



Artigos originais

Políticas públicas de atenção à saúde da mulher no município de União da Vitória-PR: Versão das usuárias da saúde pública praticada nas UBS

Public policies of health care of women in União da Vitória -PR: The version of users of public health services performed in ubs

Maria Luiza Milani¹
Eliani Aparecida Winhar Krug²

¹ Professora, Universidade do Contestado. Canoinhas, SC- Brasil

² Professora, Faculdades Integradas Vale do Iguacu. União da Vitória, PR- Brasil

Resumo: O estudo aborda a temática das políticas públicas e os programas de atenção à saúde da mulher em andamento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia de Saúde da Família (ESF) em União da Vitória-PR. O objetivo central do estudo foi o de diagnosticar a presença e a operacionalidade das políticas públicas e os programas de atenção à saúde da mulher, bem como das estruturas, estratégias e atividades visando a prevenção e promoção da saúde da mulher. O estudo considerou o período de 2000 a 2010. O estudo foi desenvolvido pelas pesquisas de abordagem qualitativa e quantitativa tanto das políticas públicas e os programas de atenção à saúde da mulher, como na pesquisa de campo com amostragem de mulheres moradoras das seis UBS que possuíam ESF. Se constatou que nesse município nem sempre se teve uma estrutura de saúde pública, e quando se fez a investigação empírica se evidenciou a presença de estruturas físicas bem como de um conjunto de estratégias que implementam políticas públicas de atenção à saúde da mulher em União da Vitória-PR. As mulheres procuram mais atendimento mas há um complexo conjunto de resistências que justificam a presença de preocupante quadro de morbimortalidade entre as mulheres. Porém, conclui-se que há um desafio para a gestão pública municipal. É preciso manter a saúde das populações com compromisso ético ao disposto constitucionalmente, rompendo com o histórico processo da superficialização e parcialização das intervenções pelas políticas públicas.

Palavras-chave: Políticas públicas; Saúde da Mulher; Atenção Primária e eficácia de atendimento.

Abstract: The study addresses the issue of the public policies and the women health care programs in progress in the Basic Health Units (BHU) with the Family Health Strategy (FHS) in União da Vitória-PR. The main aim of the study was to verify the implementation and operability of the public policies and the women health care programs, as well as the structures, strategies and activities for the prevention and promotion of women's health.

The study, which has considered the 2000-2010 period, was developed through researching of the qualitative and quantitative approach of both the public policies and programs of attention to women's health, as the research on the field with samples of women of the six UBS who had FHS. It was found that this city did not ever have a public health structure, and when an empirical research was done, this has revealed the presence of physical structures as well as a set of strategies that implement public policy of attention to women's health in União da Vitória -PR. Women are seeking for more treatment but there is a complicated set of opposition that justify the presence of a bothering situation of morbidity and mortality among women. Nevertheless, it is concluded that there is a challenge for the municipal public management. It is necessary to maintain the health of the populations with ethical commitment to the constitutional provisions, breaking with the historical process of trivial and fragmentary interventions by public policies.

Keywords: Public Policies; Woman Health; Primary Health Care and Effectiveness of Care.

1. Introdução

O estudo desenvolvido focou as políticas públicas e os programas de atenção à saúde da mulher em andamento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia de Saúde da Família (ESF) em União da Vitória-PR, para subsidiar a análise sobre a repercussão dessas políticas e programas no quadro de morbimortalidade feminina nesse território. O estudo considerou o período de 2000 a 2010.

Ao se discutir a polivalência da mulher na sociedade, cria-se um novo feminino. No entanto, este novo nem sempre faz com que a mulher conseguisse cumprir suas atribuições, entre elas o dever e o direito de cuidar de sua saúde.

Até início do século XX, somente os homens integravam o mercado de trabalho extra domicílio. Depois o movimento feminista e outras determinações impeliram a mulher a se inserir no mercado de trabalho, o que contribuiu para que adotasse hábitos que eram exclusivos do sexo masculino, como o uso de álcool e fumo, exposição aos riscos e às dinâmicas extra domicílio. As mulheres ficam desta forma, expostas ao estresse e fatores associados a doenças crônicas, bem como a acidentes e violências. Com isso, a mulher tem mais probabilidade de desenvolver doenças decorrentes de fatores externos ao seu corpo. Ainda, devido a exposição ao desgaste físico e psicológico, pode-se constatar que a mulher vem apresentando doenças neurológicas e do coração, o que favorece a morbidade ou mortalidade (morbimortalidade) feminina (GODINHO; MANIERE, 2002).

Com a probabilidade de desenvolver doenças, a mulher passa a necessitar de tratamentos específicos, causando impacto ao sistema de saúde, o que demandou posição peculiar do Estado na promoção de políticas públicas de escopo feminino. Desta forma, torna-se parte do pressuposto saúde e qualidade de vida, preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, a organização e a oferta nas rotinas da saúde pública, intervenções para a prevenção e a promoção em saúde, acessíveis às mulheres. Este atendimento pode ser oferecido em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e pela atenção primária, as quais devem disponibilizar serviços de orientação à população sobre os cuidados que se deve ter em todas as fases de sua vida.

Se considerarmos as estatísticas de morbimortalidade feminina, verifica-se que historicamente a mulher foi a principal afetada devido às suas condições de vida, fosse por questões insalubres de trabalho, fosse pela falta de atendimento médico. Mas em pleno século 21, há serviços de saúde destinados exclusivamente ao gênero feminino e as estatísticas demonstram que há cenários de doenças e da morbimortalidade preocupantes que atingem a mulher, mesmo que as políticas públicas e os programas de saúde existam.

Percebe-se que há defasagem na conscientização da população, em especial da mulher, para o exercício dos direitos reprodutivos ou não. Mesmo com a disponibilização de programas de saúde, destinados e exclusivos às mulheres, encontra-se mulheres que procuram os serviços de saúde com patologias já instaladas, há elevados índices de gravidez na adolescência e, mulheres internadas em hospitais para darem a luz, sem a realização de exames de pré-natal ou não tendo comparecido as consultas durante a gestação.

É preciso que a mulher efetivamente se aproprie e usufrua dos programas e das políticas de saúde. Sem a demanda efetiva aos recursos do SUS, pode ocorrer acomodação da gestão pública, no que diz respeito a averiguação da eficácia destes serviços no que tange ao cumprimento das propostas da saúde pública, devido ao desconhecimento e a insatisfação das usuárias.

Portanto, considera-se a relevância, do estudo apresentado neste texto por ele oportunizar conhecimento da situação das políticas públicas e programas com escopo na saúde da mulher em União da Vitória-PR, o qual intenciona subsidiar análise reflexiva e interventiva pela gestão pública municipal local e porque não dizer da gestão pública nacional, para que se possa reavaliar as ações das políticas públicas de saúde e reordenar a busca e a inclusão das mulheres aos serviços de saúde para elas destinados. Ainda por apresentar a visão e a versão das próprias mulheres com relação à sua saúde, esses programas e recursos e, os desafios para a melhoria da sua qualidade de vida.

