



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA – UFRR
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - PROCISA**

SANDRA MARIA RABELO HUZEK

**DESAFIOS DA GESTÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À
SAÚDE DA MULHER (PNAISM) NO ESTADO DE RORAIMA**

**Boa Vista, RR
2016**

SANDRA MARIA RABELO HUZEK

**DESAFIOS DA GESTÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À
SAÚDE DA MULHER (PNAISM) NO ESTADO DE RORAIMA**

Dissertação elaborada como requisito para a obtenção do título de Mestre em Gestão de Sistemas de Saúde, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – PROCISA, da Universidade Federal de Roraima, na área de concentração Gestão de Sistemas de Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dra. Sandra Maria Franco Buenafuente.

**Boa Vista, RR
2016**

FOLHA DE APROVAÇÃO

SANDRA MARIA RABELO HUZEK

DESAFIOS DA GESTÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (PNAISM) NO ESTADO DE RORAIMA

Dissertação de mestrado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde, na Área de Concentração Gestão de Sistemas de Saúde

Defendida em 23 de junho de 2016 e aprovada pela seguinte banca examinadora:

Prof^a. Dra. Sandra Maria Franco Buenafuente
Orientadora/Presidente

Prof^o Dr. Ricardo Alves Fonseca
PROCISA /UFRR

Prof^a Dra. Verçulina Firmino dos Santos
Contabilidade/UFRR

Dedico este trabalho a memória de meu
pai **CLAUDIO RABELO**

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Profa. Dra. Sandra Maria Franco Buenafuente por ter sido, além de tudo, companheira na construção deste trabalho e que sempre fora muito paciente e coerente nas suas observações.

A coordenação e aos professores do Programa de Pós - Graduação em Ciências da Saúde – PROCISA da Universidade Federal de Roraima.

A minha família, em especial ao meu esposo, Huzek, por todo o incentivo e apoio nas horas difíceis, por ter compreendido minhas horas de abandono e ter conduzido tudo nos momentos de minha ausência e dores.

Aos amigos conquistados durante as aulas do Mestrado, que bom conhecê-los, já estão em um lugar especial no meu coração.

“Acho que só há um caminho para a ciência — ou para a filosofia: encontrar um problema, ver a sua beleza e apaixonarmo-nos por ele; casarmo-nos com ele até que a morte nos separe — a não ser que encontremos outro problema ainda mais fascinante...”

Karl Popper

RESUMO

Este trabalho aborda os estudos dos enfrentamentos relativos ao Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), voltado para o Estado de Roraima. Para tanto, tem como objetivo geral abordar o desenvolvimento da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher no Estado de Roraima, a partir das práticas de gestão dada as especificidades locais. Considerando que o lançamento da política se deu em outubro de 1983, pelo Ministério da Saúde, os conceitos de saúde pública defendidos pelo movimento da reforma sanitária articulados às concepções e práticas educativas sobre o corpo e a saúde da mulher do movimento feminista, influenciaram no desenho do PAISM. A dissertação compõe-se de uma parte inicial que contextualiza as políticas de saúde da mulher no Brasil, através de uma análise histórico-geográfica que identificou o caráter colaboracionista que predominou na relação dos movimentos feministas com as instituições do Estado e sua recente atuação nas instâncias institucionalizadas de participação e controle social. Utilizou-se uma pesquisa de campo, descritiva e bibliográfica, em que contamos com a participação de 10, dos 15 secretários municipais de saúde do estado. Os dados foram analisados a partir do método qualitativo e analítico buscando as principais vertentes para os ajustes da política nacional junto as necessidades locais, os movimentos voltados para a saúde integral das mulheres e abordando toda a complexidade de suas amplas demandas e necessidades, para uma atuação focalizada. Ao lado dos numerosos avanços, identifica-se a necessidade de disseminação do debate sobre o tema da saúde da mulher em todos os espaços de interlocução entre governo e sociedade civil, repolitizando este debate e fortalecendo as demandas das mulheres. Destaca-se a importância na formação dos colaboradores em saúde, seja na administração: gestão, planejamento, orçamento e até mesmo suas vertentes no que diz respeito à distribuição de recursos financeiros. Nesse diapasão, a construção do SUS tem evidenciado antigos e crônicos problemas e coloca novos desafios em todas as suas vertentes, que abrangem desde o processo de formação de pessoal, passando pela execução dos serviços, incluindo a questão de verba orçamentária e o ajuste às especificidades locais que estão presentes em vários pontos deste país, inclusive Roraima.

Palavras-Chave: Mulher; enfrentamentos; saúde da mulher, Roraima

ABSTRACT

This work deals with the study of disputes over the National Program for Integral Attention to Women's Health (PNAISM), facing the State of Roraima. Therefore, it has the general objective to address the development of the National Comprehensive Care Women's Health Policy in the State of Roraima, from management practices given the local specificities. Whereas the launch of the policy was given in October 1983 by the Ministry of Health, public health concepts advocated by the health reform movement articulated the conceptions and educational practices on the body and health of the feminist movement woman, influenced the design the PAISM. The dissertation consists of an initial part that contextualizes the health policies of women in Brazil, through a historical-geographical analysis that identified the collaborationist character that prevailed in the relationship of feminist movements with the institutions of the State and its recent action in instances institutionalized participation and social control. We used field research, descriptive and literature, in which we had the participation of 10 of the 15 municipal secretaries of state health. Data were analyzed from qualitative and analytical method seeking the main areas for adjustment of national policy with local needs, movements aimed at the integral health of women and addressing the complexity of their broad demands and needs for performance focused. Beside the numerous advances, it identifies the need to spread the debate on women's health issue in all areas of dialogue between government and civil society, politicizing this debate and strengthening women's demands. It highlights the importance in the training of health workers, whether in administration: management, planning, budgeting and even its aspects regarding the distribution of financial resources. In this vein, the construction of SUS has shown old and chronic problems and new challenges in all its aspects, ranging from the staff training process, through the execution of the services, including the issue of budget allocation and adjustment to the specific sites that are present in various parts of the country, including Roraima.

Keywords: Women; fighting; women's health, Roraima

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Dados Identificatórios.....	33
Tabela 2:	Especialização em Medicina da Família e Comunidade.....	34
Tabela 3:	Especialização em Saúde da Família.....	35
Tabela 4:	Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva.....	36
Tabela 5:	Outra Especialização.....	36
Tabela 6:	Experiências Anteriores em Saúde Pública.....	37
Tabela 7:	Número de Unidades (US) em seu Município.....	38
Tabela 8:	Número de Equipes de Saúde da Família em seu Município..	39
Tabela 9:	Número de Unidades de Saúde no Município com Atendimento Pré-Natal.....	40
Tabela 10:	Adesão ao PHPN.....	41
Tabela 11:	Adesão à Rede Cegonha.....	42
Tabela 12:	Sobre Reuniões de planejamento das Unidades de Saúde.....	43
Tabela 13:	Número de US as quais realizam consulta puerperal.....	43
Tabela 14:	Número de reuniões do Conselho Municipal de Saúde (CMS) no ano de 2014, nas quais foram discutidas estratégias em saúde da mulher.....	44
Tabela 15:	Avaliação pessoal do Gestor (a) da estratégia de atenção à saúde da mulher em seu município.....	45
Tabela 16:	Avaliação pessoal do Gestor (a) sobre a estratégia de atenção integral à saúde da mulher, editada pelo Ministério da Saúde (MS) como Gestor (a) avalia a política nacional editada pelo MS.....	46
Tabela 17:	Em 2014, o Sr. (a) saberia descrever quanto arrecadou com o SISPRENATAL :R\$ 500,00 a R\$ 2.000,00; R\$ 2001,00 a R\$ 3500,00; R\$ 3501,00 a R\$ 5000,00; > R\$ 5000,00; não saberia responder.....	48
Tabela 18:	Avaliação pessoal da própria participação frente as estratégias para atenção integral a saúde da mulher em seu município	50
Tabela 19:	Avaliação pessoal da própria participação nas reuniões de planejamento de ações.....	51
Tabela 20:	Avaliação pessoal da adequação da oferta de serviços às necessidades de seu município.....	52
Tabela 21:	Sobre dados oficiais referentes aos impactos da política e da saúde da mulher em seu município.....	53
Tabela 22:	Recursos disponibilizados para a equipe de atenção básica que realiza atenção ao pré-natal, parto e puerpério.....	54
Tabela 23:	Sobre o encaminhamento dado à gestante que necessita de uma consulta especializada.....	56
Tabela 24:	Protocolos com definição de diretrizes preventivas.....	57
Tabela 25:	Modelos de gestão em seu município.....	58
Tabela 26:	Existência de programa de qualificação de servidores para atuação em saúde da mulher em seu município.....	59
Tabela 27:	Existência de Programa de permanência dos profissionais de saúde em seu município.....	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
Art.	Artigo
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
DSEI-Y	Distrito Sanitário Especial Indígena – Yanomami
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HUMANIZA	Política Nacional de Humanização
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Km ²	Quilômetro quadrado
Nº.	Número
ONG	Organização não Governamental
P.	Página
PAISM	Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher
%	Percentual
PNS	Plano Anual de Saúde
PNH	Programa Nacional de Humanização
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
RR	Roraima
R\$	Real (símbolo da moeda)
UBS	Unidade Básica de Saúde
US	Unidade de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER NO BRASIL.....	16
1.1 A Mulher como Sujeito de Saúde.....	17
1.2 Políticas de Saúde da Mulher no Brasil.....	19
1.3 PAISM e a Perspectiva Feminista.....	22
1.4 Corpo, Gênero e Saúde.....	23
1.5 Saúde da Mulher em Roraima.....	24
2 METODOLOGIA	27
2.1. Caracterização do Estado de Roraima.....	27
2.2 Tipo de Estudo e Abordagem.....	29
2.3 Universo da pesquisa.....	30
2.4 Critérios de Inclusão e Exclusão.....	31
2.5 Análise dos Dados.....	31
2.6 Aspectos Éticos.....	31
3 RESULTADO E ANÁLISE DA PESQUISA.....	33
3.1 Entrevista.....	33
3.1.1 Dados identificatórios.....	33
3.1.2 Dados institucionais.....	38
3.1.3 Dados epidemiológicos.....	53
3.1.4 Protocolos com definição de diretrizes preventivas.....	57
3.1.5 Modelo de gestão.....	58
3.1.6 Qualificação de servidores.....	59
CONCLUSÃO.....	61
REFERÊNCIAS.....	64
ANEXOS.....	69

INTRODUÇÃO

Com vistas a atender de modo equânime às mulheres brasileiras, em todas as suas vertentes surgiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) no ano de 2004, como parte dos princípios doutrinários do SUS e das bases estratégicas do PAISM. Giovanella et al (2012) pontualiza, que a PNAISM incorporou de forma mais substantiva o conceito de gênero tratando-o como categoria de análise das condições de vida e saúde das mulheres.

O contexto de abordagem de tratamento dessas questões, surgiu no final dos anos 1970 e nos anos de 1980, que marcaram o início efetivo dos estudos de políticas públicas no Brasil. A partir desse período deflagrou-se o processo a publicação de trabalhos seminais sobre formação histórica das políticas, entendidas em si mesmas como objetos de análise. Diversos trabalhos convergiram para esquadrihar criticamente as políticas públicas – e, em particular as políticas sociais –, examinando desenhos de políticas, suas inter-relações com a cidadania, a cultura, a política, os padrões de financiamento estatal, entre outros (HOCHMAN; ARRETICHE; MARQUES, 2012 p.13).

Com o legado de políticas de Vargas e dos governos militares nas mais diversas áreas, como industrialização e desenvolvimento, saúde, previdência, habitação e planejamento urbano, entre outras, essas políticas passaram a ser objeto de estudos dos cientistas sociais, com objetivos ao mesmo tempo políticos e acadêmicos. Assim, as fontes inspiradoras das mudanças na política de saúde da mulher foram pela vertente da saúde, o movimento da Reforma Sanitária, por seu turno, embasou-se nas concepções políticas específicas sobre as mulheres, inclusive com participação do movimento feminista (HOCHMAN, ARRETICHE E MARQUES, 2012).

Nesse ínterim, a efervescência social, política e acadêmica do movimento pelo direito universal à saúde que propôs uma Reforma Sanitária para o País, muito contribuiu para provocar mudanças nas concepções vigentes sobre a saúde. O cenário político que mobilizou os segmentos da sociedade na luta pela Reforma Sanitária foi a gravidade da crise na assistência à saúde, ocorrida na década de 1970, cujos determinantes envolviam aspectos de natureza ética, econômica, política e cultural (HOCHMAN; ARRETICHE; MARQUES, 2012).

A Reforma Sanitária Nacional marcou o início das mudanças que têm ocorrido no campo da saúde nas últimas três décadas. Um de seus desdobramentos no plano da Constituição da República de 1988 foi a inclusão da saúde no sistema de seguridade social, elevando-a a condição de direito social (GIOVANELLA et al., 2012). Com base nesses parâmetros, a Carta Magna passou a contemplar um conceito maior de saúde e, em paralelo, concomitantemente criou o Sistema Único de Saúde (SUS) como estratégia para gerar e garantir a atenção e o cuidado universal e integral da saúde da população.

A concepção do SUS traz em seu cerne o comprometimento do Estado com o direito constitucional à saúde de sua população, cuja gestão deve contar com a representação da sociedade para ocupar os espaços instituídos de participação social, os conselhos e as conferências de Saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um projeto social único, de um imenso valor social, cujos princípios de universalidade, integralidade e equidade estão recepcionados na Constituição Federal de 1988. Em que pesem dificuldades históricas e estruturais de implementação de um projeto de tal envergadura, o SUS já ocupa de fato um espaço importante na sociedade e na percepção dos direitos de cidadania, espaço este, que vai muito além da retórica e do terreno das intenções (BRASIL, 2008).

Desta maneira, a saúde possui duas dimensões que se associam a uma nova aposta para o desenvolvimento do Brasil, a parte da política social e do sistema de proteção social e a fonte de geração de riqueza para o País. O direito à saúde articula-se com um conjunto altamente dinâmico de atividades econômicas que podem se relacionar virtuosamente num padrão de desenvolvimento que busque o crescimento econômico e a equidade como objetivos complementares.

