



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECONCAVO DA BAHIA

CENTRO DE ARTES HUMANIDADES E LETRAS

COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL

OS CAMINHOS DA EQUIDADE: UM OLHAR SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE DA MULHER NO MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO DO CONDE - BA.

LEIDY ANNE DOS SANTOS ALENCAR

Cachoeira -BA

2013

LEIDY ANNE DOS SANTOS ALENCAR

OS CAMINHOS DA EQUIDADE: UM OLHAR SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE DA MULHER NO MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO DO CONDE - BA.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB, para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Valéria Miranda dos Santos Noronha

Orientadora

Cachoeira - BA

2013

LEIDY ANNE DOS SANTOS ALENCAR

OS CAMINHOS DA EQUIDADE:

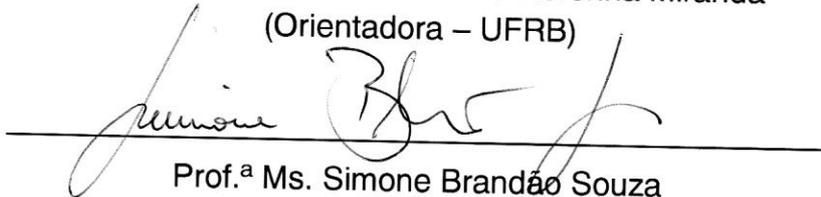
Um olhar sobre os determinantes sociais da saúde das mulheres atendidas pelo CRESAM do município de São Francisco do Conde – BA.

Cachoeira – BA, aprovada em 25/10/2013.

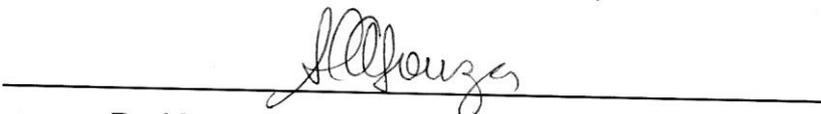
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Valéria dos Santos Noronha Miranda
(Orientadora – UFRB)



Prof.^a Ms. Simone Brandão Souza
(Membro Interno – UFRB)



Prof.^a Ms. Silvia Cristina Arantes de Souza
(Membro Interno – UFRB)

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a meu Deus pelo Dom da Vida, pela sabedoria, inteligência e saúde, por todas as minhas conquistas pessoais e profissionais ao longo de minha vida, e não somente nestes anos como universitária, mas que em todos os momentos é o maior mestre que uma pessoa pode conhecer e por ter colocado em meu caminho pessoas tão especiais, que não mediram esforços em me ajudar durante a realização deste grande sonho a estas pessoas externo aqui meus sinceros agradecimentos.

A minha família pelo exemplo de dedicação e perseverança, pela compreensão, carinho e amor. Aos meus pais Jaime e Leda e minhas irmãs Kelly e Jucy, de maneira toda especial, pois sempre foram os principais incentivadores e colaboradores durante esta caminhada. A minha pequena sobrinha Yasmim, pela pureza, alegria e vitalidade.

A minha Orientadora professora doutora Valeria Noronha Miranda, por ser esse ser humano lindo, você é muito especial para mim. Quero deixar aqui os meus sinceros agradecimentos pelas suas orientações, pelo compartilhar de conhecimentos e vivências pela paciência, carinho e confiança em mim dispensados desde o início dessa nossa grande parceria. MUITÍSSIMO obrigada minha querida "Val" como sempre te disse: "Tu te tornas eternamente responsável por aquilo que cativas" (A. S. Exupéry).

Aos demais professores (as), pela dedicação e ensinamentos compartilhados, pelos esclarecimentos e sugestões na qualificação por me proporcionar o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional, por tanto que se dedicaram a mim, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender. A palavra mestre, nunca fará justiça aos professores dedicados aos quais sem nominar terão os meus eternos agradecimentos.

A Universidade Federal do Recôncavo, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior.

Aos colegas da minha "Turma Bala" pelo constante aprendizado, em especial as amigas guerreiras Chirlene, Eliane e Eliene que compartilharam alegrias,

angústias, conhecimentos, ideias e aventuras nos infinitos dias dessa graduação. Foi uma convivência maravilhosa e enriquecedora, sei que todas nos faremos muito sucesso, e continuaremos compartilhando juntas.

Ao meu amigo, colega, companheiro e namorado Angelo Carvalho que sempre deu todo o apoio, amor, carinho, obrigada pela compreensão em todos os momentos até mesmo nas horas que não pudemos estar juntos devido aos estudos e principalmente por ser esse presente de Deus na minha vida.

As minhas amigas queridas Zinha e Riane que foram pacientes principalmente na minha ausência mostrando-se sempre prestativas e carinhosas, mesmo em meio aos meus limites e falta de atenção. Obrigada pelo apoio e dedicação. A todos os meus amigos pelo incentivo, carinho e dedicação.

A Secretária de Saúde do Município de São Francisco do Conde, na pessoa de Evandro Vieira, por ter aberto as portas da instituição para a UFRB e ter confiado no meu trabalho. Aos demais profissionais da SESA, pela confiança depositada.

A Família Cardoso de Carvalho por terem me acolhido e contribuído para que os meus dias fossem mais felizes. Aos meus amigos queridos do Grupo Conto em Cena pelos grandes momentos juntos, pelos trabalhos e risadas sinceras e também a Cia Cuca de Teatro que estiveram comigo durante todo esse processo. A Família do Terço pelas orações e palavras de incentivo.

Enfim, a todos e todas que contribuíram de forma direta ou indireta na realização deste trabalho. Agradeço!

Dedico esse trabalho a essência feminina! Do sofrimento e da alegria. Da sensibilidade e da garra.

A todos que de alguma forma sabem apreciar a complexidade feminina e seus valores, bem como sua alegria e magia.

“Eu sou aquela mulher, a quem o tempo muito ensinou. Ensinou a amar a vida, não desistir da luta Recomeçar na derrota renunciar a palavra e pensamentos negativos Acreditar nos valores humanos Ser otimista.”

(Cora Coralina)

RESUMO

O presente trabalho versa sobre a saúde da mulher, buscando refletir e discutir as desigualdades presentes no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir das análises e compreensões das usuárias atendidas pelo Centro de Referência da Saúde da Mulher (CRESAM), situado no município de São Francisco do Conde. O debate considera a efetivação das políticas voltadas à saúde da mulher, destacando as desigualdades sociais de classe, gênero, raça/etnia. A análise também avaliou o papel das Redes de Atenção na promoção, coordenação e integração dos serviços e das ações de saúde para o fortalecimento e efetivação dos princípios preconizados pelo SUS. No centro desta análise, um conceito de gênero transversal é utilizado na problematização das questões pertinentes à saúde objetivando romper com ideário biologicista que foi historicamente construído nos debates sobre a saúde da mulher, considerando o protagonismo do Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM). Em relação à metodologia empregada para alcançar os objetivos propostos, evidencia-se neste trabalho uma pesquisa de natureza eminentemente qualitativa. Além das pesquisas bibliográfica e documental foi realizada também a de campo, na qual participaram oito usuárias dos serviços de saúde do município de São Francisco do Conde, foi utilizada a análise de conteúdo como método de análise do discurso das entrevistadas. Nesse sentido, a contribuição das usuárias entrevistadas propiciou concluir que houve avanço nas políticas de atenção à saúde da mulher, no entanto, há lacunas a serem supridas; uma delas está na necessidade de considerar os determinantes sociais e a equidade em saúde como elementos fundamentais para a melhoria da qualidade no acesso e na utilização dos serviços de saúde. Nota-se, no entanto que a garantia da qualidade da atenção apresenta-se atualmente como um dos principais desafios do SUS, fazendo-se necessário, portanto, estabelecer novas alternativas que busquem assegurar as mulheres, a efetivação dos princípios de equidade, integralidade e universalidade no acesso e utilização dos serviços de saúde rumo à consolidação da promoção da Saúde da Mulher.

Palavras chaves: Saúde. Mulher. Determinantes sociais. Equidade. SUS.

ABSTRACT

The present work deals with the health of the woman, seeking to reflect and discuss the inequalities present in the Single Health System (SUS) from the analyzes and understandings of the users answered by Reference Center of the Woman's Health (CRESAM), located in the municipality of San Francisco do Conde. The discussion considers the realization of policies aimed at women's health, highlighting the social inequalities of class, gender, race/ethnicity. The analysis also evaluated the role of Networks of Attention on promotion, coordination and integration of services and of health actions for the strengthening and enforcement of the principles advocated by SUS. In the center of this analysis, a concept of gender is used in cross-sectional problematization of issues relevant to health aiming to break with biologicistic ideality which was historically built in debates on the health of women, whereas the role of the Program of Integral Attention to Women's Health (PAISM). In relation to the methodology employed to achieve the proposed objectives, highlights this work a search of an qualitative. In addition to the bibliographic and documentary research was also performed in the field, in which participated in eight users of health services in the municipality of São Francisco do Conde, content analysis was used as a method of analysis of the discourse of the interviewees. In this sense, the contribution of the users interviewed led to conclude that there has been progress in policy attention to women's health, however, there are gaps to be met, one of which is the need to consider the social determinants and health equity as fundamental elements for quality improvement in access and utilization of health services. Note, however that the guarantee of quality of care presents itself today as one of the main challenges of the NHS, making it necessary, therefore, to establish new alternatives that seek to ensure women, the realization of the principles of fairness, integrity and universal access and utilization of health services towards consolidating the promotion of Women's Health.

Keywords: Health. Women. Social determinants. Equity. SUS.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ABRES - Associação Brasileira de Economia em Saúde

AIS - Ações Integradas de Saúde

AMPASA - Associação de Membros do Ministério Público em Defesa da Saúde

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CIB - Comissões Intergestores Bipartites

CIT - Comissões Intergestores Tripartite

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde

CONASES - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

CONASP - Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária

CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras

CRESAM - Centro de Referência à Saúde da Mulher

CRESS - Conselho Regional de Serviço Social

DISAMI - Divisão de Saúde Materno-Infantil

DSS - Determinantes Sociais em Saúde

FPS - Frente Parlamentar da Saúde

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MS - Ministério da Saúde

NOB - Normas Operacionais Básicas

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PAIS - Programa de Ações Integradas de Saúde

PAISM - Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher

PCRI - Programa de Combate ao Racismo Institucional

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNPM - Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PNS - Política Nacional de Saúde
PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
RAS - Redes de Atenção a Saúde
RSB - Reforma Sanitária Brasileira
SEPIR - Secretária Especial de Promoção da Igualdade Racial
SEPPIR - Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SES - Secretarias de Estado da Saúde
SMS - Secretarias Municipais de Saúde
SRT - serviços de residência terapêutica
SUS - Sistema Único de Saúde
SUDES - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Localização	71
Figura 2 – Pirâmide Etária	72
Figura 3 – Produto Interno Bruto	74
Figura 2 – Desenho Representativo do Sistema de Saúde do Município de São Francisco do Conde	77

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – População Feminina predominante..... 73

Quadro 2 – Dados Populacionais..... 73

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	CONTEXTUALIZANDO HISTORICAMENTE AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: DO MARCO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA A IMPLEMENTAÇÃO DO SUS.....	17
2.1	Da Reforma Sanitária Brasileira à Implementação do SUS no Brasil;	20
2.2	O princípio da Equidade como fundamento da política pública de saúde.	31
3	O PAPEL DA REDE DE ATENDIMENTO À SAÚDE DA MULHER: DESAFIOS PARA OS CAMINHOS DA EQUIDADE.	43
3.1	Do PAISM aos Centros de Referência Especializados em Saúde da Mulher	49
3.2	A Dimensão da Integralidade na Saúde da Mulher: Ampliando o olhar sob a perspectiva de gênero	53
3.3	A Importância do CRESAM na Produção do Acesso e da Utilização Equânime.	61
4	O PERCURSO METODOLÓGICO: A PESQUISA DE CAMPO E APRESENTAÇÃO DOS PRINCIPAIS RESULTADOS	67
4.1	Metodologia: a construção do caminho.....	67
4.2	O Município de São Francisco do Conde: Uma história rica em cultura.....	70
4.2.1	<i>Aspecto Territorial</i>	70
4.2.2	<i>Aspectos Históricos</i>	71
4.2.3	<i>Aspectos Populacionais</i>	72
4.2.4	<i>Aspectos econômicos</i>	75
4.3	A Rede de atendimento à saúde de São Francisco do Conde e o papel do CRESAM;	76
4.4	Os Limites e as Possibilidades do Acesso e da Utilização dos Serviços de Saúde direcionados às Mulheres Atendidas no CRESAM de São Francisco do Conde.....	79
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	92
	APÊNDICES	

1 INTRODUÇÃO

As reformas ocorridas nos anos 80 apontavam para o desenvolvimento de um sistema de saúde que possibilitasse um acesso universal, uma integralidade da atenção, e viabilizasse ações de promoção e proteção da saúde adquirindo expressão legal e institucional na Constituição de 1988 com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990. Resultante do debate e reivindicações sobre a democratização da saúde, o SUS certamente representou, no âmbito das políticas sociais, uma transformação significativa do modelo de assistência à saúde.