2. OBJETIVOS

Este texto visar apresentar resultados da investigação empírica sobre a presença e operacionalidade das políticas públicas e os programas de atenção à saúde da mulher, bem como das estruturas, estratégias e atividades visando a prevenção e promoção da saúde da mulher.

Em especial o estudo foi norteado pelos objetivos de:

- pesquisar as Políticas Públicas de atenção à saúde da mulher implementados e em desenvolvimento em União da Vitória no período iniciado em 2000 até 2010;
- pesquisar como ocorre a busca e a adesão pelas mulheres aos recursos, programas e as ações direcionadas ao favorecimento da sua saúde em União da Vitória.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo foi desenvolvido pelas pesquisas de abordagem qualitativa e quantitativa. Os dados quantitativos apresentam as políticas públicas e os programas de atenção à saúde da mulher, implementados a partir do ano de 2000 até o ano 2010, devido a confiabilidade nos registros em relatórios e bancos de dados e que foram executados em seis (das 23 UBS do município) Unidades Básicas de Saúde (UBS) de União da Vitória-PR, as quais possuíam o programa de Estratégia de Saúde da Família (ESF), na oportunidade. Também os dados quantitativos apresentam cenários do universo feminino dos entorno dessas UBS.

As UBS delimitadas para a pesquisa encontravam-se localizadas nos bairros: Rocio, Limeira e Bela Vista; Nossa Senhora da Salete, São Brás e Sagrada Família e, na UBS dos Conjuntos (a qual abrangia a população residente ou não nos conjuntos habitacionais: São Luiz, Alto Paraíso, Carlos Guth, João Paulo II, Jacira Anibelli, Jardim Roseira, Vitória I e Vitória II, São Judas Tadeu).

Pela pesquisa qualitativa se apresenta a aceitação e o usufruto da população feminina aos serviços oferecidos por essas unidades. A escolha das mulheres que fizeram parte do estudo foi aleatória. Para a realização da pesquisa de campo se levou em conta: 1) a aceitação da mulher em participar do estudo; 2) fazer parte do grupo etário de 10 a 59 anos; e, 3) residir nas áreas de abrangências das UBS com ESF.

Para delimitar a amostragem se utilizou informações da Fundação Municipal de Saúde de União da Vitória (FUSA) e o relatório consolidado do SIAB (referente a novembro de 2010), que evidenciou na área de abrangência das UBS com ESF, um total de 8.119 mulheres na faixa etária determinada.

Pelo cálculo amostral aplicado sobre esse universo (8.119) se obteve uma amostragem de 582 usuárias residentes nas áreas de abrangência das seis UBS. Pela quantidade de mulheres em cada UBS a amostra por UBS ficou similar (cerca de 97 mulheres por unidade).

Para a realização da coleta de dados nesse contexto, primeiramente se percorreu as seis UBS, se coletou dados que permitiram certa caracterização dos territórios que acolheram essas unidades de saúde, bem como da população moradora e beneficiária

da saúde pública municipal. Para as visitas domiciliares às usuárias das UBS, acompanhou-se os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), no seu trabalho cotidiano.

Buscou-se não interferir nas respostas das usuárias quando preencheram o questionário. Na presença de dúvidas, buscou-se esclarecê-las, e, ainda, houve situações em que a usuária estava com dificuldade para escrever, então, as perguntas eram feitas verbalmente e descritas pelos entrevistadores. Ao término, o material preenchido era apresentado a usuária, que fazia a leitura comprovando que não houve alterações em suas respostas.

O questionário foi dividido em quatro sessões. Na primeira se identificou o perfil da usuária; na segunda parte, tratou-se sobre seu conhecimento sobre os programas de saúde disponíveis na UBS; na terceira sessão, se pesquisou sobre as formas que a usuária realiza os cuidados de sua saúde e, na quarta sessão, se coletou sugestões para a melhoria dos serviços de saúde em sua comunidade.

Os questionários continham perguntas abertas e fechadas, visando obter conhecimentos dessas mulheres, relacionados ao acesso, usufruto e satisfação com relação aos serviços prestados pelos recursos, programas e profissionais nas suas UBS.

Realizou-se a tabulação dos dados e criação de um banco específico, para o que se utilizou o software *Epi Info* e o programa *Excel 2007*, além de tabelas e quadros do software *Windows XP 2007*.

O tratamento final dos dados foi oportunizado pela análise de conteúdo, (BARDIN, 1995): pré análise: foram organizados os documentos e as informações de relatórios dos consolidados do SIAB e da FUSA; programas de políticas públicas destinados à mulher e coleta de dados pelos formulários aplicados às mulheres visitadas. A descrição analítica aprofundou-se o estudo sobre as políticas públicas de atenção à saúde da mulher e se relacionou com a adesão e usufruto das mulheres aos programas, especificamente, os de saúde da mulher. Já na análise do conteúdo se realizou a interpretação referencial, tendo como base os materiais teóricos pesquisados e sua relação com problema pesquisado.

O estudo teve envolvimento de seres humanos e para atender as exigências da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, passou pela avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), pelo parecer substanciado favorável, processo 305/2010. Todos os participantes da pesquisa, de forma livre e esclarecida, assinaram o Termo de Consentimento. As usuárias menores de 18 anos de idade tiveram a assinatura de um responsável seu, conforme orientação do CEP, uma cópia do Termo de Consentimento foi entregue aos sujeitos da pesquisa.

4. RESULTADOS

4.1 Saúde Pública em União da Vitória-PR

União da Vitória possui 52.753 habitantes (95% dos habitantes residem na área urbana e somente 5% reside na área rural. Por gênero essa população é composto por 25.826 (49%) de homens e 26.927 (51%) de mulheres (IBGE, 2010).

O índice de desenvolvimento humano (IDH) municipal é de 0,740, com 97% da população é alfabetizada. Parte dos domicílios recebe água tratada e rede esgoto sanitário e coleta de lixo parcialmente. A Vigilância Sanitária do município informa que há residências que ainda acessam água não tratada em poços domésticos. O coeficiente de mortalidade geral da população era 6,79 óbitos para cada 1000 habitantes (IPARDES, 2010).

Em União da Vitória-PR, a gestão pública municipal da saúde é conduzida pela A Fundação Municipal de Saúde (FUSA), criada pela Lei Municipal nº 1622 de 24 de

novembro de 1989. A FUSA é o gestor do SUS na esfera municipal e tem por responsabilidade garantir saúde com acesso universal, equânime e integral à população. A estrutura dos serviços de saúde municipal é habilitada para a Gestão Plena de Atenção Básica, assumindo a responsabilidade pelo atendimento básico à população e, a cada quatro anos é realizada a Conferência Municipal de Saúde (FUSA, 2010).