Não obstante, há um descompasso entre a orientação para a conformação de um sistema universal, que possui um potencial destacado em termos de desenvolvimento, e o processo concreto de consolidação do SUS. Há grandes lacunas para que a saúde se constitua num dos pilares da estratégia nacional de desenvolvimento. De acordo com Brasil (2008, p. 10), a “reduzida articulação da saúde com as demais políticas públicas, caracteriza um isolamento das ações governamentais frente às necessidades de qualidade de vida da população, que depende da convergência de um amplo conjunto de políticas”.

O levantamento de dados a respeito da saúde do gênero feminino faz-se relevante pelo fato de ainda não serem notáveis os estudos científicos a respeito das

características epidemiológicas desse público. Portanto, o conhecimento específico da situação epidemiológica em Roraima é importante, pois reflete a realidade desse público-alvo e ajuda na elaboração de políticas favoráveis à melhoria da assistência às mulheres.

Outro aspecto importante é que a PNAISM chamou a atenção para as desigualdades em saúde e identificou as especificidades de demandas dos grupos de mulheres negras, indígenas, lésbicas, transexuais e moradoras do campo e da floresta, definindo como objetivo a garantia dos direitos destas sem restrição, particularmente o direito à saúde, o acesso à redução de morbimortalidade e de desigualdades, a qualificação e a humanização dos serviços de saúde.

Buscar a equidade social no atendimento médico-hospitalar para a mulher significa, antes de qualquer análise mais específica, conhecer e valorizar a pluralidade do patrimônio sociocultural do País. No caso específico de Roraima isso significa respeitar aspectos socioculturais de outros povos e nações, como a indígena, por exemplo. Posicionar-se contra qualquer discriminação baseada em diferenças culturais, significa também ser capaz de mudar mentalidades, superar o preconceito e combater atitudes discriminatórias. Indubitavelmente, essas são finalidades que envolvem lidar com valores de reconhecimento e respeito mútuo, o que é tarefa para a sociedade como um todo, e respeito aos ditames da Carta Magna de 1988 (GUSSO; LOPES, 2012).

Assim, torna-se importante compreender os desafios da gestão do Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) no Estado de Roraima: contexto socioeconômico a partir das especificidades locais. Esta política, caracteriza-se por abranger a saúde da mulher em sua integralidade, ou seja, levar saúde pública às regiões carentes dentro de uma nova concepção do pensamento sanitário, adotando sistemas de atenção primária à saúde com o envolvimento da comunidade local, incluindo todos os nichos e minorias.

Portanto, considerando a heterogeneidade que caracteriza o Brasil, seja em relação às condições socioeconômicas e culturais, seja em relação ao acesso às ações e serviços de saúde, compreende-se que o perfil epidemiológico da população feminina apresenta diferenças regionais importantes e dadas essas diferenças, salientamos a relevância de nosso estudo.

Ao se abordar esse tema, verifica-se uma oportunidade de contribuir para a melhoria das ações da política de saúde da mulher no estado de Roraima e a

construção de proposta relevante que se adéque à realidade local. É importante analisar também, se há descompasso entre a proposta nacional e a realidade local, além de analisar os obstáculos ao avanço da política de atenção integral à saúde da mulher e sua importância para o Estado de Roraima. Isso perpassa também pelo modelo de gestão adotado, competência e capacitação dos gestores.

Por atuar na área e ter podido coordenar as ações da Política Estadual de Atenção à saúde da mulher, que traz como princípio basilar a humanização e a qualidade da atenção, formulou-se objeto de estudo deste trabalho.

Contudo, mesmo com a evolução e a clareza da farta legislação pertinente, identifica-se que não têm sido suficiente para garantir a prestação de saúde de forma efetiva, eficiente e equitativa para grande parcela da população feminina. Existe ainda uma demanda excluída, como: indígenas, trabalhadoras do campo, lésbicas, transexuais, dentre outras. Perduram ainda, dificuldades de acesso e de responsabilidade para os principais problemas de saúde apresentados pela população como um todo. Isso pode estar relacionado a uma gama de fatores, porém a fragilidade na gestão dos trabalhos mostra-se um importante aspecto a ser levado em consideração.

Essa complexidade acrescida de outros óbices torna difícil o estabelecimento de um processo organizacional que dê conta de tantas diferenças inter e intrarregionais em um país com as dimensões do Brasil. Por esta razão é de extrema relevância, que o princípio do planejamento local do SUS seja compreendido, incorporado e fiscalizado não só pelos gestores, como também pelas populações assistidas e pelos profissionais que precisam enfrentar de modo organizado e com competência profissional (formação adequada), coerente e racional, os problemas identificados na comunidade, na saúde da população e no serviço de saúde.

Nestes termos formulou-se o seguinte problema: Quais os desafios da gestão do programa nacional de atenção integral à saúde da mulher (PNAISM) no Estado de Roraima?

A priori, este questionamento reside em duas questões norteadoras:

a) A saúde da mulher ainda é um desafio para as políticas públicas, pois existem inúmeras dificuldades para a execução da PNAISM, sendo o compromisso e habilidade gerencial do gestor um dos principais empecilhos;

b) O despreparo do gestor e sua relação com os resultados pouco satisfatórios se constitui em uma barreira importante para a melhoria da assistência integral à mulher.

Neste sentido, para expor essa problemática e demonstrar os resultados dessa pesquisa, tem-se como objetivo geral: analisar o desenvolvimento da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher no estado de Roraima, a partir das práticas de. E como objetivos específicos: descrever o contexto histórico da Política Estadual de Atenção Integral a Saúde da Mulher no estado de Roraima; Identificar um perfil de gestão que se adéque a realidade local analisando se há descompasso entre a proposta nacional; e analisar os eventuais obstáculos ao avanço da política de atenção integral à saúde da mulher no Estado de Roraima.

Para chegar-se a esses objetivos este trabalho está estruturada em três capítulos. No capítulo 1 são abordados os aspectos da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher com ênfase à integralidade e seus aspectos históricos em nível nacional e local. No capítulo 2 é descrita a metodologia utilizada na pesquisa. Os resultados e análises da pesquisa são descritos no capítulo 3. Nesta parte da dissertação, são expostos os resultados, assim como a discussão dos mesmos à luz do exposto nos capítulos anteriores. E, a seguir, tendo em vista as respostas ao problema da pesquisa e objetivos da mesma, temos a conclusão deste trabalho.

1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER NO BRASIL

No Brasil, as políticas de saúde para garantir à saúde individual e coletiva, conformam-se, no âmbito do SUS, estruturadas pelo compartilhamento de responsabilidades entre todos os entes federativos, a saber: União, Estados, Municípios e Distrito Federal, devendo ser mediada pela participação e controle social (BRASIL, 1990a, 1990b). Merece destaque a inclusão do estudo de sua correlação com as políticas econômicas e sociais, controle social, economia da saúde e financiamento tanto na esfera pública como privada.

As políticas de saúde têm tido papel decisivo para a constituição e a estabilização da ordem sociopolítica brasileira, evidenciando diversos traços estruturais dessa ordem, como: concentração do poder, restrita participação nos circuitos de decisão econômica, política e cultural do País. Contudo, é também pela reivindicação que as políticas tomam novos rumos, como, por exemplo, a questão de um conceito de cidadania vinculado à saúde, o qual se estruturou mediante o movimento da sociedade civil organizada no final da década de 1980, na esteira da reforma sanitária e do campo da saúde coletiva.

Nesse contexto, a consideração de Medeiros e Guareschi (2009, p. 31) assinala:

Assim, ao se "fazer saúde pública", está-se imbricado em diferentes campos de saber e atravessado por diversos discursos em um campo de significação. [...] apesar da ideia naturalizada de que saúde pública e saúde coletiva são sinônimos, estas não se superpõem, pois dizem respeito a diferentes modalidades de discurso, com fundamentos epistemológicos diversos e com origens históricas particulares. A saúde pública tem como base a medicina moderna do final do século XVII, que, sob o véu da cientificidade, legitimou a crescente medicalização do espaço social, ancorada na polícia médica e na medicina social de normalização e controle das sociedades.

A principal estratégia da saúde pública é combater as epidemias e as endemias, esquadrihando e controlando o espaço urbano com dispositivos sanitários. No que diz respeito à ciência, geralmente reforçam práticas de marginalização das diferentes classes sociais, pois o discurso naturalista da Medicina ignora a existência de uma dimensão política nas práticas sanitárias.

1.1 Mulher como Sujeito de Saúde

Na moderna concepção de mulher, prevalece no entendimento de sua integralidade, assim como de sua vulnerabilidade a partir das questões de gênero tem que ser consideradas. Advogando como um dos grandes responsáveis por esse moderno constructo, Mattos (1999) avalia que:

Talvez devamos ao movimento feminista no Brasil a construção desse tipo de uso da noção de integralidade. Sabemos que o movimento feminista influenciou muito a elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, no âmbito do Ministério da Saúde. Subjacente a esse programa estava uma densa crítica ao modo como as questões e os problemas de saúde da mulher vinham sendo tratados nas políticas e nos serviços de saúde. (p. 31).

Sobre este assunto cabe a análise de Pinheiro e Mattos (2006, p. 58) que asseguram que:

O exercício de pensar que o que está dito é o que não é – ou seja, não são mais apenas mamas, colo e gestação – faz com que isso continue a ser a principal referência das práticas em saúde para mulheres. O corpo como um construto social é atravessado por múltiplos discursos, por meio de operações de classificação, agrupamento e diferenciação, práticas de significação que funcionam em determinados regimes de verdade e que marcam determinadas formas de ser mulher e de ter cuidados com a saúde e com o corpo feminino. O corpo, como marca da diferença das mulheres, está marcado como um corpo que reproduz.

Em conformidade com Foucault (1997) os discursos dão forma aos objetos de que tratam, isto é, discursos são práticas, na medida em que constituem sujeitos e corpos, assim como formas de existência. Neste sentido, o discurso sobre a saúde das mulheres, ao nomear partes do corpo como principais ou não, prescreve, a partir disso, quais procedimentos devem ser adotados, que condutas devem ser evitadas, quem deve ficar fora.

O discurso nos fala e nos faz falar, além de expressar maior clareza sobre o que propõe como forma integral de cuidar da saúde da mulher, estabelecendo formas de compreender, pensar e viver o que é essa saúde e essa mulher, compreendida, ainda biologicamente, por várias partes de seu corpo. É procedente enfatizar que sempre que o discurso oficial recai sobre a mulher dois fatores entram na discussão: Gênero e Violência.

Sobre o gênero cumpre salientar que o mesmo é tão somente uma categoria

de análise que poderá ter múltiplas e diferentes possibilidades de abordagem dentro dos estudos feministas como, por exemplo, patriarcado, marxistas, pós-estruturalistas. Assim, a citação de gênero como forma de validação de uma posição política – incluir a violência contra a mulher – pode indicar um determinado discurso acerca do que se propõe como sujeito-mulher da saúde. Desse modo, ao se pensar o sujeito-mulher desse discurso, ao qual se acrescenta como coisa faltante na integralidade hoje, a saúde passa a ser também o controle da violência contra a mulher (PINHEIRO; MATTOS, 2006).

No tocante à violência perpetrada contra a mulher, Guareschi (2003) destaca que a questão não está colocada como vulnerabilidade social, ou seja, as análises pertinentes à vulnerabilidade social não são um mapeamento linear da condição do sujeito ou grupo que se procura analisar ou entender no tocante à inscrição social. Trata-se de uma análise complexa e multifacetada, polimorfa, de organização de diferentes vetores que obstruem o acesso aos bens, serviços, incluindo os de saúde, bem como de alteração de capital simbólico – ilustrado pela ausência de acesso à educação formal.

Medeiros e Guareschi (2009) expõem, que pelo viés social e psicológico, certos conceitos, como a violência não deve ser problematizada como algo inerente a um indivíduo – mulher – ou como algo do social constituído nas relações.

Advertem as autoras (2009, p. 12) que:

[...] Se entendermos, por exemplo, o normal a partir do que está posto como anormal, como doença ou como diferença, naturalizando um lugar que é construído, poderemos, então, tomar a mulher na nova visão: a mulher que deixa de ser aquela que lutou por direitos reprodutivos na década de 1980, para ser a que sofre violência psicológica, física, institucional, sexual, assédio, abuso, isto é, uma cidadã que precisa ser tutelada pelo Estado – um risco.

Neste contexto, cujo foco é a integralidade na saúde pública e essa tendo a mulher como sujeito, ela apresenta-se como um dos grandes desafios do SUS considerando a responsabilidade inerente a este princípio: tratar cada pessoa como um ser indivisível e integrante de uma comunidade (MEDEIROS E GUARESHI, 2009). A integração de ações remete à continuidade do atendimento aos usuários independente do nível de complexidade no qual se inserem e com garantia de qualidade na gestão, atenção e regulação dos serviços oferecidos.

Segundo Mendes (2011) a integralidade da atenção é um eixo prioritário da investigação e avaliação dos serviços e dos sistemas de atenção à saúde, estruturados como redes assistenciais interorganizacionais que articulam as dimensões clínicas, funcionais, normativas e sistêmicas em sua operacionalização, reconhecendo que nenhuma organização reúne a totalidade dos recursos e as competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população, em seus diversos ciclos de vida.

Essa produção de corpos e sujeitos acontece mediante a noção de que a atenção tem que ser integral, incluindo-se esse algo mais, neste caso, a violência, integrando-se novas e determinadas diferenças e criando-se, ao mesmo tempo, diferentes tecnologias de governo.

Percebe-se que “o governo da conduta pauta-se por inventar critérios do que deve ser o sujeito, ligando-o, marcando-o e identificando-o a uma identidade, a um modelo de ser sujeito” (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009, p. 14).

Assim percebe-se, pois, que sujeito é a forma como um indivíduo ou um grupo posiciona-se nessa rede discursiva do Sistema Único de Saúde (SUS) – como uma comunidade de risco –, é voltar-se para a formação de objetos, conceitos e sujeitos que se tornam possíveis por esse discurso de saúde (FARAH, 2004). Foucault (1997) entende o discurso como um conjunto de enunciados de um determinado campo de saber, neste caso, a saúde da mulher, constituído historicamente em meio a disputas de poder.

1.2 Políticas de Saúde da Mulher no Brasil

Com o objetivo de tornar mais claro a conformação do binômio integralidade e saúde da mulher, traça-se uma breve história sobre o PAISM, do estreitamento do campo social em termos de saúde da mulher, o que vem justamente forjando um dos percursos da integralidade no campo da saúde que mais tarde conformará o SUS.