Nesse sentido, o presente estudo tem por objetivo refletir e discutir sobre as desigualdades presentes no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o recorte de classe, gênero e étnico – racial. A proposta consistiu na aproximação da realidade com o intuito de desenvolver uma discussão acerca da efetivação das políticas de saúde voltadas para as mulheres, cujo lócus da pesquisa é o Centro de Referência à Saúde da Mulher (CRESAM) situado no município de São Francisco do Conde. É importante salientar, que o princípio da Equidade contemplado na política pública de saúde é o norteador desse debate.

A escolha desta temática emerge a partir da vivência e das reflexões estabelecidas no projeto Orun Aiyê: um estudo propositivo em defesa da saúde da população negra no Recôncavo Baiano, vinculado ao Núcleo de Estudos e Pesquisas Violência, Gênero, Raça/Etnia Maria Quitéria do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Além disso, se deve também pelo fato de considerar esta discussão atual, necessária e relevante principalmente no contexto do Recôncavo da Bahia, tendo em vista, a sua rica historicidade e a presença marcante da população pobre e negra na região, protagonizando permanentemente intensas lutas pela igualdade social e racial.

Sendo assim, o trabalho monográfico desenvolve no primeiro capítulo, uma problematização e contextualização histórica sobre a importância da política de saúde no Brasil, destacando a infinita relevância do Movimento de Reforma Sanitária na produção de um modelo assistencial de caráter universal, equânime e baseado na participação popular. De acordo com Miranda (2009) o projeto de Reforma Sanitária foi legitimado na 8ª Conferência Nacional de Saúde através de diferentes

forças sociais. [...] a definição do princípio do direito à saúde e dever do Estado consagrado no texto do relatório final, coloca em evidência a demanda pela universalização do acesso à saúde e pela intervenção do Estado no sistema de saúde.

O Projeto de Reforma Sanitária Brasileira pauta-se, não somente na reforma do setor saúde, mas também na reforma social por meio de princípios e diretrizes fundamentais para o processo da democratização da saúde, da sociedade, da cultura e poder público.

É traçado, ainda nesse primeiro capítulo uma reflexão acerca do princípio da equidade - um dos princípios basilares do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. O debate é realizado considerando seu surgimento e fortalecimento no desenvolvimento da política pública de saúde ao lado da universalidade e da integralidade. A concepção de equidade, enquanto justiça social, mostra-se, então como referência fundamental no processo de formulação e implementação das políticas públicas de saúde, propõe o debate sobre a inclusão da dimensão de gênero e raça na agenda das políticas públicas brasileira, destacando sua identificação no debate sobre os determinantes sociais da saúde como ferramentas importantes não só para explicar as iniquidades em saúde, mas também como um ponto de partida para combater as injustiças do acesso à saúde.

Nesse sentido, de acordo com Buss & Pellegrini (2006) é preciso ainda modelar as políticas e programas de saúde, embasados em informações sobre determinantes sociais em saúde, com a finalidade de que atinjam prioritariamente as pessoas que efetivamente mais precisam das ações do Estado. Diante dessa conjuntura é preciso destacar que para as respectivas políticas tornarem-se mais efetivas é necessário, portanto, por um lado, aumentar os conhecimentos sobre determinantes sociais em saúde, suas mediações e, por outro lado, facilitar a incorporação desses conhecimentos na definição e implantação das políticas.

No capítulo II são apresentadas as características e a importância das redes de atendimento para a melhoria do acesso e da utilização nos serviços de saúde. De acordo com o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) as redes de atenção à saúde [...] são fundamentais para a coordenação e a integração dos serviços e das ações de saúde, para a efetivação da universalidade, da equidade, da integralidade e para a qualidade da atenção à saúde da população.

É abordado também no segundo capítulo os avanços na atenção a saúde da mulher, após a criação do Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM) rompendo, a partir daí, com a visão restritiva da saúde da mulher que era até então reduzida apenas ao campo da reprodução, passando a contemplar a saúde da mulher em todas as fases de sua vida. Ainda, pontua o papel do CRESAM na produção do acesso e da utilização dos serviços de saúde, evidenciando as possibilidades de produção de serviços mais equânimes no campo da saúde da mulher.

No terceiro e último capítulo estão localizados o percurso metodológico e a apresentação dos resultados da pesquisa. O tipo de pesquisa adotado é de caráter qualitativo, onde foram utilizadas entrevistas não-estruturadas com análise e sistematização dos dados coletados por meio da técnica de análise de conteúdo. Além disso, a pesquisa bibliográfica foi o ponto de partida para uma aproximação com a temática da saúde da mulher. Neste item, foram discutidas criticamente as dificuldades cotidianas das mulheres no acesso aos serviços de saúde, elencando os desafios e entraves que permeiam a saúde na realidade do município de São Francisco do Conde. Foi identificada também a importância da saúde como variável dependente de determinantes sociais relacionados a dimensões biológicas, ambientais, estilos de vida e do sistema de prestação de cuidados e assistência à saúde da mulher.

Conclui-se, portanto que qualidade da atenção em saúde é condição essencial para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos.

2 CONTEXTUALIZANDO HISTORICAMENTE AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: DO MARCO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA A IMPLEMENTAÇÃO DO SUS.

A crise estrutural que assolou o capital mundial, a partir dos anos de 1970, contribuiu decisivamente para o fim do regime militar instaurado no Brasil desde 1964, o clima de ampliação das liberdades democráticas, próprias da abertura política, foi um dos condicionantes para a institucionalização legal de muitas reivindicações dos movimentos sociais na Constituição Federal de 1988, que estabeleceu um novo marco legal. Nesse sentido Behring e Boschetti (2008) declaram que:

A grande novidade, portanto, era o processo de redemocratização, apesar da crise econômica, com seu forte conteúdo reformista no sentido de desenhar na constituição políticas orientadas pelos princípios da universalização, responsabilidade pública e gestão democrática. Constituiu-se nesse período uma Mobilização Popular na Constituinte, reunindo movimentos sociais, personalidades e partidos políticos com compromisso democráticos que participariam dos grupos de trabalho, daí decorre, por exemplo, a introdução do conceito de seguridade social, articulando as políticas de previdência, saúde e assistência social, e dos direitos a elas vinculados. (p.144)

Nota-se, no entanto, que os anos compreendidos entre 1985 a 1990 foram de grandes conquistas na ampliação dos benefícios no campo social. A Constituição Federal de 1988 foi o marco regulador e institucionalizador das políticas públicas sociais. É nesse contexto, portanto que o debate sobre a Seguridade Social¹ (regulamentada pela Lei nº 8.212 de 1991 - Lei Orgânica da Seguridade Social), ganha espaço constituindo-se do tripé: saúde, assistência social e previdência. Sendo a saúde caracterizada pelo seu caráter universal, a assistência social direcionada a quem dela necessitar passando ambas as políticas “a ser direitos do cidadão e dever do Estado, e a previdência mistura contribuição com financiamento

¹ Seguridade Social compõem as políticas de saúde, previdência social e assistência social. “A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência Social.” (Brasil, 1988)

estatal” (FALEIROS, 2009, p. 204), preconizando-se uma ampliação da proteção social e do acesso aos direitos e serviços sociais pela população.

Boschetti (2003) destaca ainda que a institucionalização da Seguridade Social representou para o Brasil, ainda que tardiamente um movimento de reorganização de políticas públicas previamente existentes sob novas bases e princípios, com a ampliação, mas também introdução de novos direitos. No caso da saúde, o reconhecimento de que “a saúde é direito de todos e um dever do Estado” marcou uma mudança significativa com o modelo securitário representado pela medicina previdenciária, ampliando, assim, a própria concepção de direito à saúde. (FLEURY, 2006) Na assistência social, pela primeira vez, adquiriu o estatuto de política pública, entendida como área de intervenção do Estado, o que abriu possibilidades de rompimento com o legado assistencialista. E na Previdência Social, na qual se mantém a lógica contributiva para garantir sua sustentabilidade, verificou-se o afrouxamento do vínculo contributivo como princípio estruturante do sistema, legitimando programas de transferência de renda. (VIANNA, 2001).

No entanto, a Seguridade Social defendida pelo Serviço Social brasileiro aponta que: “a seguridade social é, sobretudo, um campo de luta e de formação de consciências críticas em relação à desigualdade social no Brasil, de organização dos trabalhadores.” A Carta de Maceió aprovado pelo Conjunto CFESS/CRESS no ano de 2000, aponta que a Seguridade deve ser impulsionada a avançar, para ir além das três políticas, incorporando outras, para que possa se constituir em verdadeiro padrão de proteção social no Brasil, para fortalecer os espaços de controle social, a fim de que estes sirvam para assegurar os princípios de universalidade, da cidadania, da democracia e da justiça social, provocando a articulação da sociedade civil em torno de propostas estratégicas do campo democrático-popular; para ser um campo de fortalecimento dos usuários como pessoas com direitos, e que mostre a importância da sua ação coletiva em prol de políticas públicas voltadas para os seus interesses.

Nesse sentido, somente é possível entender a trajetória das Políticas de Saúde no Brasil levando em consideração seu vínculo estreito com as mudanças ocorridas no sistema de proteção social, ou melhor, na própria política social.

A redemocratização foi, portanto, um grande “ponta pé” inicial para que o Estado brasileiro avançasse, sendo assim a partir de 1990 foram implementadas

uma gama maior de políticas sociais. Boschetti (2008) aponta características importantes do processo de desenvolvimento do sistema de proteção social, alguns desses aspectos foram: a implantação da saúde como direito de todos e a criação do SUDS. De acordo com Escorel (2008) “os SUDS surgiu como uma ponte, uma estratégia transitória para chegada ao Sistema Único de Saúde.” Ainda sobre esse aspecto Miranda (2009) destaca que:

[...] A transformação no arcabouço institucional do sistema de saúde foi feita primeiramente com a criação dos SUDS- Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde e posteriormente a constituição do SUS- Sistema Único de Saúde, reformulando administrativamente o setor saúde com o fortalecimento do setor público e com a diminuição da interferência da esfera privada na prestação dos serviços de saúde. (p.47)

Miranda (2009) ainda esclarece que:

Os SUDS conseguiram produzir uma inflexão na política previdenciária, pois as regras do jogo foram alteradas, obtendo mudanças na correlação de forças dos atores interessados na política do setor. Os SUDS se propõem em induzir a unificação descentralizada, encontrando impasses neste processo, tais como: dualidade Ministério da Saúde- MS e INAMPS e unificação sem real suporte jurídico. (p.46)

É válido considerar que o processo histórico de evolução dos sistemas de proteção foi de extrema importância para as mudanças ocorridas nesse cenário, a saúde e a assistência social deixaram finalmente de ter apenas aquele caráter vinculado aos direitos do trabalho formal.