Nas atividades primárias, existem dois modelos de atendimento à saúde: o que cuida das ações básicas de saúde preventiva e curativa e, a ESF com ACS.

A rede física dos serviços de atenção primária é composta por vinte e três unidades de saúde; um pronto atendimento emergencial (que durante o dia funciona como clínica médica, atendendo a população para consultas médicas, encaminhamento para exames e, atendimento emergencial a acidentados no trabalho e trânsito); seis equipes de ESF que iniciaram as atividades no ano de 2000.

Cada equipe da ESF é composta por um médico; uma enfermeira; auxiliares de enfermagem; agentes comunitários de saúde. A ESF proporciona cobertura há 41% da população do município e as equipes estão organizadas nos bairros (FUSA, 2010).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) estava distribuído nos bairros: São Sebastião, Ouro Verde, Navegantes, Ponte Nova, São Joaquim, São Bernardo, São Gabriel, São Basílio Magno e Cristo Rei (PMUVA, 2010). Nestas localidades, os usuários, recebem atendimento médico pré-estabelecido pelo horário da permanência do médico ou ainda o usuário pode se dirigir a Clínica Médica ou ao Pronto Atendimento Emergencial (PAE).

No meio rural, encontram-se as UBS: do Rio Vermelho e a UBS da Colônia São Domingos, que presta atendimento de enfermagem por médico clínico geral. Estas UBS não estão providas da ESF, o que facilita a prática de atendimentos sem caráter científico, à população feminina (por pessoas que têm os conhecimentos passados de geração em geração, com práticas de benzimentos e pelo uso de ervas medicinais).

Segundo a Prefeitura Municipal de União da Vitória (2010) a estrutura assistencial de saúde oferecida à população inclui: uma equipe no Programa de Saúde Mental (CAPS I); tratamento aos adolescentes pelo Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD); um ambulatório para atendimento às crianças com situações de alto risco (prematuros ou doenças genéticas como má formação, cardíacos, filhos de mães diabéticas e desnutridos ao nascer); setores independentes e organizados de Vigilância Sanitária e Epidemiológica.

Ainda, há três hospitais credenciados pelo SUS que prestam atendimento à população do município e da região: um deles disponibiliza o serviço de hemodiálise e unidade de terapia intensiva; outro de unidade de terapia intensiva neonatal, pediátrica e gestação de alto risco, além de clínica geral e, o terceiro, oferece serviço de psiquiatria (FUSA, 2010).

União da Vitória era integrante do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu (CISVALI), com consultas especializadas, juntamente com outros oito municípios abrangidos pelo consórcio da Associação dos Municípios da Região Sul do Paraná (AMSULPAR).

Quanto as políticas públicas e os programas de atenção à saúde da mulher no município, do ano 2000 ao ano 2010 foram implementados: serviço de pré-natal; coleta de material para exame preventivo de câncer de colo de útero; informe à população feminina sobre autoexame das mamas; orientações sobre planejamento familiar e distribuição de anticoncepcionais orais e injetáveis. Eram oferecidos exames preservativos masculinos e femininos, bem como, orientações sobre DST/AIDS; encaminhamentos de mulheres vítimas de violências domésticas, para o serviço social do município para receberem a assistência necessária. O programa para atender hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) foi introduzido como subsídio à mulher, para controlar alterações da pressão arterial e/ou diabetes, bem como a distribuição gratuita de medicamentos e acompanhamento médico com exames específicos para doenças femininas.

Pela apresentação desse contexto da saúde no município, pode-se verificar a presença e oferta de políticas públicas e programas de saúde, os quais possibilitam que as mulheres possam receber atenção para sua doença, seja no meio urbano, ou nas questões da morbimortalidade feminina permaneciam.

4.2 Usuárias dos Serviços de Saúde

Por isso se fez coleta de dados com as mulheres residentes no entorno das UBS com ESF em União da Vitória-PR.

Todas as participantes da pesquisa de campo tinham idades entre 10 a 59 anos. A predominância da idade das entrevistadas concentrou-se na faixa intermediária dos 21 aos 50 anos. O conjunto das respostas proporcionou informações diversificadas, visto que em cada faixa etária, há diferentes formas de pensamentos e sentimentos.

Para caracterizar o comportamento sexual dessas mulheres, identificou-se seu estado civil. Essa situação pode relacionar mulheres com grupos de riscos (DST) por não terem parceiro fixo, mas o fato de possuírem parceiro fixo, não as exime de estarem em grupos de riscos (DST/AIDS). É importante a realização de consultas ginecológicas periódicas para identificar doenças inflamatórias pélvicas e a realização do exame para prevenção do câncer de colo uterino por todas as mulheres como também pelos riscos à exposição ao vírus HPV.

A indagação sobre uso de drogas lícitas (cigarros e bebidas alcoólicas) e o uso de drogas ilícitas (maconha, crack, cocaína), confirmou a hipótese de uso exagerado do cigarro. Porém, a preocupação recaiu na constatação do tabagismo na adolescência entre as moradores mais jovens na abrangência das seis UBS com ESF.

Mas foram as moradoras do entorno da Un. 05, que mais assumiram fazer uso constante de bebidas alcoólicas. Porém, sabe-se que o número de usuárias dependentes do álcool, nesta unidade era superior aos 16% das mulheres entrevistadas. Nas demais unidades a identificação de mulheres dependentes de álcool ocorreu, mas essas não assumiram essa situação nas entrevistas fosse pelo receio de serem questionadas sobre o fosse pelo receio de serem discriminadas.

O uso de álcool, além de provocar doenças, invalidez e morte, decorrentes de acidentes de trânsito, gera gastos públicos com os programas que poderiam ser empregados em outras ações para beneficiar a população. Todas as entrevistadas negaram seu envolvimento com as drogas ilícitas.

Quanto a atividade profissional além das tarefas do lar, evidenciou-se que das 582 usuárias, 65% trabalhavam exclusivamente para suas famílias, ou seja, 378 usuárias mulheres desenvolviam somente atividades domésticas sem remuneração dependiam financeiramente de seus companheiros ou familiares.

Esta informação é importante por dois motivos. O primeiro é pela identificação do número de mulheres desempregadas, pois esta situação pode tornar a família vulnerável às situações de desigualdade social. Outro fato, refere-se às condições de as mulheres comparecerem nas UBS para consultas, pois durante o dia estão em casa, bastaria a organização e administração do seu tempo.

Em uma residência visitada, havia 12 mulheres conversando e tomando chimarrão. Entre elas, algumas crianças brincavam. Verificou-se que o local apresentava lixo pelo chão, bem como cães soltos, apresentando sinais característicos de pulgas.

Esta informação traduz problemas e a precariedade doméstica relacionada à falta de higiene que traz doenças; discussões, que favorecem a violência doméstica; interferência no crescimento saudável da criança pelo fato de conviverem em ambiente agressivo; zoonoses devida a existência de cães soltos e contaminados por pulgas, favorecendo o surgimento de dermatites, inclusive a anemia, pelo fato de parasita alimentar-se de sangue.

