

PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER NO MUNICÍPIO DE SANTANA DO LIVRAMENTO: REFLEXÕES E CONSTATAÇÕES

*Jandira Julia Vieira Camacho¹
Gustavo Segabinazzi Saldanha²*

RESUMO

As questões envolvendo um tema relevante como os cuidados com a saúde da população feminina que representam a maior parcela da população brasileira e santanense motivou a realização deste artigo que buscou identificar como se desenvolveram as ações do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher no Município de Santana do Livramento entre os anos de 2005 a 2015, trabalho elaborado através de um estudo de caso juntamente a uma pesquisa descritiva e documental tendo como base os relatórios do SARGSUS, contando ainda com entrevista feita com a agente responsável pelas ações do PAISM. Apurou-se que dos anos de 2005 até 2015 o PAISM desenvolveu suas atividades, e que no final de 2015 foi extinto pelo Município sendo que a partir de 2016 as equipes de Estratégia de Saúde da Família- ESF ficaram responsáveis pelo desenvolvimento dessas atividades.

Palavras-chaves: Mulheres, saúde, políticas públicas.

PROGRAM OF INTEGRAL ATTENTION TO WOMEN'S HEALTH IN THE MUNICIPALITY OF SANTANA DO LIVRAMENTO: REFLECTIONS AND FINDINGS

ABSTRACT

The issues involving a relevant theme such as the health care of the female population, that represents the greater part of the Brazilian population, motivated the production of this article, that aimed to identify how the actions of the Program of Integral Attention to Women's Health (PAISM, acronym in Portuguese) were developed in the Municipality of Santana do Livramento, between 2005 and 2015, work done through a case study in addition to a descriptive and documentary research based on SARGSUS reports, containing also an interview with the agent responsible for PAISM's actions. It was found that from 2005 to 2015, PAISM developed its activities, and that, at the end of 2015, it was extinguished by the Municipality, and from 2016 on, the Family Health Strategy (ESF, acronym in Portuguese) teams were responsible for the development of these activities.

Keywords: Women, health, public policies

¹ Acadêmica do Curso de Administração da Universidade Federal do Pampa - UNIPAMPA. E-mail: jandiralilla@yahoo.com.br

² Docente da Universidade Federal do Pampa. Doutorando em Administração Pública no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (ISCSP) da Universidade de Lisboa. Mestre em Gestão e Políticas Públicas pelo ISCSP (2010). Área de atuação: Ciências Sociais Aplicadas / Administração / Administração Pública / Especialidade: Política e Planejamento Governamentais. E-mail: gustavosalldanha@unipampa.edu.br

PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL A LA SALUD DE LA MUJER NA CIUDAD DE SANTANA DO LIVRAMENTO: REFLEXIONES Y CONSTATAIONES

Resumén

Las cuestiones que implica un tema relevante como los cuidados de la salud de la población femenina que representan la mayor parte de la población brasileira y santanense motivó la realización de este artículo, que buscó identificar como se desarrollarán las acciones del Programa Integral de Salud de la Mujer en el Municipio de Santana Do Livramento, entre los años 2005 a 2015.

Trabajo elaborado a través de un estudio de un caso, conjuntamente con una búsqueda descriptiva y documental teniendo como base los informes de SARGSUS, contando todavía con el agente responsable por las acciones del PAISM. Se pudo comprobar que del año 2005 al 2015 el PAISM, desarrolló actividades, que en el final de 2015 fue extinguido por el municipio. Siendo que a partir de 2016 los equipos de Estratégias de Salud de la Familia quedarán responsables por estas actividades.

Palabras claves: Mujeres, salud, políticas públicas

1 INTRODUÇÃO

O estudo partiu da relevância da avaliação de uma política pública envolvendo a questão de saúde que utiliza recursos públicos, e precisa apresentar resultados satisfatórios para assegurar os direitos garantidos em lei. Uma análise sobre as políticas públicas é um instrumento importante para ajudar na construção de uma gestão participativa e mais cidadã.

“O debate sobre as políticas públicas é amplo e apresenta uma dupla dificuldade: seja quanto à delimitação do objeto, seja pelo caráter contraditório de atuação do Estado “(KANAANE, 2010, p.3).

Esse trabalho trata-se de um estudo de caso com coleta de dados documentais e entrevista, que possibilitou conhecer e descrever a situação das políticas públicas de atenção integral à saúde da mulher no município de Santana do Livramento entre os anos de 2005 a 2015. Um estudo de caso:

“É considerado também como um marco de referência de complexas condições socioculturais que envolvem uma situação e tanto retrata uma realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais, presentes em uma dada situação” (CHINZZOTTI, 2000, p. 102).

Considerando que as mulheres representam a maioria da população do país conforme dados do censo do IBGE “as mulheres representam 51,5% da população do país, ou seja, são aproximadamente 100 milhões de mulheres e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde” (BRASIL 2013), e procurando “o rompimento com a abordagem demográfica e controlista, bem como com a concepção materno- infantil”(BRASIL, 2013,p.30), era necessário uma nova visão sobre o cuidado com a saúde da população feminina ou seja “políticas específicas que reconheçam a diversidade e buscam dar respostas adequadas para um atendimento mais cidadão”(BRASIL, 2013, p.31).

A preocupação com os serviços de cuidado da saúde da população está expressa no artigo 196 da Constituição Federal:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2010, p. 131)

Após a criação da LOS, foi criado o Sistema único de Saúde (SUS) que constituiu as competências de cada ente público no Sistema, seguindo o que foi proposto pela CF/88 das disposições gerais:

A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente;

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde (BRASIL, 1990).

A evolução das mulheres no mercado de trabalho de acordo com FERNANDES (2013) está relacionada ao fato que as mulheres estão estudando mais e com isso estão ocupando mais espaço no mercado de trabalho. A capacidade das mulheres de “administrar os conflitos na tentativa de manter a harmonia entre os integrantes do grupo do qual é integrante” (SERPA, 2010, p.17), aliado ao fato de “buscar o desenvolvimento da equipe procurando compartilhar seus conhecimentos” (SERPA, 2010, p.17), contribui para o bom desempenho delas nas organizações. Apesar dessa evolução o grande desafio para as mulheres é tentar reverter o quadro de desigualdade salarial entre homens e mulheres, uma vez que “as mulheres brasileiras assim como as mulheres do mundo inteiro, sofrem com diferenças salariais em relação aos homens (FERNANDES,2013, P.8).