Havia nesse período, conforme análise de Bravo (2007) dois grandes projetos em confronto: o Projeto de Reforma Sanitária - construído nos anos 80 e inscrito na CF de 1988 e o Projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 1990. O primeiro tem como discurso central assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde. Como aspectos significativos destacam-se: democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços com adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações (BRAVO, 2007). O segundo conhecido como projeto privatista, está pautado na Política de Ajuste que tem como principais

tendências à contenção dos gastos com racionalização da oferta; a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização. As reformas para o campo da saúde nessa ótica têm apresentado como propostas: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (Costa, 1997). É possível perceber que esse projeto tem interesses totalmente opostos ao que propunha o Projeto de Reforma Sanitária, suas principais premissas eram individualistas e fragmentadas, enquanto que o projeto contra hegemônico prezava pela coletividade e universalidade ao acesso e utilização dos serviços de saúde.

Ao que se refere especificamente à política de saúde, de acordo com Teixeira (1989 apud BRAVO e MENEZES, 2012 p.87) a análise da política de saúde na década de 80 tem como aspectos centrais a politização da saúde – rompendo com a racionalidade instrumental burocrática e tecnicista anterior, a alteração da norma constitucional – com a incorporação do direito à saúde como direito público e universal e a mudança do arcabouço dos fundamentos e práticas institucionais.

Tal debate evidência que a CF de 1988 conseguiu estabelecer significativos avanços ampliando direitos que objetivam a correção de injustiças sociais. Para Pereira (2002) tais avanços tiveram destaque na Seguridade Social e conseqüentemente na saúde. Nesse processo convém destacar e reafirmar como a própria Boschetti esclarece que muito embora, esses avanços na Seguridade Social tenham sido firmados principalmente a partir da constituição, ainda se apresentam como políticas pouco eficientes no tocante à redução da pobreza e da desigualdade socioeconômica do Brasil. Entretanto, no caso da saúde, essa tem se mostrado como a mais inclusiva das políticas sociais promovidas pelo Estado brasileiro, mesmo que ainda não exista uma total satisfação no que diz respeito à qualidade do sistema.

2.1 Da Reforma Sanitária Brasileira à Implementação do SUS no Brasil;

“o SUS é algo distinto, especial, não se reduzindo à reunião de palavras como sistema, único e saúde” (PAIM, 2009)

A trajetória de construção da Política de Saúde, como as outras políticas sociais, não foram providas pelo Estado de uma vez, foram sendo constituídas a partir de longos processos de organização e contaram com a participação coletiva e a mobilização social. Sua existência dependeu das lutas organizadas pelos movimentos sociais, sindicatos, comunidades, categorias profissionais e outros setores da sociedade civil, que exigiam direitos iguais na saúde. Paim (2009, pág. 41) destaca que: “embora o direito à saúde tenha sido difundido internacionalmente, desde a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948, somente quarenta anos depois o Brasil reconheceu formalmente a saúde como direito social”.

Um dos movimentos que tiveram maior destaque nesse contexto de lutas pela saúde foi o movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que teve o seu surgimento em meados da década de 1970. É, portanto, nesse cenário que dar-se início a um movimento contra-hegemônico que nos anos de 1980, traria rebatimentos importantes e significativos no que se refere à saúde no Brasil.

A Reforma Sanitária foi fruto de muitas lutas e mobilizações dos trabalhadores de saúde articulados a um movimento popular com o intuito de reverter o sistema perverso de saúde vigente na época, a Reforma Sanitária caracterizou-se como:

[...] um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema. Mendes (1995 apud GOMES 2011 p.3)

Na ocasião foram criados o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES)² e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO)³, que

² O CEBES foi criado em julho de 1976 durante a 32ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, realizada na Universidade de Brasília (UNB), trazendo para a discussão o

participam do processo de sistematização das propostas de mudança do modelo de saúde em vigor, como assinala Miranda (2009)

[...] construindo assim um novo marco na esfera das políticas de saúde no Brasil, trazendo para o centro do debate, a importância do processo de democratização da saúde, a partir da socialização da produção acadêmica, contendo um caráter crítico nas proposições elaboradas pela emergente Saúde Coletiva brasileira. (p.15)

É diante desse quadro de mobilizações pela saúde que ocorreram os primeiros encontros de secretários municipais de saúde, que se configuraria, mais tarde, como o Movimento Municipalista em Saúde⁴.

A proposta de Reforma Sanitária emergiu, de fato, no Brasil, especificamente a partir do ano de 1974, quando se inicia o período de abertura lenta e gradual do regime militar durante o governo do general Ernesto Geisel, um momento de importantes mudanças no panorama político e social do país. É neste contexto de abertura dos governos militares após um longo período de ditadura, que a saúde passa a ocupar um espaço de grande importância na agenda pública, principalmente com o protagonismo do movimento sanitário que teve em sua composição uma parcela do movimento estudantil da área da saúde, que ganhou espaço na sociedade, principalmente através do CEBES, atingindo assim, parte dos profissionais e, posteriormente, representantes das centrais sindicais que em sua

tema da democratização da saúde e constituindo-se como um intelectual coletivo, capaz de propor inovações significativas na dimensão do pensamento da saúde. (MIRANDA, 2009, pag. 14)

³ A Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva, surgiu em setembro de 1979, durante a "I Reunião sobre Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área da Saúde Pública, reuniram-se na sede da OPAS, em Brasília, técnicos, profissionais, alunos e professores da área da Saúde Coletiva, empenhados em fundar uma associação que congregasse os interesses dos diferentes cursos de pós-graduação da área. (ABRASCO, acesso em 27/07/2013).

⁴ O Movimento Municipalista teve um progressivo crescimento e articulação, destacando-se os Encontros Nacionais de Secretários Municipais de Saúde, que aconteceram em São José dos Campos (1982), Montes Claros (1985), Londrina (1987), culminando com a criação do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, em 1987 (CONASEMS). E, desse modo, passou a ter significativa participação do Movimento Sanitário e no processo de implantação do SUS, ao lado do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), e outros grupos institucionais e sociais. Segundo Muller, (1991) "[...] A municipalização representa a articulação, união e organização dos municípios brasileiros, em particular dos serviços municipais de saúde, através de seus dirigentes e técnicos, na defesa de um conjunto de temas e objetivos relacionados, à descentralização de recursos, de poder e ações no setor saúde." (ALMEIDA, 1998 p.29)

maioria constitui-se de profissionais de saúde, contou também com a participação de alguns parlamentares que tinham vínculos com a área da saúde, associaram-se ainda a estes setores, representantes dos movimentos populares de saúde e algumas entidades associativas de profissionais de saúde.

O movimento de Reforma Sanitária demonstrou que o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) também criado no ano de 1974, como resultado do desmembramento do INPS configurava-se segundo Miranda (2009) como:

[...] excludente e de baixa resolutividade, apresentando um alto grau de centralização, destaque para a atenção curativa, incentivo a privatização dos serviços de saúde com estímulo à formação de um complexo médico-empresarial ligado à prestação de serviços da rede previdenciária, com ausência de mecanismos de controle social. (p.19)

Diante disso em 1979, o general João Baptista Figueiredo assumiu a presidência com a promessa de abertura política e atenção a saúde, e de fato ainda nesse mesmo ano a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados promoveu, no período de 9 a 11 de outubro, o I Simpósio Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, em novembro de 1979, até o início das Ações Integradas de Saúde⁵, em 1982, o movimento sanitário foi construindo e ampliando sua organização, estabelecendo contatos e alianças com os demais movimentos pela democratização do país e configurando sua singularidade. Em março de 1980, a 7ª. Conferência Nacional de Saúde teve, como tema central, “Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos”. Seu objetivo era debater o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - Prevsáude, inicialmente denominado Pró-Saúde, que visava integrar, ou pelo menos articular, os ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social, a partir dos serviços básicos de saúde, e do qual participaram, em seu desenho, técnicos vinculados ao movimento sanitário. É interessante observar que ao longo da década 80 foram surgindo algumas instituições e programas com a intenção de organizar e democratizar os serviços de saúde, em 1981 é criado o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) que propõe reorganizar a assistência médica, sugerir critérios para

⁵ Segundo Arouca (1988 apud MIRANDA, 2009 p. 21) “as Ações Integradas de Saúde (AIS) eram consideradas como estratégicas para a implantação da Reforma Sanitária”.

alocação de recursos no sistema de saúde, estabelecer mecanismos de controle de custos e reavaliar o financiamento de assistência médico-hospitalar.(BRASIL, 1982). O CONASP propõe, em 1982, o plano de reorientação da assistência à saúde no âmbito da previdência social. As políticas de saúde passam a ser descentralizadas, universalizadas e hierarquizadas. A proposta operacional foi concretizada no Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) que, mais tarde em 1985, passou a Ações Integradas de Saúde (AIS). (VASCONCELOS, 2009 p.76-77). Nesse período o INAMPS, também passou por sucessivas mudanças com universalização progressiva do atendimento, como aponta Simões (2007) o Movimento da Reforma Sanitária foi uma demonstração de organização popular, democracia e cidadania, uma vez que, a partir dele, empreendeu-se a luta pela construção do Sistema Único de Saúde (Os anos de 1980 á 1983 ficaram conhecidos, no âmbito das políticas sociais, como o período da crise da previdência social).

Nesse movimento a Reforma Sanitária ganha um importante e fundamental destaque no cenário nacional, com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), aberta em 17 de março de 1986 por José Sarney, o primeiro presidente civil após a ditadura, foi à primeira CNS a ser aberta à sociedade, Bravo (2006), destaca que:

A 8ª Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde da sociedade. A questão saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária. (p.9)

De acordo com Silva (2012):

[...] a 8ª CNS foi, então, a fonte para a formulação das normas legais que regerão os serviços de saúde, com a regulamentação da Constituição Federal no ano de 1988 [...]É correto afirmar que a 8ª CNS foi o instrumento impulsionador do que podemos elencar de democratizar serviços de saúde, a cunho nacional. Ainda, foi o marco que convalidou, ou melhor, evidenciou o que se pode chamar de Reforma Sanitária. (p.20)

A 8ª CNS propôs reforma administrativa e a unificação das instituições e serviço de cuidados médicos em um único Ministério da Saúde, responsável pela condução e gestão de toda a política de saúde, além disso, conforme Bravo (2006) as propostas estabeleciam:

[...] a universalização do acesso à saúde, a concepção de saúde como direito social e dever do Estado, a descentralização do poder, passando as decisões também para as esferas estaduais e municipais, o financiamento efetivo e descentralização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde e as Conferências (BRAVO, 2006, p. 96).

Inicialmente o resultado da 8ª CNS foi a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) ⁶, um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais; o mais importante desse momento foi que contou com participação de muitos dos integrantes do movimento e chegou a conclusões altamente favoráveis ao mesmo; a emergência do SUDS a mobilização nacional formaram, portanto, as bases para a construção e aprovação da seção específica "Da Saúde" na Constituição Brasileira de 5 de outubro de 1988, a promulgação da nova Constituição estabeleceu o lema: "Saúde direito de todos e dever do Estado", ou seja, todo brasileiro tem garantido por lei o acesso às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Miranda (2009) salienta ainda que:

[...] o projeto de Reforma Sanitária foi legitimado na 8ª CNS através de diferentes forças sociais. [...] a definição do princípio do direito à saúde e dever do Estado consagrado no texto do relatório final, coloca em evidência a demanda pela universalização do acesso à saúde e pela intervenção do Estado no sistema de saúde. (p.37)

Dessa forma, tomando como suporte a Constituição, reforçando o argumento Vasconcelos (2009) aponta que os fundamentos do Sistema Único de Saúde⁷

⁶ Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), foi uma estratégia transitória para a chegada ao Sistema Único de Saúde, que estabelecia a transferência dos serviços de saúde para os estados e municípios; o estabelecimento de um gestor único de saúde em cada esfera de governo e a transferência para os níveis descentralizados dos instrumentos de controle sobre o setor privado. (SCOREL, 2008 p. 08).

⁷ Segundo Paim (2010) no SUS, a universalidade supõe que todos os brasileiros tenham acesso igualitário aos serviços de saúde e respectivas ações, sem qualquer barreira de natureza legal, econômica, física ou cultural. A equidade possibilita a concretização da justiça, com a prestação de

consistem na: “universalidade, equidade, uniformidade e equivalência, irreduzibilidade dos valores dos benefícios, gestão democrática, descentralizada e participativa [...] garantindo seu caráter público e de responsabilidade do estado”.