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) firmou-se como um marco histórico na evolução dos conceitos de saúde da mulher por ter sido pioneiro no cenário mundial, ao propor a inclusão da saúde reprodutiva das mulheres no âmbito da atenção integral da saúde da mesma, não mais utilizando ações isoladas de planejamento familiar. Cabe destacar que a preocupação com a

saúde materna e infantil remonta à 1940, através da criação do Departamento Nacional da Criança, que oferecia cuidado as mães e seus filhos no que dizia respeito à gravidez e amamentação. Apesar disso, apenas na década de 1970 foram implantados alguns programas de saúde específicos para atenção materno-infantil dos quais o Programa de Saúde Materno-Infantil em 1975 e o Programa de Prevenção à gravidez de Alto Risco em 1978.

Santos Neto et al.(2008) ressaltam que, nessa fase, as políticas voltadas para a saúde reprodutiva foram direcionadas principalmente para o intervencionismo sobre o corpo da mulher, principalmente pelo uso abusivo da cesariana como forma prioritária de parto e da esterilização como método contraceptivo. Cresce no país, na década de 1980, o sentimento de democratização, com a organização de vários movimentos sociais, entre eles o feminista. As discussões sobre direitos sexuais e reprodutivos levantadas por grupos organizados de mulheres levariam a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), oficializado pelo Ministério da Saúde em 1984. Nascido em meio ao processo de reconstrução do Sistema de Saúde, que agora estava voltado para a priorização da atenção primária, A PAISM tinha como objetivo quebrar o paradigma materno-infantil a ampliar a oferta de ações programáticas para as mulheres (BRASIL, 2002).

Partindo da necessidade de estabelecer mecanismos que assegurassem a qualidade do acompanhamento pré-natal, o Ministério da Saúde por meio da Portaria GM/MS 569/00, instituiu em junho de 2000 o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, qualificar consultas e promover o vínculo entre profissional e gestante na assistência (BRASIL, 2006). A nova proposta trouxe aos Estados e Municípios a oportunidade de repensar e rediscutir a oferta de serviços oferecidos na atenção à gestação, parto e puerpério, principalmente no que diz respeito ao diagnóstico situacional de suas áreas de abrangência, com o intuito de detectar lacunas e saná-las.

Assim os impactos das ações propostas pelo PHPN depende da oferta de serviços de qualidade, capazes de atender as demandas gestacionais de maneira abrangente e eficiente. A Atenção ao pré-natal objetiva, sobretudo a garantia de uma evolução normal do processo gestacional, o preparo da mulher para o parto e a identificação de agravos e complicações que possam gerar risco iminente de morte para mulher e seu concepto.

A criação do PHPN representa um marco histórico nas políticas públicas, em que a integralidade passa a ser vista como resultado de uma atitude ética e técnica dos profissionais e de uma adequação da estrutura dos serviços de saúde (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009). Desta forma o PHPN deve refletir o conceito de assistência integral à saúde da mulher ditada pelo Ministério da Saúde: ações de saúde dirigidas para o atendimento global das necessidades prioritárias desse grupo populacional e de aplicação ampla no sistema básico de assistência à saúde.

De acordo bases doutrinárias dos SUS, individualizar a atenção à saúde da mulher representa tão somente um passo no sentido de elevar a capacidade de resolução da rede básica de serviços e contribuir para o desenvolvimento institucional do setor e para a reordenação do sistema de prestação de serviços de saúde como um todo.

A estratégia de assistência integral à saúde da mulher é um importante instrumento no sentido representar um desejo comum das correntes vinculadas ao debate do discutido planejamento familiar. O planejamento familiar entendido como um direito de todos os membros da sociedade e da livre escolha dos padrões de reprodução que se dá conveniência dos indivíduos ou como casais. Ao planejamento familiar deveria ser atribuído lugar adequado no contexto das ações de saúde, não devendo ser encarado como solução dos problemas sociais e econômicos, nem ter ignorada sua inegável interface com o setor da saúde.

Mesmo com os desafios para a consolidação da qualidade da atenção materna e seu conceito, ainda havendo a necessidade de qualificar as redes de atenção à saúde materno-infantil, o MS, instituiu, através da Portaria 1459/11/MS, a Rede Cegonha como nova diretriz de atenção pré-natal a ser implantada e implementada gradativamente em todo o território nacional (BRASIL 2012).

A portaria da Rede Cegonha representa um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças e redirecionamento do processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento, articulação dos pontos de atenção em rede e regulação obstétrica no momento do parto, qualificação técnica das equipes de atenção primária e no âmbito das maternidades, melhoria da ambiência dos serviços de saúde (UBS e maternidades), ampliação de serviços e profissionais, para estimular a prática do parto fisiológico e na humanização do parto e do nascimento (Casa de Parto Normal, enfermeira obstétrica, parteiras, Casa da Mãe e do Bebê).

1.3 PAISM e a Perspectiva Feminista

Um dos aspectos relevantes considerados pelas feministas como um salto qualitativo foi a inclusão da contracepção nas políticas públicas de saúde, fundamentado no entendimento da mulher como sujeito ativo no cuidado de sua saúde, respondendo-se, assim, a questões referentes aos direitos reprodutivos.

Assim, o PAISM procuraria romper com o enfoque central dos programas de saúde materno-infantil anteriores, que tinham como objetivo intervir sobre os corpos das mulheres-mães, garantindo que os corpos dos filhos fossem adequados às demandas de reprodução social, com o foco nos direitos reprodutivos das mulheres.

Conforme o documento da PAISM, as mulheres com mais de 15 anos, ou seja, 31,86% da população brasileira de 119.070.865 habitantes deveriam ser "abrangidas" por essas ações, permanecendo a dúvida no tocante ao grupo entre 10 e 14 anos, pois apresentava dualidade de problemas de saúde: tanto da infância quanto da idade adulta. Os conteúdos da assistência integral à saúde da mulher deveriam ser desenvolvidos por meio de atividade de assistência clínico-ginecológica, assistência pré-natal e assistência ao parto e ao puerpério imediato.

Como diretrizes gerais, em função da assistência integral, ressalta-se a exigência de uma nova forma de trabalho em equipe de saúde e de abordagem dos conteúdos de programas de capacitação de recursos humanos. Portanto, o conceito de integralidade de assistência deveria pressupor uma prática educativa que permeasse todas as ações desenvolvidas, assegurando apropriação pela clientela dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre sua saúde.

A integralidade aparece permeando o próprio PAISM, propondo articulações entre diferentes níveis de administração como estratégia de consenso em temas controvertidos, por exemplo, a forma de atendimento e a ligação entre os serviços e o modo de ensino e controle da saúde. Enfim, trata-se de questões que, de alguma maneira, compõem hoje o cenário do SUS e também a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), na qual constam as diretrizes que deverão nortear esse campo no período de 2003-2007.

Com a implantação da Rede Cegonha, conta-se com a observação do critério epidemiológico, da taxa de mortalidade infantil, da razão da mortalidade materna e da densidade populacional. Isto posto, essa iniciativa, com a parceria de estados, do Distrito Federal e de municípios para a qualificação dos seus componentes: pré-

natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico (transporte sanitário e regulação), como vem se constituindo a forma de se esse sujeito-mulher-cidadã da saúde, que passa a se organizar em um coletivo de mulheres reivindicando direitos sobre seu corpo, sobre si.

1.4 Corpo, Gênero e Saúde

A diferenciação do corpo, que está sob o cuidado em saúde, gerando direitos, integrava um desejo pelo direito de ter e poder viver uma sexualidade plena, um direcionamento da política para um indivíduo político e de alguns de seus direitos, que passam a ser garantido, tornados viáveis culturalmente, pela organização integrada de vários segmentos sociais, denominada engajamento no coletivo. Integralidade passa a ser colocar esse sujeito no social, e não apenas atender a seu corpo. As mulheres passam a figurar de outro jeito no social: que constroem e são construídas como cidadãs da saúde (GRIFFIN, 2002).

Segundo Farah (2004), a agenda de gênero, na década de 1980, já não é articulada por um movimento de caráter único, visto que surgem divergências dentro do movimento de mulheres e do movimento feminista, como a posição de alguns grupos que compreendiam a necessidade de fazer uso de espaços governamentais, com vistas a uma nova definição das políticas públicas, enquanto outros grupos advogavam a preservação da autonomia do movimento.

Tais divergências evoluíram para a constituição de organizações não governamentais direcionadas para programas de gênero em diversas áreas, como saúde, educação, violência, geração de renda, entre outras. Gradualmente essas organizações tiveram que propor diretrizes de ação para políticas públicas, conversando e formando parcerias com o Estado.

De acordo com Nardi (apud BRASIL, 2006), o Estado, como campo de disputas, configura-se heterogêneo, havendo uma luta por imposição de significações. Como exemplo, pode-se citar a própria emergência das políticas para a consolidação do SUS, que ocorreu em um momento de ditadura militar. Para ele, o Estado trabalha, atualmente, por um viés de parceria neoliberal, segundo a qual, após o lançamento do edital, a sociedade civil organizada (ONGs) coloca em execução o projeto. Assim sendo, o Estado cingir o movimento, que se torna dependente dele, a partir de uma perspectiva semiprivada.

Para Pinto, Sousa e Florêncio (2012), a organização da sociedade civil é fundamental quando ela mantém sob controle o Estado, quando ela eleva o nível da democracia, nesse contexto, um maior número de pessoas está tomando decisões, contudo não está posto na sociedade civil o princípio da igualdade, mas sim o princípio da liberdade. Entretanto, essa participação pode ser pautada por práticas clientelistas, quando meia dúzia de pessoas é trazida para dentro do Estado. Dessa forma, para a mesma autora, a participação pode ser tributária de um discurso globalizante neoliberal quando substitui as funções do Estado, pois a questão da democracia participativa é uma das experiências mais complexas, difíceis e iniciais que existem no mundo ocidental.

1.5 Saúde da Mulher em Roraima

No Estado, o PNAISM funciona como Núcleo de Ações Programáticas de Saúde da Mulher-NAPSM, inserido no Departamento da Atenção Básica/CGAB/SESAU. A NAPSM busca desenvolver ações em saúde da mulher propondo formulação de políticas, compatibilizando-as com as diretrizes do Ministério da Saúde. Também desenvolve e coordena planos em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher que visem promover a saúde integral da mulher e reduzir a morbimortalidade. Também prioriza o assessoramento aos municípios no processo de implementação do programa e seus respectivos componentes.

Atualmente, o que está visto como importante para a saúde da mulher é a atuação sobre seus ciclos vitais como uma individualidade, no caso, ciclos de vida de "um corpo" de uma mulher. O que não fica bastante visível é a diferença das diferentes mulheres, que pode ser apontada como questão da intracategoria gênero, por exemplo, a idade, a raça/etnia, a sexualidade, questões apontadas no PNAISM. O que pode ser visto aqui seja um discurso de gênero colado a um discurso biologicista, uma resignificação de gênero. Uma política de desmobilização desse sujeito-mulher-cidadã, uma cidadã-mulher-tutelada, uma comunidade de risco. (PINTO, 2004).

Pinto (2004) vai ao encontro da ideia foucaultiana de que o poder deve ser analisado como algo que circula e se exerce em rede, com os indivíduos sempre em posição tanto de exercer quanto de sofrer sua ação. Nesse caso, resta claro que

poder não é algo que faz parte de um grupo específico, sendo exercido sobre outro, pois os indivíduos não são alvos inertes do poder, mas são sempre centros de transmissão. Buscar conhecer as políticas municipais e as práticas de saúde desenvolvidas, traz à gestão a oportunidade de delinear estratégias de implementação do SUS não apenas com uma visão normativa, mas também a partir das realidades existentes no contexto regional, permitindo que a oferta de serviços e ações em saúde retratem o cotidiano das relações existentes dentro do sistema e as reais necessidades de saúde de seus usuários (ALMEIDA,2014).

A saúde pública tem como base a medicina moderna do século XVII, mediante o manto da cientificidade, que legitimou a crescente medicalização no âmbito social, embasada na polícia médica e na medicina social de normalização e controle das sociedades. Sua principal ação estratégica é combater as epidemias e as endemias, examinando minuciosamente e controlando o espaço urbano com dispositivos sanitários. Em nome da ciência, legitimam-se práticas de marginalização de diferentes segmentos sociais, pois o discurso naturalista da Medicina ignora a existência uma dimensão política nas práticas sanitárias (MEDEIROS, 2009).

O campo teórico da saúde coletiva configura uma ruptura com a concepção de saúde pública ao negar que os discursos biológicos açambarquem o monopólio do campo da saúde. Paim e Teixeira (2006), Almeida Filho (2011) discutem uma crise no âmbito da saúde pública e a urgência, nos últimas duas décadas, de uma área que se denominou como saúde coletiva. O discurso da saúde coletiva pretende ser uma leitura crítica desse projeto médico-naturalista definido historicamente com o surgimento da sociedade industrial. Destaca-se que a problemática da saúde não se reduz ao registro biológico, devendo englobar diversas dimensões, como a simbólica, a política, e a ética, sendo a transdisciplinaridade marca formadora desse campo.

Na perspectiva discutida por Ceccim (2005) e Feuerwerker (apud VANDERLEI, 2005) descreve-se integralidade como parte integrante da política de educação permanente do SUS, no que diz respeito à mudança dos cursos de graduação. Para Ceccim (2005), integralidade apresenta-se como eixo condutor da política de educação permanente do SUS, que trata das necessidades de formação "no e para o" trabalho no SUS. Nesse contexto, gestão, ensino, atenção e controle social são etapas da educação permanente; pode-se dizer que ela não existe sem que todos os atores estejam atuando e sem que se coloquem como questão.

A formação no trabalho, programa de capacitação, como também deverá incluir o profissional que está no serviço, mas também deverá estar direcionada para a cooperação técnica regular que a Universidade Federal de Roraima e o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima devem ter com a rede de serviço e para com a gestão do sistema.

Seria, em termos de uma formação para o SUS, realizada de forma integral e continuada. Para Ceccim (2005) e Feuerwerker (apud VANDERLEI, 2005), a Constituição de 1988 estabelece que o SUS deve ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde, isto é, os cursos da área da saúde devem formar profissionais dentro dessa perspectiva de saúde pública.