Condições de sobrecarga de trabalho das mulheres em “decorrência do acúmulo das funções sociais na casa, trabalho e na comunidade, configuram as bases dessa desigualdade entre homens e mulheres” (BRASIL, 2010, PAG. 6), acarretando fragilidades e apresentando riscos para a saúde da população feminina.

Um grande desafio para o SUS é reconhecer e incorporar a concepção das relações de gênero, ou seja, as diferenças de poder e oportunidade para homens e mulheres em todas as práticas do SUS, tanto na gestão como na atenção e cuidado à saúde (BRASIL, 2010, p. 6).

No ano de 2013, buscando assegurar uma melhor qualidade de atendimento à saúde da mulher e ampliar o acesso das mulheres, o governo da presidente Dilma Rousseff, através da Secretaria de Políticas para as Mulheres, resolveu reavaliar o programa de atendimento de saúde das mulheres e criar novas diretrizes do programa para o biênio 2013-2014. O Programa Nacional de Políticas para as Mulheres- PNPM 2013-2014 pretendeu proporcionar melhores condições de educação, trabalho, saúde, para todas as mulheres tentando diminuir as desigualdades entre homens e mulheres.

Inicialmente as proposições políticas voltadas à saúde da mulher, no chamado programa materno-infantil, coerentemente com o saber/fazer dominante no campo e o modo de olhar socialmente para a mulher centralizaram-se na sua vida reprodutiva, especialmente na atenção à gestação, ao parto e ao puerpério (MANDÚ *et al*, 1999 p.31).

Considerando que a mulher apesar de ter conquistado novos espaços no mercado de trabalho, “ainda é responsável pelos cuidados domésticos (casa e filhos) perpetuando o modelo familiar tradicional e sobrecarregando seus afazeres cotidianos”. (FERNANDES, 2013 p.8) Essa sobrecarga de atribuições pode ser fator gerador de stress e adoecimento.

Segundo documentos do Ministério da Saúde- MS, as mulheres ocupam cada vez maior espaço no mercado de trabalho, além de acumular as funções de dona de casa e de estarem mais suscetíveis a doenças do que os homens.

Já no século XIX havia movimento de mulheres reivindicando direitos trabalhistas, igualdade de jornada de trabalho para homens e mulheres e o direito de voto (...). Apesar de tantas dificuldades as mulheres conquistaram um espaço de respeito dentro da sociedade (OLIVEIRA, 2012, p. 8).

Dados do censo 2010 do IBGE revelam que são aproximadamente 43.000 mulheres residentes no município de Santana do Livramento, correspondendo a 52,15 % da população total da cidade e considerando a importância da mulher na sociedade. Santana do Livramento município do interior do Rio Grande do Sul (RS) foi declarada pela lei nº 12.095 de 19 de novembro de 2009, cidade símbolo da integração do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), recebeu este título em função

da convivência pacífica com a cidade de Rivera no Uruguai e essa integração serve de exemplo ao mundo.

Pela experiência profissional da pesquisadora, que atua como técnica em enfermagem no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU, a mesma se depara no seu dia a dia com situações que afligem a população feminina. As mulheres queixam-se da dificuldade de acesso ao atendimento de saúde, seja durante a gestação quando enfrentam obstáculos no programa de pré-natal, seja mulheres que descobrem o câncer tardiamente, ou que se descobrem portadoras do vírus do HIV quando já apresentam sintomas da AIDS.

A vivência dessas situações justifica a pesquisa que tem como objetivo geral identificar como se desenvolveram as ações de políticas públicas de atenção integral à saúde da mulher no município de Santana do Livramento no período de 2005 a 2015.

Para atingir o objetivo geral do estudo foram elencados os seguintes objetivos específicos:

- a) descrever como funcionava o PAISM;
- b) identificar quais as ações eram realizadas para garantir a assistência à saúde das mulheres santanenses; e
- c) analisar as diretrizes, metas e resultados alcançados pelo programa.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Os temas que serão abordados durante esta pesquisa estão estruturados a partir das ações do poder público como elementos necessários para atender às demandas dos grupos sociais; das políticas públicas para a atenção ao cuidado da saúde da população feminina; das diretrizes e metas do PNPM 2013-2014 que procurou orientar as ações para viabilizar o processo de participação social e política democrática igualitária, homens e mulheres e na busca de identificação das ações do PAISM entre 2005 e 2015.

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS COMO GARANTIA DE DIREITOS

Para cumprir o que estabelece a Constituição Federal de 1988 que assegura ao cidadão brasileiro os direitos sociais é necessário criar políticas públicas que “é uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público”

(SECCHI,2013, p.2); as políticas públicas “são instrumentos de que dispõe o Estado, na forma de Administração Pública, para a realização dos Direitos Fundamentais sumariados na Constituição” (BREUS,2007,p.203).

Política pública, por conseguinte, são as diretrizes, estratégias, prioridades e ações que constituem as metas perseguidas pelos órgãos públicos, em resposta às demandas políticas, sociais e econômicas e para atender aos anseios oriundos das coletividades (FORTINI, ESTEVES, DIAS, 2007, p.110).

Políticas públicas são ações que o governo realiza com o objetivo de alcançar os interesses da população.

As políticas públicas podem ser definidas, como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos -ações do governo- que traduzem a orientação política do Estado e, regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público (SCORTEGAGNA, 2010, et all p.83).

Para existir uma política pública são necessários dois elementos:

A intencionalidade pública e resposta a um problema público; em outras palavras a razão para o estabelecimento de uma política pública é o tratamento ou a resolução de um problema como entendido como coletivamente relevante (SECCHI, 2013, p.2).

Observa-se a participação do Estado no estabelecimento de ações a serem desenvolvidas para atender anseios da sociedade “a política é elaborada ou decidida por autoridade formalmente constituída no âmbito de sua competência e é coletivamente vinculante” (SECCHI, 2013,p.2).

A Constituição “estabeleceu metas, diretrizes ou princípios vinculados abertamente a valores e opções políticas gerais por meio de suas espécies jurídico-normativas” (BREUS, 2007, p.212), estabelecendo políticas de prestação de serviços de saúde para corrigir desigualdades “com vistas à superação de um grave quadro social, no qual a maioria da população não consegue exercer, em plenitude, sua dignidade humana” (BREUS,2007,p.213).

As políticas públicas precisam ser organizadas na “forma das leis, para que o poder executivo possa realizá-las de modo mais adequado” (BREUS, 2007, p.222). A qualidade do processo administrativo que antecede a realização e implementação de uma política pública tem relação direta com sua efetividade.