É importante ressaltar que as Constituições brasileiras anteriores não garantiam o direito à saúde. No máximo, cabia ao Estado cuidar da assistência pública e da prestação de assistência médica e hospitalar ao trabalhador filiado ao regime previdenciário. A garantia do direito à saúde ao cidadão, saúde compreendida como algo mais abrangente, como a própria OMS⁸ a define, só aparece no texto da Constituição Federal de 1988, ou seja, como já mencionado anteriormente por Paim (2009) somente 40 anos após a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Conforme Bravo (2007), a CF de 1988 é a mais progressiva das constituições, tendo em sua estrutura cinco artigos destinados à saúde.

No entanto, a implantação do SUS ocorreu de forma gradual, mesmo tendo sido instituído pela CF em 1988, só foi regulamentado dois anos depois pelas Leis nº. 8080/90(Lei Orgânica da Saúde) e pela lei nº 8142/90(que trata do financiamento da saúde e da participação popular), o Sistema Único de Saúde é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicos federais, estaduais e municipais e, complementarmente, por iniciativa privada que se vincule ao Sistema. (BRASIL, 1998).

Ao longo de 1989 a Plenária assumiu a condução dos debates da Lei Orgânica da Saúde, promulgada em 1990. No final de seu governo, Sarney transferiu o INAMPS para o Ministério da Saúde, estabelecendo uma nova configuração setorial: a unificação da assistência médica previdenciária ao MS.(SCOREL, 2008). Esse marco representou uma ruptura inédita com a história anterior das políticas sociais brasileiras, ao garantir o acesso à saúde enquanto direito social universal como ratifica o seu 2º artigo:

serviços, destacando um grupo ou categoria essencial, alvo especial das intervenções. E a integralidade tende a reforçar as ações intersetoriais e a construção de políticas públicas.

⁸ A Organização Mundial da Saúde - OMS define saúde como “o completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de enfermidade”. Tal conceito tem uma profunda relação com o desenvolvimento e expressa a associação entre qualidade de vida e saúde da população. A saúde, nesse sentido, é resultado de um processo de produção social e sofre influência de condições de vida adequadas de bens e serviços. (ANVISA, 2009)

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.. (BRASIL, 1990).

Frente a esse avanço na saúde, a lei define o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento no que diz respeito à gestão das políticas de saúde, que passa a ser definida de forma abrangente, as chamadas Normas Operacionais Básicas (NOB), configuram-se como instrumentos jurídico-institucionais editado periodicamente pelo Ministério da Saúde que tem o intuito de aprofundar e reorientar a implementação do SUS, definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimento tático-operacional, regular as relações entre os seus gestores e normatizar o SUS, sob esse aspecto Noronha (2008 apud MIRANDA 2009) esclarece que:

Essas normas expressam os acordos feitos com base no projeto de descentralização, originalmente assumido no processo de elaboração da Política Nacional de Saúde. As mesmas foram sendo alteradas e complementadas, sendo substituídas e definindo as atribuições dos gestores, os mecanismos de relacionamento e espaços de negociação entre os gestores do SUS e as responsabilidades e respectivas modalidades de transferência de recursos federais de custeio e remuneração de serviços, associadas às diferentes condições de gestão de Estados e Municípios. (p. 75)

Após a promulgação CF de 1988, muitos marcos históricos continuaram a demarcar a trajetória do SUS na busca da implementação de condições necessárias para a efetivação dos seus princípios. Em 1992 acontece a 9ª Conferência Nacional de Saúde com o tema: “A Municipalização é o Caminho”. Um ano depois em 1993 foi extinto o INAMPS, em Lei, nesse período ocorreu a Criação das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites – CIT e CIBs, dos Fundos de Saúde, das Condições de Gestão nos Municípios e Estados, da primeira grande pacto Tripartite que foi a NOB-93 e da aprovação na CIT e Conselho Nacional de Saúde – CNS do histórico documento “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei.” Estes avanços foram à reação contra a quebra

do SUS imposta pelos Ministérios da Fazenda e da Previdência com a retirada da maior fonte do financiamento federal da saúde, a Contribuição Previdenciária. (SAÚDE EM DEBATE, 2009).

Em 1995 e 1996 tem-se a vitória do SUS com a aprovação da Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras – CPMF para a saúde no Congresso Nacional e derrota a seguir com a retirada pelo Ministério da Fazenda de outras fontes, ficando para a saúde por volta de 1/3 da CPMF. É em 1996 que acontece a 10ª Conferência Nacional de Saúde e a aprovação da NOB-96. Já no ano de 2000 tem-se a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 sob pressão do CNS, Conselho Nacional de Secretarias de Estado da Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Frente Parlamentar da Saúde (FPS), quando a esfera federal impôs critério de cálculo (variação nominal do PIB). Tem-se também a Realização de mais uma conferência: a 11ª Conferência Nacional de Saúde.

Já em 2001, foi aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica, com o propósito de desinstitucionalizar a atenção e reforçar os direitos das pessoas com transtornos mentais, levando à implementação de serviços ambulatoriais, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e de serviços de residência terapêutica (SRT) para egressos de longa internação. Essa reforma levou à redução de 20.000 leitos psiquiátricos entre 2001 e 2010. Desde a aprovação da lei, o número de CAPS aumentou mais de três vezes (de 424 para 1.541) e o número de residências terapêuticas aumentou cinco vezes (de 85 para 475). (BRASIL, 2010)

No ano de 2003 realiza-se a 12ª Conferência Nacional de Saúde e a apresentação e tramitação do PLP nº 1/2003 de regulamentação da EC-29 em que ficam equalizados os critérios das contrapartidas das três esferas cabendo à federal, 10% no mínimo. Em 2004 tem-se uma atenção voltada a saúde da mulher com a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher; Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (até 2015). A proposta foi premiada pela Organização das Nações Unidas (ONU) como modelo de mobilização. É criada a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), pela Lei n.º 10.678.E em 2004 acontece o I Seminário Nacional de Saúde da População Negra.(CRIOLA, 2010)

Em 2005 acontece o 8º Simpósio Nacional sobre Política de Saúde na Câmara dos Deputados e articulação da FPS e o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO, Associação Brasileira de Economia em Saúde – ABRES, Associação de Membros do Ministério Público em Defesa da Saúde – AMPASA e Rede Unida. No mesmo ano tem-se o avanço referente à saúde reprodutiva com a Política Nacional de Direitos Sexuais e de Direitos Reprodutivos. Ainda no ano de 2005 e 2006: ocorre a formulação e discussão de elevado nível técnico e político pelo Ministério da Saúde – MS-CONASS-CONASEMS, do Pacto pela Vida⁹, em Defesa do SUS e de Gestão, aprovado na Tripartite e CNS e tentando ser implementado pelas Secretarias de Estado da Saúde – SES e Secretarias Municipais de Saúde – SMS orientadas pelas Bipartites. O 8º Simpósio e o Pacto expressam em grande parte a reação contra a ação do Governo sobre o Congresso Nacional, desde 2003 impedindo a regulamentação da EC-29. Coloca-se em pauta a Política de Atenção Integral à Reprodução Humana Assistida. Acontece também o II Seminário Nacional de Saúde da População Negra, marcado pelo reconhecimento oficial do MS da existência do racismo institucional nas instâncias do SUS. Aprovada em 2006 pelo Conselho Nacional de Saúde, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra define os princípios, objetivos e responsabilidades de gestão pública sobre a melhoria das condições de saúde desta população. (SAÚDE EM DEBATE, 2009)

A 13ª Conferência Nacional de Saúde aconteceu em 2007. Nesse mesmo ano é implementada a Política Nacional de Planejamento Familiar: oferta de métodos contraceptivos gratuitamente e venda de anticoncepcionais, na rede Farmácia Popular. Essa 13ª conferência caracterizou-se como um espaço oportuno para avaliação e aprofundamento das políticas de saúde para as comunidades quilombolas, população indígena e populações em condições de vulnerabilidade e iniquidades (BRASIL, 2007). Já em 2008 tem-se o incentivo ao parto normal com a Política Nacional pelo Parto Natural e Contra as Cesáreas Desnecessárias, em parceria com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): fixou parâmetros

⁹ O Pacto pela Vida é constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados derivados da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.(BRASIL, 2006)

para os serviços públicos e privados que atendem à parturiente e ao recém-nascido, com repasse de recursos iniciados em dezembro de 2008, para adaptações físicas e qualificação de profissionais. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA, 2010).

O Programa Academia da Saúde, criado pela Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011, tem como principal objetivo contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis. (BRASIL, 2013).

Com o resultado positivo protagonizado pela da Reforma Sanitária Brasileira, o SUS nos 24 anos de sua existência (as vésperas de completar 25 anos) vem se fortalecendo e conseguindo inovações institucionais, em um intenso processo de descentralização, avançou no sentido de aumentar amplamente o acesso aos cuidados de saúde para grande parte da população brasileira além de possibilitar os meios para promover e formalizar a participação social na criação de políticas de saúde e no controle do desempenho do sistema.

No entanto, é importante considerar que diante desse arsenal de conquistas e avanços ainda há muitos desafios a serem enfrentados diante dessa questão Miranda (2009) observa que:

[...] o maior desafio do SUS é continuar promovendo mudanças na organização dos serviços de saúde e nas práticas assistenciais para viabilizar o acesso e melhorar a qualidade do cuidado nos diferentes níveis de atenção, superando as profundas desigualdades em saúde, afirmando a saúde enquanto um direito. (p.62)

Faz-se necessário, portanto, elucidar que SUS é um sistema de saúde em desenvolvimento que continua a lutar para garantir a cobertura universal e equitativa dos seus serviços, buscando superar as barreiras da desigualdade quanto ao acesso, à utilização, a qualidade e prestação dos serviços, através de estratégias que sejam cada vez mais ampliadas e reforçadas. Colocadas essas questões ficam evidenciadas que as bases legais e normativas que compreendem o SUS já foram conquistadas, estabelecidas e já adquiriram bastante experiência operacional. Agora é preciso garantir ao SUS sua sustentabilidade política, econômica, científica e tecnológica.

2.2 O princípio da Equidade como fundamento da política pública de saúde.

“Pensar em saúde é pensar em equidade, acesso aos serviços e, principalmente, a diminuição das desigualdades.” (BEZERRA, 2005)

No Brasil, a política de saúde pública está consolidada, desde a Constituição Federal de 1988 que reconheceu a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado e estabeleceu a base para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado nos princípios da integralidade, universalidade e equidade no acesso aos serviços e ações de saúde. Como já foi dito anteriormente, esse reconhecimento constitucional do direito à saúde só foi possível após longos processos de luta política e graças à atuação do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira.

Sem dúvida, as décadas de 80 e 90 representaram um avanço na direção da democratização do acesso à saúde, como assinala Miranda (2009) a Reforma Sanitária brasileira significou na sua totalidade uma ampla defesa pela transformação do sistema de saúde no Brasil, impulsionando-o para vivenciar um processo de democratização na saúde jamais experimentado pela sociedade. Reforçando esse argumento Paim (2010) identifica que desde então O SUS tem sido reconhecido como uma política pública construída pelos movimentos sociais que lutaram pela democracia, ocupando espaços na Constituição e nas leis, tendo os governos a obrigação de implementá-la. Nesses termos, é possível afirmar que o SUS representa uma das maiores vitórias política conquistada pelo povo brasileiro. Porém, alguns desafios e antigos problemas ainda precisam ser superados, Baracho (2013) considera que o SUS tem um longo caminho a percorrer no processo de garantir o sucesso dos objetivos traçados por seus princípios e esta é uma ferramenta da mudança do panorama da Saúde Pública no Brasil, ou seja, a melhoria dos serviços oferecidos e a compreensão da saúde não apenas como um direito de todos, mas como uma prioridade do Estado, é fundamental para melhorar as condições de vida de cada brasileiro.