2 METODOLOGIA

2.1 Caracterização da área de Estudo: Estado de Roraima

Roraima, cuja capital é Boa Vista, estende-se por uma área de planaltos e escarpamentos que integram o planalto das Guianas, com altitudes bastante diferenciadas. Consoante dados do IBGE o Estado de Roraima localiza-se na região Norte do Brasil, ocupa uma área de 224.298,980 Km². O Estado de Roraima está localizado na região norte do Brasil. Segundo Freitas (1998) os seus limites são: ao Norte: com a Venezuela e Guiana; ao Sul: com o Amazonas e com o Pará; a Leste: com a Guiana; a Oeste: com o Amazonas e com a Venezuela.

Figura 1 – Mapa Geográfico de Roraima (Localização)



Fonte: Freitas (2008, p. 11).

Quinze municípios integram o Estado de Roraima, Alto Alegre, Amajari, Boa Vista (Capital), Bonfim, Cantá, Caracaraí, Caroebe, Iracema, Mucajaí, Normandia, Pacaraima, Rorainópolis, São João da Baliza, São Luiz do Anauá e Uiramutã. Compõem-no também muitas etnias indígenas, dentre as quais se destacam: Ingarikó, Macuxi, Patamona, Taurepang, Waimiri-Atroari, Wapixana, Waiwaí, Yanomami e Ye'kuana.

De acordo com Sasse e Vestim (2013) uma das maiores dificuldades que engessam as pesquisas científicas no Brasil é a falta de um banco de dados atualizado e, particularmente confiável, aliado às enormes dificuldades logísticas e institucionais para a coleta dos dados, quando o assunto é nos rincões amazônicos, a situação recrudescer enormemente. Tal dificuldade justifica a ausência de cinco, dos quinze municípios que compõem o Estado roraimense, nesta pesquisa. Os municípios possuem os seguintes quantitativos de habitantes e área, conforme ilustrado:

Quadro 2 - Municípios de Roraima: gentílico, quantitativo populacional e extensão territorial

N.	Denominação	Gentílico	Habitantes*	Área (Km²)
1.	▪ Boa Vista (capital)	Boa-vistense	320.714	5.687
2.	▪ Alto Alegre	Alto-alegrense	16.176	25.567
3.	▪ Amajari	Amajariense	11.006	28.472
4.	▪ Bonfim	Bonfinense	11.739	8.095
5.	▪ Cantá	Cantaense	16.149	7.665
6.	▪ Caracaraí	Caracaraiense	20.261	47.411
7.	▪ Caroebe	Caroebense	9.165	12.066
8.	▪ Iracema	Iracemense	10.320	14.119
9.	▪ Mucajaí	Mucajaiense	16.380	12.751
10.	▪ Normandia	Normandiense	10.148	6.967
11.	▪ Pacaraima	Pacaraimense	11.908	8.028
12.	▪ Rorainópolis	Rorainopolitano	27.288	33.594
13.	▪ São João da Baliza	Baliziense	7.516	4.284
14.	▪ São Luiz do Anauá	São-luizense	7.407	1.527
15.	▪ Uiramutã	Uiramutansense	9.488	8.066
Total A (6,7,11, 13 e 14)			56.257	
Total B (1,2,3,4,5, 8,9,10, 12 e 15)			449.408	
TOTAL GERAL (A + B)			505.665	

(...) Municípios não pesquisados.

Fonte: Pesquisa de campo (2016).

OBS: Dados estimados para 2015 (IBGE, 2016).

Sabe-se que a Constituição de 1988 prevê em seu art. 198, III, a participação popular como sendo uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Não obstante, em que pesem os louváveis diplomas legais criados para garantir e viabilizar a efetivação do direito à saúde no Brasil, como direito fundamental de todos e dever do Estado, é observada atualmente pela sociedade a decadência da saúde pública em todos os estados brasileiros, obviamente Roraima não se constitui exceção, ou seja, o conseqüente sucateamento do SUS, assistido na mais completa inércia ao longo dos anos pelos sucessivos governos brasileiros.

Conforme informado anteriormente os cinco municípios que não foram pesquisados (os gestores não participaram da pesquisa), totalizam um contingente populacional de 56.257 (cinquenta e seis mil, duzentos e cinquenta e sete habitantes) destaca-se que esse valor corresponde a 11,12% do contingente populacional do Estado de Roraima. Contudo, sem pretender justificar semelhante lacuna nesta pesquisa e, ao mesmo tempo, sentindo-se na obrigação de fazê-lo, fatos alheios à pesquisadora impuseram essa situação, apesar de todos os esforços lançados para cumprir a finalidade.

Portanto destacamos que conforme descrito por Medeiro (2013, p. 2) quando constata que “a crise na saúde pública do Brasil deve ser considerada sob três aspectos básicos, quais sejam: deficiência na estrutura física, falta de disponibilidade de material-equipamento-medicamentos e a carência de recursos humanos”. A dificuldade no acesso e a ineficácia dos serviços prestados na Atenção Primária têm contribuído cada vez mais para a superlotação dos hospitais públicos, de brasileiros padecem nas filas, mendigando por uma simples consulta. Esse estado caótico, dentre outros fatores, inclusive logísticos, foram os óbices que “engessaram” o presente trabalho.

2.2 Tipo de Estudo e Abordagem

O presente estudo foi desenvolvido como uma pesquisa descritiva, de campo e bibliográfica, utilizando métodos qualitativos e analíticos, buscando-se entendimento dos modelos de gestão utilizados nos quinze municípios do estado de Roraima. Assim procurou-se verificar se os mesmos estão em conformidade com o preconizado pelas diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher e como esses gestores buscam meios de adaptar a respectiva

política junto a sua realidade local. Desta forma, foi realizou-se um estudo prospectivo, através de um questionário (ANEXO II). Foram efetuadas um total de vinte e oito perguntas de múltipla escolha, divididas em seis blocos, sendo:

QUADRO 1 – Classificação dos dados do formulário das entrevistas da pesquisa de campo.

Descritores	Intervalos
1. Dados censitários	1 a 6
2. Dados institucionais	7 a 21
3. Dados epidemiológicos	22 a 24
4. Dados sobre protocolos com definição de diretrizes preventivas	25
5. Dados sobre modelos de gestão	26
6. Dados sobre qualificação de servidores	27 a 28

Fonte: Pesquisa de campo (2016).

Para o cumprimento do objetivo proposto, os secretários municipais de saúde foram previamente informados da pesquisa, na primeira reunião ordinária do Conselho de Secretários Municipais de Saúde- COSEMS, que aconteceu na primeira semana de fevereiro de 2016. Após, fora agendado com cada secretário, local e horário para a aplicação do instrumento da pesquisa de forma individual. Compõe também este estudo, pesquisa bibliográfica nas bases de dados do Portal de Periódicos da Capes, da Scientific Electronic Library Online (SciELO), U. S. National Library of Medicine (PubMed), da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), assim como nos livros, textos de referência para o assunto.

2.3 Universo da pesquisa

A amostra foi planejada a partir dos 15 gestores municipais da saúde através da realização das entrevistas, uma das técnicas de levantamento de dados, em pesquisas sociais. Vale ressaltar que durante a coleta de dados, nos deparamos com algumas dificuldades, visto que no momento programado 05 cinco dos gestores não tiveram a disponibilidade para responder.

2.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Por critérios de inclusão, entendem-se os critérios utilizados para definir os potenciais participantes de uma pesquisa. Os critérios de exclusão, por sua vez, são fatores complementares aos critérios de inclusão. Faz-se necessário que estejam claramente definidas as pessoas ou grupos que não poderão participar de um estudo, seja porque não preenchem os critérios de inclusão, seja porque, apesar de preencherem tais critérios, há motivos éticos para não fazerem parte da pesquisa (GUILHEM; ZIKER, 2008).

Para o estudo foram adotados os seguintes critérios de inclusão: a) Ser gestor de saúde em um dos 15 municípios roraimenses; b) Concordar em participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

2.5 Análise dos Dados

O instrumento de coleta de dados fora elaborado por meio da adaptação dos pressupostos de Ball (1992 apud VIDOVIK, 2002), em que indicam que o foco da análise de políticas deveria incidir sobre a formação do discurso da política e sobre a interpretação ativa que os profissionais atuantes no contexto da prática fazem para relacionar os textos da política à prática. Isto envolve identificar processos de resistência, acomodações, subterfúgios e parte do pressuposto de que as políticas estão em permanente movimento através do tempo e do espaço, delineando uma trajetória e mantendo sempre um grau de incerteza sobre onde vai “chegar”. Para o delineamento dos dados, construiu-se um banco de dados a partir de planilhas eletrônicas do programa EXCEL para facilitar a análise dos dados.

2.6 Aspectos Éticos

A presente pesquisa procurou se ordenar segundo o que estipula a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, obedecendo aos princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Ressaltamos que a pesquisa passou pelo crivo do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Roraima, sendo aprovado em 22/04/2015.

Os dados somente foram coletados após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Roraima e quando autorizados pelos sujeitos envolvidos, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido evitando perguntas que causem desconfortos e constrangimentos.

Ficou claro para todos os envolvidos na pesquisa que poderiam obter esclarecimentos antes, durante e depois da realização da pesquisa, bastando contatar a pesquisadora.

3 RESULTADOS E ANÁLISE DA PESQUISA

3.1 Entrevista

Neste item, apresentam-se e se discute as respostas das entrevistas realizadas quando da pesquisa de campo. Os dados estão dispostos em tabelas e gráficos para a apresentação dos resultados.

3.1.1 Dados identificatórios

Nome; Idade; Município em que atua; formação acadêmica; Ensino Básico; Ensino Médio; Superior Incompleto; superior completo, conforme tabela 1 na sequência.

Tabela 1 - Dados Identificatórios

Denominação	Idade	Município	Formação Acadêmica	Observação
Gestor "A"	37	Rorainópolis	Superior Incompleto	Não informou
Gestor "B"	58	Cantá	Engenharia Ambiental	
Gestor "C"	38	Boa Vista	Medicina	
Gestor "D"	43	Uiramutã	Enfermagem	
Gestor "E"	40	Alto Alegre	Farmácia	
Gestor "F"	36	Mucajaí	Superior Incompleto	Não informou
Gestor "G"	40	Normandia	Administração e Pedagogia	
Gestor "H"	44	Amajari	Geografia	
Gestor "I"	36	Bonfim	Superior Incompleto	Não informou
Gestor "J"	40	Iracema	Administração	

Fonte: Pesquisa de campo (2016).

Em conformidade com o Ministério da Saúde (SILVA, OGATA e MACHADO, 2007) a questão dos recursos humanos é um dos pontos cruciais para implantação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) desde a sua criação. A Tabela 1 nos mostra com efeito, a carência de profissionais com perfil adequado, problemas de gestão ou gestão ineficiente, além da falta de organização da atenção representam alguns das principais barreiras para a melhoria da qualidade da atenção e para a efetividade do SUS.

Observa-se, que trinta por cento dos gestores abstiveram-se de responder sobre o curso que estavam fazendo, o que leva a duas suposições, igualmente desqualificantes para a ocupação do cargo. Ou seja, o gestor não concluiu o curso universitário, ou nem mesmo ingressou no ensino universitário. Essa lacuna acadêmica depõe contra o seu perfil para o exercício dessa função.

Tabela 2 - Especialização em Medicina da Família e Comunidade

<i>Denominação</i>	<i>Município</i>	<i>Especialização em Medicina da família e comunidade.</i>		
		<i>Não possui</i>	<i>Concluído</i>	<i>Em curso</i>
Gestor "A"	Rorainópolis	X		
Gestor "B"	Cantá	X		
Gestor "C"	Boa Vista	X		
Gestor "D"	Uiramutã	X		
Gestor "E"	Alto Alegre	X		
Gestor "F"	Mucajaí	X		
Gestor "G"	Normandia	X		
Gestor "H"	Amajari	X		
Gestor "I"	Bonfim	X		
Gestor "J"	Iracema	X		

Fonte: Pesquisa de campo (2016).

Nota-se na Tabela 2 que 100% dos gestores pesquisados não possui, em tese, nenhum conhecimento sistematizado sobre Medicina da Família e Comunidade, mesmo dirigindo uma Secretaria de Saúde, em local, em si, insipiente e, desprovido de quase tudo em termos de infraestrutura e recursos humanos. Essa condição associada aos problemas locais, entende-se por apropriada para a adoção de metodologia para instrumentalizar, teórica e operacionalmente o gestor municipal, buscando a identificação de problemas de saúde de sua população.

Tabela 3 - Especialização em Saúde da Família

<i>Denominação</i>	<i>Município</i>	<i>Especialização em Saúde da Família</i>		
		Não possui	Concluído	Em curso
Gestor "A"	Rorainópolis	X		
Gestor "B"	Cantá	X		
Gestor "C"	Boa Vista	X		
Gestor "D"	Uiramutã	X		
Gestor "E"	Alto Alegre	X		
Gestor "F"	Mucajaí	X		
Gestor "G"	Normandia	X		
Gestor "H"	Amajari	X		
Gestor "I"	Bonfim	X		
Gestor "J"	Iracema	X		

Fonte: Pesquisa de campo (2016).

Observa-se na Tabela 3 uma unanimidade, pois todos os gestores informaram não possuir especialização em Saúde da Família. Com base na concepção de Vanderlei (2005, p. 8) "a educação contextualizada no processo de trabalho agrega o saber científico àquele que emerge do campo para potencializar o conhecimento a partir de ações técnicas e políticas emancipatórias realizadas pelos trabalhadores". A especialização em Saúde da Família dará ao gestor meios e conhecimento científico para a realização de ações e estratégias com intuito de aprimorar e promover a construção de Redes de Atenção à Saúde nos seus respectivos municípios.

Destaca-se que a educação permanente em saúde (EPS) propõe que a transformação das práticas profissionais deve estar baseada na reflexão crítica, em espaços coletivos. Em "rodas" de discussão, a partir da problematização da realidade do trabalho, são identificadas as necessidades de capacitação, conforme instrui Vanderlei (2005). Também será uma excelente fonte de conhecimento para a reorganização de seu processo de trabalho.