As informações sobre a realidade a transformar, a capacidade técnica e a vinculação profissional dos servidores públicos, a disciplina jurídica dos serviços públicos determinarão em concreto os resultados da política pública como instrumento de desenvolvimento (BREUS, 2007, p.223).

Para BREUS as políticas públicas precisam contribuir com uma eficiência mínima para a realização das metas estabelecidas pela constituição. As políticas públicas precisam ser pensadas visando o futuro “é adequado falar que as políticas públicas compõem-se de projetos de longo prazo e sua realização ultrapassa a

duração de um governo, uma vez que os objetivos da constituição não podem ser sacrificados pela alternância do poder” (BREUS, 2007, p.213).

A escassez de recursos pode comprometer o desempenho de uma política pública. “É de notória ciência que o planejamento, a implementação e o controle das políticas públicas levadas a efeito pelo Estado dependem, inequivocamente, da disponibilidade de recursos públicos” (BREUS, 2007, p.231).

“A divulgação do discurso de que há cada vez maior escassez das quantias públicas necessárias para o custeamento dos Direitos Fundamentais sociais que deveriam ser protegidos ou promovidos por meios de políticas públicas, eles acabam, muitas vezes, não sendo efetivados (BREUS, 2007, p.232)”.

A Constituição mostrou preocupação com a obtenção dos recursos econômicos para custear os programas sociais. “A obtenção de recursos públicos foi regulada à amplitude pela constituição” (BREUS, 2007, p.238), essa preocupação com as receitas também pode ser observada com relação às despesas:

Além dos limites formais relacionados à quantia destinada na previsão orçamentária para a realização dos dispêndios públicos, a Constituição determina limites materiais, correspondentes à necessidade de se destinar recursos públicos para os objetivos e prioridades estipuladas na Carta Constitucional (BREUS, 2007, p.238).

Entretanto o controle da sociedade pode e deve questionar o argumento de “que esses recursos nunca foram escassos para outros fins, de modo que a própria escassez deve ser objeto de investigação, ou trata-se apenas de uma alocação indevida destes recursos” (BREUS, 2007, p.239).

De acordo a Constituição Federal “qualquer alocação de recursos deve respeitar os padrões mínimos fixados pela Constituição, assim como o rol de prioridades por ela estabelecido” (BREUS, 2007, p.240).

O órgão fiscalizador das ações de saúde no município é o Conselho Municipal de Saúde (CMS) “O CMS é um órgão, colegiado deliberativo e permanente no Sistema Único de Saúde em cada esfera do governo (GOULARTE, COSTA, MENDES, 2010)”.

Os CMS são espaços democráticos para discussão das políticas de saúde a serem adotadas na cidade e como serão alocados os recursos disponíveis para a realização dos programas de saúde.

O CMS Santana do Livramento foi instituído pela Lei Orgânica do Município (Art. 102 inciso 4º) e criado por Lei Municipal nº 3610 de 16 de janeiro de 1997, reformulado pela Lei Municipal nº 3610 de janeiro de 2006 e alterado pela Lei 5.417 de junho de 2008 e pela Lei 5.539 de 31 de dezembro de 2008 (GOULARTE, COSTA, MENDES, 2010, p.79).

A organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua saúde como “o completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença” (SCORTEGGNA, et all, p.44).

De acordo com a Lei nº 8080\90, compete ao Estado formular e executar ações para promover o acesso aos serviços de saúde.

As políticas públicas para a saúde devem beneficiar a toda população, de maneira igualitária. “A saúde, sendo dever do Estado, deve ser obrigatoriamente tutelada por ele; a vida é um bem supremo” (SCORTEGAGNA et all, 2010, p.84).

O papel do SUS é promover a saúde da população e organizar suas ações de maneira a cumprir com objetivo de orientar e gerir a política de atenção à saúde no país.

As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizadas de forma regionalizada e hierarquizadas em níveis de complexidade crescente (BRASIL, 1990).

Sendo “direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e a infância, a assistência aos desamparados, na forma desta constituição” (CF/88, art. 6º - EC nº26/2000 e EC nº 64/2010). Portanto, consideramos que, o surgimento do “SUS é produto de um processo social de participação da sociedade civil para garantir acesso universal e integral à saúde e, portanto faz parte do esforço da sociedade por qualidade de vida” (MERCADANTE, 2002, p.292).

A Constituição Federal atribui a competência de administrar o sistema à União, aos Estados e aos Municípios segundo esclarece em seu artigo 23, inciso II. Esses três entes têm competência para formular e executar políticas para a saúde. “É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios: II- cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências” (CF/88, art. 23 - EC nº53/2006).

A prestação de serviços gerais de saúde seguiria alguns princípios que hoje regem o sistema Único de Saúde (SUS) tais como a universalização da assistência, a regionalização dos serviços e a integração entre serviços preventivos e de assistência individual (MERCADANTE, 2002, p.241).

Segundo SECCHI (2013) a análise de uma política pública pode ser realizada na sua fase de implantação para detectar problemas mal formulados, objetivos mal traçados durante a sua implantação para ajudar corrigir possíveis

erros, ou após a aplicação da mesma gerando informações sobre o desempenho do programa.

“A avaliação pode aumentar de forma significativa a sensibilidade e a percepção que os atores políticos têm sobre a política pública, a fim de melhorá-la (SECCHI, 2013, p.65)”.

Para Secchi (2013), ao realizarmos a avaliação de uma política pública precisamos considerar alguns aspectos, como: econômicos -diz respeito aos recursos utilizados; produtividade- refere-se aos seus resultados; eficiência econômica- trata-se da relação entre seus resultados e os recursos utilizados; eficiência administrativa, ou seja, se sua execução está de acordo com os métodos que foram estabelecidos; eficácia se alcançou as metas; equidade se seus benefícios são extensivos a todos igualmente.

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SAÚDE DA MULHER

Em resposta as reivindicações das mulheres por assistência médica, e a necessidade de regulação social da força de trabalho feminina na década de 70 o governo estabeleceu normas, programas voltados para a saúde da mulher.

Nos anos oitenta as reivindicações das mulheres ajudaram a incorporar nos programas do governo outras necessidades de saúde além daquelas relacionadas ao papel reprodutivo da mulher.

O conceito de atenção integral à saúde da mulher começa a ser discutido, mas só em 1983 o MS lança o programa de atenção integral à mulher o PAISM. Nele partindo de uma autocrítica ao atendimento grávido-puerperal, o Ministério da Saúde propõe não só a sua melhoria, mas também a atenção às outras necessidades de significação sócio sanitárias pertinentes à saúde da mulher como as doenças de transmissão sexual, as doenças ginecológicas malignas, o abortamento, a gestação indesejada e as morbidades clínicas articuladas ou não às atividades profissionais (BRASIL 1984 *apud* Mandú, p33).