Nesse sentido, cabe ressaltar a importância das políticas públicas¹⁰ tendo em vista que sua finalidade é provê os direitos sociais e econômicos contidos na

¹⁰ Políticas públicas são iniciativas sustentadas pela sociedade que visam à redistribuição dos benefícios produzidos por todas e todos. Assim, a riqueza (material e imaterial) produzida deve ser

constituição. Para Souza (2007) não existe uma única, nem melhor definição sobre o que seja política pública, entretanto podem ser entendidas como respostas do Estado a problemas que emergem na sociedade, diante disso, TROTTA (2010) salienta que:

[...] a característica dominante das políticas públicas é a capacidade de o Estado intervir na sociedade no sentido de equilibrar conflitos entre os planos individual e coletivo, sobretudo aqueles provocados pela economia de mercado. As políticas públicas são determinações estratégicas de curto ou longo alcance que podem ser econômicas, sociais, militares, científicas, ambientais, educacionais etc. E as condições que as envolvem são: “reflexão”, “escolha” e “decisão”, que por sua vez se desdobram em formulação, planejamento, execução e avaliação. (p.82)

As políticas publicas assim vistas não devem ser concebidas como uma iniciativa exclusiva do Estado, necessitando para sua materialização a ação concreta de diversos atores sociais. Como reafirma Faleiros (2007):

As políticas sociais conduzidas pelo Estado capitalista representam um resultado da relação e do complexo desenvolvimento das forças produtivas e das forças sociais. Elas são o resultado da luta de classes e ao mesmo tempo contribuem para a reprodução das classes sociais. (p. 46)

Configuram-se assim, como grande desafio para o desenvolvimento de um SUS que de fato se consolide, garantindo a eficácia das práticas e a promoção da equidade, da universalidade e da integralidade. A efetivação das três dimensões supracitadas são de extrema importância para no enfrentamento dos desafios e para a melhoria do sistema publico de saúde.

No entanto, importa salientar que um dos principais desafios a serem superado ao longo desses quase vinte e cinco anos de consolidação do SUS, são os dilemas postos pela incorporação da equidade como princípio norteador das

repartida entre os diferentes grupos sociais de forma equitativa, visando melhorar sua qualidade de vida e também possibilitar a geração de mais riquezas materiais e simbólicas – e as políticas públicas devem ser uma forma democrática de distribuição destas riquezas por todas e todos. As políticas públicas são também importantes instrumentos para correção das injustiças sociais. Uma vez que podem induzir e produzir profundas mudanças através da liderança, do exemplo e da ação constante e firme na redução de desigualdades, das discriminações e para a mudança ideológica. (CRIOLA, 2010 p.17)

políticas de saúde no Brasil contemporâneo. Do ponto de vista semântico e etimológico a palavra equidade está próxima da igualdade, ambas são consideradas contrapontos para as desigualdades socioeconômicas e de saúde [...]. No caso da saúde, haveria que distinguir inicialmente as necessidades de saúde e as necessidades de serviços de saúde, o que remeteria para a separação, entre desigualdades nas condições de vida e saúde, de um lado, e desigualdades no acesso e consumo de serviços de saúde, de outro (ALMEIDA, 2002 apud PAIM 2006 p.37).

Nos registros documentais do movimento sanitário que antecedeu a implantação do Sistema Único de Saúde e no próprio relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que culminou na implantação do SUS, o termo equidade está restrito à “equidade em relação ao acesso dos que necessitam de atenção” dentro dos princípios do “novo Sistema Nacional de Saúde atinentes às condições de acesso e qualidade” (BRASIL, 1986). Sobre esse aspecto Escorel (2001) evidencia que:

A categoria da equidade está em voga. Embora não seja uma novidade conceitual, é recente sua utilização como princípio orientador do Sistema Único de Saúde. [...] A equidade não é uma categoria utilizada no discurso do movimento sanitário, não fez parte do Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (exceto como equidade no acesso) e não está plasmada em lei. Em textos posteriores o princípio da equidade é introduzido, ou melhor, transborda do acesso aos serviços de saúde para princípio orientador das políticas. (p.01)

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) considera o conceito de equidade como um “princípio básico para o desenvolvimento humano e a justiça social” [...]. Diferentemente do princípio da igualdade, baseado no conceito de cidadania que indica a igualdade de direitos, o princípio da equidade é baseado na ideia de justiça e reconhece que as desigualdades entre indivíduos e grupos demandam abordagens diversificadas como condição para a redução das diferenças existentes (Brasil, 2011). Reforçando o argumento Sposati (1999) aponta que:

[...] a noção de igualdade só se completa se compartilhada à noção de equidade. Não basta um padrão universal se este não comportar o direito à diferença. Não se trata mais de um padrão homogêneo, mas de um padrão equânime (p.128).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde o princípio da equidade se assentou em, reduzir a iniquidade (injustiça) de acesso e, com isso, fazer frente aos determinantes sociais do processo saúde-doença. (OMS, 2005); Escorel (2009) ainda enfatiza que as pessoas são diferentes, têm necessidades diversas. Assim uma distribuição equitativa responde ao segundo elemento do princípio marxista “de que cada um segundo suas capacidades, a cada um segundo suas necessidades.” O princípio de equidade surge no período contemporâneo associado aos direitos das minorias, Sobre essa questão, inclusive, Escorel (2001) assinala que:

Equidade introduz a diferença e surge no período contemporâneo associado às minorias (termo inclusivo que nomeou primeiramente as mulheres, povos indígenas e grupos étnicos, mas que hoje em dia incorpora temáticas diversas como a do louco e a do negro). “O reconhecimento de direitos a partir de grupos entra em conflito com o pensamento jurídico clássico, no que se refere à constituição de cidadanias plenas, isto é, a um modo de cidadania comum e indiferenciada. Os direitos coletivos estão sustentados no pertencimento a grupos de natureza e identidades diversas e portanto promovem a constituição de ‘cidadanias diferenciadas’” (Torres-Rivas, 1997 apud Maingon, 2000:12). (p.04)

Desse modo é possível identificar que a equidade em saúde tem sido incorporada nas políticas públicas de diversas maneiras e vem sendo reiterada como uma das principais referências para a avaliação das reformas setoriais e para a reorientação de políticas e do sistema de saúde; é importante perceber que nesse debate a questão central a ser abordada pelas políticas que almejam equidade em saúde, é a redução ou a eliminação das diferenças que advém de fatores considerados evitáveis e injustos, criando, dessa maneira, igual oportunidade em saúde e reduzindo as diferenças injustas o máximo possível.

Construir políticas públicas na máquina do Estado exige todo um trabalho de conexão com as forças do coletivo, com os Movimentos Sociais, com as práticas concretas no cotidiano dos serviços de saúde (BENEVIDES & PASSOS, 2005 apud MIRANDA 2009). De acordo com as informações do Ministério da Saúde as principais diretrizes que orientam as políticas de saúde atualmente buscam a obter a equidade em saúde por meio da redução das desigualdades sociais:

Estas políticas buscam incorporar as causas que determinam os processos de saúde e as condições de vida, resguardando os limites

do setor saúde e desafiando as práticas inter setoriais como reais produtoras de mudanças no nível de saúde dos grupos sociais. Consideram-se como causas determinantes da saúde: as condições de classe social, escolaridade, segurança alimentar, acesso a serviços e bens públicos que constituem a qualidade de vida, assim como a discriminação que ainda prevalece na sociedade, especialmente, o racismo, a homofobia e a misoginia.

O objetivo comum destas políticas se insere na concepção da justiça social nas quais as iniquidades em saúde possam ser tratadas além das desigualdades e das diferenças culturais e étnicas entre os diversos grupos. Esse enfoque, além de caracterizar os diferentes tipos de iniquidades em saúde, remete ao campo político da incorporação de valores éticos e morais explícitos na solidariedade como base do tecido social. (BRASIL, 2013).

Nesse contexto, importa salientar que, o princípio da Equidade como fundamento da política pública de saúde ainda é um desafio para o SUS e para os seus gestores tendo em vista, a necessidade de considerar as particularidades históricas, sociais políticas e culturais dos sujeitos de direito, aproximar o conjunto das demandas, das expressões das diversas necessidades dos usuários, às ofertas existentes no sistema. Isso, principalmente, no sentido de definir prioridades, fazendo-se necessário avaliar as condições de saúde da população e propor diretrizes de políticas públicas para resolver os problemas de saúde do país. Assim, sobre essa questão, corroborando com Escorel (2001) há, portanto, que pensar na equidade em saúde como um processo, permanente, em transformação, que vai mudando seu escopo e sua abrangência a medida que certos resultados são alcançados.

Desta forma, a saúde e a equidade em saúde devem ser entendidas como um estado determinado por múltiplos fatores e sua mensuração se dá por comparação a parâmetros estabelecidos. Portanto, é fundamental que se tenha clareza de que é possível superar as iniquidades com a presença de um Estado forte que aponte para a eficiência, a eficácia e para a equidade crescente.

2.3 Os Determinantes Sociais da Saúde: Elementos Fundamentais na Reflexão sobre as Políticas de Saúde destinadas para as Mulheres.

Antes de adentrar a temática dos determinantes sociais, é oportuno apresentar algumas reflexões e a contextualização histórica da atenção a Saúde da Mulher e da promoção da igualdade racial na saúde. Esses elementos são

essenciais para uma melhor compreensão do contexto específico sobre os determinantes sociais da saúde como norteadores das Políticas de Saúde da Mulher Negra.

Nesse sentido é preciso reconhecer que o processo de redemocratização que aconteceu em meados de 1970 e a nova carta constitucional, de 1988, introduziram significativos avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais. Nesse período emergiram no Brasil novos atores sociais interessados no debate da saúde, entre os quais destacam o Movimento Social Negro¹¹, movimento feminista e vários grupos de mulheres organizadas atuando intensamente em defesa da saúde e do planejamento familiar, tiveram como aliados nesse processo alguns integrantes do movimento de Reforma Sanitária.

De acordo com a UNFPA (2008) nesse período a equipe de Divisão de Saúde Materno-Infantil (DISAMI) do Ministério da Saúde, formados por participantes do movimento sanitaria, assumiu a tarefa de formular propostas avançadas para a população feminina, uma das mais importantes foi o “Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)”, essa equipe de planejadores, percebendo a importância da participação social na elaboração das políticas públicas convocou feministas para juntos realizarem a elaboração desse trabalho. Com o lançamento da PAISM em 1983, houve um rompimento com a antiga concepção de saúde da mulher que se restringia apenas a fase reprodutiva, abrangendo, portanto para uma:

[...] nova e diferenciada forma de abordagem da saúde da mulher, tendo como princípios a descentralização das ações, regionalização, equidade na atenção e participação comunitária para modificar e melhorar a assistência à saúde da mulher brasileira, buscando principalmente a maior atenção em todas as fases da vida da população feminina, objetivando ampliar, qualificar e humanizar a assistência à saúde da mulher no âmbito dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004).

Com esse novo conceito de atenção integral à saúde da mulher é redimensionado também o significado do corpo feminino no contexto social, expressando uma mudança de posição das mulheres. Ao situar no contexto mais amplo a atenção à saúde da mulher, a PAISM possibilitou o rompimento com a

¹¹ É o nome genérico dado ao conjunto dos diversos movimentos sociais afro-brasileiros, particularmente aqueles surgidos a partir da redemocratização no Rio de Janeiro e São Paulo. In: INSTITUTO AMMA PSIQUÉ E NEGRITUDE.

lógica antiga, vistas apenas como reprodutoras, passando a respeitar seus direitos. O programa incluiu a questão da concepção e da anticoncepção de forma conceitualmente distanciada dos objetivos demográficos em relação à fecundidade. Daí em diante, muitas propostas e processos foram reivindicados pelo movimento de mulheres na busca de uma mudança efetiva na promoção da Saúde da Mulher.

Analisando as ações de atenção à saúde da mulher realizada de 1990 a 2003 é possível afirmar que apesar do discurso integralizador, ainda assim, as políticas públicas voltadas a essa área de cuidado, mantiveram a ênfase na resolução de problemas de ordem reprodutiva (Intensifica-se o debate legislativo sobre planejamento Familiar, gravidez na adolescência, esterilização entre outros). Por outro lado, pôde ser observada a incorporação de um novo tema, a redução da violência sexual, demonstrando a preocupação dessas políticas em atender a mulher em seus aspectos mais gerais.