Tabela 4 - Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva

<i>Denominação</i>	<i>Município</i>	<i>Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva</i>		
		Não possui	Concluído	Em curso
Gestor "A"	Rorainópolis	X		
Gestor "B"	Cantá			X
Gestor "C"	Boa Vista	X		
Gestor "D"	Uiramutã	X		
Gestor "E"	Alto Alegre	X		
Gestor "F"	Mucajaí	X		
Gestor "G"	Normandia	X		
Gestor "H"	Amajari	X		
Gestor "I"	Bonfim	X		
Gestor "J"	Iracema	X		

Fonte: Pesquisa de campo (2016).

A Tabela 4 mostra mesma lacuna, à semelhança das anteriores é deveras preocupante, a Atenção Básica (AB) é um espaço privilegiado para o desenvolvimento da educação permanente em saúde. Esse modelo de atenção articula a promoção à saúde, prevenção, tratamento, reabilitação e acolhimento, assim como realiza referência a serviços de saúde de maior complexidade, considerando as necessidades de saúde da população. Colocada como o primeiro nível de atenção à saúde, a AB persegue a atenção integral por meio do vínculo entre trabalhadores, usuários e comunidade na qual está inserido o serviço (CECCIM, 2005).

Tabela 5 - Outra Especialização

Denominação	Município	Outra Especialização		
		Sim	Especifique	Não
Gestor "A"	Rorainópolis			X
Gestor "B"	Cantá	X	Engenharia Ambiental	
Gestor "C"	Boa Vista	X	Pediatria e Neonatologia	
Gestor "D"	Uiramutã	X	Cuidados Críticos	
Gestor "E"	Alto Alegre			X
Gestor "F"	Mucajaí			X
Gestor "G"	Normandia	X	Docência no Ensino Superior	
Gestor "H"	Amajari	X	Educação Ambiental	
Gestor "I"	Bonfim			X
Gestor "J"	Iracema			X

Fonte: Pesquisa de campo (2016).

A Tabela 5 também mostra-nos o que se tem comprovado que a falta de capacitação entre gestores de inúmeros municípios brasileiros é uma realidade. Starfield (2002) chama a atenção para a necessidade de atualização dos padrões de qualidade. Assim, Souza (2002) descreve que as funções gestoras no SUS podem ser definidas como “um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a implementação de políticas na área da saúde”. Contudo, sabe-se que o Ministério da Saúde determina que os gestores devem instituir e/ou ampliar o coeficiente de liberdade e de autonomia dos gerentes municipais de saúde, permitindo-lhes assim uma autonomia responsável que pressupõe a capacidade de responsabilizar-se pelos problemas dos outros, pelo interesse e pelo envolvimento dos agentes nas ações coletivas. Essas ações não poderão ser efetivadas, embasadas em conhecimentos insipientes, ou mesmo sem nenhum conhecimento técnico da parte do gestor (BRASIL, 1998).

Tabela 6 - Experiências Anteriores em Saúde Pública

Denominação	Município	Experiências Anteriores em Saúde Pública			
		Sim	Não	Natural de...	No cargo desde...
Gestor “A”	Rorainópolis	X		Rorainópolis/RR	25/09/2015
Gestor “B”	Cantá	X		Boa Vista/RR	04/04/2015
Gestor “C”	Boa Vista		X	Boa Vista/RR	01/06/2015
Gestor “D”	Uiramutã		X	Arapoema/TO	22/05/2015
Gestor “E”	Alto Alegre	X		Sítio Novo/TO	15/07/2013
Gestor “F”	Mucajaí	X		Catolé do Rocha/PB	20/11/2015
Gestor “G”	Normandia		X	Roraima	01/11/2013
Gestor “H”	Amajari	X		Crateús/CE	29/07/2015
Gestor “I”	Bonfim	X		Moção/MA	01/01/2013
Gestor “J”	Iracema	X		Maranhão	26/02/2015

Fonte: Pesquisa de campo (2016).

É interessante na Tabela 6 observarmos o contexto que as organizações de saúde e as pessoas que nelas trabalham precisam desenvolver uma dinâmica de aprendizagem e inovação, cujo primeiro passo deve ser a capacidade crescente de adaptação às mudanças observadas no mundo atual. Devem-se procurar os conhecimentos e habilidades necessários e a melhor maneira de transmiti-los para formar esse novo profissional, ajustado à realidade atual e preparado para

acompanhar as transformações futuras, conforme destacam Malik e Schiecari (1998).

Entre outras ações, torna-se imprescindível repensar o tipo de gestor de saúde adequado para essa nova realidade e como deve ser a sua formação. Esse novo profissional deve dominar uma gama de conhecimentos e habilidades das áreas de saúde e de administração, assim como ter uma visão geral do contexto em que elas estão inseridas e um forte compromisso social (MALIK; SCHIESERI, 1998).

3.1.2 Dados institucionais

Tabela 7 - Número de unidades de saúde (US) em seu município

<i>Denominação</i>	<i>Município</i>	Número de US neste Município
Gestor "A"	Rorainópolis	10
Gestor "B"	Cantá	11
Gestor "C"	Boa Vista	32
Gestor "D"	Uiramutã	3
Gestor "E"	Alto Alegre	6
Gestor "F"	Mucajaí	10
Gestor "G"	Normandia	6
Gestor "H"	Amajari	5
Gestor "I"	Bonfim	5
Gestor "J"	Iracema	4

Fonte: Pesquisa de campo (2016).

Sabe-se que a descentralização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde que orienta o processo de regionalização das ações e dos serviços para as esferas estaduais e municipais. Não obstante, como mostrado na Tabela 7, os municípios apresentam características peculiares quanto à geografia, população, rede de serviços, recursos humanos e materiais. Todavia, na apreciação da estrutura de cada um dos municípios observou-se que, em face de diferenciação e características intrínsecas, alguns carecem de incremento para que disponham de condições adequadas e satisfatórias para desenvolver o gerenciamento de suas competências do ponto de vista do desempenho administrativo dos serviços e ações de saúde no território (SILVA, 2012). Em sendo assim, clarifica-se o rol de fatores que contribuem para o resultado que aponta haver dificuldades para a gestão das ações que são atribuídas para cada um.

No contexto municipal, as delimitações de regiões intramunicipais de saúde, devem estar pautadas nesse estudo caracterizador de perfil epidemiológico, oferta de serviços, de demandas, de fluxos para que de fato se tenha uma assistência resolutiva, inclusive havendo necessidade de ultrapassar os limites municipais, sendo efetiva a cooperação intermunicipal (SILVA, 2012).

Tabela 8 - Número de equipes de saúde da família em seu município

Denominação	Município	Número de equipe de saúde da família em seu Município
Gestor "A"	Rorainópolis	8
Gestor "B"	Cantá	5
Gestor "C"	Boa Vista	55
Gestor "D"	Uiramutã	4
Gestor "E"	Alto Alegre	7
Gestor "F"	Mucajaí	6
Gestor "G"	Normandia	3
Gestor "H"	Amajari	3
Gestor "I"	Bonfim	5
Gestor "J"	Iracema	5

Fonte: Pesquisa de campo (2016).

Dados na Tabela 8 nos mostra que os municípios roraimenses apresentam números de Equipes de Saúde de Família dentro de padrões estabelecidos na Política Nacional de Atenção Básica- PNAB. Todavia a capital Boa Vista ainda encontra-se com áreas descobertas, considerando que cada Equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição e que para áreas mais vulneráveis é necessário que as equipes se responsabilizem pelo cuidado de uma população ainda menor que o recomendado.

Ao tratarmos do atendimento de pré-natal espera-se que todas as equipes disponibilizem as consultas de pré-natal. Contudo podemos observar na Tabela 9 que o numero de unidades é bastante discrepante. Este fato ocorre em decorrência de haver mais de uma ESF em uma Unidade de Saúde.

Tabela 9 - Número de unidades de saúde no município com atendimento pré-natal

Denominação	Município	Número de unidades de saúde no município com atendimento pré-natal
Gestor "A"	Rorainópolis	7
Gestor "B"	Cantá	11
Gestor "C"	Boa Vista	32
Gestor "D"	Uiramutã	2
Gestor "E"	Alto Alegre	6
Gestor "F"	Mucajaí	16
Gestor "G"	Normandia	2
Gestor "H"	Amajari	3
Gestor "I"	Bonfim	Não respondeu
Gestor "J"	Iracema	2

Fonte: Pesquisa de campo (2016).

O atendimento pré-natal é de fundamental importância em quaisquer Unidade de Saúde uma vez que, os territórios locais, as microregiões, as regionais de saúde, os distritos sanitários são locais onde efetivamente o pacto pela saúde se desenvolve e o processo de regionalização exige que se faça sobre territórios sanitários mais do que sobre territórios político-administrativos. As divisões territoriais não devem ser apenas pautadas em aspectos políticos administrativos e sim primar pelas identificações sanitárias. Os objetivos da regionalização perpassam por garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde; garantir a integralidade na atenção; potencializar a descentralização do sistema; racionalizar os gastos e otimizar a aplicação dos recursos, possibilitando ganhos nas ações e serviços de saúde da abrangência regional (CHEBLI; PAIVA, 2010). Ao acompanhamento da gestante durante o pré-natal devem ser agregados procedimentos realizados visando a continuidade do acompanhamento segundo as diretrizes preconizadas na PHPN e Rede Cegonha. Todo trabalho necessita ser desenvolvido com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde.

Tabela 10 - Adesão ao PHPN

Denominação	Município	Adesão ao PHPN		
		SIM	NÃO	Não respondeu
Gestor "A"	Rorainópolis	X		
Gestor "B"	Cantá		X	
Gestor "C"	Boa Vista	X		
Gestor "D"	Uiramutã	X		
Gestor "E"	Alto Alegre	X		
Gestor "F"	Mucajaí	X		
Gestor "G"	Normandia		X	
Gestor "H"	Amajari			X
Gestor "I"	Bonfim	X		
Gestor "J"	Iracema	X		

Fonte: Pesquisa de campo (2016).

Indubitavelmente, o pré-natal é considerado uma área prioritária na atenção à saúde da mulher, em função de sua importância e necessidade em prol da mãe e seu conceito. Foi proposta pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria GM/MS 569/00, a qual instituiu em junho de 2000 o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, qualificar as consultas e promover o vínculo entre profissional e gestante na assistência (CUNHA; GIOVANELLA, 2011). Neste período a pactuação foi realizada com todos os municípios do estado. A tabela 10 mostra-nos que os Gestores B, G e H, desconhecem este dado. Um ponto que cabe destaque é que as do PHPN podem ser desenvolvidas quase que exclusivamente com recursos de baixa complexidade, em nível primário e com tecnologias leves que incluam acolhimento, escuta, capacitação de pessoal e apoio laboratorial (BRASIL, 2006).

O impacto das ações propostas pelo PHPN depende da oferta de serviços de qualidade, capazes de atender as demandas gestacionais de maneira abrangente e eficiente. A Atenção ao pré-natal objetiva principalmente a garantia de uma evolução normal da gravidez, o preparo da mulher para o parto e a identificação de agravos e complicações que possam gerar risco iminente de morte para mulher e seu conceito. No Sistema Único de Saúde (SUS), o pré-natal tem como principal porta de entrada as Unidades Básicas de Saúde e na maioria dos municípios brasileiros, a

Estratégia Saúde da Família (ESF) tem atuado como ordenadora e coordenadora desse serviço (BRASIL, 2006).

Tabela 11 - Adesão à rede cegonha

Denominação	Município	Adesão à Rede Cegonha		
		SIM	NÃO	Não respondeu
Gestor "A"	Rorainópolis	X		
Gestor "B"	Cantá	X		
Gestor "C"	Boa Vista	X		
Gestor "D"	Uiramutã	X		
Gestor "E"	Alto Alegre	X		
Gestor "F"	Mucajaí	X		
Gestor "G"	Normandia	X		
Gestor "H"	Amajari			X
Gestor "I"	Bonfim	X		
Gestor "J"	Iracema	X		

Fonte: Pesquisa de campo (2016).

A Tabela 11 um fato que nos chama a atenção, o Gestor H não ter conhecimento da adesão a Rede Cegonha. A Rede Cegonha tem como base os princípios do SUS, de modo a garantir a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção à saúde. Dessa forma, a Rede Cegonha organiza-se de modo a assegurar o acesso, o acolhimento e a resolutividade, por meio de um modelo de atenção voltado ao pré-natal, parto e nascimento, puerpério e sistema logístico, que inclui transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2011). A adesão à rede municipal é deveras importante, pois prioriza o acesso ao pré-natal de qualidade, a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, a vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, segurança na atenção ao parto e nascimento, atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade, além de acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011b).

Tabela 12 - Sobre reuniões de planejamento das Unidades de Saúde

Denominação	Município	Quantum de US que realizam reuniões de planejamento pelo menos 3 (três) vezes ao ano
Gestor "A"	Rorainópolis	5
Gestor "B"	Cantá	5
Gestor "C"	Boa Vista	32
Gestor "D"	Uiramutã	1
Gestor "E"	Alto Alegre	6
Gestor "F"	Mucajaí	8
Gestor "G"	Normandia	1
Gestor "H"	Amajari	Não respondeu
Gestor "I"	Bonfim	10
Gestor "J"	Iracema	4

Fonte: Pesquisa de campo (2016).

O planejamento mantém o gestor concentrado nas metas e permite organizar seu trabalho nas Unidades de Saúde e alocar seus recursos com eficiência. Um gerenciamento eficiente mostra que quem planeja se sai melhor do que aqueles que não o fazem, pois mantêm uma direção e um foco claros. Conforme mostrado na tabela 12 com o planejamento, pode-se antecipar e até mesmo evitar problemas, ou os resolverá antes que se tornem crises, o que nos preocupa é o Gestor H não ter respondido ao questionamento. Ressalta-se que, com a introdução de práticas de gestão, será possível viabilizar uma melhora da qualidade dos serviços ofertados.

Tabela 13 - Número de US as quais realizaram consulta puerperal em 2014

Denominação	Município	Quantum de US que realizam consulta puerperal em 2014
Gestor "A"	Rorainópolis	5
Gestor "B"	Cantá	Não respondeu
Gestor "C"	Boa Vista	32
Gestor "D"	Uiramutã	1
Gestor "E"	Alto Alegre	6
Gestor "F"	Mucajaí	16
Gestor "G"	Normandia	2
Gestor "H"	Amajari	2
Gestor "I"	Bonfim	8
Gestor "J"	Iracema	2

Fonte: Pesquisa de campo (2016).

