podem realizar o tratamento, segue-se com a testagem do dispositivo, com o intuito de identificar, entre as opções disponíveis no serviço, qual pessário possui o encaixe mais apropriado para aquela mulher, conforme disposto

na Figura 3.

Figura 3. Fluxograma do processo de avaliação da mulher com POP sintomático com indicação terapêutica para pessário vaginal.



Fonte: Catunda et al (2016).

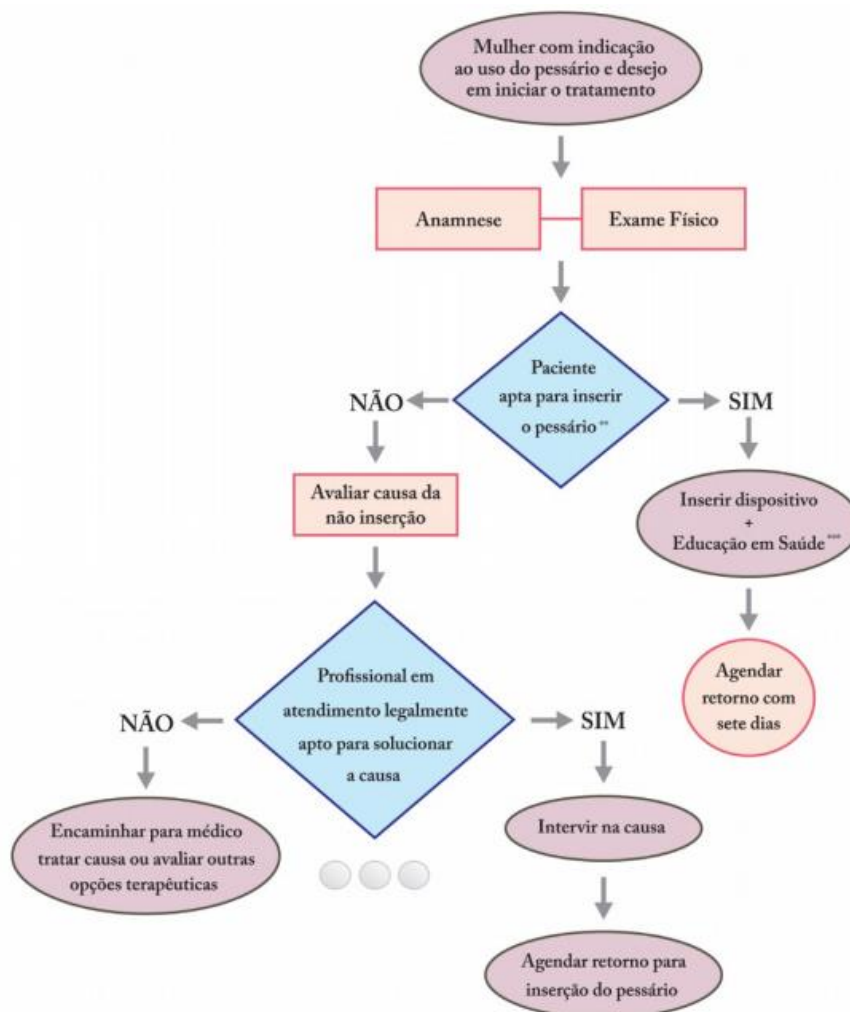
Antes de realizar a testagem propriamente dita, o enfermeiro deve realizar uma avaliação da mulher relativo à inserção e à possibilidade de adaptação ao tratamento com o pessário. Dessa forma, são considerados os seguintes aspectos: atividade sexual, tipo e estadiamento do prolapso, capacidade da paciente para realizar o autocuidado e adesão ao tratamento (com ou sem cuidador), uso de estrogênio tópico.

Após esse levantamento de informações da paciente, solicita-se que a mulher troque de roupa e esvazie a bexiga para a realização do exame físico ginecológico. A mulher fica em posição ortostática para que o enfermeiro examine as condições do prolapso, hiato genital, as estruturas do assoalho pélvico. Esse exame físico é importante para a avaliação de presença de

contraindicações do uso do pessário e definir qual o tipo (anel com membrana ou sem) e o tamanho adequados para realizar a inserção. É realizada uma série de testes para definir se o pessário selecionado é o adequado, conforme demonstrado no Anexo B.

Aquelas mulheres que obtiveram encaixe adequado na primeira consulta, retornam com 7 dias, ainda utilizando o pessário, para realizar uma nova avaliação. Nesse momento, é avaliado se o dispositivo se manteve no local certo durante a realização das atividades diárias e se a mulher apresenta alguma queixa ou desconforto. Nos casos em que o pessário caiu pode-se tentar uma nova inserção, se for do interesse da paciente. Tanto as mulheres que não obtiveram sucesso nesse momento inicial como as que não aceitam inserir o pessário retornam para o médico com a finalidade de escolher outra terapêutica para POP (Figura 4 e 5).

Figura 4. Fluxograma de consulta de inserção do pessário vaginal em mulheres com POP sintomático no Ambulatório de Pessário.



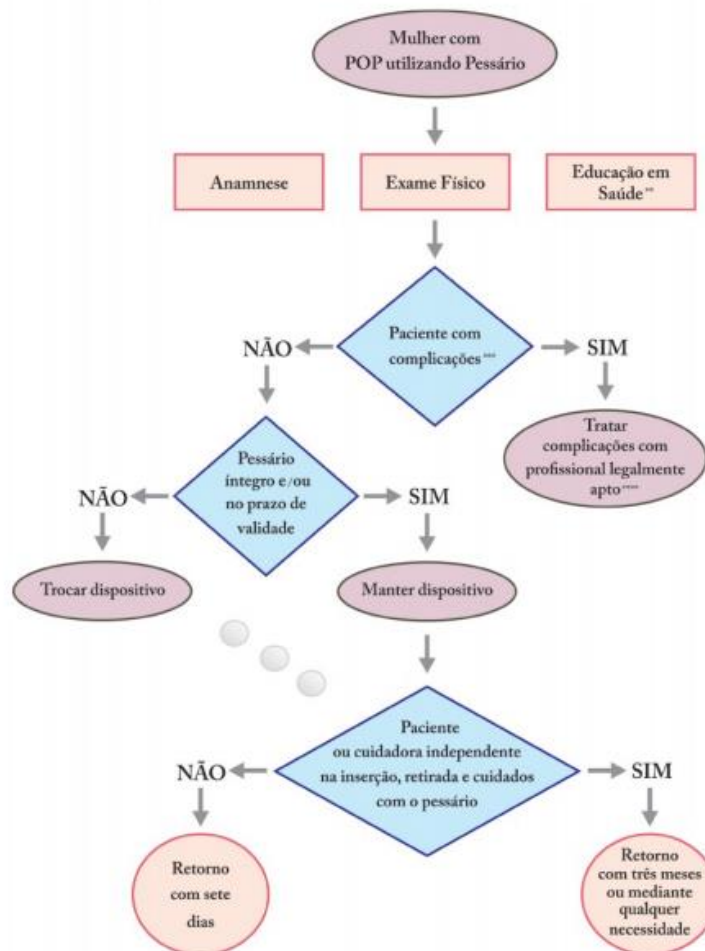
Fonte: Catunda et al (2016).

Após a escolha do tipo e do tamanho ideal do pessário, as mulheres iniciam o

processo de ensino-aprendizagem para os cuidados com o dispositivo. Preferencialmente as próprias pacientes são encorajadas a aprender e tornarem-se independentes, contudo, em alguns casos é também necessário capacitar cuidadores ou parentes mais próximos para inserção, limpeza e retirada do dispositivo em domicílio (Figuras 4 e 5). Ao fim desse período, as mulheres passam para as consultas de seguimento (Figura 5).

Nas consultas de seguimento, o enfermeiro realiza anamnese, exame físico e atividades de educação em saúde, direcionadas para identificar queixas das pacientes relacionadas ao uso do pessário, complicações associadas, mudanças corporais e sistêmicas, integridade do dispositivo e manutenção dos cuidados adequados em domicílio. Em algumas situações, pode ser necessário o encaminhamento da mulher para a avaliação do médico (Figura 5).

Figura 5. Fluxograma de consulta de seguimento do pessário vaginal em mulheres com POP sintomático no Ambulatório de Pessário



Fonte: Catunda et al (2016).

O Ambulatório de Pessário dispõe de uma sala específica e individualizada. Ela situa-se no serviço de Uroginecologia na ilha 10 da instituição, referente as especialidades de Ginecologia e Uroginecologia (Figura 6). Funciona semanalmente às terças-feiras no período de 13 às 17 horas. Nos demais horários, o espaço é compartilhado para outras especialidades atendidas na ilha. Previamente, as consultas para testagem e acompanhamento eram conduzidas por enfermeiras de um grupo de pesquisa da Universidade Federal do Ceará. Por sua vez, desde 2017, o Serviço de Estomaterapia do local de pesquisa é responsável pelo atendimento dessas mulheres.

Figura 6. Sala de espera por atendimento no estabelecimento de saúde



Fonte: Acervo pessoal.

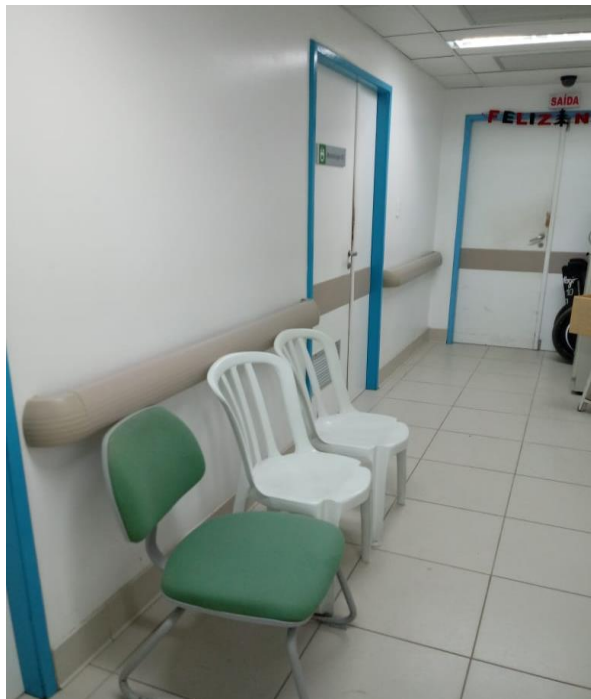
Ao chegar no hospital, as mulheres aguardam em uma grande sala de espera (Figura 6). Considerando a ordem de chegada e prioridade, as mulheres entram em um segundo espaço pelo atendimento para aguardar pelo atendimento, que dispõe de aproximadamente três a cinco cadeiras (Figura 7 e 8). Todas as mulheres atendidas pelo serviço têm a consulta de retorno garantida pela instituição. Aquelas que apresentam insucesso/desistência ou não desejam inserir o pessário são encaminhadas para o médico com o intuito de definir outra opção terapêutica para o POP.

Figura 7. Estrutura física da ilha 10 na instituição de saúde.



Fonte: Acervo pessoal.

Figura 8. Segundo espaço de espera pelo atendimento no Ambulatório de Pessário.

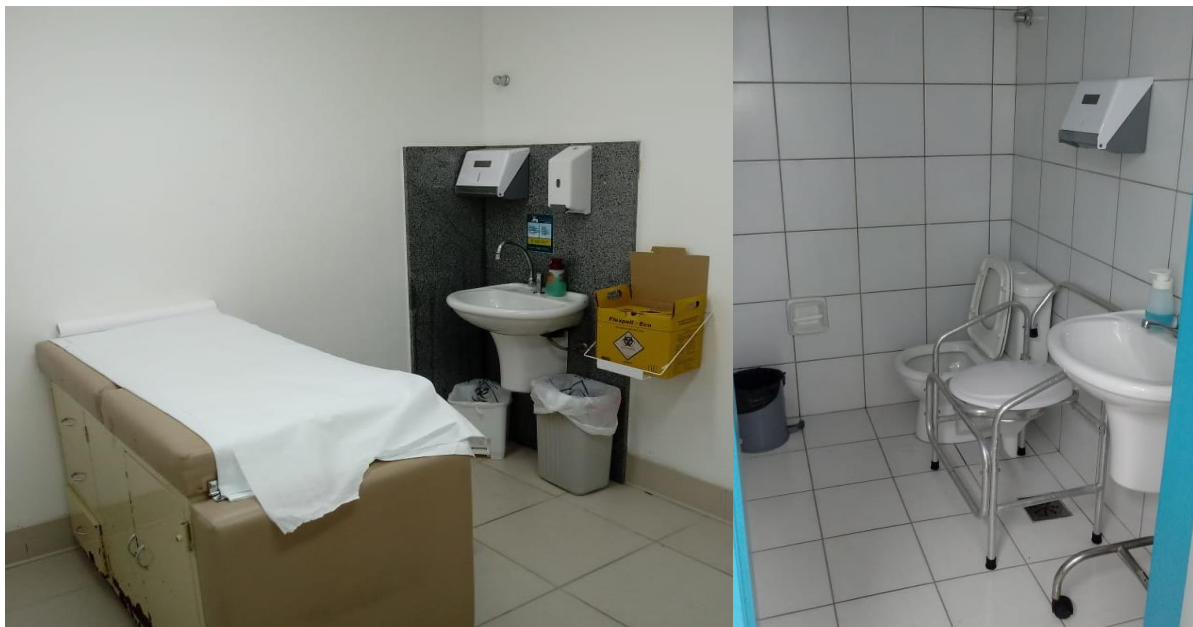


Fonte: Acervo pessoal.

A sala dispõe dos seguintes elementos de infraestrutura e espaço físico: uma mesa com um computador, duas cadeiras para cada enfermeiro, duas cadeiras para os pacientes e

acompanhantes, uma pia exclusiva para higienização da mão, um banheiro no consultório, uma mesa para a avaliação ginecológica, escada de dois degraus, um foco de luz com cabo flexível, armário para armazenamento dos prontuários (portfólios) (Figuras 9 e 10).

Figura 9. Infraestrutura do consultório do Ambulatório de Pessário



Fonte: Acervo pessoal.

Figura 10 Estrutura para as consultas do Ambulatório de Pessário.



Fonte: <https://www.ceara.gov.br/2019/10/04/pesquisa-incentiva-qualidade-de-vida-as-mulheres-com-prolapso-genital/>

Em relação aos recursos materiais, a sala específica apresenta sabão para a higienização das mãos, papel toalha, sabão para higienização dos pessários, pessários em diferentes tamanhos, lubrificante, alguns aventais, lençóis para as macas, espêculos, local destinado para o armazenamento dos pessários e impressos específicos (Figura 11). Entre os impressos podemos citar: o portfólio geral preenchido pelo médico e o portfólio específico elaborado pela equipe de enfermagem contém o impresso da primeira avaliação, o retorno da testagem do pessário e as consultas de seguimento. Ainda, o serviço conta com um sistema de esterilização dos materiais e armazenamento dos materiais.

Figura 11. Insumos disponíveis no Ambulatório de Pessário.



Fonte: Acervo pessoal.

Sobre os tamanhos e modelos de pessários, a maioria dos pessários disponíveis é do tipo anel com e sem membrana (45 unidades), seguido por donut (uma unidade) e anel com botão (uma unidade). Os pessários do tipo anel estão dispostos do tamanho 1 ao 10, sendo que as quantidades disponíveis do tamanho anel estão dispostas no Tabela 1. Destaca-se que os pessários disponibilizados são apenas para escolha do tamanho ideal, não sendo disponibilizado pela respectiva instituição de forma gratuita para continuidade do tratamento conservador.

Tabela 1. Tamanho de pessário do tipo anel disponíveis no serviço. Fortaleza-CE, 2019.

Nº do Pessário	Diâmetro Externo	Quantidade
1	57mm	04
2	60mm	05
3	63mm	03
4	65mm	04
5	68mm	03
6	70mm	04
7	73mm	11
8	76mm	05
9	79mm	02
10	82mm	02
Total	-	43

Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras.

Legenda: mm=milímetros

Quanto às atividades educativas, elas ocorrem durante os atendimentos com o auxílio de um vídeo educativo elaborado para promover a adesão e o seguimento de mulheres com prolapso genital sintomático ao uso do pessário, bem como um modelo anatômico da região pélvica. Não existe uma sala específica para o desenvolvimento de atividades e educação em saúde. Essas atividades são realizadas individualmente. Como está ilustrado na Figura 10.

5.2 Avaliação do Processo e Resultado do Ambulatório de Pessário

Entre novembro de 2013 a novembro de 2019, um total de 170 pacientes com POP sintomático foram encaminhadas para avaliação do uso do pessário no serviço ambulatorial. As características sociodemográficas e clínicas dessas mulheres estão descritas na Tabela 2.

O perfil da amostra foi composto por mulheres mais velhas, especialmente com idade acima de 60 anos. Entre as 93 pacientes com sucesso na inserção inicial do pessário, a maioria não possui companheiro, proveniente da zona urbana, baixa escolaridade e uma renda média de $1384 \pm 1736,05$ (Tabela 2).

Em relação ao perfil gineco-obstétrico da amostra estudada, quase sua totalidade é constituída por mulheres menopausadas, grandes multíparas, partos principalmente por via vaginal, com peso médio dos maiores recém-nascidos ultrapassando os quatro quilos.

Das pacientes incluídas nesse estudo, 78 apresentavam comorbidades (84,8%),

como diabetes mellitus e/ou hipertensão. Um total de 62,4% possuía história prévia de cirurgia para prolapso, incontinência ou histerectomia. Também, 56,9% das mulheres possuíam queixas de perda involuntária de urina e 27,6% queixas relacionadas com constipação (Tabela 2).

Tabela 2. Características sociodemográficas e clínicas das participantes do estudo. Fortaleza-CE, 2019.

Variáveis	n (%) ou média ± DP (Mín-Máx)
	Total da Amostra (n=170)
Idade (ano)	67.1 ± 10.7 (36-98)
- ≤ 40	01/101 (1.0%)
- 41 – 59	23/101 (22.8%)
- ≥ 60	77/101 (76.2%)
Reside em:	
- Zona Urbana	87/103 (84.5%)
- Zona Rural	16/103 (15.5%)
Sem companheiro	51/100 (51.0%)
Escolaridade (anos)	4.9 ± 4.3 (0-17)
Renda (Real)	1384±1736,05 (110,03 – 15.004,74)
Gestações (nº)	6.0 ± 4.7 (0-25)
Paridade	4.9 ± 3.9 (0 – 22)
Peso do maior RN (g)	4023.40 ± 764.59 (2000.00 – 6000.00)
Partos Vaginais (nº)	4.5 ± 4.0 (0 – 21)
Fórceps (sim)	0.1 ± 0.4 (0 -2)
Constipação (sim)	29/105 (27.6%)
Incontinência Urinária (sim)	58/102 (56,9%)
Comorbidades (sim)	78/92 (84.8%)
Menopausa (sim)	91/100 (91.0%)
Cirurgia pélvica (sim)	58/93 (62.4%)

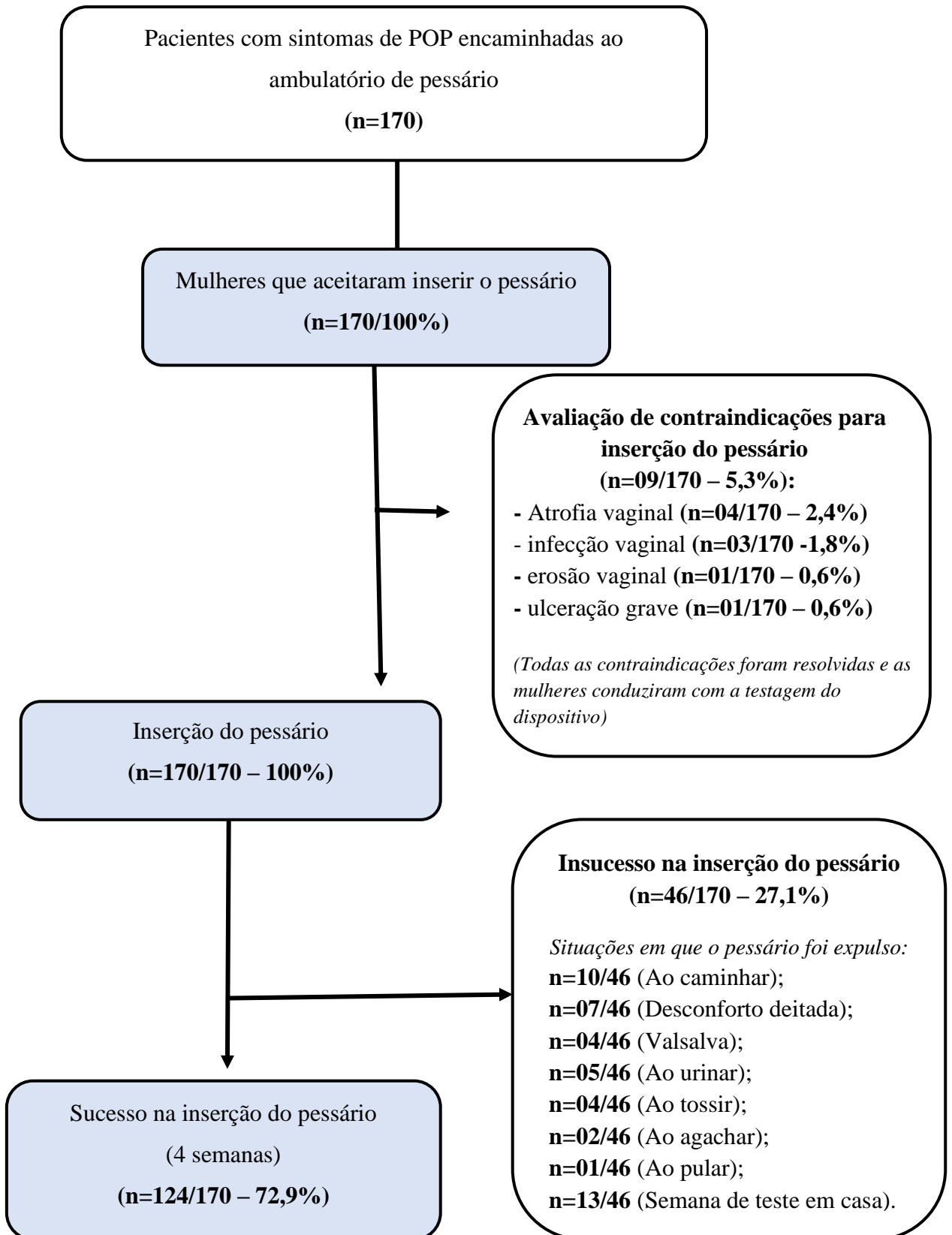
Nota: Elaborado pelas pesquisadoras.