Buscando assegurar uma melhor qualidade de atendimento à saúde da mulher e ampliar o acesso das mulheres o governo da presidente Dilma Rousseff através da Secretaria de Políticas para as Mulheres resolve reavaliar o programa de atendimento de saúde das mulheres e acrescenta novos programas ao PNPM.

O PNPM 2013-2014 pretendia proporcionar melhores condições de educação, trabalho e saúde, para todas as mulheres tentando diminuir as desigualdades entre homens e mulheres. O objetivo principal do PNPM era:

Promover a melhoria das condições de vida saúde das mulheres em todas as fases do seu ciclo vital, garantindo os direitos sexuais e os direitos

reprodutivos, bem como os demais direitos legalmente constituídos; e ampliar o acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção e assistência da saúde integral da mulher em todo o território brasileiro, sem discriminação de qualquer espécie, resguardadas as identidades e especificidades de gênero, raça, etnia, geração, classe social, orientação sexual e mulheres com deficiência (BRASIL, 2013, P. 31).

A partir do objetivo proposto pelo capítulo III do PNPM que trata da saúde integral das mulheres foram traçados objetivos específicos para que fossem alcançadas as metas para garantir as mulheres um atendimento que levem em conta suas características sejam elas: raça, condição social, local de moradia, preferência sexual etc.

Entre estes objetivos estão: “fortalecer e implementar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM, considerando as mulheres em sua diversidade” (BRASIL, 2013, p.31) .

Para atingir o fortalecimento das políticas para a saúde feminina no país é necessário segundo o PNPM (2013), incluir a participação das mulheres nas ações do programa através de discussões dos problemas que as afetam, além de proporcionar o acesso às informações e promover diálogos francos sobre as condições sanitárias da população feminina.

As concepções sobre a saúde das mulheres no Brasil avançaram muito nos últimos 25 anos e o SUS deve ser reconhecido como o responsável por esses avanços. Mas é preciso reconhecer ainda que esses avanços de concepções ainda não atingiram a vida cotidiana das mulheres brasileiras e que ainda convivemos com situações de injustiça que causam indignação, pois são facilmente modificáveis (BRASIL, 2010, p.21).

Deverão ser dadas as mulheres os direitos reprodutivos sem que haja prejuízo de sua integridade física, na hora que julgarem mais conveniente de acordo com sua situação econômica e suas condições sociais garantindo que sejam preservados “os direitos sexuais e os direitos reprodutivos das mulheres em todas as fases do seu ciclo de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminações” (BRASIL, 2013, p.31).

Deve ser oportunizado às mulheres e seus parceiros o direito de decidir quando ter filhos, ou como prevenir uma gestação indesejada, e cabe aos serviços de saúde acolher esse casal e prestar todas as informações sobre os diversos meios de anticoncepção é o que recomenda o PNPM (2013).

A mortalidade feminina constitui-se como um motivo de preocupação para o PNPM em decorrência aos índices alarmantes de mortes, enfatizando no plano, ações para “contribuir para a redução da morbidade e mortalidade das mulheres no

Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todas as fases do seu ciclo de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminações” (BRASIL, 2013, p.31).

Os serviços de saúde precisam ter suas ações comprometidas com o bem estar das mulheres, e também garantir que seus direitos sejam respeitados de maneira a diminuir as mortes, que possam ser evitadas ou prevenidas.

Segundo o PNPM é importante lembrar que as mulheres constituem mais da metade da população, situadas em todas as classes sociais, são de todas as raças, etnias e idades, orientações sexuais, moram no campo ou nas cidades e os seus problemas de saúde são muito complexos. Para responder às complexas demandas de saúde para as mulheres, a política deve contemplar diferentes ações, desde a atenção básica no Programa Saúde da Família (PSF) até os hospitais de mais alta tecnologia.

O PNPM preocupa-se com a qualidade e maneira que estão sendo oferecidos os cuidados com a saúde das mulheres, por isso busca: “promover a ampliação, qualificação e humanização das ações de atenção integral à saúde das mulheres na rede pública e privada” (BRASIL, 2013, p.31).

A promoção das políticas de saúde para as mulheres não pode ficar apenas restrito aos órgãos governamentais, mas precisa contar com a participação de toda a sociedade.

A participação da sociedade no SUS não deve ficar restrita aos espaços instituídos pela lei, mas deve ser ampliada para o dia a dia dos serviços de saúde por meio das modalidades de participação que poderão ser criadas em cada localidade (BRASIL, 2010, p.21).

Os agentes públicos de saúde veem com preocupação o aumento do índice de meninas que engravidam ainda na adolescência, já que o PNPM orienta: “contribuir para a redução da gravidez na adolescência” (BRASIL, 2013, p.31).

A iniciação sexual das meninas está iniciando mais cedo, o que é causa de preocupação para profissionais de saúde, governo e família, procurando evitar a gestação na adolescência, algumas ações precisam ser implementadas, como: palestras educativas sobre métodos para evitar uma gravidez indesejada.

Uma das principais metas idealizadas pelos organizadores do plano para conseguir que os objetivos possam ser alcançados é: “fortalecer a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM como política pública em todo território nacional” (BRASIL, 2013, p.32).

Seguindo exemplo de outras políticas para o SUS, o Programa de Atenção Integral à saúde de Mulher deve envolver os governos federais, estaduais e municipais em suas ações.

É preciso lembrar que as políticas que o Ministério da saúde formula para o SUS são decorrentes de estudos das necessidades e das demandas da população e são aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde e, depois disso são pactuadas a na Comissão Inter gestores Tripartite pelos secretários estaduais, secretários municipais e o ministro da saúde (BRASIL, 2010, p.19).

A lei Nº 9.263, publicada em 1976, diz que o planejamento familiar é um direito de todos, mulheres e homens, de todas as classes sociais. A população prioritária para o planejamento familiar são as mulheres na idade de 10 a 49 anos de idade, ou seja, as mulheres em idade fértil, onde há risco de engravidar quando têm vida sexual com, parceiros do sexo oposto.

“Muitas pessoas consideram que na idade de 10 anos as mulheres ainda são crianças, mas o que vem sendo verificado nos últimos anos é que as adolescentes estão começando sua vida sexual cada vez mais cedo” (BRASIL, 2010, p.43). Assim o Ministério da saúde recomenda que:

Os serviços de saúde devem oferecer para essas mulheres pelo menos uma consulta médica e de enfermagem ao ano, mesmo depois que o método esteja em uso, pois há necessidade de verificar se esse método está adequado e se não está prejudicando a saúde de quem o está usando. (BRASIL, 2010, p. 43).