Registra-se então a partir de 2004 avanços significativos que merecem destaques, a saber: A Criação da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres que promove no mesmo ano a I Conferência Nacional sobre Políticas para Mulheres, depois dessa primeira conferência o governo elabora o Plano Nacional de Política para as Mulheres (PNPM). Ainda nesse ano o PAISM avança e passa a ser a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) tendo como relevância a diversidade e as necessidades específicas da população feminina (BRASIL, 2005).

Em 2005 é elaborada pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Promoção dos direitos sexuais e Reprodutivos, já no ano de 2007 acontece a II Conferência Nacional sobre Políticas para Mulheres a partir dessa conferência o PNPM foi avaliado, atualizado e lançou novos programas de ação na área de saúde e de direitos reprodutivos.

A preocupação com a saúde da mulher ganhou força em 2008 com a implantação do II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (II PNPM). Ele ampliou e aprofundou a atuação do governo na promoção de políticas de igualdade e justiça social com a inclusão de novos eixos estratégicos, que foram somados aos já existentes no I Plano, como a participação das mulheres nos espaços de poder e decisão; desenvolvimento sustentável no meio rural, na cidade e na floresta, com garantia de justiça ambiental, inclusão social, soberania, segurança alimentar; e

direito à terra, moradia digna e infraestrutura social nos meios rural e urbano. No ano de 2011, a capital Brasília foi palco da III Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, que teve como objetivo a atualização e a definição de prioridades para o próximo período, tendo por base as ações propostas no II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. (Brasil, 2011).

Entretanto, mesmo acontecendo grandes avanços ao que se refere à saúde da mulher a discussão a respeito do recorte étnico/racial só recentemente tem recebido uma atenção por parte dos órgãos públicos responsáveis pela elaboração e planejamento das políticas sociais e das ações de saúde, esse atraso contribui para a manutenção da situação de subalternidade e exclusão desse grupo social.

A inclusão do tema racial na agenda das políticas públicas brasileira, que só na última década vem acontecendo, são respostas ao protagonismo dos movimentos ético-raciais e de gênero que lutaram e lutam até hoje, não apenas no combater ao racismo, mas buscam efetivamente atuar na promoção da igualdade racial, um exemplo disso foi a atuação do Movimento Social Negro brasileiro na 11.^a e na 12.^a Conferências Nacionais de Saúde, realizadas respectivamente em 2000 e 2003, fortaleceu e ampliou sua participação social nas instâncias do SUS. Como resultado dessa atuação articulada, foram aprovadas propostas para o estabelecimento de padrões de equidade étnico-racial e de gênero na política de saúde do país, e é nesse contexto que o Estado começa a perceber, ainda que de forma tímida, a importância e a necessidade do desenvolvimento de políticas públicas específicas voltadas, em particular a população afrodescendente e, entre estas, as mulheres negras. Corroborando com Santos (2005) é possível identificar que:

[...] os estudos e políticas no campo da saúde não podem desconsiderar a necessidade urgente de refletir e enfrentar o desafio de investigar e monitorar as desigualdades em saúde, com o olhar para as diferenças raciais e/ou étnicas, com a intenção de subsidiar o planejamento de prioridades e avaliar o impacto dos investimentos e políticas adotadas e contribuir para a efetivação da equidade na atenção à saúde, através de ações que contemplem as especificidades raciais (p.21)

Dessa forma foram criadas entidades representativas de grande importância com a finalidade de impulsionar a criação de políticas de promoção da igualdade racial, a saber: Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI) no ano de 2001 e a Secretária Especial de Promoção da Igualdade Racial (SEPIR), em 2003. Essas Instituições juntamente com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Sistema Nacional das Nações Unidas e outras entidades a nível Nacional e Internacional veem conseguindo significativos avanços na inclusão das particularidades da saúde da população negra na Política Nacional de Saúde (PNS).

Somente no ano de 2006 é aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e oficializada em 2009. Essa recente política tem a finalidade de oferecer ao Sistema Único de Saúde (SUS), diretrizes para combater dois problemas: o racismo e as causas das altas taxas de adoecimento e morte da população negra. Nos termos da lei:

Seu propósito é garantir maior grau de equidade no que tange à efetivação do direito humano à saúde, em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não-transmissíveis, incluindo aqueles de maior prevalência nesse segmento populacional. Ela se insere na dinâmica do SUS, por meio de estratégias de gestão solidária e participativa, que incluem: utilização do quesito cor na produção de informações epidemiológicas para a definição de prioridades e tomada de decisão; ampliação e fortalecimento do controle social; desenvolvimento de ações e estratégias de identificação, abordagem, combate e prevenção do racismo institucional no ambiente de trabalho, nos processos de formação e educação permanente de profissionais; implementação de ações afirmativas para alcançar a equidade em saúde e promover a igualdade racial. (PNSIPN, 2009)

Contudo, é importante salientar que mesmo com esses avanços existem grandes desafios a serem superados visto que na sociedade brasileira (racista e sexista) as mulheres negras estão sujeitas as múltiplas discriminações. De acordo com Werneck (2001) as iniquidades em saúde das mulheres negras são heranças das desigualdades postas pelas relações sociais e políticas pautadas nas discriminações de origem racial e sexista violando direitos, impossibilitando as ações de políticas públicas assim como dificultando o acesso à ascensão social e a um serviço de saúde de qualidade, igualitário e que respeite a diversidade racial. Werneck (2001) ainda chama a atenção destacando que:

As desigualdades que atingem as mulheres negras no Brasil comumente apontam para a presença de uma tríplice discriminação: o fato de ser mulher, o de ser negra e a pobreza. Se por um lado esse esquema de análise torna mais fácil a compreensão de três poderosos fatores determinantes da violência estrutural que nos atinge, por outro requer a compreensão de que a mulher negra, enquanto ser indivisível vivencia simultaneamente graus extremos de violência decorrente do sexismo, do racismo e dos preconceitos de classe social, em um bloco monolítico (p.12).

Outro marco muito recente nesse segmento foi a aprovação do Estatuto da Igualdade Racial (Lei 12.288), em 2010. Este documento é um avanço muito importante, além de ser inédito (segundo informações da SEPPIR). Este documento legal, reuni as obrigações do setor público com intuito de superar as desigualdades raciais. Cabe salientar a importância de toda população independente de cor, raça ou etnia conheça o conteúdo dessa lei, as pessoas de posse desses conhecimentos, corroborem e passem a cobrar das instituições a aplicação daquilo que está escrito essa é a única maneira de fazer com que essa lei tenha o poder de modificar a vida das pessoas, não apenas das pessoas negras, tendo em vista que a igualdade racial não beneficia apenas a um grupo, é algo que, certamente, tem efeitos muito positivos para a sociedade como um todo.

Cabe aqui ressaltar, que o debate sobre os determinantes sociais¹² da saúde ganha seu protagonismo e constituem-se como ferramentas importantes não só para explicar as iniquidades em saúde, mas também como um ponto de partida para combater as injustiças do acesso à saúde. Em termos gerais, a lógica dos determinantes sociais da saúde está baseada em três temas segundo a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde¹³ (2008): O primeiro consiste em

¹² Determinantes Sociais da Saúde: As condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo aquelas relacionadas ao sistema de saúde. Essas circunstâncias são influenciadas pela distribuição de dinheiro, poder e recursos nos níveis global, nacional e local, que, por sua vez, é moldada pelas políticas vigentes. As iniquidades em saúde são causadas, em sua maioria, pelos determinantes sociais da saúde. o termo é utilizado para resumir as forças sociais, políticas, econômicas, ambientais e culturais mais amplas que influenciam as condições de vida das pessoas(CNDSS, 2008 p. 49)

¹³ A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), foi criada no em março de 2006, no âmbito do Ministério da Saúde que tem como principais objetivos:

- Produzir conhecimentos e informações sobre as relações entre os determinantes sociais e a situação de saúde, particularmente as iniquidades de saúde;
- Promover e avaliar políticas, programas e intervenções governamentais e não-governamentais realizadas em nível local, regional e nacional, relacionadas aos determinantes sociais da saúde;

reduzir as iniquidades em saúde, [...] o segundo, caracteriza-se em melhorar a saúde e ampliar o bem-estar, promover o desenvolvimento e, de forma geral, alcançar as metas de saúde, e o terceiro, destaca a necessidade que a distribuição igualitária da saúde seja alcançada. Podemos perceber que, o principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas.

Essas ações devem ser realizadas através de intervenções coordenadas nos diversos setores, visando à melhoria das políticas públicas de modo geral, para que isso gere mudanças positivas no estado de saúde da população, reduzindo-se as disparidades e as iniquidades. De acordo com a Seppir (2011)

Tais medidas devem estar voltadas para a produção e utilização de dados desagregados para a tomada de decisão; promoção da saúde; na garantia de participação ativa e efetiva de negras e negros adultos, adolescentes e jovens em todas as etapas do processo de gestão; no desenvolvimento das capacidades institucionais para garantir resolutividade na gestão, equidade e integralidade na atenção à saúde (formação e educação permanente de profissionais); pesquisa, desenvolvimento tecnológico e gestão do conhecimento. (p.12).

É notório que a questão racial frente às desigualdades históricas perpassa a sociedade brasileira marcada pelo preconceito racial, de classe social e de gênero, e que apesar dos avanços e conquistas importantes, que a luta e a organização das mulheres negras trouxeram, ainda tem-se grandes desafios pela frente. Dessa forma, são necessárias que em qualquer planejamento de ações de saúde da mulher, além do enfoque de gênero, sejam incorporadas também as questões relativas à raça/etnia, com o propósito de garantir a equidade em saúde para a redução das desigualdades raciais e respeito à dignidade das mulheres negras.

Nesse contexto, importa salientar que a Política parte do reconhecimento da existência dos efeitos perversos dos processos de discriminação e de exclusão

• Atuar junto a diversos setores da sociedade civil para promover uma tomada de consciência sobre a importância das relações entre saúde e condições de vida e sobre as possibilidades de atuação para diminuição das iniquidades de saúde.

sobre a saúde da população e, visando a sua superação, orienta-se para a promoção da equidade em saúde. Deste modo, é perceptível que apesar dos avanços o SUS ainda enfrenta desafios atuais que atravessa o sistema nesses quase 25 anos de institucionalização, tendo em vista que a saúde ainda não conseguiu atender o cidadão como realmente está descrito nos seus princípios e leis.

Diante dessa conjuntura deve-se ressaltar segundo Buss (2006) que para que essas políticas sejam mais efetivas é necessário, portanto, por um lado, aumentar os conhecimentos sobre determinantes sociais em saúde, suas hierarquias e mediações e, por outro lado, facilitar a incorporação desses conhecimentos na definição e implantação das políticas.

Na realidade para que as políticas de saúde se consolidem como políticas públicas voltadas a atender ao interesse público e à promoção da equidade, faz-se necessário o fortalecimento do processo democrático de definição dessas políticas, multiplicando os atores envolvidos, os espaços e oportunidades de interação entre eles e instrumentando sua participação com o acesso equitativo a informações e conhecimentos pertinentes.

3 O PAPEL DA REDE DE ATENDIMENTO À SAÚDE DA MULHER: DESAFIOS PARA OS CAMINHOS DA EQUIDADE.

Impulsionadas pelo processo de reabertura política do país e pelo Projeto de Reforma Sanitária que trouxeram consigo novas ideias e grandes perspectivas de mudanças no cenário nacional, o movimento feminista aparece nesse contexto ativo e mais amadurecido com duas principais bandeiras de luta: a luta contra a violência e a defesa da Saúde da Mulher. De acordo com a UNFPA (2008), o país apresentou-se nesse momento como negociador a favor dos direitos das mulheres. E desde então, tem-se trabalhado no sentido de superar os problemas existentes [...] em um contexto de grande heterogeneidade nas condições e capacidades da rede SUS.

No entanto, por diversas razões, de ordem política e estrutural, inclusive pelas dificuldades inerentes ao próprio processo de implementação do SUS, a perspectiva de promoção da atenção a Saúde da Mulher não se materializou de imediato, a articulação dessa temática nas políticas públicas é algo ainda muito recente e que sofre dificuldades, principalmente quando relacionada à transversalidade de raça e gênero e a concretização do princípio da equidade.