A importância da consulta puerperal, bem como o acompanhamento da puérpera, de seu conceito e até mesmo de familiares mais próximos, devem ser objeto de extensos e contínuos debates, para sua eficiente aplicação. No ciclo gravídico-puerperal é de suma importância, tanto assistencialmente quanto educativamente, acompanhando à puérpera e ao recém-nascido, prestando atendimento integral e humanizado ao binômio mãe-bebê, extensivo a toda a família.

O retorno à unidade básica de saúde após o parto é uma estratégia que visa prevenir intercorrências indesejadas ao binômio mãe-filho e também uma forma de intensificar o vínculo com os serviços, fortalecendo a unidade como referência para a saúde e não para a doença (SUCCI et al., 2008). As diretrizes nacionais, preconizam o retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde ou o contato por meio da visita domiciliar realizada por profissionais da ESF, de 7 a 10 dias após o parto, este retorno precisa ser incentivado desde o pré-natal, na maternidade e nas consultas de acompanhamento.

Tabela 14 - Número de reuniões do Conselho Municipal de Saúde (CMS) no ano de 2014, nas quais foram discutidas estratégias em saúde da mulher.

Denominação	Município	Número de reuniões do Conselho Municipal de Saúde (CMS) no ano de 2014, nas quais foram discutidas estratégias em saúde da mulher.
Gestor "A"	Rorainópolis	Não respondeu
Gestor "B"	Cantá	Não respondeu
Gestor "C"	Boa Vista	2
Gestor "D"	Uiramutã	Nenhuma
Gestor "E"	Alto Alegre	10
Gestor "F"	Mucajaí	4
Gestor "G"	Normandia	1
Gestor "H"	Amajari	2
Gestor "I"	Bonfim	2
Gestor "J"	Iracema	Não respondeu

Fonte: Pesquisa de campo (2016).

Informações e reuniões acerca dos Conselhos Municipais de Saúde - CMS, são importantes para que se tracem estratégias que garantam a gestão participativa desses e seu pleno funcionamento. Os conselhos possuem uma importância

estratégica fundamental no processo de reorganização da atenção à saúde. Esta reorganização não é simplesmente uma questão técnica. Abrange expectativas, demandas e comportamentos de todos os atores envolvidos na prestação da atenção, desde gestores até usuários, e envolve a reformulação das relações entre esses atores. Neste panorama, espera-se que os conselhos de saúde não apenas funcionem como instâncias de controle social para simples prestação de contas, mas também como espaços de expressão de demandas e expectativas dos vários segmentos que os compõem (VAN STRALEN; COL 2006). Todavia, a Tabela 14 nos mostra uma lacuna considerável, pois ou o gestor não participa ou participa de forma muito insipiente.

Tabela 15 - Avaliação pessoal do Gestor (a) da estratégia de atenção à saúde da mulher em seu município

<i>Denominação</i>	<i>Município</i>	Avaliação pessoal do Gestor (a) sobre a estratégia de atenção à saúde da mulher em seu município				
		Muito boa	Boa	Regular	Ruim	Não conheço profundamente
Gestor "A"	Rorainópolis		X			
Gestor "B"	Cantá		X			
Gestor "C"	Boa Vista			X		
Gestor "D"	Uiramutã		X			
Gestor "E"	Alto Alegre		X			
Gestor "F"	Mucajaí			X		
Gestor "G"	Normandia		X			
Gestor "H"	Amajari			X		
Gestor "I"	Bonfim			X		
Gestor "J"	Iracema			X		

Fonte: Pesquisa de campo (2016).

A Tabela 15 mostra-nos que esse resultado parece bem tímido diante da expectativa do governo federal no tocante aos resultados da pasta da saúde. Considerando o avanço que o SUS traz para uma mudança social, a participação e empenho vigoroso dos gestores somados à participação popular significa uma força imprescindível para "fazer sair do papel" o que foi conquistado pelo movimento da reforma sanitária. Nesse sentido, na ideia de mudança está presente a necessidade de se ter agentes de transformação participando do controle social (SILVA et al., 2012).

Tabela 16 - Avaliação pessoal do Gestor (a) sobre a estratégia de atenção integral à saúde da mulher, editada pelo Ministério da Saúde (MS) como Gestor (a) avalia a política nacional editada pelo Ministério da Saúde.

Denominação	Município	Avaliação pessoal do Gestor (a) sobre a estratégia de atenção integral à saúde da mulher, editada pelo Ministério da Saúde (MS)				
		Muito boa	Boa	Regular	Ruim	Não conheço profundamente
Gestor "A"	Rorainópolis	X				
Gestor "B"	Cantá		X			
Gestor "C"	Boa Vista		X			
Gestor "D"	Uiramutã		X			
Gestor "E"	Alto Alegre			X		
Gestor "F"	Mucajá			X		
Gestor "G"	Normandia			X		
Gestor "H"	Amajari			X		
Gestor "I"	Bonfim			X		
Gestor "J"	Iracema	X				

Fonte: Pesquisa de campo (2016).

Essa avaliação multifacetada denota que o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2001), que "amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica". Também define na área da saúde da mulher, que os municípios garantam ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino. Assim, para garantir o acesso às ações de maior complexidade, prevê a conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais (COELHO, 2003 apud BALANCIERI, 2008).

Na Tabela16, verifica-se os gestores não sabem avaliar ou atribuem um mal conceito o que nos mostra um balanço onde são apontadas ainda várias lacunas como atenção ao climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infecto contagiosas e a inclusão da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas. Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher identificava ainda a necessidade de articulação com outras áreas técnicas e da proposição de novas ações, quais sejam: atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e

lésbicas e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente.

Tabela 17 – Descrição da arrecadação com o SISPRENATAL¹ em 2014: R\$ 500,00 a R\$ 2.000,00; R\$ 2001,00 a R\$ 3500,00; R\$ 3501,00 a R\$ 5000,00; > R\$ 5000,00; não saberia responder.

Denominação	Município	Arrecadação do município com o SISPRENATAL, no exercício de 2014					
		500,00 a 2.000,00	2.001,00 a 3.500,00	3.501,00 a 5.000,00	> 5.000,00	Não respondeu	Não saberia responder
Gestor "A"	Rorainópolis					X	
Gestor "B"	Cantá						X
Gestor "C"	Boa Vista						X
Gestor "D"	Uiramutã						X
Gestor "E"	Alto Alegre						X
Gestor "F"	Mucajaí						X
Gestor "G"	Normandia						X
Gestor "H"	Amajari						X
Gestor "I"	Bonfim						X
Gestor "J"	Iracema						X

Fonte: Pesquisa de campo (2016).

¹ O **SISPRENATAL** é o software que foi desenvolvido pelo Datasus, com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde. No SisPreNatal está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada. Permite o acompanhamento das gestantes, desde o início da gravidez até a consulta de puerpério.

Para que o pré-natal seja devidamente qualificado, é indispensável que o sistema de informação seja alimentado e que os relatórios parciais sejam utilizados como subsídio para a tomada de decisão e melhoria do processo de trabalho. No âmbito da saúde da mulher e com a criação da Rede Cegonha o sistema continuará a ser utilizado. É com base nos dados do SISPRENATAL que os municípios poderão fazer jus a receber um incentivo de R\$ 10,00 (dez reais) por gestante captada. Esses repasses mensais, feito fundo a fundo, contudo, o Município deverá alcançar as ações definidas para o componente pré-natal da Rede, previstas no art.º 7 da Portaria nº 1.459/2011, com as respectivas metas pactuadas.

A Tabela 17 nos mostra uma situação muito preocupante, e traduz um planejamento informal e pouco qualificado dos recursos financeiros que são destinados a ações voltadas para a saúde materna, o que leva ao não atendimento das reais necessidades da população feminina a ser atendida. Se realizassem adequadamente os protocolos receberiam mais recursos.

É largamente sabido que Roraima é o estado com o maior contingente indígena do País, e em muitas de suas localidades, o perfil demográfico e epidemiológico dos povos indígenas e das comunidades não indígenas continua pouco conhecido, o que decorre da exiguidade de investigações, da ausência de inquéritos regulares, assim como, da precariedade dos sistemas de informações sobre morbidade e mortalidade (SANTOS; COIMBRA, 2003). Sobre o assunto, enfatiza Menegolla (2007, p. 303) que:

Desde a criação do Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami (DSEI-Y), estão sendo gerados dados de saúde, no entanto, as atividades relacionadas aos programas de saúde, realizados pelos profissionais de saúde, muitas vezes não passam da coleta de dados, que se dá de forma isolada, a análise dos dados, quando realizadas são, muitas vezes, superficiais e não demonstram de forma mais profunda a real situação de saúde deste grupo.

Apesar de mais de duas décadas de criação do DSEI-Y, as informações a respeito do perfil epidemiológico desta população ainda pouco conhecido, estudos foram realizados e a maior parte das informações encontra-se em relatórios de gestão.

Tabela 18 - Avaliação pessoal da própria participação frente às estratégias para atenção integral em saúde da mulher em seu município

Denominação	Município	Avaliação pessoal da própria participação frente às estratégias para atenção integral em saúde da mulher em seu município				
		Muito boa	Boa	Regular	Ruim	Não saberia responder
Gestor "A"	Rorainópolis			X		
Gestor "B"	Cantá	X				
Gestor "C"	Boa Vista			X		
Gestor "D"	Uiramutã	X				
Gestor "E"	Alto Alegre		X			
Gestor "F"	Mucajai		X			
Gestor "G"	Normandia	X				
Gestor "H"	Amajari			X		
Gestor "I"	Bonfim		X			
Gestor "J"	Iracema		X			

Fonte: Pesquisa de campo (2016).

A Tabela 18 mostra-nos que os dados obtidos indicam certo equilíbrio na autoavaliação dos gestores no tocante a sua gestão, - no que diz respeito às estratégias do PAISM, uma vez que, a grande aposta do estágio de evidência no SUS é provocar no gestor (a) o compromisso ético-político nos processos de transformação do setor saúde. É procedente enfatizar que em Roraima, como num todo, os casos de maior complexidade ou gravidade, que não podem ser resolvidos na área do município de sua ocorrência, esses casos mais graves são removidos para a cidade de Boa Vista. Encaminhados diretamente para as unidades de pronto atendimento (Hospital Infantil, Maternidade, Hospital Geral de Roraima entre outros).

Tabela 19 - Avaliação pessoal da própria participação nas reuniões de planejamento de ações

Denominação	Município	Avaliação pessoal da própria participação nas reuniões de planejamento de ações				
		Muito boa	Boa	Regular	Ruim	Não saberia responder
Gestor "A"	Rorainópolis			X		
Gestor "B"	Cantá	X				
Gestor "C"	Boa Vista			X		
Gestor "D"	Uiramutã		X			
Gestor "E"	Alto Alegre		X			
Gestor "F"	Mucajaí		X			
Gestor "G"	Normandia	X				
Gestor "H"	Amajari			X		
Gestor "I"	Bonfim		X			
Gestor "J"	Iracema		X			

Fonte: Pesquisa de campo (2016).

A Tabela 19 apresenta-nos um quadro que reforça as características mais frágeis da organização de ações e serviços voltados para a saúde materna nos municípios. Sabe-se, que as concepções intimistas, tanto na vida em geral quanto no trabalho, apresentam uma marcante diversidade. Cabe reforçar que o Decreto 7508/11² em seu Art. 18. estabelece: "O planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde".

Muitas vezes a reação frente a essa situação se manifesta apenas na forma da insatisfação, da frustração, do desapontamento. Certamente, esses sentimentos aparecem porque não existem os elementos para compreender o que é inadequado no trabalho e fazer as devidas correções de rumo. Nesse caso, pode-se dizer que faltam os instrumentos para realizar a reflexão crítica e promover as transformações necessárias que levem a melhorar a própria atuação e, assim, obter melhores resultados. Campos, Faria e Santos (2010) entendem apropriados esses

² Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

sentimentos observados em muitos gestores, devido o caos que vive a saúde pública no Brasil, motivos de desalento e frustrações contínuas.

Tabela 20 - Avaliação pessoal da adequação da oferta de serviços às necessidades de seu município

Denominação	Município	Avaliação pessoal da adequação da oferta de serviços às necessidades de seu município				
		Muito boa	Boa	Regular	Ruim	Não saberia responder
Gestor "A"	Rorainópolis		X			
Gestor "B"	Cantá			X		
Gestor "C"	Boa Vista			X		
Gestor "D"	Uiramutã	X				
Gestor "E"	Alto Alegre		X			
Gestor "F"	Mucajaí			X		
Gestor "G"	Normandia		X			
Gestor "H"	Amajari			X		
Gestor "I"	Bonfim			X		
Gestor "J"	Iracema			X		

Fonte: Pesquisa de campo (2016).

A Tabela 20 nos mostra que cerca de sessenta por cento dos gestores, consideram essa oferta regular, o que dada às peculiaridades do Estado de Roraima, como um todo, seu perfil econômico, cultural e epidemiológico é bastante justificável.

3.1.3 Dados epidemiológicos

Tabela 21 - Sobre dados oficiais referentes aos impactos da política e da saúde da mulher em seu município

Denominação	Município	Sobre dados oficiais referentes aos impactos da política e da saúde da mulher de seu município			
		Sim	Não	Melhorou na qualidade de acesso	Piora na qualidade de acesso
Gestor "A"	Rorainópolis	X		X	
Gestor "B"	Cantá	X		X	
Gestor "C"	Boa Vista	X		X	
Gestor "D"	Uiramutã		X		
Gestor "E"	Alto Alegre	X		X	
Gestor "F"	Mucajai	X		X	
Gestor "G"	Normandia		X		
Gestor "H"	Amajari		X		
Gestor "I"	Bonfim	X		X	
Gestor "J"	Iracema	X		X	

Fonte: Pesquisa de campo (2016).

Os dados oficiais referentes aos impactos da política de saúde da mulher incorporaram como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção. Em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). O novo programa para a saúde da mulher incluiu ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres, ou seja, foi ao encontro das necessidades que cingiam (e infelizmente ainda cingem) a saúde, pelo menos ginecológica das mulheres (BRASIL, 1984).

No tocante ao demonstrado na Tabela 21 verificamos que os gestores apenas especificaram que houve melhora da qualidade de acesso. Entretanto, é essencial questionar a real implementação dos princípios da PAISM nos municípios e estados brasileiros.