O Ministério da Saúde – MS definiu e acordou, por meio do Pacto pela Saúde, em 2006, que os serviços de pré-natal deverão ser oferecidos à gestante da seguinte forma: que seja realizada a primeira consulta antes dos 120 dias de gravidez, tendo no mínimo seis consultas durante a sua gravidez e que a pressão arterial seja aferida em todas as consultas para evitar o risco de eclampsia (pressão arterial alterada na gravidez).

Geralmente, acontece em torno dos 48 aos 50 anos de idade acontece o período de climatério, que é marcado pelo fim do ciclo menstrual da mulher.

“É um momento natural da vida da mulher e muitas passam por ele sem queixas ou necessidades de medicamentos. Outras têm sintomas que variam na sua diversidade e intensidade é fundamental que haja, nessa fase da vida, um acompanhamento médico, visando à promoção da saúde” (BRASIL, 2010, p.31).

Verifica-se um aumento de mulheres contaminadas com o vírus HIV, dados alarmantes revelam que “em relação a AIDS, estão cada vez mais vulneráveis e ações devem ser realizadas para diminuir o preconceito e aumentar a consciência com os cuidados e com a prevenção da doença” (BRASIL, 2010).

Para contribuir com a avaliação dos programas de saúde, o MS criou o SARGSUS conforme item IV do artigo 4º da Lei nº 8142\90, referenciado também na Lei complementar 141\2012 que se constitui em instrumento de comprovação da aplicação dos recursos, além de contribuir na elaboração de nova programação anual, bem como, em eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde.

O SARGSUS é uma ferramenta eletrônica desenvolvida pela Secretaria de Gestão estratégica e Participativa do Ministério da Saúde em conjunto com o DATASUS com o objetivo de apoiar os gestores municipais na elaboração e envio do Relatório Anual de Gestão (RAG) ao conselho de saúde.

3 MÉTODO

Esse trabalho trata-se de um estudo de caso com coleta de dados documentais coletados com base nos relatórios do SARGSUS que estão disponíveis para consulta no site do MS, entrevista com a coordenadora do PAISM e que possibilitou identificar e descrever como se desenvolveram as ações do Programa de Atenção Integral à saúde da mulher no município de Santana do Livramento entre os anos de 2005 a 2015.

A opção pelo estudo de caso justifica-se por ser considerado um método que pode ser usado para fundamentar uma análise da situação que está sendo analisada.

O estudo de caso é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado, tarefa praticamente impossível mediante os outros tipos de delineamentos considerados (GIL, 2008, p.57).

3.1 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa de caráter descritivo teve como objetivo investigar quais as características das ações desenvolvidas pelo Programa de Atenção á saúde da Mulher em Santana do Livramento nos anos em que esteve em atividade. O caráter descritivo da pesquisa favoreceu descrever o funcionamento, as ações, diretrizes e metas do PAISM. “São incluídas neste grupo as pesquisas que têm como objetivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população” (Gil, 2008, p.28).

Uma pesquisa qualitativa “trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (Deslandes; Gomes; Minayo, 2010.p.21).

3.2 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Realizou-se no mês de novembro de 2015 uma entrevista aberta com a coordenadora do PAISM a Sra. Cláudia do Espírito Santo, Técnica de Enfermagem, uma entrevista aberta acontece quando “o informante é convidado a falar livremente sobre um tema e as perguntas do investigador , quando são feitas ,buscam dar mais profundidade as reflexões” (Deslandes; Gomes e Minayo, 2010, p.64), quando ela relatou como funcionava o programa, quais as atividades realizadas, além de ponderar sobre as dificuldades do programa. Seguindo sugestão do professor Jeferson Goulart quando foi apresentado o estudo na banca de projeto também se realizou uma entrevista com a Sra. Denise Silva Cardoso encarregada do setor de contabilidade da Secretaria Municipal de Saúde – SMS, para averiguar qual a fonte dos recursos usados para financiamento do PAISM.

Realizou-se também uma pesquisa documental nos dados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde através de relatórios do Sistema de Apoio aos Relatórios de gestão (SARGSUS). “A pesquisa documental é utilizada em praticamente todas as ciências sociais e constitui um dos delineamentos mais importantes no campo da história e economia” (Gil, 2010, p.30). Os relatórios do SARGSUS dos anos de 2011, 2012, 2013 e 2014, 2015 foram fornecidos pela Secretaria de Saúde do Município e que também se encontram disponíveis no site do Ministério da Saúde - MS.

3.3 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS

A técnica usada para análise dos dados da pesquisa foi análise de conteúdo que “é um conjunto de técnicas de análises das comunicações”(BARDIN, 2011,p. 37). A análise e interpretação dos dados neste estudo ocorreram de maneira simultânea em que foram sendo obtidos, ou seja, se iniciou nos primeiros contatos com os fatos.

A análise de conteúdo possui instrumentos criados para realizar investigações através de transcrição de entrevistas ou de discussão em grupo.

Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com mais rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações (BARDIN, 2011, p.37)

4 RESULTADOS

Das informações extraídas da entrevista com a coordenadora do PAISM e com a contadora da SMS foram coletados dados importantes e que contribuíram para apresentação dos resultados, também foram utilizados os relatórios do SARGSUS dos anos de 2011 a 2015.

4.1 DO FUNCIONAMENTO DO PAISM

O PAISM funcionava na Rua Antônio Fernandes da Cunha nº 403, criado em 2005 através de iniciativa do gabinete da primeira dama e Secretaria Municipal da Saúde, era financiado com recursos próprios do Município, não recebendo nenhuma contra partida de recursos da União, ou Estado do RS. A estratégia do trabalho envolvia a capacitação das agentes de saúde da mulher, a elaboração e a distribuição de material informativo*. O programa esteve em atividade do ano de 2005 até o ano de 2015 quando foi extinto. Após a extinção do PAISM as questões relacionadas com a saúde da mulher passaram a ser desenvolvidas pelas equipes de ESF.