A população feminina pesquisada reside nas comunidades do entorno das seis UBS, vivem lá há tempo considerado suficiente (acima de 3 anos) para conhecerem a dinâmica das UBS e conhecer os serviços de saúde que as UBS oferecem à população.

Por isso, a questão que levantou o nível de conhecimento das mulheres sobre a existência de programas e recursos de atenção à saúde destinados à mulher, não surpreendeu a concentração das respostas afirmativas das que sabem o que é oferecido pelas UBS de suas comunidades.

Quadro 01: Conhecimento da usuária sobre os programas de atenção à saúde da mulher nas seis UBS

Programa/recurso	Un.01	Un.02	Un.03	Un.04	Un.05	Un.06
Pré-natal	89	75	20	40	90	35
Preventivo de câncer de colo uterino	68	53	50	41	57	48
Violência contra a mulher	15	10	09	21	13	14
HIPERDIA	25	30	20	27	60	37
Climatério	16	15	09	11	12	16
Câncer de mama	70	30	14	36	43	25
Planejamento familiar	05	65	65	27	85	53

Fonte: Dados da pesquisa (2010).

OBS.: O formulário permitiu a indicação de mais de uma alternativa.

Porém, as entrevistadas alegaram não recorrerem aos programas e serviços das UBS de sua área, por estas não oferecerem aqueles que elas mais precisam. Outras, por não simpatizarem com os profissionais, ou ainda, pelo fato de o médico não satisfazer suas necessidades, ou seja, não proporcionar a atenção que a mulher deseja. Desta forma, as mulheres recorrem aos serviços das outras UBS ou as que possuem condições financeiras contrataram planos de saúde privados.

Durante a coleta de dados, identificou-se que as usuárias desconhecem o programa de enfrentamento a violência contra a mulher. Isto é um problema, visto que nas áreas visitadas existem usuárias que enfrentam a situação e não procuram ajuda.

Uma gestante, residente na abrangência da Un.03, não realizava o pré-natal na UBS, pela falta do médico obstetra. Faz o acompanhamento na unidade básica vizinha, visto que se recusou ser atendida pelo médico generalista da ESF.

Mas identificou-se que 07 gestantes que iniciaram consultas nas unidades mas após, foram encaminhadas para o pré-natal de alto risco. Os problemas apresentados que as caracterizou como sendo gestantes de alto risco foram: 04 são gestantes adolescentes; 02 gestantes apresentam diabetes gestacional; 01 gestante apresenta pré-eclâmpsia leve.

O centro de referência para o pré-natal de alto risco era oferecido pelo consórcio (CISVALE), tendo um médico especialista nesta área de saúde da mulher, que atende gestantes do município e da região.

Quanto ao cadastramento de mulheres no programa de coleta de material para o preventivo de câncer de colo uterino, localizou-se 74, distribuídas entre as seis UBS, totalizando apenas 12% das pesquisadas. Este resultado é assustador e caracteriza grave problema de saúde pública para o município. Esta identificação justifica os elevados números de mulheres com diagnósticos de cânceres nas UBS estudadas.

Mesmo apresentando-se resultados de aumento da demanda por mulheres para a coleta de material, nas campanhas, este resultado, indica que ainda é preciso investir mais nas orientações sobre as doenças e seus cuidados.

Quanto ao programa HIPERDIA, foram 60 mulheres das seis UBS, que participavam deles (10,3% das entrevistadas).

Quanto ao programa de prevenção de câncer de mama, somente 14 mulheres assumiram terem se cadastrado, porém é de rotina, antes da realização da coleta de material para o preventivo de câncer de colo uterino, o profissional realizar o exame físico

da mama. Assim essa baixa resposta dada pelas entrevistadas pode relacionar-se às seguintes hipóteses: que as usuárias, não entenderam a pergunta; crêem que este seja um programa isolado, do qual não estão cadastradas. Ainda, que o profissional não esclarece o porquê está realizando a inspeção das mamas, caracterizando-se em desinformação das mulheres.

Com relação ao programa de planejamento familiar entre as 116 mulheres, informam estarem cadastradas, destacando-se principalmente as respostas nas Un.01 e Un. 05.

Mesmo com a afirmação sobre conhecerem programas e recursos de atenção à saúde a mulher, muitas não usufruí deles, pois os números do adoecimento da população feminina, no município, em especial nas áreas estudadas, revela o quadro preocupante.

Quadro 02: Mulheres portadoras de câncer de mama na abrangência das seis UBS (2010)

Unidade	Usuárias com nódulos mamários	Casos de câncer confirmados	Em tratamento	Tratamento finalizado
01	29	04	Zero	04
02	15	03	03	Zero
03	01	Zero	Zero	01
04	25	06	06	Zero
05	Zero	Zero	Zero	Zero
06	16	01	01	Zero

Fonte: Dados da pesquisa (2010).

Quadro 03: Mulheres portadoras de câncer de colo uterino na abrangência das seis UBS (2010)

Unidade	Usuárias com diagnósticos sugestivos de câncer de colo uterino	Casos confirmados	Em tratamento	Tratamento finalizado
01	225	225	158	Zero
02	46	46	46	Zero
03	26	26	26	Zero
04	35	36	36	Zero
05	32	32	32	Zero
06	80*	26	30	24

Fonte: Dados da pesquisa (2010)

*Casos foram identificados no ano de 2009 e as usuárias continuavam em tratamento em 2010.

Das 582 mulheres pesquisadas, 58 (9,96%) realizaram a mamografia e ao serem as entrevistadas cuidam de suas doenças, ou seja, que cuidados têm quando sentem dores ou adoecem, identificou-se evidências da utilização de métodos alternativos para os cuidados da sua saúde e as formas que mais utilizavam apontadas foram: os chás, o barro, a oração, o benzimento, a simpatia e por fim, a acupuntura.

Na Un. 01, uma mulher ensina uma simpatia mães que amamentam “[...] para ter leite no peito, coloca água normal numa bacia branca e coloca os seios dentro dela. Depois cobre os seios com água e penteia ele com um pente branco, sempre levando a água com o pente até os seios. Deve ser feito uma só vez, se não a mulher terá muito leite no peito e aí pode empedrar”. (SIC)

Na Un. 05, outra mulher ensinava uma simpatia para **acabar com as cólicas menstruais. Dizia ela: “[...] espete em um garfo um miolo de pão. Depois torra no fogo e dê para a pessoa que esta com cólica comer. É tiro e queda” (SIC E UBS 5).**

Já na Un. 06, é ensinada por outra simpatia para que a mulher tenha seus seios firmes. “[...] É preciso ter sempre no congelador, cubos de gelo feitos com água de coco verde. Toda noite antes de deitar, deve-se esfregar uma pedrinha nos seios, em movimentos circulares. Antes de o gelo derreter, a mulher deve chupá-lo. Não deve enxugar os seios, eles devem secar naturalmente.” (SIC E UBS 6)

Já o uso da acupuntura foi mencionado por uma pequena parcela de mulheres. Esta técnica da medicina chinesa, que trata de doenças de maneira complementar, aprovada pela Portaria nº 971 de 03 de maio de 2006 e passou a fazer parte dos tratamentos oferecidos pelo SUS.