Tabela 22 - Recursos disponibilizados para a equipe de atenção básica que realiza atenção ao pré-natal, parto e puerpério

		Sobre recursos disponibilizados para a equipe de atenção básica que realiza atenção ao pré-natal, parto e puerpério em seu município									
<i>Denominação</i>	<i>Município</i>	Informativos epidemiológicos			Informativos de atenção básica			Sala de consulta ginecológica Exclusiva			Outros
		Sim	Não	N.R.*	Sim	Não	N.R.*	Sim	Não	N.R.*	
Gestor "A"	Rorainópolis	X			X			X			
Gestor "B"	Cantá	X			X			X			Atendentes
Gestor "C"	Boa Vista			X	X			X			Grupo de gestantes
Gestor "D"	Uiramutã	X			X			X			Laboratório e ultrassom obstétrico
Gestor "E"	Alto Alegre	X			X			X			
Gestor "F"	Mucajaí	X			X					X	Puericultura e consulta etc.
Gestor "G"	Normandia	X			X			X			
Gestor "H"	Amajari		X		X			X			
Gestor "I"	Bonfim	X			X				X		
Gestor "J"	Iracema	X			X			X			

Fonte: Pesquisa de campo (2016).

OBS: (*) – Não respondeu.

É sabido que o objetivo primordial do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) desenvolvido pelo Ministério da Saúde é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. As respostas positivas dadas a esse item denotam que os gestores estão em consonância com o objetivo específico desse Programa que é - Incentivar à Assistência Pré-natal estimulando estados e municípios a realizarem o acompanhamento pré-natal adequado e o cadastramento das gestantes, de acordo com os princípios e critérios estabelecidos, instituindo, para tanto, incentivos financeiros. (BRASIL, 2002).

Nesse quesito a Tabela 22 mostrou-nos unanimidade no tocante aos informativos de atenção básica, através do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569, de 01/6/2000, cujo subsidio maior é analisar as necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto, considerando como prioridades (BRASIL, 2002).

O fato de não existir sala de consulta ginecológica em um dos municípios e em outro o gestor (a) não saber responder, causa grande estranheza, pois, desconfigura a aparente atenção dada à saúde da mulher, ainda que somente na sua vertente ginecológica. Estando, ainda, em total desacordo com a política governamental.

O disposto na Tabela 23, abaixo, reforçam a necessidade de implementação de melhorias na atenção às políticas públicas já existentes para a garantia da qualidade do pré-natal. A efetivação do conjunto de atividades preconizadas é o maior desafio para a gestão municipal. Podemos verificar que os maiores impactos da incipiência das ações oferecidas no pré-natal são a iniquidade da oferta de serviços. Também as formas de encaminhamento apresentadas estão condizentes com o perfil geográfico e social desses municípios. Contudo, encaminhar a gestante para procurar um especialista, certamente fora de seu domicílio, é o mesmo que relegá-la a sua própria sorte, mormente se se tratar de cidadã indígena.

Tabela 23 - Sobre o encaminhamento dado à gestante que necessita de uma consulta especializada

<i>Denominação</i>	<i>Município</i>	Opções de encaminhamento condizentes com os recursos de seu município				
		Encaminhamento para consulta especializada	A consulta é marcada e informa-se ao paciente	A consulta é marcada pelo paciente	O paciente deve procurar um especialista	Sem percurso definidos
Gestor "A"	Rorainópolis		X			
Gestor "B"	Cantá		X			
Gestor "C"	Boa Vista		X			
Gestor "D"	Uiramutã		X			
Gestor "E"	Alto Alegre				X	
Gestor "F"	Mucajaí				X	
Gestor "G"	Normandia		X			
Gestor "H"	Amajari		X			
Gestor "I"	Bonfim		X			
Gestor "J"	Iracema		X			

Fonte: Pesquisa de campo (2016).

3.1.4 Protocolos com definição de diretrizes preventivas

Tabela 24 - Protocolos com definição de diretrizes preventivas

Denominação	Município	Protocolos com definição de diretrizes preventivas PARA:								
		Câncer de colo de útero			Câncer de mama			Pré-natal		
		Sim	Não	N.R.*	Sim	Não	N.R.*	Sim	Não	N.R.*
Gestor "A"	Rorainópolis			X			X			X
Gestor "B"	Cantá			X			X	X		
Gestor "C"	Boa Vista	X				X		X		
Gestor "D"	Uiramutã		X			X		X		
Gestor "E"	Alto Alegre	X			X			X		
Gestor "F"	Mucajaí	X			X			X		
Gestor "G"	Normandia	X			X			X		
Gestor "H"	Amajari	X			X			X		
Gestor "I"	Bonfim	X			X			X		
Gestor "J"	Iracema	X			X			X		

Fonte: Pesquisa de campo (2016).

OBS: (*) Não respondeu.

Verifica-se na Tabela 24 que, em sua quase totalidade (70%) apresentam protocolo de identificação de câncer de colo uterino. No entanto, 10% não possuem e 20% não soube responder. No total um quadro preocupante e de descaso com a saúde feminina. Quanto ao câncer de mama, a despeito de ter protocolo em cerca de 60% dos municípios pesquisados, 20% informou não possuir e 20% dos gestores não sabe, o que pode ser traduzido em descaso, ou coisa que o valha.

O protocolo de pré-natal deveria estar presente em toda e qualquer US básica, o fato de apenas um gestor (10%) da amostra, não ter respondido, já é em si, bastante preocupante. Igualmente, a efetivação da PAISM depende dos gestores e dos profissionais que lidam diretamente com o público feminino, abrindo canais para o debate e para um investimento diferenciado em relação às ações de saúde da mulher.

3.1.5 Modelo de gestão

Tabela 25 - Modelos de gestão em seu município

Denominação	Município	Modelos de gestão em seu município		
		Sim	Não	Não Respondeu
Gestor "A"	Rorainópolis			X
Gestor "B"	Cantá			X
Gestor "C"	Boa Vista	Gestão plena		
Gestor "D"	Uiramutã			X
Gestor "E"	Alto Alegre	Funciona na própria secretaria		
Gestor "F"	Mucajaí	Fica nas finanças, CPL e convênios na prefeitura, mas a Secretaria		
Gestor "G"	Normandia	Plena		
Gestor "H"	Amajari			X
Gestor "I"	Bonfim	Plena		
Gestor "J"	Iracema	Ordenadora		

Fonte: Pesquisa de campo (2016).

Observa-se na Tabela 25 que os gestores não entenderam o que lhes fora perguntado, ou realmente não souberam o que responder. Segundo o professor Junqueira (2015), a gestão do SUS é descentralizada, e, quanto aos modelos de gestão têm-se período autoritário com modelos: centralização e terceirização. Ao

período descrito como redemocratização temos os modelos descentralizado e o modelo estatal. Assim o SUS contempla a descentralização, viabilizando a equidade, que é um olhar para as diferenças e não para a igualdade. Todos têm, em princípio, o mesmo direito, mas as necessidades são diferentes. Todavia as mais importantes são os princípios e precisamos buscar modelos de gestão que os viabilizem as ações de atenção em saúde, a partir dos preceitos estabelecidos pelo SUS. Igualmente, não adianta ficarmos presos a concepções e modelos que são próprios de um determinado momento e sim a realidade social de cada município.

Nesse sentido, há de se considerar o esforço prospectivo voltado para o aperfeiçoamento da política de saúde do país para as próximas décadas, é importante buscar subsidiar estratégias futuras nacionais de organização da atenção à saúde nas diversas dimensões do sistema de saúde (JUNQUEIRA, 2015).

3.1.6 Qualificação de Servidores

Tabela 26 - Existência de programa de qualificação de servidores para atuação em saúde da mulher em seu município

Denominação	Município	Existência de programa de qualificação		
		Sim	Não	Não Respondeu
Gestor "A"	Rorainópolis		X	
Gestor "B"	Cantá	X		
Gestor "C"	Boa Vista	X		
Gestor "D"	Uiramutã		X	
Gestor "E"	Alto Alegre	X		
Gestor "F"	Mucajá	X		
Gestor "G"	Normandia	X		
Gestor "H"	Amajari		X	
Gestor "I"	Bonfim	X		
Gestor "J"	Iracema	X		

Fonte: Pesquisa de campo (2016).

A Tabela 26 mostra-nos que há programas de qualificação de servidores costumam ser oferecidos periodicamente aos diversos servidores, de diferentes funções. Via de regra, os cursos são oferecidos na capital, no caso Boa Vista, fator esse que desmotiva muitos servidores devido aos transtornos causados pelo

deslocamento. A falta de recompensa (pecuniária), após a conclusão de determinado curso, também funciona como fator engessante para muitos servidores.

Tabela 27 - Existência de Programa de permanência dos profissionais de saúde em seu município

<i>Denominação</i>	<i>Município</i>	Programa de permanência/fixação dos profissionais de saúde em seu Município		
		Sim	Não	Não Respondeu
Gestor "A"	Rorainópolis		X	
Gestor "B"	Cantá	X		
Gestor "C"	Boa Vista	X		
Gestor "D"	Uiramutã	X		
Gestor "E"	Alto Alegre		X	
Gestor "F"	Mucajaí		X	
Gestor "G"	Normandia		X	
Gestor "H"	Amajari		X	
Gestor "I"	Bonfim	X		
Gestor "J"	Iracema		X	

Fonte: Pesquisa de campo (2016).

Outro ponto dissonante na preparação de servidores após se qualificarem; é que caso não exista nenhum incentivo que os mantenham em sua localidade, certamente, migrarão para a sede (capital) ou mesmo para um local mais desenvolvido. Na Tabela 27, 60% dos municípios não dispõem de políticas para a fixação dos profissionais de saúde. A Portaria Nº 1.834/2013 redefine valores diferenciados de custeio às Equipes de Saúde da Família, contudo a mesma portaria estabelece critérios para o financiamento.

CONCLUSÃO

Consoante às pesquisas realizadas, observou-se que as políticas públicas em saúde da mulher no Brasil têm tido um foco especial de atuação em relação à saúde reprodutiva, especificamente a saúde obstétrica. O Ministério da Saúde referenciou uma importante iniciativa na melhoria da assistência obstétrica em seu Plano Plurianual para o quadriênio 2004-2007 referente às propostas feitas pelo Pacto Nacional Pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

O Sistema Único de Saúde, SUS, como estrutura da assistência à saúde no Brasil, traz em seu bojo os conceitos básicos de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, além da integralidade e equidade da atenção, servindo como internacional de saúde, apesar de todas as dificuldades encontradas em sua implementação diária. Há que ser lembrado que o Brasil é um país de dimensões continentais, onde a assistência à saúde encontra-se garantida pela Constituição Brasileira de 1988, o que representa um atendimento proposto a mais de 190 milhões de pessoas.

Pôde-se perceber, em rápida retrospectiva, os programas de saúde implementados no Brasil da década de 1980 até o presente momento e suas diferentes propostas de ação, todas culminando em um único objetivo, ou seja, a melhoria da assistência à saúde, especificamente na busca pela melhoria da assistência à mulher como um dos direitos humanos garantidos pela Carta Magna.

Entretanto, percebe-se na práxis médica cotidiana, bem como na literatura pesquisada que as determinações exaradas do texto constitucional relativas ao sistema de saúde estão totalmente dissociados. O Estado gestor ainda não trata essa questão como prioridade, tampouco com o devido respeito.

Apesar de algumas conquistas em nível local para aliviar as condições difíceis que a maioria das populações – a exemplo da roraimense – enfrenta as tentativas de imposição políticas neoliberais. O sistema de saúde é tão somente um desses óbices que está a requerer o devido enfrentamento.

É sabido que as mulheres, assim como qualquer outro ser humano, e os indivíduos doentes não demandam atenção por acaso. São reflexos e produtos do processo saúde-doença e da condição reprodutiva da mulher, objeto da vigilância e, nesse sentido, essa prática sanitária da atenção individual deve estar inserida e instrumentalizada na perspectiva da atenção coletiva. Ao lado disso, esta atenção

individual deve buscar vinculação, acolhimento, e, acima de tudo proporcionar um atendimento condizente com as peculiaridades culturais de sua clientela.

Em conformidade com a literatura estudada uma flagrante dicotomia permeia a questão relativa ao sistema de saúde em relação à mulher no Brasil: autores que tratam dessa temática aludem que os dados antropológicos relativos a esses grupos deveriam ser mais bem explicitados, de forma a garantir a adequada compreensão dos problemas desses por parte dos profissionais de saúde.

Por sua vez, e, muitas vezes, as próprias US não dispõem de conhecimento mais específico no que se refere à organização de serviços de saúde. Ressalta-se o potencial criativo de sistemas locais de saúde que poderiam vir a ser construídos mediante a incorporação das diversas concepções do processo saúde/doença existentes entre os grupos de mulheres da comunidade.

Não é pertinente ignorar que o Estado de Roraima possua um grande contingente populacional indígena, tanto aldeados quanto os chamados índios urbanos. Toda este contingente populacional depende do SUS como último e único recurso para tentar salvar e ou minorar o sofrimento de suas mulheres. E, por ser um estado de tríplice fronteira, ainda há as populações que advêm de seus países de origem para se valerem dos poucos recursos médicos aqui existentes. As propostas aqui apresentadas além de muito justas em sua pretensão são fundamentais para a melhoria do atendimento desse contingente populacional.

Ressalta-se que, mantidas as condições e variáveis atuais, o atendimento a essas ações implica em outra lógica de trabalho que prioriza a assistência ao cidadão indígena, de forma que esse possa estar inserido e transitando no espaço social a que realmente faz jus.

No tocante à pesquisa de campo foram observadas diversas variáveis que tendem a dificultar a gestão Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) no Estado de Roraima, a saber:

- Alguns gestores (as) não possuem a devida qualificação, nem mesmo capacitação para dirigir uma US;
- Dados estatísticos referentes aos atendimentos realizados praticamente não existem e, os poucos que existem não são confiáveis;
- Controle de finanças, parece não existir, ou é do total desconhecimento dos gestores, conforme respondido na pesquisa;

- Todos os gestores (as) dos dez municípios pesquisados são relativamente novos em seus cargos. Essa variável dificulta sobremaneira o planejamento em médio prazo;

- Os gestores deixaram a impressão de que nem mesmo sabiam o significado técnico da palavra “gestão”, conforme ficou evidenciado em suas respostas.