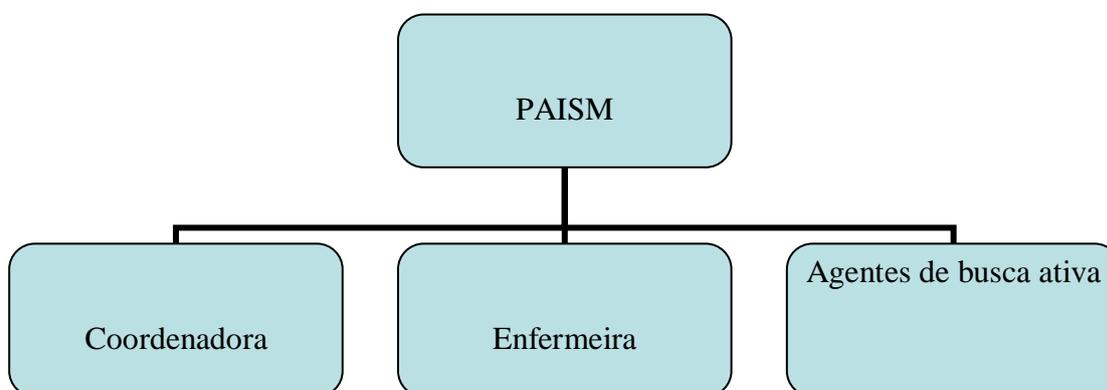


Figura 1 – Organograma do PAISM em Santana do Livramento
Fonte: Elaboração própria com base em entrevista

A equipe de profissionais do programa estava composto de uma técnica em enfermagem, que desempenhava a função de coordenadora, uma enfermeira que realizava o exame clínico da mama, coleta de exame preventivo do câncer de colo de útero, realizava o encaminhamento de exames de mamografia, e também de três estudantes do curso de técnica em enfermagem que realizavam visitas nos lares das mulheres nos bairros da cidade, e também na zona rural na Busca Ativa para identificação dos problemas relacionados com a saúde da mulher. A principal

queixa da coordenadora do programa era o número reduzido de agentes que atuavam no serviço, inclusive que como eram estudantes quando precisavam realizar o estágio obrigatório do curso era preciso dispensá-las do trabalho. Também as condições físicas da sede do programa foram relatadas pela coordenadora, informou que a linha telefônica não estava funcionando no dia que foi realizada a entrevista. Ultimamente o PAISM atuava em poucos bairros da cidade de acordo com o relato da coordenadora, pois os atendimentos que antes eram feitos pelo programa estavam sendo realizados pelas equipes de ESF, sendo que esta revelou o receio de que o programa viesse a terminar, o que realmente aconteceu no final de 2015.

O PAISM não contava com o atendimento de um médico ginecologista, sendo que se uma mulher necessitasse de uma consulta ginecológica, primeiro era encaminhada a um clínico para que realizasse uma avaliação, pedisse exames. Se o clínico constatava que era necessária uma consulta com especialista então ela era encaminhada.

4.2 DAS AÇÕES DO PAISM

O programa tinha como objetivo desenvolver ações para conscientizar as mulheres como cuidar de sua saúde, através de distribuição de material informativo, além de encaminhamento das demandas femininas. Segundo as informações coletadas na entrevista e na análise documental, as ações realizadas pelo PAISM eram:

- Papa Nicolau
- Exame da mama
- Encaminhamentos de mamografia
- Visitas das agentes nos bairros
- Outros, como encaminhamentos para outros serviços de atenção a mulher.

O PAISM tinha uma enfermeira que era responsável pela coleta de Papa Nicolau, exame que precisa ser realizado anualmente pelas mulheres para diminuir a ameaça do câncer de colo de útero, o material era coletado pela enfermeira Silvia Leticia e posteriormente encaminhado para o exame patológico realizado em laboratório conveniado junto à SMS.

A mamografia era encaminhada após a realização de um exame clínico da mama pela enfermeira, se a mulher apresenta um nódulo considerável então era encaminhada imediatamente ao planejamento da mulher para iniciar o tratamento recomendado. O PNPM recomenda “o acesso com qualidade à mamografia no SUS, em especial na faixa etária recomendada (50 a 69 anos), com garantia de detecção e tratamento em tempo adequado” (BRASIL, 2013, p.).

As atividades realizadas pelo PAISM eram desempenhadas por três visitadoras, que iam aos lares nos bairros e na zona rural da cidade para investigar as situações relacionadas com a saúde e o bem estar das mulheres em Santana do Livramento, levando também orientações sobre temas como: violência doméstica e sexual, Pré-natal, planejamento familiar, DSTs, prevenção do câncer de mama e câncer do colo de útero, amamentação e climatério, esta atividade era chamada de “busca ativa”. As agentes do programa realizavam as buscas de situações que afligiam as mulheres nos bairros da cidade e também na zona rural, procurando “promover a atenção à saúde das mulheres do campo através da ampliação do acesso e melhoria da qualidade do cuidado” (PNPM, 2013, p.34).

Sempre que o assunto envolvia o cuidado com a saúde da mulher observava-se a presença do PAISM, por exemplo, na caminhada contra a violência contra a mulher, dia internacional de luta contra AIDS, rondas da cidadania e outros eventos.

Os casos que envolvessem o planejamento familiar identificado pelas visitadoras do PAISM eram encaminhados ao serviço de assistência social do município. A distribuição dos métodos contraceptivos previstos e regulamentados no SUS que deveriam ser oferecidos pelos serviços de saúde conforme recomendação do PNPM, de acordo com a coordenadora do PAISM pílulas anticoncepcionais estavam à disposição das mulheres nas unidades de saúde dos bairros da periferia. Bastando apenas à mulher comparecer ao posto e retirar o medicamento, para isso era necessário realizar um cadastro.

A coordenadora do programa informou que outro método anticoncepcivo, como o DIU, é de competência do Centro de Planejamento da Família (outro serviço), comentou também sobre a laqueadura de trompas, procedimento que tinha idade mínima para ser realizado, e que só seria realizado na mulher antes dessa idade se oferecesse risco para a sua saúde.

Caso as visitadoras do programa identificassem algum caso suspeito de DSTs, as mulheres eram encaminhadas ao Serviço de Atendimento Especializado (SAE), onde poderiam realizar exames para identificar possível contágio, além de receberem preservativos tanto femininos como masculinos para prevenção. O PNPM em suas linhas de ações recomenda a “promoção de ações e ampliação de acesso a informações sobre prevenção, tratamento e controle das doenças sexualmente transmissíveis, HIV/AIDS e hepatites virais” (BRASIL,2013, p.).

As profissionais do PAISM estavam orientadas para identificarem possíveis casos de violência doméstica nos domicílios visitados, e caso verificassem algum caso suspeito era avisado para o centro de referência da mulher. Uma das diretrizes descritas no PNPM é a “garantia do atendimento multiprofissional e multidisciplinar com acompanhamento nos casos de mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual”.