Legenda: RN – Recém-nascido; DP- Desvio-padrão; Mín- Mínimo; Máx- Máximo

Quanto a avaliação da aceitação da inserção do pessário, encontrou-se que todas aceitaram a inserção do pessário vaginal. Isso resultou em uma taxa de aceitação de 100% (n=170) ao tratamento conservador para POP com a utilização do pessário vaginal (Figura 12).

Dentre os principais motivos para adiar a inserção, os mais comuns foram: ressecamento vaginal importante (n=04/170; 2,4%), infecção vaginal ativa (n=03/170; 1,8%), erosão vaginal importante (n=01/170; 0,6%) e ulceração grave (n=01/170; 0,6%). Após tratadas, todas as nove mulheres inseriram o pessário e permaneceram na pesquisa (Figura 12).

Figura 12. Fluxograma da inserção e avaliação das mulheres do encaminhamento ao ambulatório à avaliação da inserção do pessário. Fortaleza – CE, Brasil, 2019.



Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras.

Avaliação da inserção do pessário

Das 170 mulheres que inseriram o pessário, apenas 23 (13,5%) não apresentaram preditores de insucesso (Tabela 3). Apesar disso, 124 (72,9%) tiveram uma inserção exitosa (Figura 12).

Tabela 3. Avaliação dos preditores de insucesso da inserção do pessário das mulheres que realizaram a inserção do pessário vaginal no Ambulatório. Fortaleza-CE, Brasil, 2019.

Características das mulheres	n (%) ou média ± DP (Min-Max)			p
	Amostra Total (n=170)	Sucesso na Inserção do Pessário (n = 124)	Insucesso na Inserção do pessário (n = 46)	
Idade (anos)	67,1±10,7	67,8±10,7	64,7±10,8	0,239*
IMC (kg/m²)	25,8±4,3 (16,8-36,4)	25,8±4,3 (16,8-36,4)	30,0 ± 7,2 (16,6-47,1)	0,006*
Obesidade (IMC≥30,0kg/m²)	34/129 (26,4%)	18/98 (18,4%)	16/31 (51,6%)	0,000**
Atividade Sexual	39/164 (23,8%)	24/122 (19,7%)	15/42 (38,9%)	0,035**
Cirurgia Pélvica	63/103 (61,2%)	46/79 (58,2%)	17/24 (70,8%)	0,267**
Incontinência Urinária	58/102 (56,9%)	43/79 (74,1%)	15/23 (25,9%)	
- IUE	04/66 (6,1%)	2/49 (4,1%)	2/17 (11,8%)	0,061**
- IUU	27/66 (40,9%)	24/49 (49,0%)	3/17 (17,6%)	
- IUM	35/66 (53,0%)	23/49 (46,9%)	11/17 (70,6%)	
POP ≥ 3	92/116 (79,3%)	66/84 (78,6%)	26/32 (81,3%)	0,750**
POP posterior ≥2	60/85 (70,5%)	48/64 (75,0%)	12/18 (66,6%)	0,022**
HG > 8cm	75/96 (78,1%)	54/72 (75,0%)	21/24 (87,5%)	0,200**
CVT < 6cm	02/95 (2,1%)	02/71 (2,8%)	00 (0,0%)	0,406**

Nota: Elaborado pelas pesquisadoras

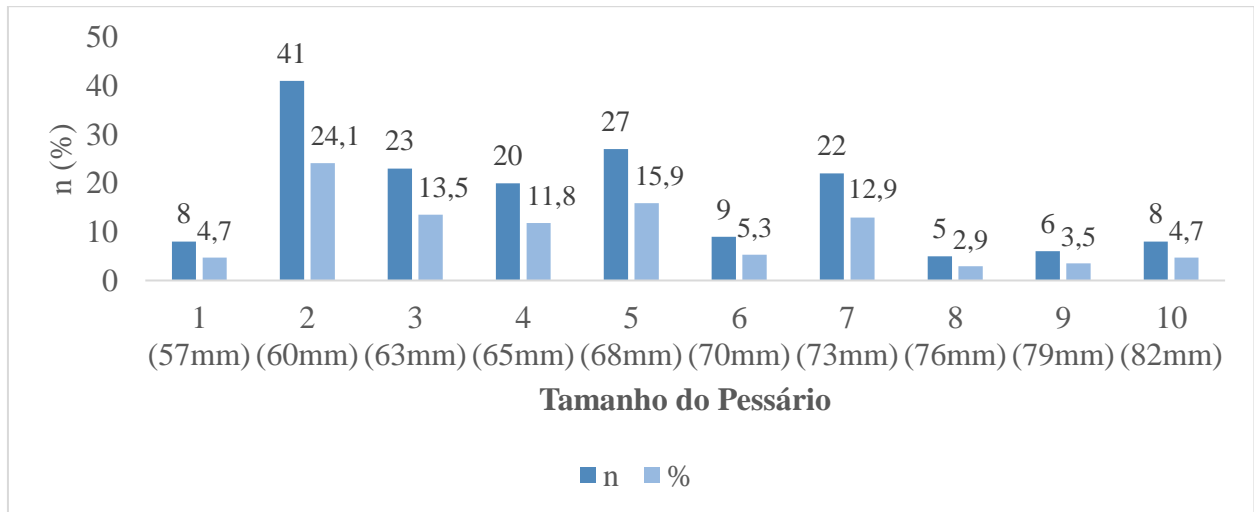
Legenda: IMC: Índice de Massa Corporal; IUE: Incontinência Urinária de Esforço; IU: Incontinência Urinária de Urgência; IUM: Incontinência Urinária Mista; POP: Prolapso de Órgãos Pélvicos; HG: Hiato Genital; CVT: Comprimento Vaginal Total

*Test Mann-Whitney ** Test Qui-square

Foram utilizados, em média, menos de dois pessários (Md:1,7/Min: 1; Máx:6) por mulher para que o profissional conseguisse identificar o dispositivo mais adequado. Do total de

peçários testados com êxito, os números mais utilizados variaram do 1 ao 7. Sendo que os tamanhos mais inseridos foram, respectivamente, 2, 5, 3, 7 e 4, totalizando 78,2% dos dispositivos inseridos (Gráfico 1).

Gráfico 01. Distribuição da frequência absoluta e relativa do número final do dispositivo inserido nas mulheres no Ambulatório de Pessário (n=170). Fortaleza-CE, Brasil, 2019.



Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras

Apenas 46 mulheres (27,1%) tiveram insucesso na inserção do pessário. Dessas, 13 (28,3%) expulsaram o pessário em casa durante a semana de teste, dez (21,7%) ao caminhar, sete (15,2%) relataram desconforto após a inserção do dispositivo, quatro (8,7%) expulsaram ao realizar Valsalva, cinco (10,8%) ao urinar, quatro (8,7%) ao tossir, dois (4,3%) ao agachar e um (2,2%) ao pular (Figura 12).

No geral, 124 mulheres (72,9%) tiveram sucesso na inserção do pessário e foram incluídas no grupo 1. Quarenta e seis (27,1%) tiveram insucesso na inserção do pessário e foram incluídas no grupo 2 (Tabela 02).

Das 170 mulheres, a quantificação do estadiamento do prolapso (POP-Q) só foi realizado em 89 (65,9%), devido à falta de registro nos documentos do serviço. Identificou-se que mais da metade das pacientes apresentava prolapso avançado (49/ 55,1% - estadio III e 22/24,7% - estadio IV). Em média, as mulheres não apresentaram hiato genital largo (Md: 6,2 cm/ Mín: 2; Máx:11), nem tão pouco um corpo perineal pequeno (Md: 3,1 cm/ Mín:2; Máx:6) ou comprimento vaginal total curto (Md:9,1 cm/ Mín:3; Máx:14) (Tabela 3).

Em relação à avaliação dos preditores de insucesso, a maioria das mulheres apresentou algum fator preditivo nos dois grupos (sucesso na inserção n=108; 87,1%; insucesso

na inserção n=39; 84,8%). Identificou-se que mulheres com índice de massa corporal ≥ 30 Kg/m² (OR: 4,74; 1,98 - 11,32) e mulheres sexualmente ativas (OR: 2,26; 1,47-4,91) são mais propensas a apresentar insucesso na inserção do pessário vaginal. Esses dados referentes a avaliação da presença de preditores entre os grupos estão apresentados na Tabela 4.

Tabela 4. Avaliação da presença de preditores de insucesso entre os grupos de sucesso e insucesso na inserção de mulheres que realizaram a inserção do pessário vaginal no Ambulatório de Pessário. Fortaleza-CE, Brasil, 2019.

	n (%) ou média \pm DP (Mín-Max)			p
	Amostra Total	Sucesso	Insucesso	
	(n = 170)	(n = 124)	(n = 46)	
Preditor de Insucesso	147/170 (86,5%)	108/124 (87,1%)	39/46 (84,8%)	0,695*
- 1	32/146 (21,9%)	24/107 (22,4%)	8 (20,5%)	
- 2	37/146 (25,3%)	25/107 (23,4%)	12 (30,8%)	
- ≥ 3	77/146 (52,7%)	58/107 (54,2%)	19 (48,7%)	

Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras

* Qui-quadrado

Conforme disposto na Tabela 5, a análise com Regressão Logística, reforça a influência das variáveis obesidade e vida sexual como preditores de insucesso para a inserção do pessário vaginal da amostra do estudo.

Tabela 5. Regressão Logística das Variáveis Vida Sexual e Obesidade. Fortaleza-CE, Brasil, 2019.

	Intervalo de Confiança de 95% para a exp6			
	B(EP)	Inferior	Exp 6	Superior
Incluído				
Constante	0,685			
Vida Sexual	-1,240* (0,47)	0,114	0,289	0,737
Obesidade	-1527* (0,46)	0,087	0,217	0,542

Fonte: Elaborado pelas autoras.

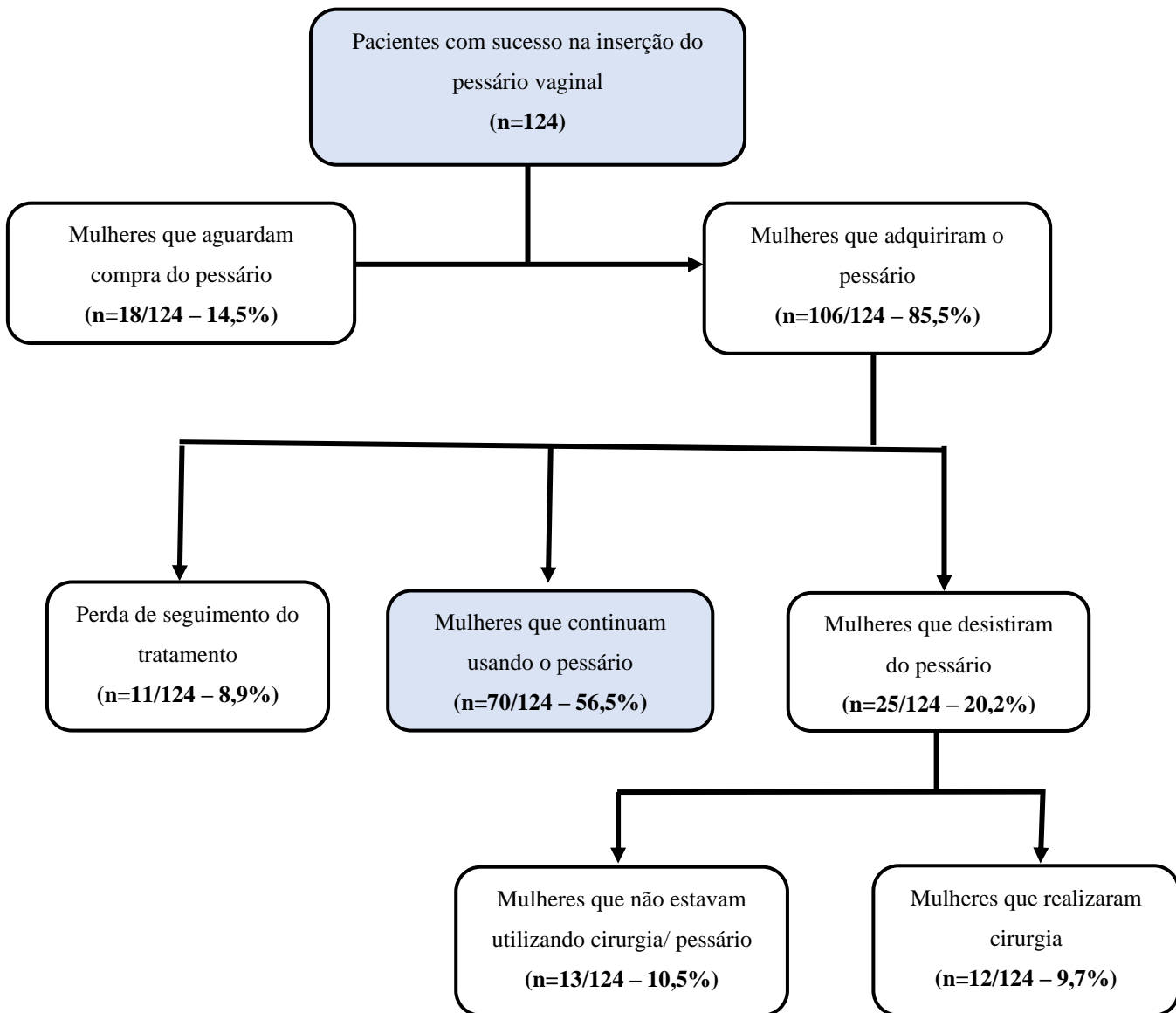
Nota: R²= 0,000 (Hosmer e Lemeshow, 0,144 (Cox e Snell), 0,215 (Nagelkerke), $\chi^2(1)$ do Modelo= 19,53, p< 0,001, * p< 0,01

Avaliação do Seguimento

Das 124 mulheres com sucesso na inserção, foram excluídas 18 mulheres que

estavam providenciando a aquisição do dispositivo. Infelizmente, a instituição de pesquisa ainda não disponibiliza o pessário gratuitamente. Identificou-se que das 106 mulheres que adquiriram o pessário vaginal, 70 mulheres continuaram a usar o pessário vaginal até o fim do estudo (novembro/2019), sendo obtido uma taxa de continuidade do tratamento de 56,5% (70/124 pacientes). Vinte e cinco (20,2%) desistiram do uso do pessário após quatro semanas da inserção inicial. Dessas, treze (10,5%) não estão utilizando nenhum tratamento e doze (9,7%) foram operadas. Ainda, perdeu-se o seguimento de onze pacientes (8,9%) (Figura 13).

Figura 13. Fluxograma do seguimento de mulheres com POP sintomático com inserção exitosa do pessário vaginal. Fortaleza-CE, 2019.



Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras.

Entre as 70 mulheres que continuaram o uso do pessário vaginal até o fim da coleta de dados em novembro de 2019, encontramos que os fatores associados ao uso prolongado do tratamento conservador são mulheres menopausadas, sem parceiro sexual e com histórico de laceração perineal (Tabela 6).

Tabela 6. Fatores relacionados com a continuidade e à desistência do uso do pessário. Fortaleza-CE, Brasil, 2019.

Características das mulheres	n (%) ou média ± DP (Min-Max)		p
	Continuidade (n = 70)	Desistência (n = 25)	
Idade (anos)	69,1±8,2	64,7±14,0	0,08**
Zona			
Urbana	56/69 (81,2%)	21/23 (91,3%)	0,254*
Rural	13/69 (18,8%)	2/23 (8,7%)	
Situação Conjugal			
Sem companheiro	41/68 (60,3%)	8/22 (36,4%)	0,050*
Com companheiro	27/68 (39,7%)	14/22 (63,6%)	
Menopausa (sim)	52/54 (96,3%)	16/20 (80,0%)	0,023*
Comorbidades (sim)	41/49 (83,7%)	16/20 (80,0%)	0,715*
Atividade Sexual	9/70 (12,9%)	07/24 (29,2%)	0,069*
Nº de tentativas para sucesso	1,24±0,809 (1-5)	1,44±0,712 (1-3)	0,760*
Nº de treinos para ficar independente	2,6±1,435 (1-8)	2,13±1,642 (1-5)	0,70*
Nº definitivo do pessário	4,67±2,707 (1-10)	4,64±1,77(2-7)	0,665*

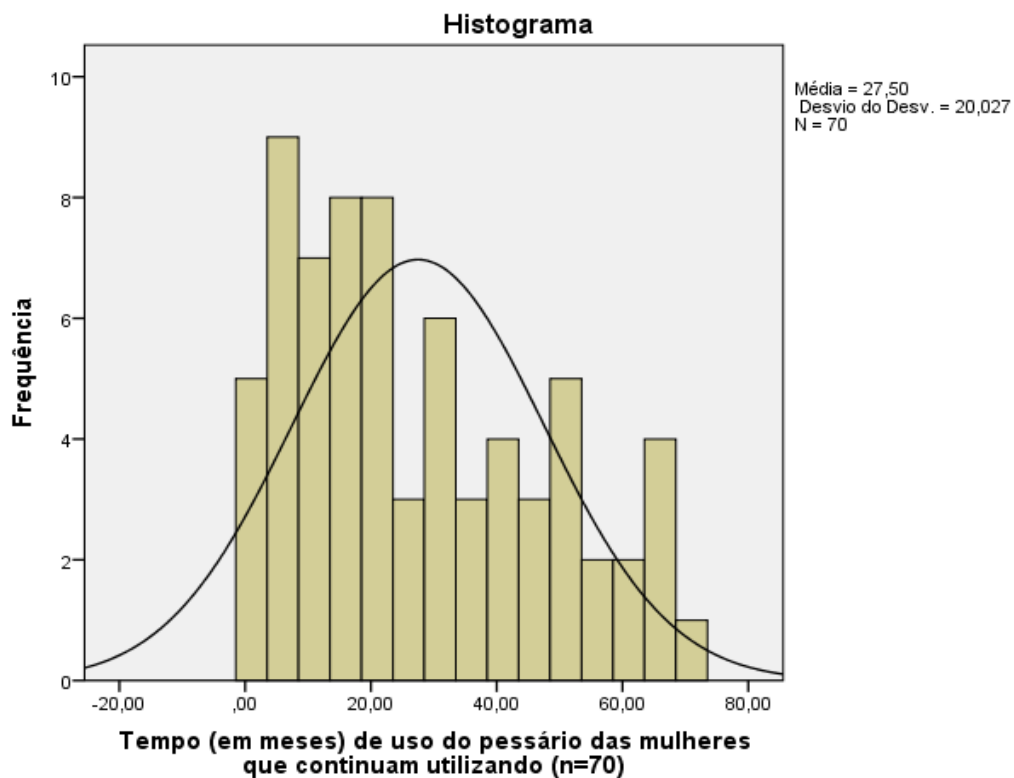
Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras
 Legenda: DP- Desvio-padrão; Mín- Mínimo; Máx- Máximo
 *Test Mann-Whitney ** Test Qui-square

O número definitivo do pessário no grupo do pessário foi de 4,67±2,707 (Mín: 1- Máx:10) no grupo que continua utilizando o dispositivo e 4,64±1,77 (Mín: 2 – Máx: 7) no grupo daquelas que desistiram do tratamento. Para isso foi necessário um número de tentativas até atingir uma inserção exitosa, respectivamente, 2,6±1,435 (Mín:1-Máx:8) e 2,13±1,642 (Mín: 1 - Máx: 5). Em relação ao processo de ensino-aprendizagem, encontramos que no grupo que continua utilizando o pessário foram necessários 2,6±1,435 (Mín:1 - Máx: 8) e no grupo que

desistiu $4,64 \pm 1,77$ (Mín: 2 - Máx:7) para alcançar a independência da inserção e retirada do dispositivo.