Ao refletir sobre a contextualização histórica do processo de desenvolvimento de políticas para as mulheres é possível identificar que somente em 2004, como já mencionado no tópico anterior, foi elaborado o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM). O PNPM estruturado em cinco capítulos, quais sejam: 1 – Autonomia, Igualdade no Mundo do Trabalho e Cidadania; 2 – Educação Inclusiva e Não Sexista; 3 – Saúde das Mulheres, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; 4 – Enfrentamento à Violência contra a Mulher e; 5 – Gestão e Monitoramento do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Em relação a cada um desses eixos, o PNPM aponta os objetivos, as metas, as prioridades e os planos de ação que devem ser desenvolvidos ou aprofundados para que mudanças qualitativas e quantitativas se efetivem na vida das mulheres brasileiras. (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, ao abordar a questão das Redes de Atenção a Saúde da Mulher concentrando a atenção no eixo três da PNPM - Saúde das Mulheres, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - este tópico propõe-se a discutir o papel dessas Redes de Atenção na construção e na efetivação dos caminhos da

equidade. De acordo com o documento elaborado pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) as redes de Atenção à Saúde¹⁴:

[...] São fundamentais para a coordenação e a integração dos serviços e das ações de saúde, para a efetivação da universalidade, da equidade, da integralidade e para a qualidade da atenção à saúde da população. A organização dos serviços e dos recursos em redes [...] evidenciam melhores resultados em saúde, menos internações, maior satisfação dos usuários, melhor uso dos recursos, serviços mais custos-efetivos e de melhor qualidade, maior cooperação entre gestores de diferentes serviços, entre outras vantagens.

Assim, ao ressaltar a importância das Redes de Atenção a Saúde (RAS) como uma alternativa que permite a oferta de uma atenção contínua, integral e equânime à saúde da população, torna-se necessário destacar que para efetivação dessas redes, duas questões são essenciais: a responsabilização pela atenção ao paciente e a articulação efetiva entre as unidades para garantir à população não apenas o acesso nominal, mas a continuidade do cuidado. De acordo com Mendes (2009) os distintos pontos de atenção à saúde constituem os nós da rede e o seu centro de comunicação integrador está na atenção básica. Diante disso, é importante perceber que o desenho de uma rede única não dá conta de todos os problemas de saúde, sendo fundamental a determinação de redes temáticas que ordenem previamente os fluxos das pessoas em todos os pontos de atenção da rede, desde a atenção primária à terciária, denominadas de linhas guias (MENDES, 2007). Essas linhas, no entanto, viabilizam um bom resultado e conseqüentemente um acesso mais equitativo dos serviços de saúde.

De acordo com as informações do portal do departamento de atenção básica do Ministério da Saúde (2012) a operacionalização das RAS só acontece pela interação dos seus três elementos constitutivos: população/região de saúde¹⁵

¹⁴ Mendes (2009, p.4) define as Redes como: [...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

¹⁵ **População e Região de Saúde** - Para preservar, recuperar e melhorar a saúde das pessoas e da comunidade, as RAS devem ser capazes de identificar claramente a população e a área geográfica sob sua responsabilidade. A região de saúde deve ser bem definida, baseada em parâmetros

definidas, estrutura operacional¹⁶ e por um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde¹⁷.

Desse modo, a organização do Sistema em rede possibilita a construção de vínculos e cooperação, comprometida com a garantia de oferecer acesso equânime ao conjunto de ações e serviços de saúde. Nesse processo, o desenvolvimento das RAS é reafirmado como estratégia de reestruturação do sistema de saúde tanto no que se refere a sua organização, quanto na qualidade e impacto da atenção prestada, e representando o acúmulo e o aperfeiçoamento da Política de Saúde com aprofundamento de ações efetivas para a consolidação do SUS como política pública voltada para a garantia de direitos constitucionais de cidadania (Brasil, 2010).

Em termos gerais, compreendendo a equidade como princípio de justiça social, que, junto com os outros princípios do SUS, universalidade, tanto de cobertura populacional quanto de atenção (integralidade), as RAS são consideradas como peças fundamentais para o alcance desses princípios, referente a esse aspecto Kuschnir, Baptista e Machado (2011) consideram que:

[...] Existe uma relação intrínseca entre a organização da atenção à saúde em rede e os objetivos da universalidade, equidade e integralidade. Em uma rede, os equipamentos e serviços não funcionam de forma isolada, responsabilizando-se conjuntamente pelo acesso, atenção integral e continuidade do cuidado à saúde das pessoas.

A construção de uma rede baseia-se na constatação de que os problemas de saúde não se distribuem uniformemente na população, no espaço e no tempo, e envolvem tecnologias de diferentes

espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável. (BRASIL, 2012)

¹⁶ **Estrutura Operacional** - A estrutura operacional das RAS é constituída pelos diferentes pontos de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde e pelas ligações que os comunicam. Os componentes que estruturam as RAS incluem: Atenção Básica à Saúde – centro de comunicação; os pontos de atenção secundária e terciária; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e o sistema de governança. (Idem)

¹⁷ **Modelo de Atenção à Saúde** - O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. Para a implantação das RAS, é necessária uma mudança no atual modelo de atenção hegemônico no SUS, ou seja, exige uma intervenção concomitante sobre as condições agudas e crônicas. (Idem)

complexidades e custos. Assim, a organização dos serviços é condição fundamental para que estes ofereçam as ações necessárias de forma apropriada. Para isso, é preciso definir as unidades que compõem a rede por níveis de atenção (hierarquização) e distribuí-las geograficamente (regionalização). (p.124)

Nesse sentido, para que se configurem redes de atenção à saúde é necessário, portanto, a existência de um conjunto de unidades de diferentes portes, níveis de complexidade e densidade tecnológica, em número suficiente para garantir cobertura à população.

É nesse contexto, portanto, que merece destaque o papel da Rede de Atendimento à Saúde da Mulher, tendo em vista que as mulheres, mesmo sendo as principais usuárias dos serviços de saúde, precisam de uma atenção especial, principalmente devido à sua particular condição biológica e/ou social. O fortalecimento dessas redes contribui com a redução da morbidade e mortalidade feminina, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem qualquer forma de discriminação. Por isso, o Ministério da Saúde vem investindo em democratizar o acesso através das Redes de Atenção e oferecer um atendimento de melhor qualidade às mulheres, com enfoque na equidade do atendimento e com a atenção maior voltada para a prevenção.

Entretanto, é importante salientar que a melhoria das condições de Saúde da Mulher depende do êxito das ações de saúde desenvolvidas nas unidades básicas, de responsabilidade de todos e, executadas por uma equipe multiprofissional, que atuam por meio do atendimento individual ou em grupo, adequados às necessidades específicas da mulher. De fato nos últimos anos a Saúde da Mulher tem sido prioridade no contexto da gestão federal do SUS, em acordo com as diretrizes do Pacto pela Saúde¹⁸, das Metas do Milênio¹⁹ entre outros acordos nacionais e internacionais.

¹⁸ O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. Aprovado por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde e publicado na Portaria GM/MS nº399, de 22 de fevereiro de 2006, foram definidas três dimensões no Pacto pela Saúde 2006: Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Vida e Pacto de Gestão. (BRASIL, 2006)

Nesses termos, a partir de uma breve análise é possível considerar que o trabalho conjunto desenvolvido pelas diferentes subsecretarias, superintendências e áreas técnicas foi crucial para o estabelecimento de Redes de Atenção à Saúde e consequente melhora no acesso e na atenção aos usuários do SUS. De acordo com informações do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) são muitos os avanços e desafios enfrentados no desenvolvimento dessas redes. Entre os avanços, destacam-se:

- Aproximação e integração entre as diversas áreas técnicas, para planejamento articulado e execução compartilhada das estratégias das ações. Aproximação, no interior da própria secretaria estadual, dos diferentes níveis hierárquicos e revisão das atividades de planejamento das ações e da formulação das políticas de saúde;
- Integração de diferentes projetos e programas desenvolvidos pelas áreas técnicas, potencializando o uso dos recursos materiais e a gestão de pessoas;
- Integração entre as diversas esferas de gestão. Integração dos planos regionais para as redes temáticas e convergência do subprojeto com iniciativas operadas pelos entes estaduais e municipais;
- Análise rica de indicadores socioeconômicos, demográficos, epidemiológicos e de gestão, os quais evidenciaram as demandas/necessidades da região.
- Fortalecimento do controle social.
- Ampliação e otimização do acesso aos usuários e aumento na qualidade da atenção.
- Socialização das experiências existentes nas diversas instituições/pontos de atenção à saúde, na gestão e na gerência dos serviços, na criação de estratégias na assistência.

Mesmo com os avanços algumas dificuldades também foram mencionadas pelo CONASS, destacam-se:

¹⁹ A Organização das Nações Unidas promoveu, em setembro de 2000, a Assembleia do Milênio, o debate resultou na aprovação da Declaração do Milênio um documento que consolidou várias metas estabelecidas nas conferências mundiais ocorridas ao longo dos anos 90, estabelecendo 8 Objetivos do Milênio – ODM, que no Brasil são chamados de 8 Jeitos de Mudar o Mundo – que devem ser atingidos por todos os países até 2015. Os oito objetivos gerais estabelecidos foram: Erradicar a extrema pobreza e a fome; Atingir o ensino básico universal; **Promover a igualdade de gênero e a autonomia das mulheres;** **Reduzir a mortalidade infantil;** **Melhorar a saúde materna;** Combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças; Garantir a sustentabilidade ambiental; Estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento(ONU, 2000 - grifos meu).

- Dificuldade de exercer cogestão e apoio institucional de forma mais democrática e participativa.
- Estabelecimento de critérios para definir as regiões sanitárias a iniciar as atividades.
- Insuficiência de informações para análise diagnóstica dos serviços das redes temáticas.
- Realizar regulação em todos os níveis: local, micro e macrorregional.
- Escassez de estrutura das SES, seja de recursos humanos com sobrecarga de trabalho dos técnicos, seja de dificuldade logística, principalmente no que se refere ao deslocamento dos técnicos para cumprimento de agendas presenciais pactuadas.
- Falta de compromisso de alguns municípios com as atividades de planificação
- Fragmentação das ações nas diferentes diretorias que compõem a secretaria estadual.
- Divergência do duplo comando: dos programas organizados por ciclos de vida e da organização em redes.
- Implementação simultânea de diferentes projetos, no caso o Qualisus²⁰ e a proposta de organização de RAS, confundindo equipes e dispersando recursos.
- Necessidade de melhoria na comunicação entre as áreas técnicas do Ministério da Saúde e a SES. Comunicação entre os serviços de saúde. Necessidade de articulação e comunicação mais afinada nas relações interfederativas, envolvendo governo federal, estados e municípios
- Descontinuidade no apoio institucional do Ministério da Saúde.
- Redução dos incentivos previstos por limitações orçamentárias e financeiras, prejudicando a lógica do desenho já estabelecido.

Ademais, os desafios ora colocados não são pequenos, os usuários do SUS “caminham” nestas Redes na busca de uma atenção qualificada a saúde, e dependem da eficácia desta articulação para ter suas necessidades atendidas. Apesar do inegável avanço, é essencial questionar e analisar a implementação e a

²⁰ A Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (Qualisus) foi lançada publicamente em 2003, com o objetivo central de elevar o nível de qualidade da assistência prestada à população pelo SUS, representando assim a síntese das aspirações e necessidades da população de uma atenção à saúde que garanta o acesso a todos os níveis de complexidade e, principalmente, uma atenção eficaz, efetiva e humana como parte de seus direitos de cidadania (OPAS, 2005)

efetivação das Redes nas unidades de saúde do Brasil, nos seus estados e inúmeros municípios, e ainda, procurar observar se os profissionais de saúde que lidam diretamente com o público feminino estão preparados para atendê-las respeitando e levando em consideração o princípio da equidade.