4.3 DAS DIRETRIZES, METAS E RESULTADOS DO PAISM

Os relatórios do SARGSUS (Sistema de Apoio aos Relatórios de Gestão) dos anos de 2011, 2012, 2013 e 2014,2015 descrevem as metas da secretaria de saúde para o cuidado com a saúde das mulheres.

4.3.1 Diretrizes para a saúde da mulher

As diretrizes e metas que foram traçadas para atender as necessidades das mulheres de acordo com os relatórios pesquisados são as seguintes:

Ano de 2011

- Fornecer às mulheres vítimas de violência auxílio e segurança melhorando os programas voltados para essa área;
- Busca ativa e sensibilização das mulheres para alcançar o número de 250 exames mensais para facilitar o diagnóstico precoce de câncer de mama ou prevenir o mesmo;
- Ampliar o número de exames preventivos realizados;
- Conscientizar os profissionais e as gestantes sobre o programa SISPRENATAL.

Anos de 2012, 2013, 2014,2015

- Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de mama e de colo de útero;
- Organizar a rede à saúde materna e infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.

4.3.2 Como os relatórios do SARGSUS analisaram o desempenho da atenção à saúde da mulher nos anos que serviram de base para o estudo

- Controle do câncer de mama e colo de útero

Objetivo: ampliar a oferta de mamografia visando alcançar uma cobertura de 60% da população alvo e ampliar a oferta do exame preventivo do colo de útero visando alcançar uma cobertura de 80 % da população alvo.

Tabela 1 - Indicadores de Saúde: controle do Câncer de Mama e Colo de Útero

	2011		2012		2013		2014		2015	
	Meta	Resultado								
A	0,17	0,11	0,66	0,07	0,20	0,34	0,30	0,33	0,30	0,23
B	0,20	0,03	0,20	0,08	0,50	0,37	0,40	0,44	0,40	0,0

Nota:

(A) Razão entre mamografia nas mulheres de 50 a 69 anos e população feminina nesta faixa etária, em determinado local e ano

(B) Razão entre exames cito patológicos do colo de útero na faixa etária de 25 a 59 anos e a população alvo em determinado local e ano

Fonte: elaborada pela pesquisadora com base nos relatórios do SARGSUS

Pode-se observar que nos anos de 2011 e 2012 as metas projetadas para controle do câncer de colo de útero e câncer de mama não foram alcançadas. De acordo com a análise da SMS a busca ativa não teve o resultado esperado. No ano de 2013 foi alcançado o objetivo na realização das mamografias, entretanto a realização de exames citopatológicos de colo do útero não foi novamente alcançada. No ano de 2014 tanto a realização de mamografias como de exames citopatológicos

tiveram resultados positivos. Durante o ano de 2015 a realizações de mamografias não apresentaram os resultados esperados, já o número de coleta de exames citopatológicos não foram informados.

4.3.3 Redução da mortalidade infantil e materna

A preocupação com a redução da mortalidade infantil e materna fazia parte das metas do Programa de saúde da mulher que tinha como objetivo: reduzir a mortalidade infantil e materna no Município.

Tabela 2 - Indicadores de Saúde: Redução da Mortalidade Infantil e Materna

		Taxa de mortalidade infantil	Proporção de nascidos vivos com no mínimo 7 consultas pré-natal	Incidência de sífilis congênita	Proporção de partos normais
2011	Meta	-	Não informado	5	-
	Resultado	12,97	-	3	-
2012	Meta	12,97	50,00 %	20	45,00%
	Resultado	12,20	50,58%	6	45,72%
2013	Meta	12,00	60,00%	10	45,00 %
	Resultado	14,70	52,50%	16	43,76 %
2014	Meta	13	60 %	16	45,00 %
	Resultado	12	54,40%	17	44,60 %
2015	Meta	12	60,00 %	2,0	45,00 %
	Resultado	9	62,70 %	2,0	45,20 %

Fonte: Elaborada pela pesquisadora com base nos relatórios do SARGSUS

Os relatórios apontam que no ano de 2011 não foi informada a meta para a taxa de mortalidade infantil apenas o resultado, em 2012 o resultado ficou abaixo da meta esperada. No ano de 2013 o resultado foi superior à meta projetada. Em 2014 novamente o resultado ficou abaixo da meta. Em 2015 o resultado foi abaixo da meta esperada.

A proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo de 7 consultas Pré-natal no ano de 2011 não foi informada. Em 2012 a meta foi superada. Em 2013 e 2014 as metas não foram lançadas novamente. No ano de 2015 as metas foram superadas. Conforme informação que consta nos relatórios do SARGSUS de 2011 a coordenação teve dificuldades nas realizações de reuniões programadas para médicos e obstetras. No ano de 2012 obteve-se a informação de que cobertura do programa de pré-natal estava baixa.

A incidência de sífilis congênita nos anos de 2011 e 2012 ficou abaixo do esperado. Em 2013 e 2014 ficaram acima das metas esperadas. No ano de 2015 o resultado atingiu a meta esperada.

A proporção de partos normais no ano de 2011 não foi informada. Em 2012 superou a meta projetada, entretanto em 2013 e 2014 ficou abaixo da meta, voltando a ficar acima da meta no ano de 2015.

A SMS informou que no ano de 2011 aconteceu a criação do Centro de Planejamento Familiar e Centro de Referência da Mulher, e aumentou o número de enfermeiros para elevar o número de atendimentos, coleta, alimentação do sistema. Porém, as ações deveriam ser intensificadas para o ano de 2012.

No ano de 2012 a avaliação da diretriz apontou como preocupação a promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha” com ênfase nas áreas de maior vulnerabilidade. O município estava com baixa cobertura pré-natal, sendo que este fato refletiu no aumento dos óbitos infantis, as demais proporções compactuadas foram alcançadas.

Não foram encontrados dados sobre as ações para a atenção à saúde da mulher dos anos de 2005 a 2010, a partir de 2011 encontram-se esses dados no SARGSUS.

Ao contrário dos anos de 2011 e 2012 que consta nos dados dos relatórios SARGSUS uma avaliação das ações para a saúde realizadas que apontam a busca ativa com resultados abaixo das metas pretendidas, nos anos de 2013, 2014, 2015 constava apenas a informação de que os indicadores foram fornecidos pela Décima Coordenadoria Regional de saúde, sem entretanto apontar os obstáculos enfrentados para alcançar o atingimento das metas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo alcançou seu objetivo de identificar o desenvolvimento das ações de políticas públicas da atenção integral à saúde da mulher em Santana do Livramento. Conforme os dados colhidos durante a pesquisa identificou-se o PAISM como a política pública que deveria realizar as ações de promoção à saúde da mulher no município, através da capacitação de agentes de saúde para realizar as atividades que seriam desenvolvidas pelo programa, como: busca ativa por situações referentes ao cuidado com a saúde feminina, além da confecção e distribuição de material informativo, coletas e encaminhamentos de exames preventivos seguindo orientações e diretrizes do PNPM (2013).