As mulheres buscam atendimento nas seis UBS, sempre que estiveram com alguma necessidade, por outro lado, a periodicidade que recebem visitas dos ACS, dos enfermeiros e dos médicos da ESF, quinzenal ou mensalmente.

Supõe-se que devido a presença de um ACS quando da pesquisa, as mulheres poderiam ter ficado constrangidas em dizer que recebem as visitas somente uma vez ao mês, mas se ouviu outras afirmações tais como: "faz tempo que não recebem as visitas" **(SIC E UBS 6)** em especial do ACS.

Foi levantado o nível de satisfação quanto aos programas de atenção à saúde da mulher, disponibilizados pela UBS. A maior parte das pesquisadas, está satisfeita com os serviços oferecidos nas UBS com ESF, em União da Vitória-PR.

A satisfação do usuário da saúde pública deve ser considerada um componente importante na qualidade do cuidado, que serve para avaliar e programar ações que permitam aprimorar a assistência já existente. Porém, percebeu-se com a pesquisa de campo que essa indagação estava relacionada à monitoramentos e avaliações quando as pessoas preferem respostas afirmativas e lacônicas do que assumir e explicitar seus descontentamentos.

5. DISCUSSÃO

A discussão e a análise sequente foi fundamentada em estudos bibliográficos, nos dados coletados com as mulheres, nas observações durante o desenvolvimento da pesquisa e, pelas informações obtidas com os funcionários das UBS quando se percebia incongruências nas respostas ou mesmo contradições entre os vários sujeitos..

Com relação a posição das UBS inseridas como instituição com atribuição de interferir na realidade da população em sua área de abrangência, evidencia-se que cada unidade possui características estruturais e humanas diferenciadas. Cada unidade presta assistência à população usuária da saúde pública, de forma distinta com convergências e divergências entre os aspectos relevantes a saúde, bem como quanto aos aspectos sociais e ambientais dos seus contextos.

As estruturas físicas da UBS não observam a Norma Reguladora (NR) 17, do MTPS nº 3.751/1990, em especial, nos artigos 17.3; 17.4 e 17.5, mas mesmo assim se está realizando atendimentos em construções que necessitam reestruturações. Nas unidades visitadas não foi observado o alvará da licença da Vigilância Sanitária para o funcionamento do estabelecimento de saúde. Por informações dos funcionários das UBS, esta licença estaria no prédio da FUSA, porém, a coordenadora das UBS informou não ter conhecimento da existência destes documentos.

O desconhecimento da licença sanitária para o funcionamento das UBS infringe a determinação do decreto da Presidência da República nº 77.952/76, que dispõe sobre a fiscalização sanitária das condições de exercício de profissões e ocupações técnicas e auxiliares, relacionados diretamente com a saúde (MS, 2007).

Pode-se constatar pelos dados os problemas da morbimortalidade não se relacionam unilateralmente ao quadro agravado das doenças que afetam os segmentos populacionais.

Há barreiras que se referem à gestão, os quais devem ser resolvidos imediatamente, pois estavam colocando em risco a saúde do usuário e dos próprios profissionais, visto que a vigilância sanitária é responsável pela área da saúde pública e responsável pela eliminação, diminuição e prevenção de riscos a saúde por meio de estratégias e ações educativas e fiscalizadoras nem sempre fez cumprir os requisitos de qualidade de vida nas UBS. O não cumprimento da fiscalização faz com que haja chances de agravos a saúde da população no município.

Verificou-se que o número de funcionários era reduzido nas seis UBS, principalmente de ACS. Estes profissionais se encontravam afastados por doenças, ou por estarem executando outra função, ou seja, fazendo serviços administrativos, realizando o

trabalho do recepcionista (desvio de função)¹, portanto executam funções distintas, das quais foram contratados e ainda, sem capacitação para a realização da tal função.

Verificou-se que nas UBS com ESF, havia um percentual significativo de famílias não atendidas, nem pelos ACS ou dos demais componentes da equipe do ESF. A redução de profissionais sobrecarrega aos demais, incentivando a delimitação de prioridades nos atendimentos, o que compromete a assistência dos usuários das políticas públicas, deixa-se de identificar precocemente complicações, seja de saúde, ou seja, social, o que é caracterizado como um grave problema. Pelas informações obtidas nas UBS, existem famílias para serem atendidas, era 'impossível' atender a todos com o número de funcionários que as UBS tinham e ainda tem desvio de função.

Analisando o número das famílias cadastradas, segundo a Portaria 1886/1997, deve haver um ACS responsável pelo acompanhamento de no máximo, 150 famílias ou, 750 pessoas. Porém, foi identificado que nas UBS com ESF, o número de famílias por ACS, chega até 202.2. Mas este número poderia chegar a 246 famílias se os ACS realizassem as visitas às famílias que ainda não atendidas pelo serviço.

Além de ultrapassarem as delimitações das diretrizes operacionais do Ministério da Saúde para o atendimento das famílias, torna o trabalho dos ACS cansativo e possibilita a inadequação das visitas, o que em longo prazo tornar-se um agravo à saúde pública, devido o aumento de doenças que poderiam ser identificadas em seu estado inicial.

A redução de profissionais do setor administrativo, na enfermagem e de ACS, faz com que o serviço de saúde fosse limitado nas seis UBS, prejudicando os usuários do sistema, ao acesso aos serviços de saúde devido à demora da resolatividade de seus problemas.

Este fato pode ter feito com que a população buscasse atendimento fora do bairro em que residem, caracterizando-se em um problema e desvia a proposta do MS quando criou o ESF era para favorecer a saúde dos moradores no local onde residem. Ainda, o que é preocupante é a perspectiva da população utilizar alternativas para o tratamento de suas doenças (rezas, benzimentos, simpatias, plantas medicinais), abandonam o tratamento da medicina, agravando o seu quadro de saúde como se constatou com a pesquisa.

Foram identificadas durante observações nos prontuários de mulheres que somente em 2010, 86 mulheres receberam diagnóstico de que poderiam estar com câncer de mama e, 445 mulheres que poderiam apresentar câncer de colo uterino.

O autoexame das mamas, não era utilizado como única fonte de identificação da doença. O exame das mamas pode ser feito na mulher antes do exame ginecológico, ou seja, antes da coleta do material para o exame preventivo. Aproveita-se deste momento, devido à exposição da usuária, que facilita visualizar externamente a anatomia mamária e fazer a inspeção, em busca de alterações.

Também, no ano de 2010 ocorreu redução do número de mulheres que buscou a UBS para realizar a coleta de material para o preventivo de câncer de colo uterino.