Conforme disposto no Gráfico 2, daqueles que ainda continuaram a usar o pessário, a duração média do uso foi de $27,5 \pm 20,0$ meses. Por outro lado, entre as 25 mulheres que desistiram do tratamento conservador com pessário, obteve-se que o tempo médio de uso do pessário vaginal de $11,4 \pm 14,7$ meses (Gráfico 3).

Gráfico 2. Duração do uso de pessário vaginal em mulheres com inserção bem-sucedida (n=70)*. Fortaleza-CE, Brasil, 2019.

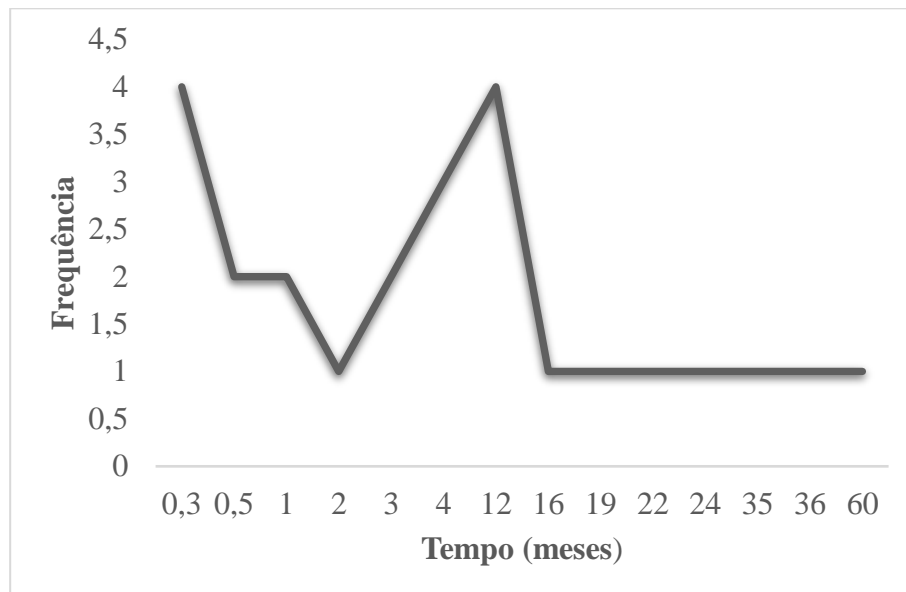


Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras.

*Dados coletados até novembro de 2019.

No gráfico 3, referente as mulheres que desistiram do tratamento com o pessário, pode-se perceber que existem dois momentos principais de desistência, sendo um ocorrendo nas semanas iniciais e o outro por volta de 12 meses.

Gráfico 3. Duração do uso de pessário vaginal em mulheres que desistiram (n=25)*. Fortaleza-CE, Brasil, 2019.



Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras.

*Dados coletados até novembro de 2019.

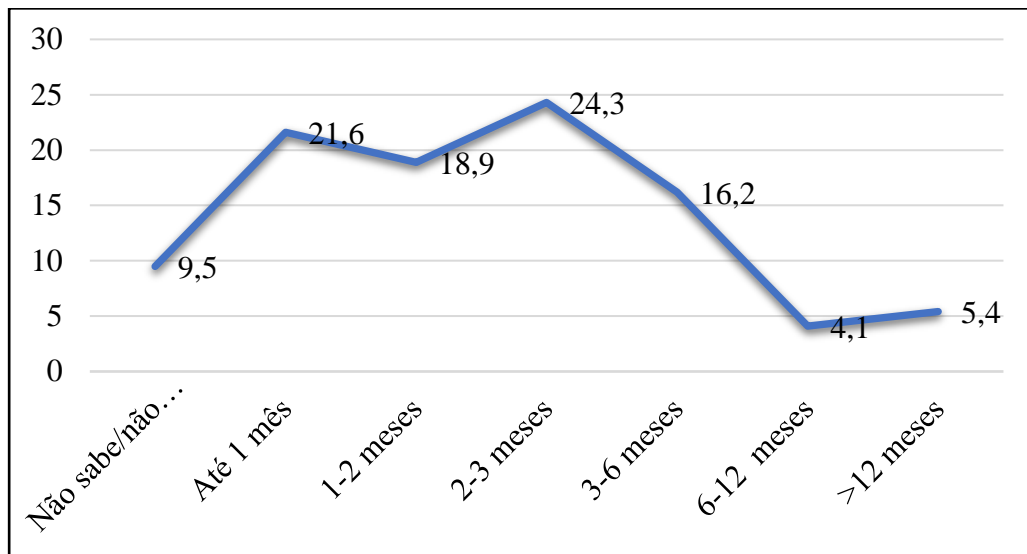
5.4 Avaliação da Satisfação das Usuárias quanto ao Ambulatório de Pessário

5.4.1 Critérios de Avaliação do Plano Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde

Tempo para marcar a primeira consulta no serviço

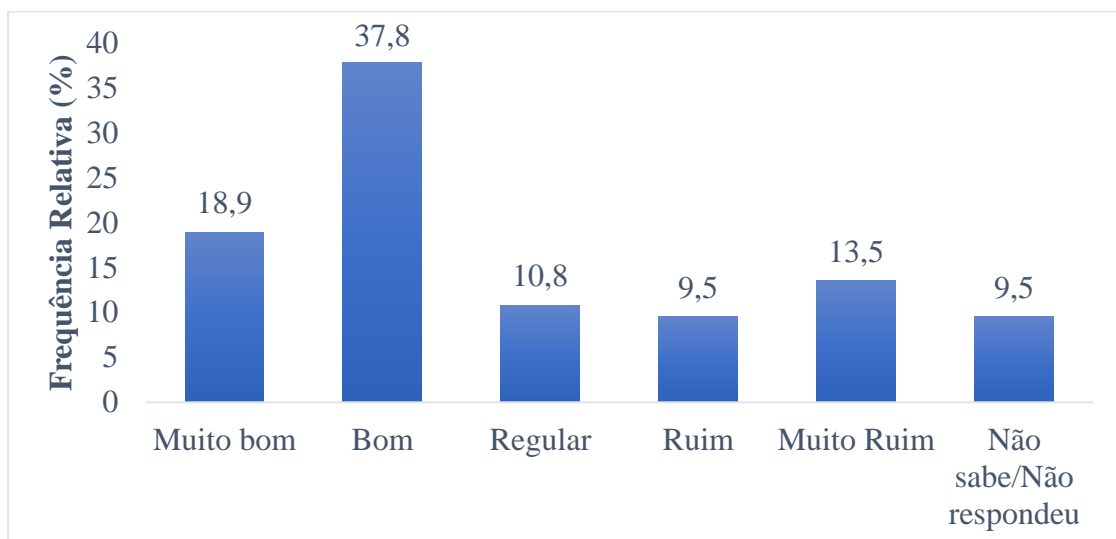
Para avaliação da satisfação das usuárias do Ambulatório de Pessário foram incluídas 74 mulheres que realizaram a testagem do pessário como tratamento conservador de prolapso. Identificou-se que boa parte das mulheres esperou de 61 a 90 dias pela primeira consulta para avaliação médica (Gráfico 4), sendo que essas avaliaram o tempo de espera como “Bom” ou “Muito bom” (Gráfico 5.)

Gráfico 4. Frequência relativa do tempo de espera para marcar a primeira consulta no Ambulatório de Pessário (n=74). Fortaleza-CE, Brasil, 2019.



Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras

Gráfico 5. Frequência relativa da opinião das usuárias sobre o tempo de espera para marcar a primeira consulta no Ambulatório de Pessário (n=74). Fortaleza-CE, Brasil, 2019.

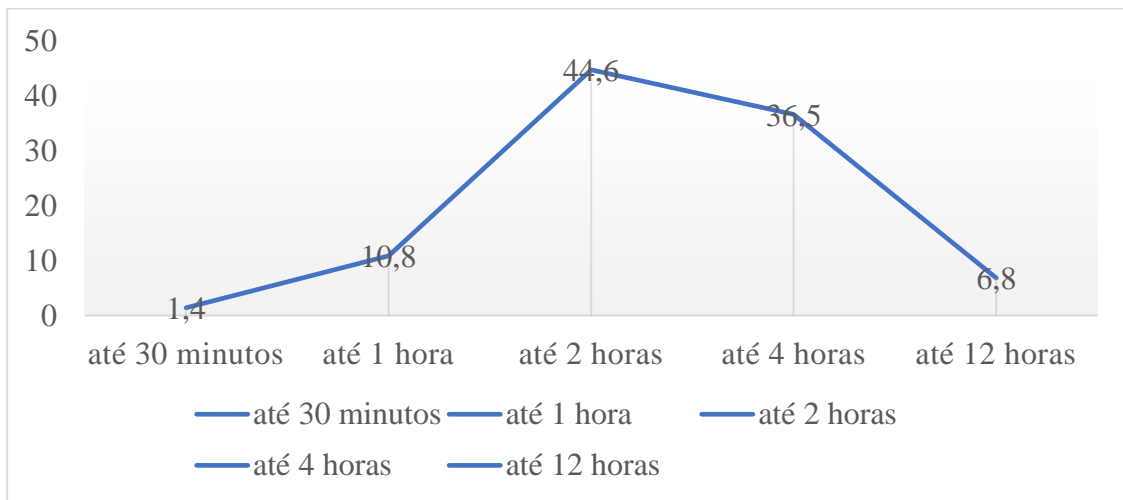


Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras

Tempo de espera para ser atendido

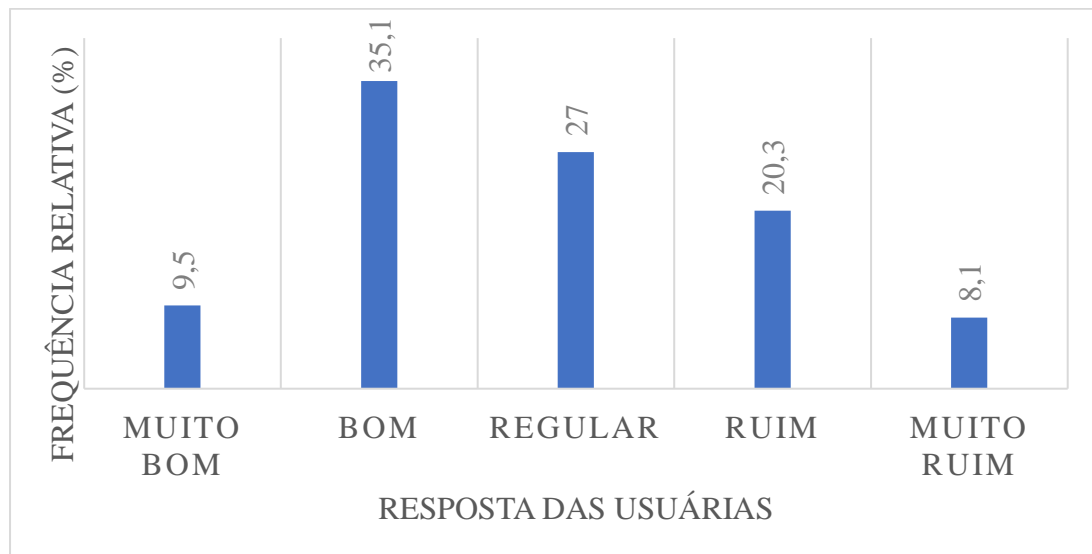
De maneira geral, quase metade das mulheres esperou até 2 horas para ser atendidas. Algumas mulheres referiram esperar até 12 horas para serem atendidas (n=5; 6,8%) (Gráfico 6). Quando questionadas a respeito desse tempo de espera, a maior parte avaliou como “Bom” ou “Regular” (Gráfico 7).

Gráfico 6. Frequência relativa do tempo de espera para ser atendido no Ambulatório de Pessário (n=74). Fortaleza-CE, Brasil, 2019.



Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras

Gráfico 7. Frequência relativa da opinião das usuárias do Ambulatório de Pessário sobre a o tempo de espera por atendimento no Ambulatório de Pessário (n=74). Fortaleza-CE, Brasil, 2019

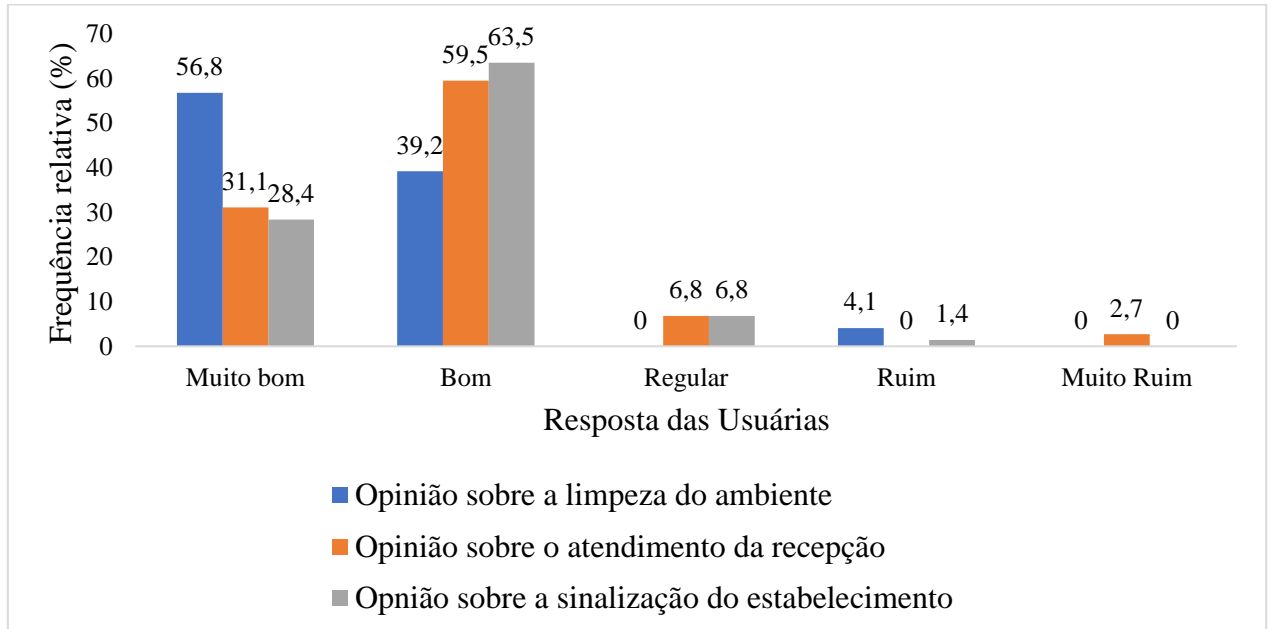


Fonte: Elaborado pelas Pesquisadoras.

Avaliação da limpeza do ambiente, atendimento da recepção e sinalização do estabelecimento

As participantes desse estudo avaliaram a limpeza do ambiente, o atendimento da recepção e a sinalização do estabelecimento do Ambulatório de Pessário como “Muito bom” e “Bom” (Gráfico 8).

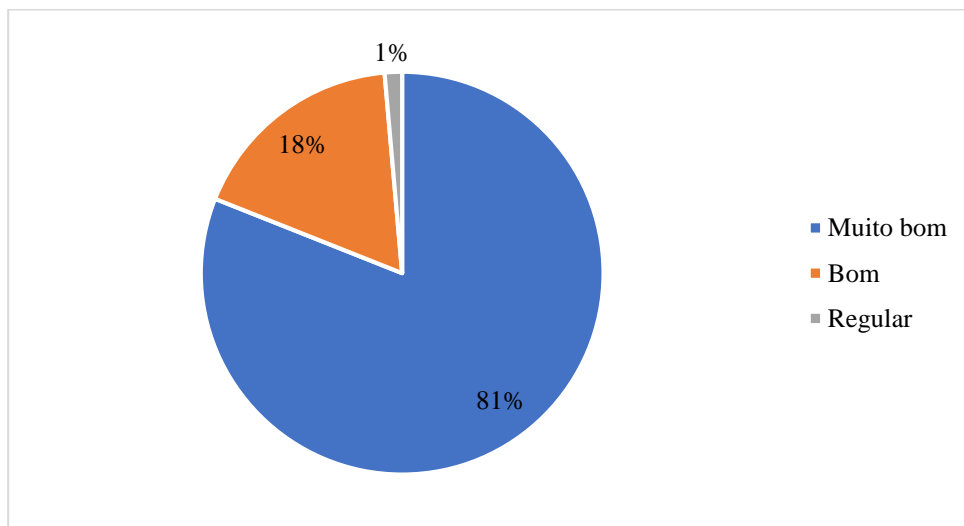
Gráfico 8. Frequência relativa do número de usuárias do Ambulatório de Pessário segundo opinião sobre a limpeza do ambiente, o atendimento da recepção e a sinalização do serviço (n=74). Fortaleza-CE, 2019.



Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras.

Quanto à avaliação da equipe de saúde, incluindo atendimento médico e da enfermagem, a maioria das mulheres apontou como “Muito bom” e “Bom” (Gráfico 9). Além disso, 72 mulheres (97,3%) das mulheres afirmaram que se sentiam seguras/confiantes a respeito da equipe de saúde durante o atendimento.

Gráfico 9. Frequência relativa da opinião das usuárias do Ambulatório de Pessário sobre o atendimento da equipe de saúde (n=74). Fortaleza-CE, Brasil, 2019.



Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras.

Sobre a qualidade das informações e esclarecimentos em relação ao estado de saúde realizadas durante os atendimentos da equipe de saúde, 57 mulheres (77%) avaliaram como “Muito bom”, 15 (20,3%) “Bom” e 2 (2,7%) “Regular”. Ainda, as participantes avaliaram que o estabelecimento de saúde, de forma geral, era “Muito bom” (n=36; 48,6%), “Bom” (n=34; 45,9%) e “Regular” (n=4; 5,4%).

Entre as 74 mulheres que responderam o instrumento de avaliação da satisfação das usuárias, obteve-se que 14 mulheres (18,9%) pagaram algum valor pelo atendimento do serviço. Sendo que todas apontaram o pessário como o item pago nessas consultas. Também, a maioria das mulheres soube informar qual o local para realizar reclamações quando não é bem atendida (n=69; 93,2%).

Também, boa parte das mulheres respondeu que foram adequadamente esclarecidas acerca dos riscos e benefícios no processo de tomada de decisão do pessário como tratamento conservador para POP (n=66; 89,2%).

Metas Internacionais de Segurança do Paciente

Para esse estudo foram consideradas pertinentes três das seis metas de segurança do paciente: Meta 1- Identificar corretamente o paciente; Meta 5 - Higienizar as mãos para evitar infecções; e Meta 6 - Reduzir o risco de quedas.

Quanto à meta sobre identificar corretamente o paciente, foi identificado que mais da metade das mulheres não soube informar o nome do profissional que as atendeu após as consultas (n=39; 52,8%) e afirmaram receber uma pulseira de identificação ao entrar no hospital (n= 44; 59,5%). Por sua vez, durante o período de coleta de dados, o estabelecimento de saúde estava com as pulseiras de identificação em falta, sendo entregue um papel de identificação no momento de ingresso da paciente.

Além disso, quase todas as mulheres apontaram que os profissionais confirmam o seu nome antes de iniciar a consulta (n=72; 97,3%).

Em relação a higienização das mãos e redução do risco de quedas, todas as pacientes afirmaram que os profissionais realizam a higienização das mãos antes e depois dos procedimentos (n=74; 100%) e realizam medidas para prevenção de quedas (n=73; 98,6%). Nesse estudo não foram especificadas essas medidas de prevenção de quedas.

5.4.2 Avaliação da satisfação das usuárias do Ambulatório de Pessário

Esta seção apresenta a análise das cinco dimensões da qualidade em serviços contempladas pelo SERVPERF que são: aspectos tangíveis, confiabilidade, responsividade, segurança e empatia. As dimensões foram analisadas separadamente de modo a verificar o desempenho alcançado por cada uma. Em seguida foram realizadas comparações das médias alcançadas com vistas a conhecer a dimensão mais bem avaliada pelos usuários do Ambulatório de Pessário.

Tangibilidade

No instrumento do SERVPERF, a primeira dimensão avaliada é a tangibilidade que refere como os usuários do ambulatório de Pessário avaliam a aparência das instalações físicas do serviço, os equipamentos utilizados e os recursos humanos envolvidos na prestação do serviço aos pacientes. Na tabela 7, está disposto a avaliação dessa dimensão.

Tabela 7. Avaliação da dimensão da tangibilidade sob a ótica das usuárias do Ambulatório de Pessário a partir do instrumento SERVPERF (n=74). Fortaleza-CE, 2019.