Entretanto apesar dos esforços da equipe de profissionais do PAISM, o programa enfrentava dificuldades em atingir as metas o que pode ter sido a motivação para o término do programa, "as ações que ativaram a política pública são percebidas como ineficazes"(SECCHI, 2013, P.67), pode ser a causa "da extinção de uma política pública"(SECCHI, 2013, p.67).

Uma das limitações para a realização desta pesquisa foi o fato de alguns profissionais envolvidos nos cuidados com a saúde da população que não se mostrarem dispostos a colaborar com a pesquisa. "A própria resistência daqueles que são avaliados também é um obstáculo (SECCHI, 2013, p.65).

Um primeiro passo foi dado com a realização desta pesquisa, espera-se que outros estudiosos se interessem pelo tema envolvendo a saúde da população, e que tenha prosseguimento a análise das atividades de atenção ao cuidado com a saúde feminina a partir de 2016 quando as ações passaram a serem realizadas pelas equipes de ESF.

REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da Mulher: Um diálogo aberto e participativo**. Brasília: 2010. Disponível em: <HTTPS// PT.scribd.com/doc/152239844>. Acesso em: jan. 2014.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 2010.

_____. **Plano Nacional de Políticas para a Mulher**. Brasília. Presidência da Republica Secretaria de políticas para as mulheres, 2013. Disponível em: <www.compromissoeatitude.org/br/wp>. Acesso em jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **PAISM – programa de assistência integral à saúde da mulher 21 anos depois**. Brasília, 2005, Disponível em: <dtr2001.saúde.gov.br/editoras produtos/impessos>. Acesso em: jan. 2014.

_____. **Lei 8080/90**. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil>. Acesso em: dez 2013.

_____. Plano Municipal de Saúde 2011-2014. Disponível em: <www.sdolivramento.com.br/new\painel\leis\140>. Acesso: Dezembro de 2015.

_____. **Temas estratégicos para conselheiros de saúde: Saúde da mulher, um diálogo aberto e participativo**. Disponível em: <rmfgomes.blogspot.com.br>. Acesso em: Dezembro de 2015.

_____. SARGSUS 2011- Disponível em: WWW.data.sus.gov.br\DATASUS

_____. SARGSUS 2012- Disponível em: WWW.data.sus.gov.br\DATASUS

_____. SARGSUS 2013- Disponível em: WWW.data.sus.gov.br\DATASUS

_____. SARGSUS 2014- Disponível em: WWW.data.sus.gov.br\DATASUS

_____. SARGSUS 2015- Disponível em: WWW.data.sus.gov.br\DATASUS

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*, São Paulo: Edições 70,2011

BREUS, Thiago Lima. *Políticas Públicas no Estado Constitucional*. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2007.

DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília. *Pesquisa social*. Petrópolis: Editora Vozes, 2010.

DIAS, Maria Tereza Fonseca; ESTEVES, Júlio César dos Santos; FORTINI, Cristiana. *Políticas Públicas Possibilidades E Limites*. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2008.

CERVO, Amado L; BERVIAN, Pedro A., SILVA Roberto da. *Metodologia Científica*. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007 6ª edição.

CHIZZOTI, Antônio, *Pesquisa em ciências humanas e sociais*, São Paulo, Editora Cortez, 4ª edição ,2000

FERNANDES, Mônica Aparecida. *A inserção da mulher no mercado de trabalho: Um estudo sob a perspectiva da psicologia*. Poços de Caldas. Disponível em: <www.pucpcaldas.br/graduação/administração/revista/artigo> 2013. Acesso em: xx

FONSECA, Cristina M. Oliveira. *As campanhas sanitárias e o Ministério de Saúde, 1953-1990*. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2001. Disponível em: <<https://books.scielo.org>> Acesso em janeiro 2014.

GIL, Antônio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2010.

_____ *Métodos e técnicas da pesquisa social*. São Paulo: Editora Atlas S.A, 2008.

KANAANE, Roberto; FILHO, Alécio Fiel; FERREIRA, Maria das Graças. *Gestão Pública: planejamento, processos, sistemas de informação e pessoa*. Editora Atlas São Paulo, 2010.

MALHOTRA, Naresh K. *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada*. Bookman, 2006, São Paulo.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira; REINERS, Annelita Oliveira; TOMIYOSHI, Janete Tamami; DIÓZ, Marjoreth. *Atenção integral à saúde feminina: significados e Implicações*. *Revista da escola de enfermagem da USP*. São Paulo, v.33, n.1, março 1999. Disponível em: <www.scielo.org>. Acesso em: dez 2013

MERCADANTE, Otávio Azevedo in FINKELMAN, Jacobo. *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Editora Fio Cruz, Rio de janeiro, 2002. Disponível em: <<https://booksscielo.org>>. Acesso em: dez 2013.

SCORTEGAGNA, Fernando; COSTA, Marli da; HERMANY, Ricardo. *Espaço local, cidadania e políticas públicas*. Editora IPR: Santa Cruz do Sul, 2010.

SECHI, Leonardo. *Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos*. Cengage Learning, São Paulo, 2013.

SERPA, Nara Cavalcante, *A Inserção da mulher no mercado de trabalho: questão de gênero*, 2010, disponível em <fazendogenero.ufsc.br> acesso em maio de 2017

ANEXOS

Entrevista realizada com a contadora da SMS Sra. Denise

1. Qual a origem dos recursos utilizados para o financiamento do PAISM? Existe alguma verba estadual ou federal nesse financiamento?
2. Os recursos disponíveis são suficientes para financiar as ações do programa?

Entrevista realizada com a coordenadora do PAISM Claudia Espirito Santo

1. Quais as atividades desenvolvidas pelo programa na comunidade?
2. Como as mulheres tinham acesso ao programa? Por quem eram encaminhadas ao programa?
3. Quantos profissionais médicos ginecologistas \ e ou obstetras atuavam no programa?
4. De forma eram prestados os serviços necessários para o atendimento das mulheres que procuravam o programa?
5. Existia algum indicador de desempenho do programa?
6. Quais as dificuldades enfrentadas pelo programa?