¹SÚMULA N. 378 - STJ. Reconhecido o desvio de função, o servidor faz jus às diferenças salariais decorrentes. Rel. Min. Arnaldo Esteves Lima, em 22/4/2009. Art. 37 (...)

II - a investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego, na forma prevista em lei, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº. 19, de 1998) (grifos nossos) A súmula em questão, trata dos casos em que servidor público desempenhou função alheia ao cargo para o qual foi originalmente provido, em virtude de desvio funcional. Razão pela qual, faz jus ao pagamento das diferenças salariais correspondentes a esse período, sob pena de haver locupletamento indevido por parte da Administração (YOSHIKAWA, 2009)

Pelo lado da gestão e visando atingir maior número de mulheres para a realização de coleta de material para o preventivo de câncer de colo uterino, desde o ano de 2004, em dois sábados no mês de novembro, o que poderia oportunizar acesso das mulheres, as UBS atendem as usuárias que em dias de semana não têm condições de buscarem este serviço, por estarem trabalhando.

O dia para a coleta de material para preventivo de câncer de colo uterino é chamado de "Dia D" cuja estratégia permitiu a coleta de 340 amostras de material somente no ano de 2010 (FUSA, 2010).

Cruzando as informações sobre os casos confirmados de cânceres no município nas seis UBS com ESF, verificou-se que 4,98 % do total das usuárias (n= 8121) cadastradas nas áreas de abrangências das UBS, na faixa etária de 10 a 59 anos, apresentam câncer de mama ou de colo uterino. Destes 14 (0,17%) casos identificados nas seis UBS, foram de câncer de mama e 391 (4,81%) casos identificados foram de câncer de colo uterino.

Utilizando-se por base as estimativas do INCA para cânceres de mama e de colo uterino no ano de 2010 em União da Vitória, a confirmação dessas patologias ultrapassou as estatísticas.

Esse quadro constatado leva a indagar a efetividade das políticas públicas e seus programas de atenção à saúde da mulher no município.

No conjunto dos possíveis aspectos que sustentam respostas a essa indagação, considera-se relevante a diversidade das condições de vida da população residente na área de abrangência das UBS. Havia pessoas que vivem em condição de pobreza e em pobreza extrema e, havia pessoas cuja renda garante-lhes condições favoráveis à uma vida mais digna.

Também, percebeu-se resistência e pouca receptividade às orientações, o que torna difícil falar sobre planejamento familiar, favorecendo gravidez seguidas uma da outra, sem o intervalo mínimo de dois anos, recomendado pelo MS (FREITAS *et.al.* 2007).

Neste aspecto, levou-se em consideração os condicionantes preconizados,

Para gestantes e nutrizes: Inscrever-se no pré-natal e comparecer às consultas na unidade de saúde mais próxima da residência, portando o cartão da gestante, de acordo com o calendário mínimo do Ministério da Saúde; Participar das atividades educativas ofertadas pelas equipes de saúde sobre aleitamento materno e promoção da alimentação saudável. Para os responsáveis pelas crianças menores de 07 anos: Levar a criança às unidades de saúde ou aos locais de vacinação e manter atualizado o calendário de imunização, conforme diretrizes do Ministério da Saúde; Levar a criança às unidades de saúde, portando o cartão de saúde da criança, para a realização do acompanhamento do estado nutricional e do desenvolvimento e outras ações, conforme calendário mínimo do Ministério da Saúde (MDS, 2010).

Evidenciou-se que o fator cultural manifestado das gestantes ressaltou as interferências na situação de carência da família. Esta mulher, não assimila que o número elevado de filhos traz consequências para a sua saúde (físicas ou psicológicas).

O comentário de uma entrevistada ocasionou preocupações. Ela é portadora de câncer de colo uterino e não realiza tratamento, não por dificuldade de acesso ao SUS, mas sim acredita que "Deus irá curá-la". **(SIC E UBS)**

A necessidade de se intensificar a prevenção do câncer é fundamental na sociedade contemporânea, visto que a doença atinge todos os grupos etários e ambos os gêneros. Desta forma a educação em saúde é uma das premissas a serem instigadas. Mas, não basta falar sobre a necessidade de fazer exames, é preciso fazer com que as pessoas o realizem, mas além disso reconheçam que a saúde é condição e vida e que as doenças que já estão devam se tratadas.

Então, se as explicações de funcionalidade do sistema, no tangente saúde, forem claras, há possibilidades de que a busca pelos programas de atenção à saúde recebam mulheres no contexto da doença e da saúde.

Por isso Zolboni *apud* Chaves; Martinês (2003, p.275), em seu estudo sobre Humanização no Programa da Saúde da Família, diz que:

Humanizar significa reconhecer as pessoas que buscam nos serviços de saúde a resolução de suas necessidades de saúde como sujeitos de direitos; é observar cada pessoa e cada família em sua singularidade, em suas necessidades específicas, com suas histórias particulares, com seus valores, crenças e desejos ampliando as possibilidades para que possam exercer sua autonomia.

O acolhimento das mulheres é fator fundamental para fazê-las se utilizarem dos benefícios que as UBS oferecem. Assim, é preciso haver empatia entre os profissionais e os usuários da saúde pública.

Por outro lado, entende-se que a educação em saúde se faz necessária no esclarecimento da população feminina sobre seus direitos², inclusive sobre como de se prevenir contra o câncer cérvico uterino e mamário.

Segundo o MS (2002, p.10) “[...] uma marcante característica do câncer do colo do útero é a sua associação, em todas as regiões do mundo, com o baixo nível socioeconômico, grupos que têm maior vulnerabilidade social”.

A falta de conhecimento das entrevistadas sobre climatério não foi considerado um problema, visto que menopausa é o termo mais conhecido entre a população. Porém, o problema diante disso emergiu quando foi explicado sobre o que se tratava e elas expressaram incertezas sobre programas nas UBS que tratassem disso.

As UBS devem seguir as orientações do Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa (2008), no qual são colocadas as formas de acolhimento, assistência e tratamento da mulher nesta fase da vida.

Reitera-se a reflexão sobre a necessidade da humanização na forma de atendimento, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, programa HumanizaSUS (2003). Neste aspecto a averiguação no que tange à satisfação dos usuários da saúde pública é um componente importante na qualidade do cuidado, bem como, a avaliação sobre a efetividade dos programas e ações e a sua reprogramação visando o aprimoramento do que vem sendo operacionalizado, com intervenções e estratégias de fácil implementação com repercussão.

6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Entre que conotaram limitações ao desenvolvimento do estudo destaca-se a confiabilidade dos bancos de dados oficiais, os quais nem sempre se encontravam, colocando em questão afirmações possíveis relacionados aos múltiplos fatores envolvidos com a temática das políticas públicas e os programas de atenção à saúde da mulher em andamento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia de Saúde da Família (ESF) em União da Vitória-PR.