Entende-se que, muito embora a avaliação não tenha sido realizada sob a abordagem de uma pesquisa avaliativa e com resultados ainda com alguns valores não tão positivos, o sistema deve, à luz da sua proposição, ser flexibilizado e estar em contínuo processo de (re)especificação. No sentido de responder principalmente ao uso da informação à frente da gestão.

Reitera-se que as propostas discutidas ao longo do texto, na discussão de resultados, que sejam implementadas em prol da equidade social no atendimento às populações femininas. Compreendemos, que este é apenas o início de uma linha de pesquisa no estado de Roraima que deverá ser estimulada para sanar os questionamentos a partir da pesquisa. Contudo, espera-se que este trabalho possa contribuir com gestores e profissionais de saúde a buscarem discussões e propor soluções com vistas a redução das fragilidades e o fortalecimento da PNAISM. Também atender aos principais objetivos traçados pelas diretrizes norteadoras da respectiva política tais como a redução da morbimortalidade materna e neonatal e manutenção a qualidade de vida da mãe e do seu conceito.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D.S. **Modelo de gestão da atenção ao pré-natal no extremo norte do Brasil. Boa Vista-RR**, 81 f. Dissertação (Mestrado) em Ciências da Saúde- Universidade Federal de Roraima, 2014.

ALMEIDA FILHO, N. de. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011,160 p. (coleção temas em saúde)

BALANCIERI, M. A. L. **Evolução das políticas de atenção a saúde da mulher.** UNISALESIANOI. Belo Horizonte, MG: 2008.

BIRMAN, J. "A Physis da Saúde Coletiva". Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ: UERJ, v. 1, n. 1, p. 7-11, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. **Caderno nº. 32.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Portaria Nº. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF: 2011.

_____. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Manual técnico: Pré-Natal e Puerpério - Atenção Qualificada e Humanizada.** Caderno nº. 05. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília,DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Mais saúde : direito de todos : 2008 – 2011 ,** Secretaria-Executiva. 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 100 p.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento:** informações para gestores e técnicos. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, nº. 182, 20 set. 1990a.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família:** uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Lei nº. 8.142 de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intragovernamentais de recursos financeiros na área de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

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

CAMPOS, F.C.C.de; FARIA, H.P de; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte, MG: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Revista Ciência e saúde coletiva**, v.10, ano 4, p. 975-986, 2005.

CHEBLI, I.C.F.; PAIVA, M.G.; SOUZA, A.I.S. **A Regionalização desdobramentos da descentralização**. Revista Aps, Juiz de Fora, RJ, v. 13, suplemente 1, p. S84-S94, 2010.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da atenção primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.16 (suplemento 1), p. 1029-1242, 2011.

DYNIEWICZ, A. M. **Metodologia da Pesquisa em Saúde para Iniciantes**. São Caetano do Sul: Difusão Editora; 2009.

FARAH, M. Gênero e políticas públicas. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, SC: UFSC, v. 12, n. 1, p. 47-71, 2004.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro, RJ: Graal, 1997.

FREITAS, L. A. S. de. **Estudos Sociais Roraima Geografia e História**. São Paulo: Cor Print, 1998

GALVÃO L. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: GALVÃO L; DÍAZ J, (Org.). **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec; 1999.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas 2010.

GIOVANELLA, L. et al. (Org.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro/RJ: FIOCRUZ, 2012.

GUARESCHI, N.M.F. **Vulnerabilidade social e políticas públicas de saúde**: um estudo com usuários do hospital-dia. Porto Alegre, RS: Faculdade de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2003.

GUILHEM D, ZICKER F. **Ética na pesquisa em saúde**: avanços e desafios. Brasília: LetrasLivres/UnB, 228p. 2007.

GRIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: ENSP, v. 18, p. 103-112, 2002.

GUSSO, G.; LOPES, J.M.C.. **Tratado de medicina da família e comunidade**. Porto Alegre, RS: ARTMED, 2012.

HAYD, R. L. N. et al. **Um olhar sobre a saúde indígena no estado de Roraima**. Mens Agi tat., v. III, n. 1, p. 89-98,.2008.

HOCHMAM, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E.. (Org.) **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro/RJ: FIOCRUZ, 2012.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa da população 2011 – 2015**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/fontes.php?lang=>> Acesso em 11. abr. 2016.

JUNQUEIRA, L.P. **Modelos de gestão na saúde**. 2015. Disponível em: <<http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/arq6548.pdf>> Acesso em 22 abr. 2016.

MATTOS, R. A. Sobre os limites e as possibilidades dos impactos das políticas públicas relativas à endemia de HIV/Aids: algumas reflexões metodológicas feitas a partir do caso brasileiro. In: PARKER, R.; GALVÃO, J.; BESSA, M. **Saúde, desenvolvimento e política**: respostas frente à aids no Brasil. São Paulo: n. 34, p. 29-87, 1999.

MALIK, A.M.; SCHIESARI, L.M.C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**, v. 3. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde e Cidadania).

MENEGOLLA, I. A. **Estado nutricional da população yanomami**. Diagnóstico inicial. Relatório de Acessoria. Universidade de Brasília, 2007.

MEDEIRO, R. C. V. **Crise na saúde pública** . Revista Jurídica Consulex, n. 28, ago. 2013.

MEDEIROS, P.F. de; GUARESCHI, N.M.F. **Políticas públicas de saúde da mulher**: a integralidade em questão. Rev. Estud. Fem., Florianópolis, SC, v. 17, n. 1, p. 31-48, 2009.

MEDEIROS, P.F.de; **Políticas da vida**: entre saúde e mulher – Porto Alegre, 2008. 112 f. Tese (Doutorado em Psicologia) –

MENDES, E.V. **As redes de atenção a saúde**. 2 ed., Brasília: OPAS, 2011. 549 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 2010.

SANTOS NETO, E.T. dos et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 17, n.2, p.107-119, 2008.

PAIM JS.; TEIXIERA CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte **Rev.Saúde Pública** 2006; 40(N Esp): 73-78.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.de. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, RJ: UERJ, IMS: ABRASCO. 2006.

PINTO, C. **Teorias da democracia**: diferenças e identidades na contemporaneidade. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

PINTO, H. A.; SOUSA, A; FLORÊNCIO, A. R. **O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica**: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. RECIIS: Revista eletrônica de comunicação, informação e inovação em saúde, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, supl., ago. 2012.

RAVELLI, A.P.X. Consulta puerperal de enfermagem: uma realidade na cidade de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 29, ano 1, p. 54-59. Porto Alegre, RS, 2008.

SANTOS, R. V.; COIMBRA, Jr. C. E. A. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: COIMBRA JR. C. E A.; SANTOS R. V, Escobar A. L. **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ; 2003.

SASSE, C.; VESTIN, R. “**CPI da violência contra a mulher**: governo destina pouco dinheiro para combater as agressões domésticas”. Jornal do Senado. Edição de 04 de julho de 2013. Sociedade. Brasília, DF: 2013.

SILVA, J.A.M. da; OGATA, M.N.; MACHADO, M.L.T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 389-401, 2007.

SILVA. A. M.. **Estrutura das regionais de saúde do município de Jaboatão dos Guararapes – PE**. Plano de Intervenção (Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, PE: 2012.

SILVA, L.S. da et al. Análise da organização e funcionamento dos conselhos de saúde e a gestão participativa em Fortaleza, CE. **Revista Saúde Social**. São Paulo, v. 21, supl. 1, p.117-125, 2012.

SOUZA R.R. **O Sistema público de saúde brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002, p. 481-483.

SUCCI, R.C.M. et al. **Avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas do município de São Paulo**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2008, vol.16, n.6, pp.986-992.

VANDERLEI, M.I.G. **O gerenciamento na estratégia da saúde da família: o processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de saúde em municípios do Estado do Maranhão**. (Tese de doutoramento) Ribeirão Preto, SP: 2005.

VAN STRALEN, C. J. et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, RJ, v. 11, n. 3, p. 621-632, 2006.

VIDOVICH, L. **Expanding the toolbox for policy analysis: some conceptual and practical approaches**. Hong Kong: Comparative Education Policy Research Unit, University of Hong Kong, 2002.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: DESAFIOS DA GESTÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER-PAISM NO ESTADO DE RORAIMA: CONTEXTO SOCIOECONÔMICO A PARTIR DAS ESPECIFICIDADES LOCAIS.

Pesquisador Responsável: Sandra Maria Rabelo Huzek sob orientação da Prof^a Dr^a Sandra Maria Franco Buenafuente.

Este projeto tem o objetivo de analisar a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher no estado de Roraima, a partir das práticas de gestão dada as especificidades locais. Optar-se-á pela pesquisa descritiva com abordagem qualitativa das informações. O universo do estudo constituiu-se dos 15(quinze) Secretários Municipais de Saúde no estado de Roraima, compreendendo assim, uma cobertura da Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher nos quatorze municípios e na Capital Boa Vista. A participação é voluntária de acordo com os critérios pré-estabelecidos, sendo garantido o acesso a pesquisa em qualquer etapa do estudo.

Se V.Sa. tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRR, Campus Universitário Paricarana tel.: (95) 3621-3201.

Durante a execução do projeto todos os procedimentos contemplarão o disposto na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde havendo risco mínimo no desconforto do participante em oferecer as respostas frente ao questionário.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

1. receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.

4. procurar esclarecimentos com o Sandra Maria Rabelo Huzek, no telefone (95) 98111-6922 ou Universidade Federal de Roraima, Campus Paricarana, Curso de Enfermagem, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Eu, _____, declaro estar ciente do anteriormente exposto e concordo voluntariamente em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas. Acrescentar contato do colaborador, se houver.

Boa Vista-RR, ____ de _____ de _____ .

Assinatura do participante da pesquisa:

Eu, *Sandra Maria Rabelo Huzek* , declaro que forneci todas as informações referentes a pesquisa ao participante, de forma apropriada e voluntária.

Boa Vista-RR, ____ de _____ de _____ .

Assinatura do pesquisador:

Contato do pesquisador: shuzek@hotmail.com (95)98111-6922



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA – UFRR
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - PROCISA**

QUESTIONÁRIO

IDENTIFICAÇÃO DO(A) ENTREVISTADO(A)

Nome:	Idade:
Município:	Formação acadêmica: Ensino básico () Ensino Médio () Superior Incompleto () Superior () Qual _____
<p style="text-align: center;">Especialização em Políticas Públicas, Saúde Coletivas ou correlatos:</p> <p>Especialização em Medicina de Família e Comunidade () Não possui () Concluído () Em curso</p> <p>Especialização em Saúde da Família () Não possui () Concluído () Em curso</p> <p>Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva () Não possui () Concluído () Em curso</p> <p>Possui outra especialização? () Sim () Não Qual _____</p> <p>Possuiu experiências anteriores na saúde pública. Sim () Não ()</p>	
Natural de : _____ No cargo desde : ____/____/____	

Contexto da prática

Responda as questões abaixo, baseado em seu conhecimento sobre as políticas de atenção a saúde da mulher em seu município.

- 1) Número de Unidades de Saúde (US) em seu município (_____)
- 2) Número de Equipes de Saúde da Família em seu município (_____)
- 3) Número de Unidades de Saúde no município com atendimento de pré-natal (_____)
- 4) Adesão ao PHPN () Sim () Não
- 5) Adesão a Rede Cegonha () Sim () Não
- 6) Quantas US realizam reuniões de planejamento pelo menos 3 (três) vezes ao ano (_____)
- 7) Quantas Unidades de Saúde realizaram consulta puerperal em 2014 (_____)
- 8) Qual o número de reuniões do Conselho Municipal de Saúde (CMS) no ano de 2014, que se discutiram as estratégias em Saúde da Mulher? (_____)
- 9)
- 10) Como Sr(a) avalia estratégia de atenção a saúde da mulher em seu município.
() Muito boa () Boa () Regular () Ruim () Não conheço profundamente
- 11) Na estratégia de atenção integral à saúde da mulher, como Sr(a) avalia a política nacional editada pelo M.S.
() Muito boa () Boa () Regular () Ruim () Não conheço profundamente
- 12) Em 2014, Sr(a) saberia descrever quanto arrecadou com o SISPRENATAL.
() 500,00 a 2.000,00 () 2001,00 a 3.500,00 () 3.501,00 a 5.000,00 () > 5.000,00
() não saberia responder.
- 13) Como avalia sua participação frente às estratégias para atenção integral em saúde da mulher em seu município.
() Muito boa () Boa () Regular () Ruim () Não saberia responder
- 14) Quanto às reuniões de planejamento de ações, como avalia a sua participação.
() Muito boa () Boa () Regular () Ruim () Não saberia responder
- 15) Como avalia a adequação da oferta de serviços às necessidades de seu município
() Muito boa () Boa () Regular () Ruim () Não saberia responder

Contexto dos resultados/efeitos

16) Há dados oficiais sobre o impacto da política de saúde da mulher em seu município?

() sim () não

Se **sim**, o que eles mostram?

() Melhoria na qualidade do acesso

() Piora na qualidade do acesso

17) Quais são os recursos disponibilizados para a equipe de atenção básica que realiza atenção ao Pré Natal, Parto e Puerpério?

Informativos epidemiológicos () sim () não

Informativos da atenção básica () sim () não

Sala para consulta ginecológica exclusiva () sim () não

Outro(s) _____

17) Quando a gestante é atendida na unidade de saúde e necessita ser encaminhada para uma consulta especializada, quais são os percursos estabelecidos em seu município:

() O paciente sai da unidade de saúde com a consulta agendada.

() A consulta é marcada pela unidade de saúde e a data é posteriormente informada a paciente

() A consulta é marcada pelo próprio paciente junto à central de marcação de consultas especializadas.

() O paciente recebe uma ficha de encaminhamento/referência, sendo orientado a procurar um serviço ou profissional especializado.

() Não há um percurso definido.

18) A equipe possui protocolos com definição de diretrizes preventivas para:

Câncer do colo do útero () sim () não

Câncer de mama () sim () não

Pré-natal () sim () não

Qual Modelo de gestão financeira da saúde de seu município? _____

Existe programa de qualificação de servidores para atuação em saúde da mulher? () Sim () Não

Há programa de permanência/fixação dos profissionais de saúde em seu município. () Sim () Não

Obrigada!