	Crítico	Neutro	Satisfatório	M	Md
O ambulatório de pessário tem equipamentos modernos.	0 (0,0%)	2 (2,7%)	72 (97,3%)	7,0	7,0
O ambulatório de pessário tem instalações físicas visualmente atrativas.	0 (0,0%)	4 (5,4%)	70 (94,6%)	7,0	7,0
Os profissionais do ambulatório de pessário têm uma aparência cuidada.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	74 (100%)	7,0	7,0
O ambulatório de pessário tem instalações físicas adequadas ao serviço que realiza.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	74 (100%)	7,0	7,0
Média Total	-	-	-	7,0	-

Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras

Legenda: M=Média; Md=Mediana.

Como podemos perceber, todos os itens referentes ao domínio da tangibilidade foram bem avaliados, que somado a avaliação da estrutura conforme proposto por Donabedian, reforça

o desempenho satisfatório do Ambulatório de Pessário e o serviço prestado atende as expectativas das usuárias.

Confiabilidade

Diferentemente da dimensão anterior, a confiabilidade tem o intuito de avaliar a capacidade do serviço prestar cuidados de maneira confiável, precisa e consistente. Por isso, essa é uma dimensão de suma importância na avaliação da qualidade de serviços de saúde, visto que impactam fortemente na opinião dos usuários. A avaliação dessa dimensão de acordo com a visão das usuárias do Ambulatório de Pessário estão dispostas na Tabela 8.

Tabela 8. Avaliação da dimensão da confiabilidade sob a ótica das usuárias do Ambulatório de Pessário a partir do instrumento SERVPERF (n=74). Fortaleza-CE, 2019.

	Crítico	Neutro	Satisfatório	M	Md
Quando o ambulatório de pessário promete fazer algo em determinado tempo, ele realiza.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	74 (100%)	7,0	7,0
Quando você tem um problema, os profissionais do ambulatório de pessário resolvem de forma simpática e reconfortante.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	74 (100%)	7,0	7,0
O ambulatório de pessário é de confiança.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	74 (100%)	7,0	7,0
O ambulatório de pessário realiza os serviços no tempo prometido.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	74 (100%)	7,0	7,0
O ambulatório de pessário possui registros precisos.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	74 (100%)	7,0	7,0
Média Total	-	-	-	7,0	-

Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras

Legenda: M=Média; Md=Mediana.

Como já apresentado nas seções anteriores, o POP interfere negativamente nos domínios de qualidade de vida e existe uma baixa procura por assistência. Baseado nisso, os serviços que atendem dessas mulheres, possuem o desafio de estabelecer um cuidado que

abrangem uma complexidade de fatores físicos, psicológicos, sociais, sexuais e financeiros. Apesar de todos esses pontos, o Ambulatório de Pessário conseguiu oferecer um serviço que realizam os serviços prometidos de modo confiável e preciso.

Capacidade de Resposta

Sobre o terceiro domínio denominado Capacidade de Resposta, avalia-se a disposição dos funcionários para ajudar e estar disponível, proporcionando um serviço que possui agilidade no atendimento, eficiência em resolver os problemas e atenção personalizada. Na tabela 9, podemos ver que de forma geral esse domínio foi bem avaliado pelas usuárias do Ambulatório de Pessário. Isso reforça o papel essencial dos profissionais, especialmente no contexto no serviço público, que pode enfrentar com dificuldades relacionadas a fila de espera, demora por atendimento, superlotação dos serviços e precariedades dos insumos necessários.

Tabela 9. Avaliação da dimensão da capacidade de resposta sob a ótica das usuárias do Ambulatório de Pessário a partir do instrumento SERVPERF (n=74). Fortaleza-CE, 2019.

	Crítico	Neutro	Satisfatório	M	Md
Os profissionais do ambulatório informam exatamente quando os serviços serão realizados.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	74 (100%)	7,0	7,0
Os profissionais do ambulatório de pessário fornecem um rápido atendimento.	5 (8,2%)	12 (16,2%)	57 (75,6%)	6,0	6,0
Os profissionais do ambulatório de pessário estão sempre dispostos a ajudar.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	74 (100%)	7,0	7,0
Os profissionais do ambulatório de pessário estão demasiadamente ocupados para responderem prontamente aos pedidos dos clientes.	74 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1,0	1,0
Média Total	-	-	-	5,2	-

Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras

Legenda: M=Média; Md=Mediana.

Segurança

A quarta dimensão da escala SERVPERF envolve os aspectos relacionados a confiança do comportamento do funcionário, sensação de segurança da assistência prestada, o conhecimento e preparação dos funcionários do serviço, assim como o tratamento educado desses profissionais. A avaliação desse domínio está disposta na Tabela 10.

Tabela 10. Avaliação da dimensão da Segurança sob a ótica das usuárias do Ambulatório de Pessário a partir do instrumento SERVPERF (n=74). Fortaleza-CE, 2019.

	Crítico	Neutro	Satisfatório	M	Md
Os profissionais do ambulatório de pessário são de confiança.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	74 (100%)	7,0	7,0
Você sente-se seguro na interação com os profissionais do ambulatório de pessário.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	74 (100%)	7,0	7,0
Os profissionais do ambulatório de pessário são educados.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	74 (100%)	7,0	7,0
Os profissionais têm suporte adequado da instituição para realizar bem as suas funções.	2 (2,8%)	5 (6,8%)	67 (90,4%)	7,0	7,0
Média Total	-	-	-	7,0	-

Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras

Legenda: M=Média; Md=Mediana.

Empatia

Na quinta e última dimensão é avaliado as características relacionadas ao acesso, individualidade da atenção dada as pacientes, a priorização dos interesses e preferências de cada mulher e o entendimento das suas necessidades. A avaliação desse domínio pode ser avaliada na Tabela 11.

Tabela 11. Avaliação da dimensão da empatia sob a ótica das usuárias do Ambulatório de Pessário a partir do instrumento SERVPERF (n=74). Fortaleza-CE, 2019.

	Crítico	Neutro	Satisfatório	M	Md
O ambulatório de pessário disponibiliza uma atenção individualizada ao cliente.	0 (0,0%)	1 (1,4%)	73 (98,6%)	7,0	7,0
O ambulatório de pessário não têm horários convenientes para todos os clientes.	27 (36,5%)	12 (16,2%)	35 (47,3%)	4,0	7,0
Os colaboradores do ambulatório de pessário dão uma atenção personalizada.	2 (2,8%)	0 (0,0%)	72 (97,2%)	7,0	7,0
O ambulatório de pessário tem um objetivo de responder aos interesses do cliente.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	74 (100%)	7,0	7,0
Os profissionais do ambulatório de pessário conhecem as necessidades dos clientes.	0 (0,0%)	1 (1,4%)	73 (98,3%)	7,0	7,0
Média Total	-	-	-	6,4	-

Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras

Legenda: M=Média; Md=Mediana.

Avaliação Global da Escala SERVPERF

Com a utilização do Questionário SERVPERF percebemos que os domínios mais bem avaliados foram relacionados a Confiabilidade, Segurança e Tangibilidade. Entre os 22 itens do instrumento, apenas o item “O ambulatório de pessário não têm horários convenientes para todos os clientes” apresentou uma avaliação individual neutra. Isso sugere que de maneira geral, os horários não foram apontados como um aspecto ruim do serviço. Por sua vez, pode-se realizar uma reavaliação dos horários de atendimento, visto que o serviço funciona apenas em um turno, uma vez na semana. Com essa avaliação da qualidade sob a visão das usuárias do Ambulatório do Pessário, podemos constatar que o serviço atende as expectativas das pacientes, sendo, portanto, um serviço efetivo na assistência de mulheres em relação à testagem e acompanhamento do pessário vaginal como tratamento conservador de POP.

6 DISCUSSÃO

6.1 Avaliação da Estrutura do Ambulatório de Pessário

O Ambulatório de Pessário possui uma estrutura física, insumos e recursos humanos em conformidade com a literatura analisada, exceto o aspecto da avaliação relacionado a variabilidade de tamanhos e modelos de pessários.

O'Dell e Atnip (2012) apontam como recursos necessários para o gerenciamento do tratamento conservador com o uso do pessário vaginal: presença desse dispositivo de silicone em modelos e tamanhos variados; serviço para limpeza, esterilização e armazenamento dos pessários; materiais educacionais adequados; consultas de acompanhamento da terapia conservadora; insumos e equipamentos para o exame ginecológico. Desses recursos, o serviço apresenta apenas uma inadequação relacionada a pouca variedade de modelos de pessários disponíveis, ficando restrito basicamente ao modelo anel.

Por outro lado, entre os modelos de pessário disponíveis no mercado, o tipo anel é o mais utilizado para iniciar o tratamento para POP, visto que esse modelo é de fácil uso pelos profissionais e pelas usuárias, favorecendo o autocuidado no domicílio, permite a atividade sexual e, quando inserido adequadamente, não é percebido pela usuária. Em contrapartida, esse modelo depende de um suporte adequado para manter o ajuste adequado no assoalho pélvico (O'DELL, ATNIP, 2012). Além disso, o pessário do tipo anel com e sem membrana é o modelo com custo mais baixo no Brasil, tornando-se mais acessível à realidade econômica das usuárias desse ambulatório. Apesar de tudo isso, é fortemente recomendado que um serviço de pessário disponha de vários modelos e tamanhos, a fim de diminuir as taxas de insucesso na inserção (O'DELL, ATNIP, 2012; WOLFF et al., 2016).

Destaca-se que a presença de uma estrutura física adequada também é crucial para garantir a qualidade do serviço, como insumos adequados e suficientes, equipamentos funcionantes e recursos humanos capacitados e especializados. A ausência dessa infraestrutura e de pessoal adequado, pode repercutir em uma assistência de má qualidade e em uma insatisfação do usuário (DONABEDIAN, 1988).

Apesar de uma prevalência relativamente alta de POP, há uma escassez de recomendações baseadas em evidências para orientar o diagnóstico e o atendimento às mulheres com prolapso vaginal, especialmente relacionado a avaliação de conformidades com o uso de pessário. Consequentemente, esses pacientes com POP sintomático costumam receber cuidados inadequados, geralmente envolvendo não apenas a falta de cuidados (ANGER et al, 2013).

Quanto à conformidade dos serviços de assistência às mulheres com prolapso, identificou-se que as características dos hospitais nos Estados Unidos preveem uma baixa taxa de conformidade com a intervenção cirúrgica recomendada para o prolapso sintomático (RHOADS; SOKOL, 2011). Por outro lado, o tratamento conservador com o pessário demanda recursos físicos e financeiros bem mais acessíveis que a intervenção cirúrgica.

Podemos identificar algumas tentativas de estabelecer os padrões de atendimento no campo da POP, com o intuito de desenvolver ferramentas para medir a qualidade do atendimento prestado ao cliente. Dessa forma, os estudos avaliativos examinam até que ponto os cuidados de saúde prestados aos indivíduos e coletividade estão em conformidade com os resultados de saúde desejados (ANGER et al., 2013).

Dessa maneira, a qualidade do atendimento deve ser medida pela conformidade dos estabelecimentos de saúde aos indicadores de qualidade de atendimento, os quais estabelecem que nível mais baixo de um conjunto de cuidados que deve ser fornecido a um paciente com uma determinada condição de saúde. Conseqüentemente, se os pacientes não receberem os cuidados descritos pelos indicadores de qualidade, seus cuidados serão considerados inadequados (ANGER et al., 2013).

Nesse contexto, Anger et al. (2013) definiu dois indicadores de qualidades a respeito do tratamento conservador para POP com o uso de pessário vaginal. O primeiro diz respeito ao fato que as mulheres com prolapso sintomático devem ser oferecidas inicialmente ao pessário, visto que essa é a primeira linha de tratamento para POP. Por sua vez, o segundo refere-se a exame pélvico das pacientes a cada seis meses, com o intuito de identificar as complicações advindas do uso do dispositivo. Visto que existem muitos pacientes que podem avaliar com competência a localização e a posição de seus pessários, mantendo uma higiene adequada para prevenir a infecção. No entanto, também existem muitos pacientes, principalmente os idosos, que não têm capacidade física e mental para manter seus pessários e, portanto, requerem uma supervisão rigorosa para evitar complicações (ANGER et al., 2013; ALAS et al., 2015).

A primeira consulta no ambulatório de pessário é muito importante, visto que consiste no primeiro contato dessas mulheres com o dispositivo mecânico. Quando comparado com o tratamento cirúrgico para POP, a terapêutica conservadora é pouco divulgada nas mídias sociais. Alguns estudos evidenciam que as mulheres conhecem o pessário por meio de profissionais de saúde, especialmente os especialistas na área de uroginecologia. Por tanto, cabe ao enfermeiro do Ambulatório de Pessário, apresentar essa forma de tratamento conservador, esclarecendo os riscos e benefícios do tratamento. Propiciando meios para que as mulheres possuam autonomia no processo de tomada de decisão do tratamento para a sua condição de

saúde, que mais se adequa às suas necessidades, peculiaridades e preferências (CATUNDA et al., 2016).

6.2 Avaliação do Processo e dos Resultados do Ambulatório de Pessário

Devido à versatilidade de sua indicação, percebe-se que o pessário é mais utilizado por mulheres acima de 60 anos (Média: 67,4;), com uma ampla variação na idade (Mín:36; Máx:98). Isso também foi encontrado em outros estudos, como na China (Média: 78,0; Min:28; Máx: 90) (KO et al., 2011), Holanda (Média: 65,6±6,4) (PANMAN et al., 2016) e Canadá (Média: 69,4; Min:33; Máx: 95) (LEWTHWAITE et al., 2013), demonstrando que, embora mais frequentes, as disfunções do assoalho pélvico não ocorrem somente em mulheres idosas, mas também entre jovens e mulheres na meia-idade, variando de 22% a 30% em mulheres de 18 a 83 anos (HORST et al., 2017).

Em um grupo de 276 mulheres, observou-se que o perfil da amostra era composto de participantes com a média de 62,6 anos, IMC 25,4 e paridade mediana de três. A maioria das mulheres era menopausada (n= 217; 79%) e sexualmente inativa (n= 176; 63,8%) (CHEUNG et al., 2016). Além da idade, existem outros fatores de risco responsáveis pelos defeitos do assoalho pélvico, principalmente partos vaginais, macrossomia fetal (>4.000g), uso do fórceps, episiotomia, histerectomia e cirurgias prévias para correção de distopia genital (HORST et al., 2017). Mulheres com excesso de peso (IMC: 25-30 kg / m²) e obesas (> 30kg / m²) correm alto risco de desenvolver prolapso de órgão pélvico (ABRAMS, 2016; GIRI et al., 2017). Os fatores de risco encontrados nas pacientes deste estudo vão ao encontro dos dados da literatura. Entre os tipos de comprometimento do prolapso, Cheung et al. (2016) identificou os defeitos de parede anterior foram os mais prevalentes.

As mulheres com prolapso podem ter uma variedade de sintomas pélvicos que, eventualmente, associar-se com o compartimento afetado. Queixas de perda urinária ou transtornos miccionais, como retenção urinária e sensação de esvaziamento incompleto, geralmente estão associados à distopia de parede vaginal anterior. Alguns sintomas, entretanto, são inespecíficos e podem ocorrer com qualquer compartimento afetado (LONE et al., 2011; HAYLEN et al., 2016)

Os pessários podem ser utilizados para diagnóstico e tratamento, aliviando os sintomas de prolapso de órgãos pélvicos e incontinência urinária de esforço. As mulheres que escolhem esse dispositivo mecânico têm melhora da função do assoalho pélvico tanto quanto observado naquelas que realizam o procedimento cirúrgico (ROBERT et al., 2013). Apenas 28%

das mulheres que optam pelo pessário como tratamento de POP desistem do tratamento com desejo de realizar cirurgia (COOLEN et al., 2018). Por sua vez, outros estudos, apontam sobre a dificuldade de adesão e seguimento (ROBERT *et al.*, 2013; LEKSKULCHAI; WANICHSETAKUL, 2015; COELHO; CASTRO; JULIATO, 2016).

Esse dispositivo é inserido na vagina para dar suporte às paredes vaginais ou para proporcionar continência urinária, com a vantagem de ser minimamente invasivo e proporcionar alívio imediato dos sintomas. Embora, no passado, fosse reservado às mulheres mais velhas, ele é uma excelente alternativa para mulheres sintomáticas jovens que ainda tem desejo de gestar e para aquelas que não desejam submeter-se à intervenção cirúrgica ou mesmo necessitam de alívio dos sintomas enquanto aguardam o procedimento (ABRAMS et al, 2017, ROBERT et al, 2013). Apesar das inúmeras vantagens desse dispositivo, existe uma lacuna na literatura a respeito dos indicadores de qualidade do pessário vaginal (ALPERIN et al, 2013). Tal aspecto dificulta a determinação dos padrões de qualidade de acordo com a estrutura, do processo e do resultado relacionado aos serviços que ofertam o pessário como tratamento conservador de prolapso.

Abhyankar et al. (2019) realizou um estudo com 24 mulheres atendidas em serviços de uroginecologia no Reino Unido com o intuito de explorar as experiências delas em busca de diagnóstico e tratamento para o prolapso e suas necessidades e prioridades para melhorar o atendimento centrado na pessoa. Obteve-se que a maioria das mulheres demorava a buscar ajuda profissional para o POP sintomático em virtude da falta de consciência, do constrangimento e do estigma (ABHYANKAR et al., 2019). Portanto, identifica-se que ainda existe a cultura de que os sintomas do prolapso vaginal são inerentes ao processo de envelhecimento, dificultando a busca por tratamento, especialmente, nos estágios iniciais do problema (BIDMEAD; CARDOZO, 1998).

Assim sendo, percebe-se que essas mulheres procuram atendimento quando as queixas do prolapso ficam mais acentuadas, podendo interferir significativamente na rotina diária e causar estresse, ansiedade e dificuldade para dormir (ABHYANKAR et al., 2019).

Em relação à avaliação da presença de contraindicações, nenhuma paciente foi excluída por apresentar contraindicações absolutas ao uso do pessário. Isso porque os pessários possuem poucas contraindicações absolutas. Normalmente, os profissionais são aconselhados a investigar se as candidatas ao pessário têm infecção vaginal ativa, erosão vaginal, ulceração ou atrofia vaginal grave. As chances da paciente não retornar às consultas de seguimento também devem ser avaliadas, pois o seguimento inadequado pode resultar em reconhecimento tardio de complicações (LEWTHWAITE et al., 2013).

A aceitação de todas as pacientes para testar o dispositivo foi crescendo a cada ano de experiência no ambulatório, com investimento intenso em abordagens educativas individuais e grupais utilizadas pelos profissionais do ambulatório.

Nesse processo de tomada de decisão, Abhyankar et al. (2019) identificaram que as mulheres tinham pouca participação na escolha do tratamento para prolapso vaginal, sendo frequentemente influenciada pela opinião dos profissionais de saúde. Desse modo, as mulheres tomaram decisões em desacordo com as suas preferências e necessidades, podendo implicar negativamente durante o processo de cuidado de um tratamento.

Em um estudo desenvolvido com mulheres tailandesas, a tomada de decisão para o uso do pessário vaginal era discutido com os familiares, por sua vez, a opinião do cônjuge não foi significativa. Elas acreditavam que o dispositivo melhoraria as condições emocionais, sintomas de dor e qualidade de vida. Além disso, os fatores que afetavam negativamente na escolha do pessário foram: sintomas vaginais, dor pélvica, risco de câncer, feminilidade e sexualidade (MUNGPOOKLANG; BUNYAVEJCHEVIN, 2017).

Estudos concluíram que a maioria das mulheres pode se adaptar com sucesso ao pessário, com taxas de inserções exitosas variando de 61% a 100% (SARMA et al., 2009; LAMERS; BROEKMAN; MILANI, 2011). Nesse contexto, os resultados desta pesquisa demonstraram uma taxa elevada de sucesso na inserção do pessário.

Um dos fatores recomendados para uma inserção bem-sucedida é fornecer o maior número possível de tamanhos e modelos de pessário, porque os tomadores de decisão da prática também devem considerar a satisfação do paciente, incluindo o potencial agravamento de atrasos no alívio dos sintomas. Isso pode ser especialmente problemático para mulheres que exigem uma alteração subsequente no tipo ou tamanho do pessário após um teste de uso diário (O'DELL; ATNIP, 2012). Nosso serviço oferece apenas um tipo de pessário (anel), mas o modelo anel é o mais aplicado mundialmente, com elevada taxa de sucesso e menor risco de complicações. Inclusive, o seu uso permite a atividade sexual, sem a necessidade de retirá-lo (ROBERT et al., 2013).

No processo de testagem do pessário vaginal, é comum que um novo usuário tente pelo menos dois ou três pessários antes de encontrar um que seja confortável e eficaz (KOMESU et al., 2007) e os tamanhos mais comuns de pessário em anel são 2 a 5 (números inteiros) (O'DELL; ATNIP, 2012). De acordo com isso, o número médio de pessários julgados foi satisfatório e o número 2,3,4,5 e 7 foi usado em 78,2% das vezes em nosso estudo.