Por um lado os setores da gestão pública entenderam que os processos de pesquisa estariam relacionados à avaliação das dinâmicas internas da operacionalidade das políticas públicas e receavam em evidenciar suas fragilidades. As pesquisas não são bem vinda e não são acolhidas como potenciais indicativos de ameaças que implicariam na efetividade das atribuições prerrogativas do Estado, em termos de responsabilidade

²Direito à vida; Direito à liberdade e a segurança pessoal; Direito à igualdade e a estar livre de todas as formas de discriminação; Direito à liberdade de pensamento; Direito à informação e a educação; Direito à privacidade; **Direito à saúde e a proteção desta**; Direito a construir relacionamento conjugal e a planejar sua família; Direito à decidir ter ou não ter filhos e quando tê-los; Direito aos benefícios do progresso científico; Direito à liberdade de reunião e participação política; Direito a não ser submetida a torturas e maltrato (ONU, 2005, Grifo do autor)

constitucional pela execução das políticas públicas em prol de uma sociedade de direitos (BOBBIO, 1995).

Por outro lado, a publicização e a transparência das intervenções do Estado, não se constituem em prática recorrente para evidenciar cenários concretos das políticas públicas e seus respectivos programas e intervenções estratégicas na efetivação da relação demanda-resposta, o que leva ao descrédito dos indicadores sociais favoráveis ao processo de desenvolvimento e bem estar social.

Nos períodos que antecedem eleições ou os que as sucedem são permeados por resistências e descasos com a qualidade de dados, como também a posição de profissionais que não se disponibilizam para fornecer suas informações e suas experiências quanto ao cotidiano no qual as políticas públicas e respectivos programas são desenvolvidos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir o estudo sobre a políticas públicas e os programas de atenção à saúde da mulher em andamento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia de Saúde da Família (ESF) em União da Vitória-PR, constatou-se que neste município nem sempre se teve uma estrutura de saúde pública como a evidenciada nos anos de 2010 e mesmo em 2011 quando se fez a pesquisa. Os dados de doenças e de mortes de mulheres em anos anteriores, destacou que havia muito mais casos de morbimortalidade que destacariam análises sobre os avanços das questões de gênero entre elas a primazia de políticas públicas de escopo feminino pela saúde pública brasileira.

As dificuldades encontradas pelas mulheres para buscarem a assistência à sua saúde podem estar relacionadas ao distanciamento das UBS e não se refere à distância física mesmo que a área geográfica das comunidades estudadas era irregular já que o localiza-se às margens do Rio Iguaçu. Ainda há o indicativo da cultura familiar, do conformismo e da falta de funcionários nas UBS. Por fim esse distanciamento pode estar relacionado com a estrutura deficiente das UBS.

Os objetivos do estudo foram atingidos visto que a investigação empírica sobre a presença e operacionalidade das políticas públicas e os programas de atenção à saúde da mulher e seus respectivos programas, bem como, das estruturas, estratégias e atividades visando a prevenção e promoção da saúde da mulher, evidenciou a presença de estruturas físicas (representação concreta da abstrata institucionalidade do Estado brasileiro) nas quais são operacionalizados um conjunto de estratégias que implementam políticas públicas de atenção à saúde da mulher em União da Vitória-PR, desde o ano de 2000 até 2010.

Ainda, no que tange a recorrência e adesão pelo segmento feminino, aos programas de atenção à sua saúde nas seis UBS em União da Vitória, mostra que houve mais procura pelos serviços de saúde pela população feminina. No entanto, a restrição a adesão, está relacionada a UBS não oferecer serviços de saúde especializados para tratamentos e não apenas para diagnósticos.

Como conclusões afirma-se que há necessidade de acomodação entre os distintos interesses e atribuições, que precisam ser adequados a situação cultural dos contextos sociais nos quais vivem as pessoas e suas demandas e anseios.

Conclui-se que há um desafio para a gestão pública municipal. É preciso manter a saúde das populações com compromisso ético ao disposto constitucionalmente, rompendo com o histórico processo da superficialização e parcialização das intervenções pelas políticas públicas.

Para o enfrentamento e redução dos quadros de morbimortalidade feminina há que se interferir ética e cientificamente sem interferir sobremaneira nas orientações culturais dos grupos e sugere-se que os profissionais de saúde reconheçam sua

contribuição na cura, mesmo que a interpretação da usuária sobre a sua doença e respectivo tratamento seja entendido de forma reducionista.

Para finalizar a pesquisa com as mulheres do sistema público de saúde do município de União da Vitória, evidenciou sugestões de encaminhamento para a melhoria do atendimento prestado nas seis UBS com ESF:

- Ampliação de médicos em mais especialidades;
- Médico ginecologista e obstetra em todas as UBS;
- Não fechar as UBS em horários de almoço;
- Manter um local mais confortável para o usuário aguardar para tirar fichas ou para as consultas;
- Implantar um bebedouro de água para os usuários;
- Ampliar a UBS, para dar mais conforto aos usuários;
- Tratar o usuário com mais respeito;
- Que os médicos cumpram seu horário de trabalho;
- Delimitar as prioridades de atendimento, principalmente para os idosos.

Referências Bibliográficas

1. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf. Acesso em 13 de outubro de 2010.
2. BOBBIO, Norberto. Positivismo jurídico: lições de filosofia do direito. São Paulo: Ícone, 1995.
3. BRASIL. Lei nº 10.098 de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L10098.htm. Acesso em 21 de novembro de 2010.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília, 2005.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: relatório final. Brasília, 2006.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção a Saúde da Mulher. Brasília. 2004.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1886/GM de 18 de dezembro de 1997. Dispõe de normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf. Acesso em 12 de março de 2010.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica. 2ª ed. atualizada e ampliada. Brasília: 2005.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 8 p. (Série E. Legislação de Saúde).
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Coordenação de Sistemas de Informações do SUS. Legislação Federal. Regulação do

- Exercício profissional de Enfermagem. Lei Federal nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/exerc_p/. Acesso em 18 de novembro de 2010.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Entendendo o SUS. Brasília. 2006. 30 p. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_entendendo_o_sus_2007.pdf. Acesso em 16 de janeiro de 2011.
 12. BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: a clínica ampliada. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
 13. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Viva Mulher-Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero: 2ª Fase de Intensificação. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/prevenção/programas/vivamulher>. Acesso em 12 de maio 2010.
 14. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 10.507. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2002/10507.htm>. Acesso em 15 de janeiro de 2011.
 15. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno, n.9).
 16. BRASIL. Ministério da Saúde. MS anuncia R\$ 94,4 milhões a mais para custeio de exames de câncer. 28/04/2009 às 15h48min. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=10127. Acesso em 12 de outubro de 2010.
 17. BRASIL. Ministério da Saúde. Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: Atenção à Saúde das Mulheres Negras [Maria Auxiliadora da Silva Benevides et al.]. 20 p.: il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). 2005. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_pop_negra/atencao_a_saude_das_mulheres_negras.pdf. Acesso em 07 de setembro de 2010.
 18. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3.925 de 17 de novembro de 1998. Disponível em: http://www.sopravariar.hpg.ig.com.br/manual_org_at_basica.doc. Acesso em 19 de junho de 2010.
 19. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 779, de 31 de dezembro de 2008. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica e que estabelece a integração do Plano de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco do Câncer do Colo do Útero e da Mama aos Planos Municipais e Estaduais de Saúde Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-779.htm>. Acesso em 29 de set. 2009.
 20. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 245, de 29 de janeiro de 2010. Aprova recursos para os Estados e o Distrito Federal, a título de co-financiamento, para pagamento nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2010, para aquisição de medicamentos de dispensação excepcional conforme a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.brasilus.com.br/legislacoes/gm/102763-245.html>. Acesso em 13 de fevereiro de 2010.
 21. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde; 2000.
 22. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde,

- Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
23. BRASIL, Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências sancionando a Lei Orgânica da Assistência Social. Disponível em: <http://Prattein.Publier.Com.Br/Dados/Anexos/113.pdf>. Acesso em 09 de abril de 2011.
 24. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 52 p. color.
 25. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos. O cartão nacional de saúde: instrumento para um novo modelo de atenção. In: Revista de Saúde Pública, v.34, n.5, p.561-64, out. 2000b. (Informes técnicos institucionais).Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n5/3229.pdf> Acesso 12 de janeiro de 2011.
 26. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher – 4ª edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002
 27. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília, DF, 2000e. 21p. Disponível em: <www.datasus.gov.br/sisprenatal>. Acesso em: 20 de março de 2009.
 28. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
 29. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informática. Hiperdia: Sistema de Cadastro e Acompanhamento dos hipertensos e diabéticos. Manual de operação Versão 1.5 M 02. Rio de Janeiro, 2002.
 30. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS. Hiperdia: Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensão e Diabetes. Rio de Janeiro: 2002a.104p.
 31. BRASIL. Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde. Oficinas de educação em saúde e comunicação. Brasília: 2001.80 p.
 32. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome – MDS. Bolsa Família. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>. Acesso em 21 de janeiro de 2011.
 33. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome – MDS. Condicionalidades. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/condicionalidades>. Acesso em 21 de janeiro de 2011.
 34. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e combate a fome. Condicionalidades da Bolsa Família. Disponível em: <http://mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/bolsafamilia/condicionalidades/beneficiario/codicionalidades>. Acesso em 17 de dezembro de 2010.
 35. BRASIL. Ministério do Trabalho e da Previdência Social. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 3.751, de 23 de novembro de 1990. Dispõe da necessidade de adequação da Norma Regulamentadora n.º 17 - ERGONOMIA, inserida na Portaria MTb/GM n.º 3.214, de 08 de junho de 1978, à evolução das relações de trabalho, dos métodos e avanços da tecnologia; Disponível em: http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/1990/p_19901123_3751.pdf. Acesso em 03 de janeiro de 2011.
 36. BRASIL. Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. Direitos de paciente usuários do SUS. 27 de maio de 2008. Disponível em:

- http://www.mpdff.gov.br/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=390&Itemid=105. Acesso em 20 de novembro de 2010.
37. BRASIL. Portaria nº 971 de 3 de maio de 2006. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-971.htm>. Acesso em 07 de setembro de 2010.
 38. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em 23 de dezembro de 2010.
 39. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm. Acesso em 23 de dezembro de 2010.
 40. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto Lei 5.452 de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/decreto-lei/del5452.htm>. Acesso em 21 de janeiro de 2011.
 41. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 9.294 de 15 de julho de 1996. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9294.htm. Acesso em 12 de setembro de 2010.
 42. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.664 de 29 de abril de 2008. Dispõe sobre a efetividade de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres de colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <http://www.leidireto.com.br/lei-11664.html>. Acesso em 03 de março de 2010.
 43. BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. In: Revista de saúde pública online, vol.34, nº 3 São Paulo, June, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n3/2237.pdf>. Acesso em 08 de setembro de 2010.
 44. BRASIL. Lei Orgânica da Saúde 8.080 de 20/09/1990. Dispõe sobre as
 45. condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
 46. Brasília, de 20 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/1990/8080.htm>. Acesso em:
 47. CHAVES, Eliane C; MARTINES, Wania R. V. Humanização no Programa de Saúde da Família. In: O mundo da saúde. São Paulo, ano 27 v. 27 n. 2 abr./jun. 2003. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/is_digital/is_0403/pdf/IS23%284%29112.pdf. Acesso em 12 de novembro de 2010.
 48. FREITAS, Fernando et al. Rotinas em obstetrícia. 5. ed. Rio de Janeiro: Artmed, 2007.
 49. FUSA. Fundação Municipal de Saúde de União da Vitória. Disponível em: <http://www.pmuniaodavitoria.com.br/index.php?exibir=secoes&ID=149>. Acesso em 10 de outubro de 2010.
 50. GODINHO, Rute, E; MANIERE, Cecília P. De que Morrem as Mulheres Brasileiras. Disponível em:

- http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/GT_SAU_ST35_Godinho_texto.pdf. Acesso em 03 de abr.2010.
51. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Câncer de colo uterino. http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/definicao . Acesso em 30 de mar.2010.
 52. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Fecundidade, natalidade e mortalidade. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/fecundidade.html#anc3>. Acesso em 26 de dezembro de 2010.
 53. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Nascidos vivos, ocorridos no ano, por sexo e local do nascimento, segundo a idade da mãe na ocasião do parto – 2009. Estatísticas do Registro Civil, v.36, 2009 Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/registrocivil/2009/tabelas_pdf/tabela1_3.pdf. Acesso em 12 de setembro de 2010.
 54. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Nascidos vivos, ocorridos no ano, por grupos de idade da mãe na ocasião do parto,
 55. INCA. Incidência de Câncer no Brasil Câncer de mama. http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama. Acesso em 30 de mar.2010.
 56. INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. Índice IPARDES de desempenho municipal CTBA, 2010. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/>. Acesso em 23 de dezembro de 2010.
 57. Informativo nº. 0391 períodos: 20 a 24 de abril de 2009. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/noticias/1039763/stj-edita-nova-sumula-sobre-desvio-de-funcao>. Acesso em 12 de janeiro de 2011.
 58. OMS. Organização das Nações Unidas. Declaração dos Direitos Humanos (1948). Disponível em: http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php. Acesso em 12 de setembro de 2010.
 59. Prefeitura Municipal da União da Vitória. Disponível em: www.pmuniaodavitoria.com.br. Acesso em 03 de abril de 2010.

Artigo Recebido: 2014.07.24

Aprovado para publicação: 2014.12.20

Maria Luiza Milani

Universidade do Contestado
Rua Roberto Ehlke, 86, Centro
Canoinhas - SC - CEP 89460-000
Email: marialuiza@unc.br