Apesar dos altos registros de taxas de sucesso na inserção, existe uma tentativa na literatura de investigar fatores que estão relacionados ao sucesso e insucesso na inserção do

dispositivo. A presença de leve prolapso do compartimento posterior foi descrita como um preditor positivo de sucesso para inserção do pessário, e a história de procedimento cirúrgico para prolapso prévio ou histerectomia como preditores negativos (YAMADA; MATSUBARA, 2011; HORST et al., 2017).

Similar a outros estudos, a obesidade foi associada ao insucesso na inserção do pessário (MUTONE et al., 2005; PANMAN et al., 2017). Uma explicação para isso pode ser que o aumento da pressão na área pélvica em mulheres com um IMC alto dificulta o encaixe pessário (MAO et al., 2018). No entanto, outros relataram uma falta de associação do IMC com o ajuste pessário malsucedido (MAITO et al., 2006; MARKLE et al., 2011; MANCHANA et al., 2011; DING et al., 2015; MAO et al., 2018) Uma das razões para isso é como eles mediram a associação entre obesidade e sucesso no ajuste pessário. Um exemplo é o Ding et al. (2015), no qual o IMC foi medido apenas como variável categórica (menor e maior que 25kg / m²) e não como valor médio como realizamos.

A presença de atividade sexual e a evitação percebida do sexo por causa do prolapso como um problema sério foram significativamente maiores entre as mulheres que optaram pela cirurgia do que as que optaram pelo pessário de Gelhorn (51% vs 29%, $p < 0,001$) em um estudo chinês (KO et al., 2011). Embora prescrevamos um pessário que permita a relação sexual sem retirá-lo, descobrimos que a presença de atividade sexual foi significativamente maior no grupo com inserção malsucedida ($p < 0,05$). Por outro lado, Clemons et al. (2004) realizaram um estudo observacional usando um anel ou um pessário de Gellhorn e não encontraram diferenças entre as taxas de ajuste do pessário sexualmente ativas e malsucedidas.

Também há evidências de que o canal vaginal encurtado (≤ 6 centímetros) e o hiato genital largo (>8 cm) são preditivos positivos para inserção insatisfatória do pessário (CLEMONS et al., 2004; ROBERT et al., 2013; KOW; SIFF; FERZANDI, 2016; PANMAN et al., 2017; CHEUNG et al., 2018; MAO et al., 2018).

Apesar dos estudos, ainda se consideram esses indicadores pouco consistentes, o que torna aconselhável que a realização de um teste com o pessário pode ser apropriado para qualquer mulher que procura tratamento para os sintomas relacionados à presença do prolapso (ATNIP; O'DELL et al., 2012). Isso pode ser demonstrado pelo alto percentual de inserções exitosas encontrado em nosso estudo, apesar da presença de grande quantidade de preditores de insucesso encontrado em nossa amostra.

Pesquisadores identificaram 432 mulheres atendidas em um hospital público em Jaraguá do Sul, Brasil, em busca de atendimento para queixas de POP. Dessas mulheres, cerca de 71% realizaram a inserção do pessário vaginal, culminando em uma taxa de bom ajustamento

inicial do pessário de 41%. O tipo de pessário mais inserido foi o em anel, seguido pelo cubo e Gelhorn. Nesse grupo, 23 mulheres foram perdidas no acompanhamento entre o ajuste inicial e a primeira consulta de acompanhamento (HORST et al, 2017).

No ensaio clínico randomizado, desenvolvido por Cheung et al. (2016), no grupo das mulheres que realizaram a inserção do pessário, encontrou-se que 92 de 139 (66%) mulheres obtiveram adaptação bem-sucedida do dispositivo. Dessas 139 mulheres, 63% mantiveram o uso do pessário por seis meses e 60% por 12 meses. Alperin et al. (2013) também encontrou taxas elevadas de uso continuado do pessário vaginal por um período de nove anos, obtendo uma taxa de 98%. Como podemos observar, os resultados relacionados as taxas de aceitação, inserção bem-sucedida e seguimento encontrados nesse estudo estão em conformidade com o identificado na literatura.

O uso continuado do pessário tem demonstrado melhora dos sintomas do prolapso, urinários e intestinais (ABDOOL et al., 2011; KO et al, 2011; GRIEBLING, 2016;). As taxas de continuidade avaliados demonstraram valores acima de 70% e, quando houve descontinuidade, esta aconteceu, na maioria das vezes, em até 12 meses. A literatura relata que quando os pessários são inseridos de forma exitosa em quatro semanas, a maioria das mulheres continua a utilizá-los até cinco anos (LONE et al., 2011). Diferentemente desse estudo, Sarma et al. (2009) encontraram que a taxa de continuidade do tratamento com o pessário do tipo anel foi baixa (23/167; 14%). Isso pode estar associado ao elevado percentual de complicações associadas ao uso do dispositivo.

Dentre os fatores associados ao uso contínuo do pessário, as pesquisas apontam a idade acima de 65 anos e mulheres sexualmente ativas como os principais preditores (FRIEDMAN et al., 2010). De acordo com Mutone et al. (2005), alguns dos fatores relacionados a interrupção do uso do pessário foram desconforto, falha do pessário em permanecer no local, presença de incontinência urinária e sangramento ou ulcerações). Não obstante, há registros de que mulheres mais jovens preferem tratamento cirúrgico e as mais velhas, a terapêutica conservadora (LONE et al., 2011).

Sarma et al. (2009) evidenciaram em seu estudo que com o tempo, a maioria das mulheres optou por interromper o uso de pessários. Esses pesquisadores obtiveram uma duração média de uso do pessário de 1,4 anos (variando de 0,1 a 11 anos; IQ de 0,5 a 3,6 anos). Esses dados são similares ao encontrado nesse trabalho, no qual podemos visualizar que a maioria das mulheres desiste com poucas semanas de uso ou após um ano.

Questões socioeconômicas podem estar relacionadas com a interrupção da utilização do pessário vaginal. No estabelecimento de saúde que foi escolhido para a realização desse

estudo, ainda não oferece gratuitamente o dispositivo para tratamento. Além desse dispositivo, as mulheres precisam adquirir o creme com estriol tópico. Nesse contexto, considerando que por se tratar de um serviço público, podemos encontrar mulheres com poder aquisitivo econômico baixo, favorecendo a escolha do procedimento cirúrgico, visto que esse é custeado pelo setor público, impactando minimamente no orçamento financeiro dessas mulheres.

Ao realizar a comparação do desejo de continuar o tratamento conservador em grupos étnicos, identificou-se que não existe diferença significativa entre as mulheres hispânicas e não-hispânicas (58,5% vs 63%; $p=0,69$; odds ratio corrigida [cOR], 1,11; IC 95% 0,43–2,90), mesmo na presença de aumento da dor vaginal e dos distúrbios da microbiota vaginal em mulheres hispânicas (GUPTA et al., 2019). Embora esse estudo não tenha identificado as principais complicações relacionadas ao uso do pessário, autores apontam que as principais complicações relacionadas ao uso do pessário são fístulas vesicovaginais ou retovaginais, infecções do trato urinário, vaginite, retenção urinária e dispareunia (ALPERIN et al., 2013; ABDULAZIZ et al. 2015). As complicações provavelmente surgem por negligência e podem ser evitadas com acompanhamento adequado.

Algumas mulheres relataram o descontentamento com o atendimento recebido por profissionais generalistas, com isso os sintomas vão ficando mais exacerbados até que essas mulheres fossem encaminhadas para o serviço especializado. No contexto dessas mulheres, identificou-se que a minoria foi previamente orientada sobre a importância de realização de exercícios para o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico no período pós-parto (ABHYANKAR et al., 2019). Por sua vez, quando analisamos a realidade brasileira, observamos que as iniciativas ainda são mais incipientes. Recentemente foi desenvolvido um aplicativo para estimular a prevenção das disfunções do assoalho pélvico no período puerperal, denominado ContineceApp, o qual está disponível gratuitamente no Google Play para Android e Iphone (SABOIA et al., 2019).

Somado a isso, profissionais da atenção primária referem possuir segurança ao conduzir mulheres com incontinência urinária e bexiga hiperativa, em contrapartida, eles afirmam ter pouca familiaridade com o POP (MAZLOOMDOOST et al., 2017). Nessa situação, deve-se frisar a importância de capacitação dos profissionais, especialmente aqueles que atendem na atenção primária, que se configura na porta de entrada do usuário no sistema de saúde. Por meio da detecção precoce pode-se evitar o agravamento do problema de POP, tais como hidronefrose, falência renal e, conseqüentemente, óbito (O'DELL; ATNIP, 2012; TSO et al., 2018; ABHYANKAR et al., 2019).

6.4 Avaliação da Satisfação das Usuárias do Ambulatório de Pessário

Esse estudo é um dos pioneiros na avaliação da qualidade de um ambulatório que realiza a inserção do pessário vaginal como tratamento conservador de POP, especialmente, incluindo a avaliação da satisfação das usuárias do respectivo serviço. Em virtude disso, existe uma escassez de estudos para comparar com os resultados encontrados.

Donabedian afirma que o indicador de satisfação é um dos elementos que compõe o pilar “Resultado” da Tríade do processo de avaliação da qualidade do serviço (DONABEDIAN, 1988). Desse modo, os gestores em saúde possuem um desafio de superar as expectativas dos clientes, aprimorando aqueles aspectos que apresentam um desempenho insuficiente (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005; VIEIRA; KRASSURSKI; LORENI, 2006; LEE; LEE; KANG, 2012).

Portanto, pode-se constatar na literatura inúmeros estudos em diferentes contextos dos serviços de saúde, avaliando a qualidade do serviço sob a visão do usuário (PENA; MELLEIRO, 2012; CONTRERAS, 2010; GOUVEIA et al., 2005). Esses estudos avaliativos reforçam que algumas vezes o estabelecimento de saúde é estruturado para prestar um determinado serviço ou oferecer um produto. Por sua vez, o usuário possui outras demandas, não atingindo a expectativa desse. A superação da expectativa do usuário constitui uma avaliação da qualidade satisfatória (PARASSURMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985), assim sendo, a qualidade dos serviços possui relação com a expectativa gerada pelo cliente e a sua satisfação com a experiência dos consumidores (MALIK, 2012).

No tocante às avaliações sob a ótica do usuário, é possível promover a saúde de maneira mais direcionada, otimizando o serviço quanto às necessidades dos seus clientes (FRÉZ *et al.*, 2011). Isso pode contribuir para uma maior adesão e seguimento do cliente ao serviço, evitando que agravos de saúde advindos do uso inadequado do pessário ocorram.

De maneira geral as participantes do estudo, esperam de dois a três meses para ingressar no fluxo de atendimento do serviço de pessário e esperam um tempo médio de até quatro horas para serem atendidas, sendo avaliado de maneira satisfatória e intermediária, respectivamente. Destaca-se que a maioria das mulheres possuem idade avançada e com baixa escolaridade.

Além disso, a minoria das mulheres espera por até doze horas até ser atendida. No entanto, elas são provenientes do interior do estado e usufruem do serviço de transporte da saúde do município, o qual nem sempre apresenta horários convenientes e causam um desgaste com

relação ao tempo de espera por atendimento. Podendo interferir no processo de adesão e seguimento da terapêutica conservadora.

Entre os atributos da qualidade dos serviços de saúde, a segurança está relacionada à redução de danos, ao mínimo aceitável, das ações de cuidado ofertadas pelos estabelecimentos de saúde, aumentando a probabilidade de obtenção dos resultados desejados e congruentes com o conhecimento atual (RUNCIMAM et al., 2009). Nesse contexto, a dimensão da segurança é utilizada para a avaliação do desempenho dos serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados, de acordo com o método avaliativo proposto pelo Projeto de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde – Proadess no território brasileiro (GOUVÊA, 2015).

Aliás, com o propósito de contribuir para melhoria da qualidade dos serviços de saúde no âmbito nacional, sejam eles públicos ou privados, foi criado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), através da Portaria nº 529/13, do Ministério da Saúde e a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36/2013. A partir do PNSP, foram desenvolvidos indicadores de qualidade dos serviços em consonância com as Metas Internacionais de Segurança do Paciente. Para esse estudo, investigou-se esses critérios a partir da percepção do usuário sobre o desempenho do serviço (GOUVÊA, 2015). Com essa avaliação, foi possível perceber que o Ambulatório de Pessário apresenta um desempenho satisfatório dos indicadores direcionados à segurança do paciente sob a ótica das usuárias, nos quesitos de identificação do paciente, higienização das mãos e prevenção de quedas.

Nesse estudo, obteve-se um resultado de avaliação da qualidade elevado, representando que o Ambulatório de Pessário supera as expectativas de suas clientes. Por sua vez, os usuários do serviço de saúde público de países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, apresentam o viés de gratidão. Dessa forma, o usuário do serviço já se sente satisfeito por conseguir atendimento no estabelecimento de saúde, tem medo de perder o acesso ao serviço ou possui uma relação de dependência do profissional de saúde, omitindo as avaliações negativa desses (BERNHART *et al.*, 1999; VAITSMAN; ANDRADE, 2005; GUEDES; GARCIA, 2001).

Além disso, a satisfação é um processo dinâmico que varia de indivíduo para indivíduo, podendo ser influenciado por fatores como a percepção do estado de saúde e doença, crenças, características sociodemográficas (BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013).

Ramos et al (2018) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a qualidade dos serviços em saúde pública em Ambulatórios Gerais na cidade de Blumenau, Santa Catarina, Brasil. Identificou-se que os usuários estavam satisfeitos com o serviço prestado, especialmente relação as dimensões Instalações, Confidencialidade/segurança e Acesso. Por outro lado, os domínios com pior desempenho foram: Disponibilidade de medicamentos, Prontidão no

atendimento, Serviços complementares, Atendimento e Resultados. Apesar da boa avaliação do serviço ambulatorial, deve-se identificar os pontos de melhoria com o intuito de aprimorar os serviços de saúde, melhorando a qualidade e satisfação dos usuários acerca do serviço ofertado.

Para realizar essas avaliações, ressalta-se a importância de mensurar essa satisfação do usuário por meio de questionários válidos e confiáveis quanto às propriedades psicométricas (DEHANOV, 2013; SOUTO; CORREIA-NETO, 2017). Existem vários instrumentos direcionados para a avaliação dessa qualidade, dos quais destaca-se o SERVPERF. Esse instrumento avalia a percepção do desempenho, adaptada do instrumento SERVQUAL, muito utilizado nos estudos, engloba a comparação das expectativas e do desempenho do serviço sob a visão do cliente (CORREIA-NETO, 2017).

Sobre o SERVPERF, pesquisadores apontam a dimensão Confiabilidade como a mais relevante para a investigação da satisfação dos usuários sobre o serviço de saúde. (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985; PENA et al, 2013). Considerando esse aspecto, os resultados encontrados nesse estudo revelam um nível excelente da qualidade do Ambulatório do Pessário, visto que a maioria das participantes relatou sentir-se satisfeita em relação a esse domínio.

Apesar disso, Esperidião e Silva (2018) comentam que os resultados elevados da satisfação encontrados na literatura podem ser associados a forma de obtenção dos dados. Aqui não existe a influência do viés de gratidão, mas o usuário sente-se coagido a dar uma resposta positiva no momento da coleta de dados.

Portanto, os estudos avaliativos contribuem para identificar os aspectos que carecem de melhorias nos serviços de saúde, influenciando no aumento da qualidade e satisfação dos usuários dos estabelecimentos de saúde. Ainda, essas investigações auxiliam na otimização dos recursos para os programas, políticas e serviços de saúde, contribuindo para a operacionalização dessas avaliações no âmbito do Sistema Único de Saúde.

7 CONCLUSÃO

Estudos avaliativos permitem identificar os pontos positivos e quais as falhas do serviço, direcionando os gestores e os profissionais acerca dos aspectos que podem ser aprimorados dentro daquele contexto, especialmente de ambulatórios que realizam a inserção de pessários vaginais como tratamento conservador para POP.

Quanto à avaliação da estrutura, constatou-se que o serviço possui elementos de estrutura física, recursos humanos e insumos em conformidade com o recomendado pela literatura analisada. No entanto, o serviço possui uma baixa variabilidade de modelos de pessários disponíveis para inserção.

Com relação ao processo e resultados, encontrou-se taxas elevadas de aceitação, sucesso na inserção e seguimento no grupo de participantes do estudo. Obesidade e atividade sexual constituíram fatores que contribuem para a inserção malsucedida do pessário. No grupo do uso continuado do pessário, o tempo médio de tratamento é de aproximadamente 27 meses, enquanto no grupo de desistência é de cerca de 12 meses. Mulheres menopausadas, sem parceiro sexual e com histórico de laceração perineal foram relacionadas com o uso prolongado do pessário como tratamento conservador para POP.

Sobre a inserção do pessário vaginal, identificou-se que foram necessárias aproximadamente duas tentativas até encontrar o tamanho ideal, sendo os números 2 e 5 do tipo anel os mais inseridos. Para alcançar a independência da inserção e retirada do pessário, foram necessárias de duas a três tentativas.

Acerca da avaliação da satisfação das usuárias, encontramos que de maneira geral o serviço foi avaliado com nível elevado de qualidade. Os domínios com pior avaliação foram “Capacidade de Resposta” e “Empatia”. Sendo os principais critérios apontados como falhos: o atendimento mais demorado e horários inconvenientes. Algumas mulheres apontaram que pagaram algum valor pelo atendimento, sendo o pessário vaginal apontado como o item pago. Encontrou-se conformidade adequada do serviço quanto as Metas Internacionais de Segurança do Paciente.

Como mencionado anteriormente, essa é a primeira iniciativa de investigação da avaliação da qualidade da estrutura, processo e resultado de acordo com o referencial teórico de Donabedian e da avaliação da satisfação das usuárias do serviço. Uma das limitações desse estudo está relacionada com a perda de dados nos registros ao longo dos anos e a necessidade de uma amostra maior que possibilite encontrar dados que clarifiquem os achados do estudo. Também, pode-se pontuar sobre a ausência de investigações em relação às complicações

associadas ao uso do pessário e a investigação dos motivos de desistência das usuárias. Na avaliação da satisfação do usuário, utilizou-se o instrumento SERVPERF com uma escala do tipo Likert de 7 pontos, a qual é de difícil compreensão para as participantes do estudo e, por conseguinte, para a análise de dados.

Por meio desse estudo, foi possível identificar algumas falhas do serviço ambulatorial de pessário, apontando para os gestores e os profissionais do serviço sobre os aspectos que precisam ser aprimorados, tais como a ampliação dos horários da agenda por semana e a redução pelo tempo de espera por atendimento no serviço. Desse modo, as usuárias do serviço podem ter acesso a um serviço de alta qualidade de acordo com a Tríade de Donabedian e a Satisfação dos Usuários.

Ressalta-se que esse estudo pode contribuir para a padronização dos indicadores de qualidade dos serviços que ofertam a terapêutica conservadora com a utilização do pessário vaginal para mulheres com sintomas de POP. Além disso a prática de avaliação deve ser contínua, visto que pesquisa de avaliação da satisfação dos usuários fornece dados temporários acerca daquele serviço. Esse estudo, também, constitui uma iniciativa de sistematização da avaliação da qualidade do serviço, que deve ser realizada periodicamente, favorecendo ao processo de aprimoramento constante dos elementos que compõe aquele serviço.

REFERÊNCIAS

- ABDOOL, Z. et al. Prospective evaluation of outcome of vaginal pessaries versus surgery in women with symptomatic pelvic organ prolapse. **Inter Urogynecol J**, v. 22, n. 3, p. 273–278, 2011.
- ABDULAZIZ, M. et al. An integrative review and severity classification of complications related to pessary use in the treatment of female pelvic organ prolapse. **Canadian Urological Association Journal**, v. 9, n. 5–6, p. E400-406, 2015.
- ABHYANKAR, P. et al. Women's experiences of receiving care for pelvic organ prolapse: a qualitative study **BMC Women's Health**, v. 19, n45, p 01-12, 2019
<https://doi.org/10.1186/s12905-019-0741-2>
- ABRAMS, P. et al. **Incontinence: 6th International Consultation on Incontinence**, Tokyo, September 2016.
- ALAS, N. A. et al. Measuring the quality of care provided to women with pelvic organ prolapse. **Am J Obstet Gynecol.**, v. 4, n. 212, p 471.e1-9. doi: 10.1016/j.ajog.2014.10.1105. Epub 2014 Oct 31, 2015
- ALPERIN, M. et al. Patterns of pessary care and outcomes for medicare beneficiaries with pelvic organ prolapse. **Female Pelvic Med Reconstr Surg**, v. 19, n. 3, p. 142, 2013.
- ANGER, J. T. et al. Quality-of-care indicators for pelvic organ prolapse: development of an infrastructure for quality assessment. **Inter Urogynecol J**, v. 24, n. 12, p. 2039-2047, 2013.
- ARANGO, H. G. **Bioestatística: teórica e computacional**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 2005.
- ARROYO, C. S. Qualidade de serviços de assistência à saúde: o tempo de atendimento da consulta médica. 2007. **Tese de Doutorado**. Universidade de São Paulo. São Paulo: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo; 2007.
- ATNIP, S.; O'DELL, K. Vaginal support pessaries: Indications for use and fitting strategies. **Urologic Nursing**, v. 32, n. 3, p. 114-126, 2012.
- BAKER, A. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. **BMJ**, v. 323, n. 7322, p. 1192, 2001.
- BERNARDO, E. B. R. **Avaliação da assistência pré-natal de gestantes com risco habitual**. 2016. 122f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.
- BERNHART, M. H. et al. Patient satisfaction in developing countries. **Social Science & Medicine**, v. 48, n. 8, p. 989-996, 1999.
- BERWICK, D. M. A user's manual for the IOM's 'Quality Chasm' report. **Health Aff (Millwood)**, v. 21, n. 3, p. 80-90, May-Jun 2002. ISSN 0278-2715 (Print)0278-2715 (Linking).

BEZERRA, K. C. **Elaboração e validação de vídeo educativo para adesão de mulheres com prolapso de órgãos pélvico ao uso do pessário vaginal**. 152f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

BEZERRA, L. R. P. S. et al. Prevalence of unreported bowel symptoms in women with pelvic floor dysfunction and the impact on their quality of life. **Inter Urogynecol J**, v. 25, n. 7, p. 927-933, 2014.

BIDMEAD, J; CARDOZO, L.D. Pelvic floor changes in the older woman. *Br J Urol*. 1998;82 Suppl 1:18-25. ALPERIN, Marianna et al. Patterns of pessary care and outcomes for medicare beneficiaries with pelvic organ prolapse. **Female Pelvic Med Reconstr Surg**, v. 19, n. 3, p. 142, 2013.

BONACIM, C. A. G.; ARAÚJO, A. M. P. Avaliação de desempenho econômico-financeiro dos serviços de saúde: os reflexos das políticas operacionais no setor hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1055-1069, 2011.

BRADY, Michael K.; CRONIN JR, J. Joseph. Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: a hierarchical approach. **Journal of marketing**, v. 65, n. 3, p. 34-49, 2001.

BRANDÃO, A. L. R. B. S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 103-114, 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Protocolos Básicos do Programa Nacional de Segurança do Paciente**. [Internet]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/diversos>. Acesso em 25 janeiro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.40 p.: il. ISBN 978-85-334-2130-1

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **PNASS: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

- BUGGE, C.; HAGEN, S.; THAKAR, R. Vaginal pessaries for pelvic organ prolapse and urinary incontinence: a multiprofessional survey of practice. **Inter Urogynecol J**, v. 24, n. 6, p. 1017-1024, 2013.
- CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A. Defining quality of care. **Social science & medicine**, v. 51, n. 11, p. 1611-1625, 2000.
- CASTELLANOS, P. L. **Comparação entre a satisfação do usuário com os serviços oferecidos num hospital geral e a percepção gerencial dessa satisfação**. 2002. Tese de Doutorado. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas; 2002.
- CATUNDA, H. L. O. **Construção e validação de protocolo para utilização de pessário vaginal**. 2016. 132f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.
- CERIOLI, D. et al. Análise da satisfação dos usuários dos serviços de clínicas médica e cirúrgica em um hospital do Sudoeste do Paraná. **RAHIS**, v. 11, n. 2, 2014.
- CHASSIN, M. R. et al. The urgent need to improve health care quality: Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. **Jama**, v. 280, n. 11, p. 1000-1005, 1998.
- CHEUNG, R. Y. K. et al. Predictors for dislodgment of vaginal pessary within one year in women with pelvic organ prolapse. *Maturitas*, v. 108, n. November 2017, p. 53–57, 2018.
- CLEMONS, J. L. et al. Risk factors associated with an unsuccessful pessary fitting trial in women with pelvic organ prolapse. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 190, n. 2, p. 345–350, 2004.
- COELHO, S. C. A.; CASTRO, E. B.; JULIATO, C. R. T. Female pelvic organ prolapse using pessaries: systematic review. **Inter Urogynecol J**, v. 27, n. 12, p. 1797-1803, 2016.
- CONTANDRIOPOULOS, A. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 705-711, 2006.
- CRONIN, J. J.; TAYLOR, S. A. Measuring service quality: a reexamination and extension. *The journal of marketing*, p. 55-68, 1992.
- CUNDIFF, G. W. et al. A survey of pessary use by members of the American Urogynecologic Society. *Obstetrics & Gynecology*, v. 95, n. 6, p. 931-935, 2000.
- DEHANOV, S. F. Avaliação da Qualidade do Serviço numa Unidade de Saúde de Reabilitação. 48f. Dissertação. (Mestrado em Gestão de Empresas) - Departamento de Ciências Económicas e Empresariais, Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal, 2013.
- DING, J. et al. Successful use of ring pessary with support for advanced pelvic organ prolapse. **Inter Urogynecol J**, v. 26, n. 10, p. 1517-1523, 2015.
- D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 84-

8, Feb. 2006 .

DONABEDIAN, A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press, 2003.

DONABEDIAN, A., 1980a. The definition of quality: A conceptual exploration. In: *Explorations in Quality Assessment and Monitoring* (A. Donabedian), vol. I, pp. 3-31, Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.

DONABEDIAN, A.; WHEELER, J. R. C. & WYSZEWLANSKI, L., 1982. Quality, cost and health: An integrative model. *Medical Care*, 20: 975-992.

DONABEDIAN, Avedis. The quality of care: how can it be assessed? *Jama*, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

DONABEDIAN, Avedis. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial (primera parte). *Control de calidad asistencial*, v. 6, n. 1, p. 1-6, 1991.

DUEÑAS, J. L.; MICELI, A. Effectiveness of a continuous-use ring-shaped vaginal pessary without support for advanced pelvic organ prolapse in postmenopausal women. *Inter Urogynecol J*, p. 1-8, 2018.

DUTRA, H. (2001). Percepção de Qualidade no Serviço Educacional: um estudo sobre o Curso de Administração da Faculdade de Ciências Humanas ESUDA. **Dissertação** (mestrado), Universidade Federal de Pernambuco.

ESPERIDIÃO, M. A.; SILVA, L. M. V. The satisfaction of the user in health services evaluation: essay on the imposition of problems. *Saúde em Debate*, v. 42, n. SPE2, p. 331-340, 2018.

FADEL, M. A. V.; REGIS FILHO, G. I. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p. 7-22, Feb. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122009000100002&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122009000100002>.

FARIAS, S.; SANTOS, R. Atributos de satisfação nos serviços de hotelaria: uma perspectiva no segmento da terceira idade. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÕES EM ADMINISTRAÇÃO – ENANPAD **Resumo dos trabalhos**, 1998.

FITZSIMMONS, J. A.; FITZSIMMONS, M. J. **Administração de Serviços-: Operações, Estratégia e Tecnologia da Informação**. Amgh Editora, 2005.

FONSECA, E. S. M. et al. Validation of a quality of life questionnaire (King's Health Questionnaire) in Brazilian women with urinary incontinence. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 27, n. 5, p. 235-242, 2005.

FREITAS, A. L. P.; COZENDEY, M. I. Um modelo SERVPERF para avaliação de serviços hospitalares. *Encontro Nacional de Engenharia de Produção*, v. 28, n. 2008, p. 1-13, 2008.

FRÉZ, A. R.; NOBRE, M. I. R. de S. Satisfação dos usuários dos serviços ambulatoriais de fisioterapia da rede pública. **Fisioter Mov**, v. 24, n. 3, p. 419-28, 2011.

FRIEDMAN, S. et al. Factors influencing long-term pessary use. **Inter Urogynecol J**, v. 21, n. 6, p. 673-678, 2010.

GIRI, A. et al. Obesity and pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis of observational studies. **Am J Obstet Gynecol**, v. 217, n. 1, p. 11-26. e3, 2017.

GOUVÊA, C. S. D. Desenvolvimento de indicadores de segurança para o monitoramento de cuidado em hospitais brasileiros de pacientes agudos. **Relatório Proqualis**. Rio de Janeiro, 2015. 39 p.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. Hospital Geral de Fortaleza - HGF. Apresentação. Uma história, uma trajetória. 2012. Disponível em: <<http://www.hgf.ce.gov.br/index.php/apresentacao/apresentacao>> Acesso em 05 de fevereiro de 2018.

GRIEBLING, T. L. Vaginal pessaries for treatment of pelvic organ prolapse in elderly women. *Current opinion in urology*, v. 26, n. 2, p. 201-206, 2016.

GUEDES, D. G. M.; GARCIA, T. R. Atendimento nos serviços do Sistema Único de Saúde e satisfação do usuário: estudo no município de Campina Grande (PB). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 59, p. 40-9, 2001.

GUPTA, A. et al. Desire for Continued Pessary Use Among Women of Hispanic and Non-Hispanic Ethnic Backgrounds for Pelvic Floor Disorders. **Female Pelvic Med Reconstr Surg**, v. 25, n. 2, p. 172-177, 2019.

HAGEN, S.; STARK, D. Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 12, 2011.

HANSON, L. A. M. et al. Vaginal pessaries in managing women with pelvic organ prolapse and urinary incontinence: Patient characteristics and factors contributing to success. **Inter Urogynecol J**, v. 17, n. 2, p. 155–159, 2006.

HARTZ, Z. M. A., org. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. ISBN 85-85676-36-1. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

HAYLEN, B. T. et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic organ prolapse (POP). **Inter Urogynecol J**, v. 27, n. 2, p. 165-194, 2016.

HERCOS, B. V. S.; BEREZOVSKY, A. Qualidade do serviço oftalmológico prestado aos pacientes ambulatoriais do Sistema Único de Saúde–SUS. **Arq Bras Oftalmol**, v. 69, n. 2, p. 213-9, 2006.

HORST, W. et al. Pelvic organ prolapse: prevalence and risk factors in a Brazilian population. **Inter Urogynecol J**, v. 28, n. 8, p. 1165-1170, 2017.

KIRBY, A. C.; LUBER, K.M.; MENEFE, S. A. An update on the current and future demand for care of pelvic floor disorders in the United States. *American journal of obstetrics and gynecology*, v. 209, n. 6, p. 584. e1-584. e5, 2013.

KO, P. et al. Use of a pessary in treatment of pelvic organ prolapse: quality of life, compliance, and failure at 1-year follow-up. **Journal of minimally invasive gynecology**, v. 18, n. 1, p. 68-74, 2011.

KOMESU, Y. M. et al. Pelvic floor symptom changes in pessary users. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 197, n. 6, p. 620. e1-620. e6, 2007.

KOW, N.; SIFF, L.; FERZANDI, T. R. Nonsurgical vs. Surgical Treatment Options for Pelvic Organ Prolapse: Review of the Current Evidence. **Current Obstetrics and Gynecology Reports**, v. 5, n. 2, p. 172-175, 2016.

LADEIRA, W. J. R.; SONZA, I. B.; BERTE, R. S. Antecedentes da satisfação no setor público: um estudo de caso na prefeitura de Santa Maria (RS). **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro 46 (1); 71-91, jan.-fev, 2012

LAMERS, B. H. C.; BROEKMAN, B. M. W.; MILANI, A. L. Pessary treatment for pelvic organ prolapse and health-related quality of life: a review. **Inter Urogynecol J**, v. 22, n. 6, p. 637–644, 2011.

LEITE, N. P. C. **Cirurgia de ambulatório: experiência e satisfação do utente**. 2013. Dissertação (Dissertação de mestrado em Gestão de Unidades de Saúde) – Universidade do Minho, Portugal.

LEKSKULCHAI, O.; WANICHSETAKUL, P. Factors affecting successfulness of vaginal pessary use for the treatment of pelvic organ prolapse. **Journal of the Medical Association of Thailand**, v. 98, p. S115–S120, 2015.

LEWTHWAITE, B. J. et al. Characteristics of women with continued use of vaginal pessaries. **Urologic nursing**, v. 33, n. 4, 2013.

LI, Z. et al. An epidemiologic study of pelvic organ prolapse in postmenopausal women: a population-based sample in China. **Climacteric**. 2018. DOI: 10.1080/13697137.2018.1520824

LONE, F. et al. A 5-year prospective study of vaginal pessary use for pelvic organ prolapse. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 114, n. 1, p. 56-59, 2011.

LONE, Farah et al. A 5-year prospective study of vaginal pessary use for pelvic organ prolapse. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 114, n. 1, p. 56-59, 2011.

MAITO, J. M. et al. Predictors of successful pessary fitting and continued use in a nurse-midwifery pessary clinic. **The Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 51, n. 2, p. 78-84, 2006.

MANCHANA, T. Ring pessary for all pelvic organ prolapse. *Archives of gynecology and obstetrics*, v. 284, n. 2, p. 391-395, 2011.

- MAO, M. et al. Predictors for unsuccessful pessary fitting in women with symptomatic pelvic organ prolapse: a prospective study. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 125, n. 11, p. 1434-1440, 2018.
- MARKLE, D. et al. Patient characteristics associated with a successful pessary fitting. **Female Pelvic Med Reconstr Surg**, v. 17, n. 5, p. 249-252, 2011.
- MAZLOOMDOOST, D. et al. Primary care providers' experience, management, and referral patterns regarding pelvic floor disorders: A national survey. **Inter Urogynecol J**, v. 29, n. 1, p. 109-118, 2018.
- MUNGPOOKLANG, T.; BUNYAVEJCHEVIN, S. Attitudes toward pessary use among Thai women with pelvic organ prolapse. **J Obstet Gynaecol Research**, v. 43, n. 9, p. 1449-1453, 2017.
- MUTONE, M. F. et al. Factors which influence the short-term success of pessary management of pelvic organ prolapse. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 193, n. 1, p. 89-94, 2005.
- NASCIMENTO, D. D. G. et al. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. FioCruz: Mato Grosso do Sul, 2013.
- NORWOOD, S. **Research strategies for advanced practice nurses**. Upper Saddle River (NJ): Prentice Hall Health; 2006.
- NOVAES, H. M. D. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S147-S157, 2004.
- O'DELL, K. et al. Pessary practices of nurse-providers in the United States. **Female Pelvic Med Reconstr Surg**, v. 22, n. 4, p. 261-266, 2016.
- O'DELL, K.; ATNIP, S. Pessary care: follow up and management of complications. **Urologic Nursing**, v. 32, n. 3, p. 126-36, 145; quiz 137, 2012.
- OLIVEIRA, A. M. L. et al. Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: comparação entre dois hospitais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2006.
- PAIVA, S. M. A.; GOMES, E. L. R. Assistência Hospitalar: Avaliação da Satisfação dos usuários durante seu período de internação. **Rev. Latino-amEnfermagem**, 2007.
- PANMAN, C. M. C. R. et al. Predictors of unsuccessful pessary fitting in women with prolapse: a cross-sectional study in general practice. **Inter Urogynecol J**, v. 28, n. 2, p. 307-313, 2017.
- PARASURAMAN, A.; ZEITHAML V. A.; BERRY L. L. A conceptual model of services quality and its implication for future research, **Journal of Marketing**, v. 49, n. 4, p. 41-50, 1985.

- PEDROSA, R. C. V. Avaliação da qualidade em um serviço público de saúde com a aplicação do modelo de Kano e SERVPERF. 2015. **Dissertação de Mestrado**. Universidade Federal de Pernambuco.
- PENA, M. M. et al. The use of the quality model of Parasuraman, Zeithaml and Berry in health services. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 5, p. 1227-1232, 2013.
- PERSU, C. et al. Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q)—a new era in pelvic prolapse staging. **Journal of medicine and life**, v. 4, n. 1, p. 75, 2011.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- PORTELA, M. C. **Avaliação da qualidade em saúde**. In: ROZENFELD, S., org. Fundamentos da Vigilância Sanitária [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 259-269. ISBN 978-85- 7541-325-8. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.
- POTT-GRINSTEIN, E.; NEWCOMER, J. R. Gynecologists' patterns of prescribing pessaries. **The Journal of Reproductive Medicine**, v. 46, n. 3, p. 205-208, 2001.
- RAMOS, S. P. et al. Qualidade de serviços em saúde: Uma avaliação em ambulatórios gerais de uma cidade localizada no sul do Brasil. **Revista de Estudos Sociais**, v. 20, n. 40, p. 128-141, 2018.
- REIS, L. G. C. 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**). 1995
- RHOADS, Kim F.; SOKOL, Eric R. Variation in the quality of surgical care for uterovaginal prolapse. **Medical care**, p. 46-51, 2011.
- ROBERT, M. et al. Technical update on pessary use. **J Obstet Gynaecol, Canada**, v. 35, n. 7, p. 664-674, 2013.
- ROCHA, E. S. B.; TREVISAN, M. A. Gerenciamento da qualidade em um serviço de enfermagem hospitalar. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 240-245, 2009.
- RUNCIMAN, W. et al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **Int J Qual Health Care**, v. 21, n. 1, p. 18-26, 2009
- SABOIA, D. M. et al. Continence App: Construction and validation of a mobile application for postnatal urinary incontinence prevention. **European J Obstet Gynecol Reprod Biol**, v. 240, p. 330-335, 2019.
- SALOMI, G. G. E.; MIGUEL, P. A. C.; ABACKERLI, A. J. SERVQUAL x SERVPERF: comparação entre instrumentos para avaliação da qualidade de serviços internos. **Gestão & Produção**, v. 12, n. 2, p. 279-293, 2005.
- SAMMARCO, A. G. et al. Documenting pessary offer prior to hysterectomy for management of pelvic organ prolapse. **Int Urogynecol J**, 22 jun. 2018.

SAMPAIO S. L. A Cultura Organizacional na Gestão da Qualidade. [Monografia]. Belo Horizonte: Universidade Unimed; 2011. 26 p.

SARMA, S.; YING, T.; MOORE, K. H. Long-term vaginal ring pessary use: discontinuation rates and adverse events. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 116, n. 13, p. 1715-1721, 2009.

SAVASSI, L. C. M. A satisfação do usuário e a autopercepção da saúde em atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 5, n. 17, p. 3-5, 2010. [https://doi.org/10.5712/rbmfc5\(17\)135](https://doi.org/10.5712/rbmfc5(17)135)

SEVILLA, C. et al. The pessary process: Spanish-speaking Latinas' experience. **Inter Urogynecol J**, v. 24, n. 6, p. 939-946, 2013.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de saúde pública**, v. 10, p. 80-91, 1994.

SILVA, L. M. T.; MEDEIROS, C. A. F.; COSTA, B. K. Qualidade dos Serviços Turísticos no Setor de Restaurantes: Uma Aplicação do Modelo SERVPERF. **Revista Hospitalidade**. São Paulo, n.2, p.115-139, jul-dez. 2009.

SOUTO, C. M. R.; CORREIA-NETO, J. S. Qualidade de Serviços: Uma análise comparativa entre SERVQUAL e SERVPERF. **Journal of Perspectives in Management–JPM**, v. 1, n. 1, p. 63-73, 2017.

SOUZA, A. M. P. de. **Avaliação da qualidade em serviços de saúde: um estudo de caso no ambulatório Araújo Lima da Universidade Federal do Amazonas**. 2012.92f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação de Engenharia de Produção, Faculdade de Tecnologia, Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Manaus, 2012.

STACHELSKI L. O impacto da implantação da estratégia da Gestão da Qualidade Total na Cultura Organizacional: um estudo de caso. [Dissertação] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2001. 137 p.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO. Ministério da Saúde, 726p., 2004.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 821-828, 2012.

TELES, L. M. R. Construção e validação de tecnologia educativa para acompanhantes durante o trabalho de parto e parto. 2011. 111f. **Dissertação** (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

TRAVASSOS, C.; CALDAS, B. A qualidade do cuidado e a segurança do paciente: histórico e conceitos. Brasil. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Anvisa, p. 19-27, 2013.

TSO, C. et al. Nonsurgical Treatment Options for Women With Pelvic Organ Prolapse. **Nursing for women's health**, v. 22, n. 3, p. 228-239, 2018.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. 1561-1569, 2002.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005.

VASCONCELOS, C. M. T. et al. Disfunções do assoalho pélvico: perfil sócio-demográfico e clínico das usuárias de um ambulatório de Uroginecologia. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, n. 1, p. 1484-1498, 2013.

VECINA NETO, G.V.; MALIK, A. M. **Gestão em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro Guanabara Koogan, 2016.

VERGELDT, T. F. M. et al. Risk factors for pelvic organ prolapse and its recurrence: a systematic review. **Inter Urogynecol J**, v. 26, n. 11, p. 1559–1573, 2015.

VIACAVA, F. et al. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2012; 17(4):921-34.

VITURI, D. W.; ÉVORA, Y. D. M. Gestão da qualidade total e enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa de literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 5, p. 945-952, 2015.

VUORI, H. A. **A qualidade da saúde – Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n.3, p.17-25, fev., 1991.

WHITCOMB, E. L. et al. Racial differences in pelvic organ prolapse. **Obstetrics & Gynecology**, v. 114, n. 6, p. 1271, 2009.

WOLFF, B. et al. Pessary types and discontinuation rates in patients with advanced pelvic organ prolapse. **Inter Urogynecol J**, v. 28, n. 7, p. 993-997, 2017.

WU, J. M. et al. Prevalence and trends of symptomatic pelvic floor disorders in US women. **Obstetrics and gynecology**, v. 123, n. 1, p. 141, 2014.

WU, V. et al. A simplified protocol for pessary management. **Obstetrics & Gynecology**, v. 90, n. 6, p. 990-994, 1997.

YAMADA, T.; MATSUBARA, S. Rectocele, but not cystocele, may predict unsuccessful pessary fitting. **J Obstet Gynaecol**, v. 31, n. 5, p. 441-442, 2011.

ZEITHAML, V. A.; BITNER, M. J.; GREMLER, D. D. **Marketing de serviços: a empresa com foco no cliente**. 6ª Ed. Porto Alegre: AMGH, 2014.



APÊNDICE A



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DAS PARTICIPANTES

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) para participar, de forma voluntária, da pesquisa intitulada: Avaliação da Qualidade do Ambulatório de Pessário Vaginal como Tratamento Conservador de Prolapso de Órgãos Pélvicos, que está sob a responsabilidade do pesquisador: José Ananias Vasconcelos Netos e tem como objetivo: avaliar a qualidade do serviço de tratamento conservador do prolapso de órgãos pélvicos utilizando o pessário vaginal.

Para isso precisamos que o senhor (a), responda algumas perguntas contidas no instrumento para avaliação da satisfação do usuário com o serviço de pessário e o instrumento para avaliação da percepção de desempenho do serviço (SERVPERF). Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Esta pesquisa poderá trazer alguns riscos, tais como constrangimento em relação a exposição das informações do paciente, tomar o tempo ao responder o questionário e invasão de privacidade. Nesse contexto, serão adotadas as seguintes medidas para minimizar os riscos: os pesquisadores irão minimizar desconfortos, garantindo local reservado e liberdade para não responder questões; assegurar a confidencialidade e a privacidade aos participantes; e garantir que os pesquisadores sejam habilitados para realizar a coleta dos dados. Além disso, por meio dessa pesquisa pode-se fornecer informações referente a qualidade do serviço, permitindo avaliar melhor o serviço prestado e com isso estimular práticas já realizadas, modificá-las ou aboná-las. Podendo o Sr. (a) interromper o procedimento se assim desejar. A sua participação é de caráter **voluntário**, isto é, a qualquer momento o (a) Sr. (a) pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participa e retirar seu consentimento, entrando em contato com a responsável pela pesquisa pelo telefone 85991872770. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é formado de um grupo de profissionais de diversas áreas, cuja função é avaliar as pesquisas com seres humanos. O CEP foi criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa. Qualquer dúvida ética o Sr. (Sra.) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza, fone: 3101 7078. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é feito em duas vias, no qual o Sr. (Sra.) terá uma via e não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras.



Digitais caso não assine

Fortaleza, _____ de _____ de _____

Participante da pesquisa:

Pesquisador responsável pela coleta dos dados

Rubrica:

APÊNDICE B

TERMO DO FIEL DEPOSITÁRIO



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde - SESA



TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO


Eu, João Marcelo Xavier Leite, Gerente do Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC) fiel depositário(a) dos prontuários e da base de dados dessa Instituição, Hospital Geral de Fortaleza (HGF), declaro que José Ananias Vasconcelos Neto, Maria Laura Silva Gomes, Indyara Neri Dias, e Vielceketlin Franco Viana estão autorizados a realizar nesta instituição o projeto de pesquisa Avaliação da Qualidade do Serviço de Pessário Vaginal como Tratamento Conservador do Prolapso de Órgãos Pélvicos sob a responsabilidade da Orientadora Prof^ª Dr^ª Camila Teixeira Moreira Vasconcelos cujo objetivo geral é avaliar a qualidade do serviço de tratamento conservador do prolapso de órgãos pélvicos utilizando o pessário vaginal.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos do participante, dentre outros, asseguradas pela Resolução nº 466/12 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de saúde (CNS).

1. Assegurar a confidencialidade a privacidade, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades;
2. Assegurar que o material e os dados obtidos da pesquisa sejam utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no protocolo de pesquisa;
3. Assegurar aos participantes da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;

Informo-lhe ainda, que é **proibido fotografar ou xerocar os prontuários** e o acesso aos mesmos somente será permitido após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza (CEP-HGF), para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência e justiça.

Fortaleza _____ de _____ de _____


 João Marcelo Xavier Leite
 Gerente do NAC

APÊNDICE C AUTORIZAÇÃO DO CHEFE DO SERVIÇO



AUTORIZAÇÃO DO CHEFE DO SERVIÇO

Eu, Liana Rabelo Cavalcante, chefe do serviço de Ginecologia do Hospital Geral de Fortaleza (HGF), declaro estar ciente e de acordo com a realização do trabalho de pesquisa intitulado Avaliação da Qualidade do Serviço de Pessário Vaginal como Tratamento Conservador do Prolapso de Órgãos Pélvicos, tendo como pesquisador(es) José Ananias Vasconcelos Neto, Maria Laura Silva Gomes, Indyara Neri Dias, Vielceketlin Franco Viana e Orientador(a) Prof^a Dr^a Camila Teixeira Moreira Vasconcelos que será coletado os dados no período: abril a novembro de 2019.

O pesquisador se compromete em seguir a Resolução nº 466/12 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

- 4) Respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida;
- 5) Ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;
- 6) Prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa só deverá ser iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza (CEP-HGF), para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência e justiça.

Fortaleza 10 de junho de 2019

Assinatura do Chefe do Serviço

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HGF
Rua Ávila Goulart, 900 Fone/Fax (85) 3101 7078
e-mail: cep@hgf.ce.gov.br

APÊNDICE D PARECER COMITÊ DE ÉTICA I

HOSPITAL GERAL DE
FORTALEZA/SUS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DE PESSÁRIO VAGINAL COMO TRATAMENTO CONSERVADOR DO PRÓLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS

Pesquisador: José Ananias Vasconcelos Neto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 11287219.0.0000.5040

Instituição Proponente: Hospital Geral de Fortaleza/SUS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.358.527

Apresentação do Projeto:

Projeto de Dissertação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - Orientador: Profa. Dra. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos. Diante dos dados epidemiológicos, pode-se considerar o prolapso de órgãos pélvicos como um importante problema de saúde pública que acomete principalmente mulheres em idade avançada, posmenopausadas e histórico de parto vaginal. Esse problema pode ser tratado por cirurgia reconstrutiva ou tratamento conservador, com o uso do pessário vaginal e/ou treinamento da musculatura do assoalho pélvico. Destaca-se que o pessário vaginal é um dispositivo de silicone que confere o suporte mecânico dos órgãos do assoalho pélvico, sendo tão eficaz quanto o procedimento cirúrgico, oferece menor risco de complicações e possui poucas contraindicações. Apesar da criação de tecnologias educativas e desenvolvimento do protocolo sobre o pessário, ainda existem muitas questões que precisam ser elucidadas nas pesquisas científicas a respeito da eficiência do serviço de atendimento desse dispositivo. Além disso o Sistema Único de Saúde reforça a necessidade de realizar a avaliação dos serviços de saúde com o intuito de aperfeiçoar o cuidado prestado. Propõe-se nessa pesquisa realizar uma pesquisa para avaliação da qualidade desse serviço utilizando os pressupostos de Avery Donabedian (1987), o pioneiro na criação de uma estrutura para a pesquisa

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900

Bairro: Papicó

CEP: 60.155-290

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-7078

Fax: (85)3101-3163

E-mail: cepghf.ce@gmail.com

APÊNDICE E PARECER COMITÊ DE ÉTICA II

HOSPITAL GERAL DE
FORTALEZA/SUS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROMOÇÃO DA SAÚDE DE MULHERES COM DISFUNÇÃO DO ASSOALHO

Pesquisador: CAMILA TEIXEIRA MOREIRA VASCONCELOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 34100514.2.3001.5040

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.590.814

Apresentação do Projeto:

Estudo de coorte prospectivo, já aprovada no Hospital Geral de Fortaleza, porem a pesquisadora submeteu novamente para incluir um novo centro, a Maternidade Escola Assis Chateaubriand, e também, para ampliar o tempo de pesquisa que esta, no projeto anterior dezembro 2016, para dezembro de 2020.

o recrutamento dos sujeitos será realizado, sendo selecionadas 400 mulheres com diagnóstico de disfunção do assoalho pélvico atendidas nos referidos ambulatórios com indicação para os respectivos tipos de tratamentos conservadores (pessários, eletroestimulação e terapia comportamental). O estudo será explicado a cada paciente, assim após o consentimento em participar serão realizadas as seguintes etapas: abordagem pré-terapêutica (anamnese, exame físico, exames complementares, avaliação da qualidade de vida, avaliação sociodemográfica) abordagem terapêutica (implementação das estratégias de promoção da saúde) e abordagem pós-terapêutica (nova avaliação das pacientes nos intervalos de um, quatro e seis meses).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar estratégias de Promoção da Saúde para mulheres com Disfunção do Assoalho Pélvico (DAP).

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900		CEP: 60.155-290
Bairro: Papicú		
UF: CE	Município: FORTALEZA	
Telefone: (85)3101-7078	Fax: (85)3101-3163	E-mail: cep@hgf.ce.gov.br

**ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
PORTFÓLIO MÉDICO**

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
3. Idade: _____ 4. Estado civil: 1-solteira 2- casada/união estável 3-divorciada 4- viúva 5. Escolaridade da mulher: _____ anos de estudo 6. Renda familiar _____ (analfabeta=0/Ens.Fund.Completo[1ª-8ªsérie]=9 anos/ Ens.Méd.Completo[1ª-3ªsérie do 2º grau]=12 anos) 7. Peso _____ 7. Altura _____ 8. IMC: _____ Kg/m² 9. classe: ____ 1- [≤ 18,5 (abaixo do peso)] 2-[18,6-24,9 (Saudável)] 3-[25-29,9 (Peso em excesso)] 4-[30-34,9 (Obesidade I)] 5-[35-39,9 (Obesidade2-severa)] 6-[≥40 (Obesidade3-mórbida)]	
ICIQ – SF (Tamanini, J.T.N. et al)	
10. Com que frequência você perde urina? 0-nunca 1-uma vez/semana ou menos 2- duas ou três vezes/semana 3- uma vez/dia 4- diversas vezes/dia 5- o tempo todo 11. Qual a quantidade de urina que você pensa que perde? 0-nenhuma 2- pequena quantidade 4- moderada quantidade 6- grande quantidade 12. Quanto a perda de urina interfere em sua vida diária? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (0=não interfere 10= interfere muito) 13. ICIQ SCORE: (Somar os resultados 18+19+20 = _____) 14. Quando você perde urina (assinale as alternativas que se aplicam à paciente)? () 1- Nunca () 2- Perco antes de chegar ao banheiro () 3- Perco quando tusso ou espirro () 4- Perco quando estou dormindo () 5- Perco quando estou fazendo atividades físicas () 6- Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo () 7- Perco sem razão óbvia () 8- Perco o tempo todo	
ESTUDO URODINÂMICO	
Data: ____/____/____	
UROFLUXOMETRIA	
94. Curva: 0- Normal 1- Alongada 2- Intermitente 95. Fluxo Máximo: _____ ml/segundo 96. Volume residual: _____ ml	
CISTOMETRIA	
97. 1º desejo miccional: _____ ml 98. Capacidade Cistométrica Máxima (CCM): _____ ml 99. Complacência: _____ ml/cmH2O 100. Perda de urina ao esforço: 0-Não 1-Sim: _____ ml 101. Pressão de Perda: _____ cmH2O com _____ ml 102. Urgência: _____ ml 103. Urge-incontinência: _____ ml 104. Presença de contrações Involuntárias: 0- Não 1- Sim: _____ ml	
ESTUDO FLUXO/PRESSÃO	
105. Curva: 0- Normal 1- Alongada 2-Intermitente 106. Fluxo Máximo: _____ ml/segundo 107. Pressão detrusor no fluxo máximo: _____ cmH2O	
ANAMNESE	
15. Queixa principal: (, ,) 1- “Bola na vagina” 2- Perda de urina 3- Urinar muito 4- Outras: _____ Expressão da paciente: _____ HDA: _____ _____ _____	
SINTOMAS DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA E ARMAZENAMENTO VESICAL	
16. Nº de micções diurnas (da hora que acorda até antes de dormir): _____ 17. Nº de micções noturnas (após ter dormido, quantas vezes acorda para urinar?): _____ 18. Perda de urina aos esforços <input type="checkbox"/> 0 – Não 1-Grandes esforços 2- Médios esforços 3- Mínimos esforços 19. Urgência <input type="checkbox"/> 0 – Não 1- Sim 20. Urge-incontinência <input type="checkbox"/> 0 – Não 1- Sim 21. Enurese noturna <input type="checkbox"/> 0 – Não 1- Sim 22. Perda de urina contínua <input type="checkbox"/> 0 – Não 1- Sim 23. Perda de urina Insensível? 0 – Não 1- Sim 24. Perda de urina ao coito <input type="checkbox"/> 0 – Não 1- Na penetração 2- No orgasmo 3- Não tem relação sexual 25. Quantos forros vaginais você usa por dia <input type="checkbox"/> _____ 26. Dor ao enchimento vesical <input type="checkbox"/> 0 – Não 1- Sim	
SINTOMAS MICCIONAIS / PÓS-MICCIONAIS	
27. Dificuldade de iniciar micção/ hesitação <input type="checkbox"/> 0 – Não 1- Sim 28. Jato urinário fraco? 0 – Não 1- Sim 29. Força para iniciar a micção <input type="checkbox"/> 0 – Não 1- Sim 30. Sensação de esvaziamento incompleto <input type="checkbox"/> 0 – Não 1- Sim	

31. Gotejamento pós-miccional? 0 – Não 1- Sim	32. Jato urinário pulverizado? 0 – Não 1- Sim	
33. Redução prolapso para urinar? 0 – Não 1- Sim	34. Disúria <input type="checkbox"/> 0 – Não 1- Sim	
35. Hematúria <input type="checkbox"/> 0 – Não 1- Sim	36. ITU recorrente (3 ITU nos últimos 12 meses)? 0 – Não 1- Sim	
37. Se sim, quantas vezes em um ano: _____		
SINTOMAS DE PROLAPSO GENTAL		
38. Sensação de bola na vagina? 0 – Não 1- Sim	39. Sensação de Peso vaginal? 0 – Não 1- Sim	
40. Necessidade de redução digital? 0 – Não 1- Sim	41. Frouxidão vaginal? 0 – Não 1- Sim	
SINTOMAS INTESTINAIS		
42. Incontinência fecal <input type="checkbox"/> 0 – Não tem 1- gases 2- sólidos 3-“mancha a calcinha”		
43. Urgência fecal? 0 – Não 1- Sim	44. Força para defecar? 0 – Não 1- Sim	
45. Esvaziamento incompleto? 0 – Não 1- Sim	46. Redução prolapso para defecar? 0 – Não 1- Sim	
47. Frequência semanal: _____		
PERFIL GINECO-OBSTÉTRICO		
DUM: ___/___/___ 48. Está na menopausa ? 0 – Não 1- Sim 2- Não dá para saber (histerectomizada)		
49. Tempo de pós-menopausa: _____ (meses)	50. Uso de TH atualmente (há < 6 meses): 0 – Não 1- Sim	
51. Atividade sexual nos últimos 6m? 0 – Não 1- Sim	52. Se não, porque? _____ Quantos anos? _____	
53. G: _____ 54. P: _____ 55. A: _____	56. Vaginal: _____ 57. Fórceps: _____ 58. Cesárea: _____	
59. Maior peso RN: _____ gramas () Não lembra		
60. Antecedentes Clínicos: 0-Nenhum 1-Diabetes 2-HAS 3- Glaucoma 4- Obesidade 5- Tosse crônica 6- Arritmia 7- Outros: _____		
61. Medicações em uso: 0- Nenhum 1- Diuréticos 2-Ansiolíticos 3- Anticolinérgicos 4- Outros: _____		
62. Antecedentes Cirúrgicos: 0-Nenhum 1-Sling 2- KK 3- HTA 4- HTV 5- CP 6- CPP (“Perineoplastia”) 7- Outros: _____		
63. Antecedentes Ginecológicos: 0- Nenhum 1- Endometriose 2- Miomas 3- Câncer ginecológico 4- Outro: _____		
64. Fumante: 0- Nunca fumou 1- Fumou no passado 2- Fuma atualmente		
EXAME FÍSICO		
65. Vulva: 0- Normal 1- Atrófica		
66. Laceração perineal: 0-Ausente 1- Pele 2- Cutâneo-mucosa 3- Músculo-aponeurótica		
67. Aa	68. Ba	69. C
70. HG	71. CP	72. CVT
73. Ap	74. Bp	75. D
76. Perda urinária ao esforço solicitado? 0- Não 1- Em jato 2- Em gotas		
77. Sincrônica? 0- Não 1- Sim 2-Não se aplica 78. Perda com redução do prolapso? 0 - Não 1-Sim 2 -Não se aplica		
79. Sensibilidade perineal? 0 – Não 1-Sim 80. Reflexo anal? 0 – Não 1-Sim		
81. DIAGNÓSTICO CLÍNICO: 0 – Normal (não tem IU nem POP)		
INCONTINÊNCIA: 1- IUE 2-IUU 3- IUM com pred IUE 4-IUM com pred IUU 5- BH 6 – IUE OCULTA		
PROLAPSO ANTERIOR: 7- PPVA I 8- PPVA II 9- PPVA III 10- PPVA IV		
XX Normal		
PROLAPSO POSTERIOR: 11- PPVP I 12-PPVP II 13- PPVP III 14- PPVP IV		
XX Normal		
PROLAPSO APICAL: 15- APICAL I 16-APICAL II 17- APICAL III 18-APICAL IV		
XX Normal		
19- Síndrome da Bexiga Dolorosa 20. ITU de repetição		
21.Outro: _____		
Condução: _____		

ANEXO B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

PROTOCOLO DE CONSULTA PARA PACIENTES QUE UTILIZAM PESSÁRIO

DATA DA 1ª CONSULTA DE AVALIAÇÃO: ____/____/____

- **Indicação da utilização do pessário vaginal:** ()
 - 1- Médico do ambulatório 2- Encaminhada por um médico de outro serviço
 - 3- Outro: _____
 - **Estadio do POP (POP-Q):**
 - 1- PPVA: _____ 2- PPVP: _____ 3- PU/PA: _____
 - **Tem queixa de IU:** () 0- Não 1- IUE 2-IUU 3-IUM
 - **Realizou EUD:** () 0- Não 1-Sim (anotar parâmetros no portfólio).
 - Diagnóstico do EUD: () 0- Normal 1- IUE 2-IUU 3-IUM
 - Contração não inibida: () 0- Não 1-Sim
 - Pressão de perda: _____
 - **Realizou pad-test:** () 0- Não 1-Sim (anotar parâmetros no portfólio).
 - **Perdeu urina:** () 0- Não 1-Sim
 - Resultado: () 0- Negativo 1- Positivo.
 - Total da perda em gramas: _____g
 - **Tem mamografia anterior:** () 0- Não 1-Sim. Data: ____/____/____.
- Conclusão: _____
- **Tem citologia anterior:** () 0- Não 1-Sim. Data: ____/____/____.
- Conclusão: _____
- **Peso:** _____ **Altura:** _____ **IMC:** _____ Kg/m² 1-[≤ 18,5 (abaixo do peso)] 2-[18,6-24,9 (Saudável)] 3-[25-29,9 (Peso em excesso)] 4- [30-34,9 (Obesidade I)] 5-[35-39,9 (Obesidade2-severa)] 6-[≥40 (Obesidade3-mórbida)]
 - **Está em uso de estrogênio tóxico?** () 0- Não 1-Sim. Data do início: ____/____/____.

PESQUISA DAS INDICAÇÕES PARA UTILIZAÇÃO DO PESSÁRIO VAGINAL

INDICAÇÕES: () 0- Não tem indicação de utilizar o pessário 1- Alívio dos sintomas do POP 2- Programar cirurgia 3- Evitar cirurgia (comorbidades) 4- Ferramenta de diagnóstico (IUE oculta) 5- Ferramenta de previsão de resultados cirúrgicos 6- Prevenção de aumento futuro do POP e morbidade relacionada 7- Resolução de complicações advindas do POP (lesão renal?; tto de úlcera por pressão)

ORIENTAÇÕES E ESCLARECIMENTOS QUANTO AO PESSÁRIO

- Breve explicação sobre POP (prevalência, fatores de risco, etiopatogenia)
- Mostrar o dispositivo e deixar a paciente manusear
- Utilizar o modelo anatômico da pelve para demonstrar a função do dispositivo, inserção e retirada
- Explicar os cuidados com o dispositivo: higiene semanal/quinzenal, consultas de retorno, relações sexuais
- Explicar que o uso do pessário pode não resolver as queixas de IU
- Orientar sobre aquisição do dispositivo se necessário
- Perguntar se a paciente possui alguma dúvida
- Após as explicações a paciente decidiu: () **0- Não tentar a inserção 1- Tentar a inserção**
- Se decidiu não tentar, perguntar por que? _____

APÓS EXAME FÍSICO, AVALIAR PRESENÇA DE CONTRAINDICAÇÕES PARA UTILIZAR O PESSÁRIO:

CONTRAINDICAÇÕES: () 0- Não tem contraindicação 1- Infecção vaginal ativa 2- Erosão vaginal 3- Ulceração grave (tirar foto) 4- Atrofia vaginal grave 5- Sangramento 6- possui chances acentuadas de não retornar para seguimento 7- Demência sem cuidador responsável 8- Mobilidade Física prejudicada para inserir e retirar o dispositivo e não possui cuidador responsável

AVALIAÇÃO FINAL: () 0- Pode utilizar 1- Pode utilizar somente após realização de _____
2- Não deve utilizar devido _____

INVESTIGAÇÃO DOS FATORES PREDITORES DE SUCESSO/INSUCESSO NA INSERÇÃO DO PESSÁRIO ADEQUADO

Fatores relacionados à paciente: () 0- Nenhum 1- Realizou alguma cirurgia pélvica prévia 2- POP estadio III/IV 3- Tem IU 4- Possui POP de parede posterior ≥2 5- CVT curto (≤6 cm) 6- HG largo (8 cm) 7- Artrite 8-

Mobilidade deficiente 9- Obesidade

Possui vida sexual ativa: () Sim () Não

PESSÁRIOS SELECIONADOS:	1ª TENTATIVA Nº: _____	2ª TENTATIVA Nº: _____	3ª TENTATIVA Nº: _____
Ainda deitada, ao pedir para fazer Valsava o pessário foi expulso:	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim
Ainda deitada, a paciente refere algum desconforto:	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim
De pé, ao pedir para a paciente agachar 10 vezes, o pessário foi expulso:	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim
De pé, ao pedir para a paciente saltar 10 vezes, o pessário foi expulso:	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim
De pé, ao pedir para a paciente tossir 10 vezes, o pessário foi expulso:	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim
Ao pedir para a paciente caminhar, a paciente sentiu algum desconforto:	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim
Ao urinar no banheiro, o pessário foi expulso:	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim
AVALIAÇÃO DA INSERÇÃO:	0- Insucesso 1- Sucesso	0- Insucesso 1- Sucesso	0- Insucesso 1- Sucesso

ORIENTAÇÕES FINAIS

- Orientar sobre o uso do estrogênio tópico conforme prescrição médica
- Agendar retorno com 1 semana (Retorno agendado para: ____/____/____)
- Motivar a paciente a realizar todas as atividades que gostaria de fazer e estava, até então, impedida pela presença do prolapso. Explique que isso servirá de teste para verificar se a escolha do pessário está correta para ela.
- Certifique-se de que a paciente compreenda que, caso o pessário venha a cair não é sinal de que ela não poderá utilizar o dispositivo, e sim, de que há necessidade de ajustar o tamanho.
- Oriente a paciente como agir, caso o pessário caia (higienizar, guardar em lugar adequado e trazer na próxima consulta).
- Perguntar se a paciente possui alguma dúvida

DATA: ____/____/____

Ass. do Profissional: _____

ANEXO C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

PROTOCOLO PARA CONSULTA DE SEGUIMENTO PARA PACIENTES QUE UTILIZAM PESSÁRIO

1ª CONSULTA DE RETORNO (Tempo de uso do pessário: _____ dias) Modelo/Nº: _____ Pessário próprio SIM () NÃO ()					
PARTE- 1: Checar queixas específicas relacionadas ao dispositivo					
1- O pessário caiu? () 1-NÃO 2- SIM. Com que atividade?: _____					
2- Ao urinar, conseguiu esvaziar completamente a bexiga? () 1-NÃO 2- SIM					
3- Após utilizar o dispositivo, detectou que está perdendo involuntariamente urina (IUE Oculta): () 1-NÃO 2- SIM 3- Não se aplica (já era incontinente antes de utilizar o dispositivo).					
Caso a paciente já fosse incontinente antes de utilizar o pessário ou iniciou a perda após sua utilização, preencha o instrumento abaixo, pedindo que ela se refira ao período APÓS O USO DO PESSÁRIO: () NÃO SE APLICA. A PACIENTE NUNCA PERDEU URINA PREVIAMENTE.					
ICIQ – SF (Tamanini, J.T.N. et al)					
18. Com que frequência você perde urina? 0-nunca 1-1 vez/sem. ou menos 2- 2-3 vezes/sem. 3- 1 vez/dia 4- diversas vezes/dia 5- o tempo todo					
19. Qual a quantidade de urina que você pensa que perde? 0-nenhuma 2- pequena quantidade 4- moderada quantidade 6- grande quantidade					
20. Quanto a perda de urina interfere em sua vida diária? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (0=não interfere 10= interfere muito)					
21. ICIQ SCORE: (Somar os resultados 18+19+20 = _____)					
22. Quando você perde urina (assinale as alternativas que se aplicam à paciente)? () 1- Nunca () 2- Perco antes de chegar ao banheiro () 3- Perco quando tusso ou espirro () 4- Perco quando estou dormindo () 5- Perco quando estou fazendo atividades físicas () 6- Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo () 7- Perco sem razão óbvia () 8- Perco o tempo todo					
5- Ao defecar, você conseguiu esvaziar completamente o intestino? 1-NÃO 2- SIM 3- AINDA NÃO DEFECOU APÓS A INSERÇÃO					
6- Após a inserção, apresentou Incontinência fecal? 0 – Não 1- gases 2- sólidos 3-“mancha a calcinha”					
SE SIM, Preencher O GRAU DE INCONTINÊNCIA DE JORGE & WEXNER (Escore mínimo = 0, escore máximo = 20)					
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Geralmente	Sempre
7. Perda para sólidos	0	1	2	3	4
8. Perda para líquidos	0	1	2	3	4
9. Perda para gases	0	1	2	3	4
10. Uso de fraldas/forro	0	1	2	3	4
11. Alteração do estilo de vida	0	1	2	3	4
12. TOTAL					
13. Classificação do grau de incontinência: 0- Não tem 1- Leve (0-7 pts) 2- Intermediária (8-13 pts) 3- Grave (14-20 pontos)					
14. Você está apresentando urgência fecal (Desejo súbito de defecar que é difícil de adiar – ICS, 2010)? 0 – Não 1- Sim					
15. Após utilizar o pessário, você está apresentando Constipação (Movimentos intestinais infrequentes e/ou necessidade frequente de esforço ou ajuda manual para defecar)? 0 – Não 1- Sim					
Preencher o ESCORE DE JORGE & WEXNER DE CONSTIPAÇÃO para TODAS (Escore mínimo = 0, escore máximo = 30)					
16. Frequência instestinal	1-2 x em 1-2 d 0	2x/semana 1	1x/semana 2	< 1x/sem 3	< 1x/mês 4
17. Dificuldade: (Esforço evacuatório)	Nunca 0	Raramente 1	Algumas vezes 2	Geralmente 3	Sempre 4
18. Sensação evacuatória incompleta	Nunca 0	Raramente 1	Algumas vezes 2	Geralmente 3	Sempre 4
19. Tempo: min no lavatório	< 5´ 0	5 - 10´ 1	10 - 20´ 2	20 - 30´ 3	> que 30´ 4
20. Auxílio:	Sem auxílio	Laxativos estimulantes		Auxílio digital, enema ou ducha 2	

(tipo de auxílio para evacuar)	0	1			
21. Tentativas para evacuar sem sucesso em 24h	Nunca 0	1-3 1	3-6 2	6-9 3	>9 4
22. Duração da constipação (anos)	0 0	1-5 1	5-10 2	10-20 3	>20 4
23. Dor abdominal (não relacionada à evacuação)	Nunca 0	Raramente 1	Algumas vezes 2	Geralmente 3	Sempre 4
24. TOTAL					

25. Classificação do grau de constipação: () 0- Não tem constipação 1- Discreta (0-10) 2- Moderada (11-20) 3- Intensa (21-30)

26. Está apresentando secreção anormal, sangramento ou odor vaginal: () 0 – Não 1- Sim. Descrever: _____

27. Sente pressão ou dor pélvica: () 0 – Não 1- Sim

28. Apresenta sensação de bola na vagina ultrapassando o pessário: () 0 – Não 1- Sim

29. Atualmente (últimos 6 meses), possui atividade sexual: () 0 – Não 1- Sim 2- Estou pensando retornar

30. Caso tenha atividade sexual, já teve atividade sexual com o pessário: () 1- Sim (**Preencher o PISQ**) 0 – Não. Por que: _____

31. Apresenta alguma outra queixa? () 0 – Não 1- Sim. Qual? _____

Observações importantes: _____

PARTE- 2: EXAME FÍSICO

- **Peso:** _____ **Altura:** _____ **IMC:** _____ Kg/m² 1-[≤ 18,5 (abaixo do peso)] 2-[18,6-24,9 (Saudável)] 3-[25-29,9 (Peso em excesso)] 4- [30-34,9 (Obesidade I)] 5-[35-39,9 (Obesidade2-severa)] 6-[≥40 (Obesidade3-mórbida)]

- **Exame Ginecológico**

Vulva: ()Sem alterações ()Com alterações. Qual? _____

Períneo: ()Sem alterações ()Com alterações. Qual? _____

Paredes Vaginais: ()Sem alterações ()Com alterações. Qual? _____

Conteúdo vaginal: ()Sem alterações ()Com alterações. Qual? _____

Colo: ()Sem alterações ()Com alterações. Qual? _____

Condições do pessário: ()Sem alterações ()Com alterações. Qual? _____

ENSINO INSERÇÃO-RETIRADA

INICIOU PROCESSO DE ENSINO INSERÇÃO/RETIRADA? () 0-Não 1- Sim

SE SIM, CONSEGUIU INSERIR SOZINHA? () 0-Não 1- Sim. Com Dificuldade 2- Sim. Sem Dificuldade

SE SIM, CONSEGUIU RETIRAR SOZINHA? () 0-Não 1- Sim. Com Dificuldade 2- Sim. Sem Dificuldade

ALGUM CUIDADOR IRÁ PARTICIPAR DESSE PROCESSO? () 0-Não 1- Sim. Quem? _____

CLASSIFICAÇÃO FINAL: () 1- Ainda iniciará o aprendizado 2- Já iniciou, mas não está independente 3- Já iniciou e está independente.

Observações importantes: _____

Parte 3: CONDUTAS E ORIENTAÇÕES FINAIS

- Se estiver certa do tamanho e aceitação, orientar a compra do pessário
- Checar resultado dos exames (mamografia e colpocitológico)
- Orientar sobre o uso do estrogênio tópico conforme prescrição médica
- Agendar retorno com 1 semana (Retorno agendado para: ____/____/____)
- Reforçar cuidados/higienização com o dispositivo
- Perguntar se a paciente possui alguma dúvida

Observações importantes: _____

DATA: ____/____/____

Ass. do Profissional: _____

**ANEXO D INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA
AVALIAÇÃO DO SERVIÇO QUANTO À ESTRUTURA**

AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA			
VARIÁVEIS ESTRUTURAIS	SIM	NÃO	CUSTO
<i>Infraestrutura</i>			
1. Dispõe de sala específica e individualizada para consulta?			
2. Em caso afirmativo, quantas?			
3. Possui pia exclusiva para a higienização das mãos no consultório?			
4. Possui banheiro no consultório?			
5. Possui sistema para regulação da temperatura no consultório?			
6. Possui sala de espera com cadeiras?			
7. Possui sala disponível para atividades docentes e/ou educação em saúde?			
8. Em caso afirmativo, quantas?			
9. O atendimento está disponível quantos turnos durante a semana?			
10. Os pacientes atendidos neste serviço têm assegurado atendimento de retorno?			
<i>11. Equipamentos e Insumos</i>			
<i>Espaço Físico</i>			
12. Tem mesa e cadeiras para entrevista?			
13. Tem mesa para exame ginecológico?			
14. Tem escada de dois degraus?			
15. Tem foco de luz com cabo flexível?			
16. Tem armário para armazenamento dos prontuários?			
<i>Recursos Materiais</i>			
17. Tem papel toalha?			
18. Tem sabão/álcool para higienização das mãos?			
19. Tem sabão para higienização dos pessários?			
20. Tem lubrificante?			
21. Tipos de pessário disponível			
22. Tamanhos disponíveis			
23. Tem disponível serviço para esterilização dos materiais?			
24. Tem materiais educativos?			
25. Em caso afirmativo, quais?			
26. Tem local destinado para o armazenamento dos pessários?			
27. Tem inventário dos pessários disponíveis?			
28. Tem espelho de tamanhos variados?			
29. Tem avental ou camisola?			
30. Tem lençóis?			

31. Tem impressos: anamnese, exame físico e ginecológico, acompanhamento da inserção e escolha do pessário adequado e seguimento das usuárias em uso do pessário?			
<i>Gestão dos materiais e equipamentos</i>			
32. Os equipamentos estão em condições de uso para o exercício das atividades?			
33. Possui manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos como garantia de reposição das peças?			
34. Possui materiais e insumos em quantidade suficiente para exercício das atividades?			
35. Materiais, insumos e equipamentos são armazenados/ acondicionados de forma adequada?			
<i>Recursos Humanos</i>			
<i>Composição da Equipe e Qualificação Profissional</i>			
36. Médico			
37. O médico possui alguma qualificação profissional direcionada para os cuidados com pessário?			
38. Em caso afirmativo, qual (is)?			
39. Enfermeiro			
40. Quanto tempo cada enfermeiro realiza a inserção e seguimento de pessário?			
41. O enfermeiro possui alguma qualificação profissional direcionada para os cuidados com pessário			
42. Em caso afirmativo, Qual (is)?			
43. Técnico em Enfermagem			
44. Fisioterapeuta			
45. Ações de educação permanente da equipe sobre pessários vaginais e os cuidados relacionados			
46. Em caso afirmativo, com que frequência ocorrem essas atividades?			

**ANEXO E– INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA
AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO EM RELAÇÃO AO AMBULATÓRIO**

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO EM RELAÇÃO AO AMBULATÓRIO	SPSS
A - Para ser atendido neste estabelecimento de saúde, a senhora 1. Precisou agendar/ marcar o procedimento (já chegou com data e hora marcada para realizar o procedimento). 2. Foi atendimento de emergência (procurou o estabelecimento de saúde por livre procura, não precisou agendar/marcar o procedimento). 3. Não sabe/não respondeu.	
B– Quanto tempo a senhora esperou para marcar este procedimento? 1. até 15 dias 2. de 16 a 30 dias 3. de 31 a 60 dias 4. de 61 a 90 dias 5. de 3 - 6 meses 6. de 6 meses a 1 ano 7. mais de 1 ano 8. Não sabe/Não respondeu	
C – A senhora considera que esse tempo de espera para marcar o procedimento foi: Muito Bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim 6. Não sabe/Não respondeu	1.
D – No dia do procedimento, quanto tempo a senhora levou para ser atendido dentro do serviço? 1. Até 30 minutos 2. Até 1 hora 3. Até 2 horas 4. Até 4 horas 5. Até 12 horas 6. Mais de 12 horas 7. Não sabe/não respondeu	
E – A senhora considera que esse tempo de espera para ser atendido foi: 1. Muito Bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim 6. Não sabe/Não respondeu	
F– No geral, como a senhora julga a limpeza dos ambientes? 1. Muito Bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim 6. Não sabe/Não respondeu	
G – Como a senhora avalia a sinalização do estabelecimento para encontrar o local onde precisa ir? 1. Muito Bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim 6. Não sabe/Não respondeu	
H- Como a senhora avalia o atendimento da recepção? 1. Muito Bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim 6. Não sabe/Não respondeu	
I– Como a senhora avalia o atendimento da equipe de saúde? 1. Muito Bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim 6. Não sabe/Não respondeu	
J – A senhora sentiu segurança/confiança na equipe de saúde durante o atendimento? 1. Sim 2. Não 3. Não sabe/Não respondeu	
L - Como a senhora avalia as informações e esclarecimentos que você teve sobre o seu estado de saúde no estabelecimento? 1. Muito Bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim 6. Não sabe	
M – De uma maneira geral, como o a senhora avalia este estabelecimento de saúde? 1. Muito Bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim 6. Não sabe/Não respondeu	
N – A senhora sabe onde reclamar quando não é bem atendido? 1. Sim 2. Não 3. Não sabe	
O – A senhora pagou por algum valor durante este atendimento? 1. Sim 2. Não 3. Não sabe	
P – O que pagou?	
Q - A senhora sabe o nome do profissional de saúde que lhe atendeu? 1. Sim 2. Não 3. Não sabe	
R – Ao entrar no serviço de saúde, você recebe uma pulseira de identificação contendo o seu nome e o número do prontuário? 1. Sim 2. Não 3. Não lembra/Não respondeu	
S-O profissional de saúde do serviço confirma o seu nome antes de iniciar o cuidado? 1. Sim 2. Não 3. Não lembra/Não respondeu	
T- Antes de escolher o tratamento do prolapso, você foi esclarecido quanto aos riscos e benefícios do pessário vaginal? 1. Sim 2. Não 3. Não lembra/Não respondeu	
U – O profissional de saúde que realizou a inserção e/ou retirada do pessário realizou higienização antes e depois do procedimento? 1. Sim 2. Não 3. Não lembra/Não respondeu	
V-Foram tomadas medidas para evitar quedas? 1. Sim 2. Não 3. Não lembra/Não respondeu	
X-Você sente-se seguro com os serviços oferecidos no ambulatório? 1. Sim 2. Não 3. Não lembra	

ANEXO F – AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE DESEMPENHO DO SERVIÇO COM A ESCALA SERVPERF

Instruções: As afirmativas a seguir tratam sobre a sua percepção sobre o Ambulatório de Pessário do Hospital Geral de Fortaleza (HGF). Para cada afirmativa, demonstre o quanto você acredita que esta instituição de saúde possui a característica descrita. Assinale “7” se você concorda totalmente que o Ambulatório de Pessário possui a característica descrita. Assinale “1” se você discorda totalmente ou você pode assinalar um dos números do meio para demonstrar qual a intensidade que você percebe que o Ambulatório de Pessário possui tal característica. Não existem respostas certas ou erradas. Só queremos saber qual o número melhor representa a sua opinião sobre esse serviço de saúde.

Tangibilidade							
1. O ambulatório de pessário tem equipamentos modernos.	1	2	3	4	5	6	7
2. O ambulatório de pessário tem instalações físicas visualmente atrativas.	1	2	3	4	5	6	7
3. Os profissionais do ambulatório de pessário têm uma aparência cuidada.	1	2	3	4	5	6	7
4. O ambulatório de pessário tem instalações físicas adequadas ao serviço que realiza.	1	2	3	4	5	6	7
Confiabilidade							
5. Quando o ambulatório de pessário promete fazer algo em determinado tempo, ele realiza.	1	2	3	4	5	6	7
6. Quando você tem um problema, os profissionais do ambulatório de pessário resolvem de forma simpática e reconfortante.	1	2	3	4	5	6	7
7. O ambulatório de pessário é de confiança.	1	2	3	4	5	6	7
8. O ambulatório de pessário realiza os serviços no tempo prometido.	1	2	3	4	5	6	7
9. O ambulatório de pessário possui registros precisos.	1	2	3	4	5	6	7
Capacidade de Resposta							
10. Os profissionais do ambulatório de pessário informam exatamente quando os serviços serão realizados.	1	2	3	4	5	6	7
11. Os profissionais do ambulatório de pessário fornecem um rápido atendimento.	1	2	3	4	5	6	7
12. Os profissionais do ambulatório de pessário estão sempre dispostos a ajudar.	1	2	3	4	5	6	7
13. Os profissionais do ambulatório de pessário estão demasiadamente ocupados para responderem prontamente aos pedidos dos clientes.	1	2	3	4	5	6	7
Segurança							
14. Os profissionais do ambulatório de pessário são de confiança.	1	2	3	4	5	6	7
15. Você sente-se seguro na interação com os profissionais do ambulatório de pessário.	1	2	3	4	5	6	7
16. Os profissionais do ambulatório de pessário são educados.	1	2	3	4	5	6	7
17. Os profissionais do ambulatório de pessário têm suporte adequado da instituição para realizar bem as suas funções.	1	2	3	4	5	6	7
Empatia							
18. O ambulatório de pessário disponibiliza uma atenção individualizada ao cliente.	1	2	3	4	5	6	7
19. O ambulatório de pessário não têm horários convenientes para todos os clientes.	1	2	3	4	5	6	7
20. Os colaboradores do ambulatório de pessário dão uma atenção personalizada.	1	2	3	4	5	6	7
21. O ambulatório de pessário tem um objetivo de responder aos interesses do cliente.	1	2	3	4	5	6	7
22. Os profissionais do ambulatório de pessário conhecem as necessidades dos clientes.	1	2	3	4	5	6	7