3.1 Do PAISM aos Centros de Referência Especializados em Saúde da Mulher

O Ministério da Saúde divulgou oficialmente o PAISM em 1984, através do documento preparado por uma comissão convocada especialmente para a elaboração do Programa: "Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática". Para estabelecer sua proposta, o Ministério pautava-se na verificação de que o cuidado da saúde da mulher pelo sistema de saúde, até o momento, focava-se apenas no período gravídico-puerperal. E, mesmo esse, era ineficiente. Considerava-se esse quadro agravado em face da [...] crescente presença da mulher na força de trabalho, além do seu papel fundamental no núcleo familiar (BRASIL, 1984). Com a formulação de propostas de atenção integral à saúde da mulher que incluíram, pela primeira vez, serviços públicos de contracepção, e que visavam à incorporação da própria mulher como sujeito ativo no cuidado da sua saúde, as políticas de saúde deram um importante salto de qualidade, de acordo com o Ministério da Saúde:

O PAISM, enquanto diretriz filosófica e política, incorporou também, princípios norteadores da reforma sanitária, a ideia de descentralização, hierarquização, regionalização, equidade na atenção, bem como de participação social. Além disso, propôs formas mais simétricas de relacionamento entre os profissionais de saúde e as mulheres, apontando para a apropriação, autonomia e maior controle sobre a saúde, o corpo e a vida. Assistência, em todas as fases da vida, clínico ginecológica, no campo da reprodução (planejamento reprodutivo, gestação, parto e puerpério) como nos casos de doenças crônicas ou agudas. O conceito de assistência reconhece o cuidado médico e de toda a equipe de saúde com alto valor às práticas educativas, entendidas como estratégia para a capacidade crítica e a autonomia das mulheres (Brasil, 2011).

Nesse sentido é importante perceber o amplo significado social da PAISM constituindo-se como um elemento fundamental para os debates sobre a Saúde da Mulher,

principalmente por ter surgido em meio processo histórico de democratização da sociedade brasileira. Ainda sobre esse aspecto Costa (1992) salienta que:

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher surge, representando uma esperança de resposta ao dramático quadro epidemiológico da população feminina. Neste sentido grandes esforços foram empreendidos pelos movimentos sociais, particularmente o de mulheres, visando à implantação daquela prática assistencial, convencidos de que aquele modelo assistencial proposto pelo PAISM é capaz de atender às necessidades globais da saúde da mulher. (p.1)

Conseqüentemente, a adoção do PAISM representou, sem dúvida, um passo significativo em direção ao reconhecimento dos direitos das mulheres, nesse contexto o PAISM contribuiu para uma verdadeira mudança de postura do setor da saúde, elencou uma série de ações com vistas à garantia do atendimento integral à saúde da mulher, não apenas a saúde reprodutiva e sim a ampliação à assistência à mulher em todo ciclo de vida, tema que será explicitado no próximo tópico ao debater a ampliação do conceito de saúde das mulheres.

Entretanto, importa salientar que, o PAISM apresentava algumas lacunas, entre as quais destacam-se: atenção climatério/menopausa, infertilidade e produção assistida, saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde mental; e a inclusão da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas. Apresentava também a necessidade de articulação com outras áreas técnicas e da proposição de novas ações, tais como: 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 (BRASIL, 2007). Com isso, enfatiza a necessidade da garantia do princípio da equidade não só no atendimento, e no acesso aos serviços, como também nos serviços prestados à toda população.

O fato é que o PAISM caracterizou-se como um remodelador no perfil de atenção a saúde da mulher, provocando significativas alterações no seu desenho organizacional assim, a partir desses avanços é sancionada a lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003 que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, dentre outros da Secretaria Especial de Política para as Mulheres e do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, que tem como competência:

[...] assessorar direta e imediatamente o Presidente da República na formulação, coordenação e articulação de políticas para as mulheres; bem como de elaborar e implementar campanhas educativas e não-discriminatórias de caráter nacional; de elaborar o planejamento de gênero que contribua na ação do governo federal e demais esferas de governo, com vistas na promoção da igualdade; de articular, promover e executar programas de cooperação com organismos nacionais e internacionais, públicos e privados, voltados à implementação de políticas para as mulheres; de promover o acompanhamento da implementação de

legislação de ação afirmativa e definição de ações públicas que visem ao cumprimento dos acordos, convenções e planos de ação assinados pelo Brasil, nos aspectos relativos à igualdade entre mulheres e homens e de combate à discriminação.(BRASIL, 2003).

Assim, tendo como objetivo a efetiva implantação de políticas de saúde femininas, assegurando a igualdade de direitos em saúde e requerendo a afirmação das diferenças, o PAISM se encaminhou em 2004, para a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) que se fundamenta nos princípios doutrinários do SUS (Integralidade, universalidade e equidade da assistência em saúde) e na inclusão da discussão de gênero. A partir destes princípios e das demandas identificadas, a PNAISM busca efetivar ações promoção, prevenção e tratamento da saúde da mulher (Brasil, 2004).

De acordo com a SESAB (2010) para a implementação da PNAISM foram considerados os dados obtidos por intermédio dos estudos e pesquisas promovidos pela Área Técnica de Saúde da Mulher para avaliar as linhas de ação desenvolvidas, tendo como destaques:

- Balanço das Ações de Saúde da Mulher 1998-2002;
- Estudo da Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil;
- Avaliação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento a Avaliação dos Centros de Parto Normal;
- Avaliação da Estratégia de Distribuição de Métodos Anticoncepcionais.

Após essas avaliações, a área técnica buscou a parceria dos diferentes departamentos, coordenações e comissões do Ministério da Saúde, tais como movimento de mulheres, do movimento de mulheres negras e de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional que contribuíram de forma significativa para o desenvolvimento da política. É importante salientar também, que o Ministério da Saúde somente em 2007 ao considerar a saúde da mulher uma prioridade de governo, elaborou o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes”, buscando

consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual.

Desde então, tem se trabalhado na tentativa de superar os problemas existentes na atenção à saúde da mulher, tendo em vista que a humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção da saúde.

Contudo, percebeu-se a necessidade do desenvolvimento de mecanismos capazes de dar conta da defesa e efetivação de maneira eficaz dessas políticas surgindo, portanto, os Centros de Referência da Saúde da Mulher com o objetivo de propor um novo modelo de atendimento assistencial com reconhecida excelência na Rede Pública. As propostas desses grandes centros de saúde é o aumento da disponibilidade diagnóstica, na agilidade do atendimento especializado, individualidade e especialidade prestada a cada paciente que a procura. Tem como foco o atendimento especializado na Saúde da Mulher, referenciado por sua excelência e alta resolução, visando combater as desigualdades de gênero e suas consequências, consiste em um espaço de acolhimento que oferece apoio e subsídio para que a mulher e sua família possam lutar por seus direitos, buscando autoafirmação e fortalecimento da sua identidade. Trata-se de um espaço de convivência com privacidade e individualidade, com serviços integrados de apoio psicológico, social e jurídico desenvolvidos em sistema de redes organizadas de forma articulada e responsáveis pela provisão integral de serviços de saúde à população feminina de determinada região.

De acordo com informações do Ministério da Saúde (2010) os Centros de Referência²¹ são responsáveis pelos tratamentos que envolvam procedimentos de alto custo e que requeiram, muitas vezes, equipamentos tecnológicos avançados.

²¹ Os Centros Estaduais de Referência são unidades da rede SUS que prestam atendimento a públicos ou situações específicas, através da assistência propriamente dita ou, em determinados casos, oriundos da atenção básica. Estas unidades também se constituem em campo de pesquisa em suas áreas (SESAB, 2010).

Geralmente, recebem pacientes encaminhados por outras unidades de saúde na mesma região em que atua ou mesmo, em muitos casos, fora dela.

Nesses termos, os Centros de Referência de Atenção a Saúde da Mulher são considerados estratégias prioritárias para a reorientação das práticas de saúde e sua consolidação deve acontecer em rede, visando repercutir na qualificação do modelo assistencial a partir do trabalho das equipes multiprofissionais.

Essas características conferem a esses Centros uma grande importância para a reorganização da atenção à saúde da mulher no País e, em contrapartida, revestem sua concepção e implantação de uma complexidade técnico-operacional ímpar, tornando-a merecedora da atenção e da prioridade dos gestores e profissionais de saúde engajados na construção do SUS eficiente e eficaz, que produzam resultados com qualidade. Diante do exposto, é possível considerar que esses são os desafios não só para os Centros de Referência Especializados da Saúde da Mulher, mas para o SUS enquanto política pública integrada que possibilite o desenvolvimento de uma saúde justa e equânime para todos.

3.2 A Dimensão da Integralidade na Saúde da Mulher: Ampliando o olhar sob a perspectiva de gênero

Para compreender a influência e os resultados da ampliação do conceito de Saúde da Mulher é preciso levar em conta alguns aspectos importantes, entre eles, está a concepção de gênero demarcada historicamente e fruto das constantes lutas do movimento feminista. Além disso, faz-se necessário compreender a ampliação do debate acerca da definição de saúde e o seu rompimento com o biologicismo. O fio condutor que norteia essa discussão é a compreensão, de gênero e saúde enquanto temas transversais indispensáveis na abordagem da dimensão da integralidade, que se expressam e se revelam também nas tensas relações sociais em que se dá a luta de classes.

É nesse contexto, portanto, que o debate sobre a ampliação do conceito de saúde ocorre, de acordo com Minayo (2004) a saúde não institui nem uma disciplina nem um campo separado das outras instâncias da realidade social, para a autora é necessário compreender a saúde a partir dos seguintes aspectos:

A saúde enquanto questão humana e existencial é uma problemática compartilhada indistintamente por todos os segmentos sociais. Porém as condições de vida e trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual, as classes e seus segmentos pensam, sentem e agem a respeito dela. [...] Pois saúde e doença exprimem agora e sempre uma relação que perpassa o corpo individual e social, confrontando com turbulências do ser humano enquanto ser total. Saúde e doença são fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente, porque a forma como a sociedade os experimenta, cristaliza as maneiras pelas quais ela enfrenta seu medo da morte e exorciza seus fantasmas. Neste sentido saúde/doença importam tanto por seus efeitos no corpo pelas suas repercussões no imaginário: ambos são reais em suas consequências (MINAYO, 2004 p.15/16).

Nesse sentido, direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Isso decorre da ampliação do conceito de saúde conquistado historicamente, incorporando sua dimensão social e, conseqüentemente, a exigência da proteção social em saúde. Embora a conceituação positiva de saúde tenha trazido contribuições significativas tanto do ponto de vista teórico quanto prático, a mesma traz consigo novos desafios, pois envolve a promoção da vida em suas múltiplas dimensões. Nesse processo, pode-se considerar que o debate sobre as relações de gênero nos sistemas de saúde, não são produtos de um destino biológico, mas sim de construções sociais e históricas a partir de uma base material.

Sob esse aspecto, Farah (2004) aponta que as relações de gênero são vistas como uma das expressões da questão social e tornaram-se objeto de luta política, desde a década de 1970. A participação das mulheres no cenário político configurou-se inicialmente em torno da luta pela redemocratização do Estado e por problemas sociais que atingiam a classe trabalhadora urbana. Juntamente com estas reivindicações, questões específicas à condição da mulher (saúde, contracepção, violência, etc) começaram a se destacar no cenário nacional.

Assim, a partir dos anos 1980, as feministas passaram a utilizar o termo “gênero”, que para Scott (1995):

[...] a categoria gênero surge como "substituto de “mulheres” é igualmente utilizado para sugerir que a informação a respeito das mulheres é necessariamente informação sobre os homens, que um implica no estudo do outro. Este uso insiste na ideia de que o mundo das mulheres faz parte do mundo dos homens, que é criado dentro e por esse mundo. Esse uso rejeita a utilidade interpretativa da ideia

das esferas separadas e defende que estudar as mulheres se torna isolada perpetua o mito de que uma esfera, a experiência de um sexo, tem muito pouco ou nada a ver com o outro sexo. Ademais, o gênero é igualmente utilizado para designar as relações sociais entre os sexos. [...] O gênero se torna aliás, uma maneira de indicar as “construções sociais” a criação inteiramente social das ideias sobre os papéis próprios aos homens e as mulheres. O gênero é, segundo essa definição, uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado. Com a proliferação dos estudos do sexo e da sexualidade, o gênero se tornou uma palavra particularmente útil, porque oferece um meio de distinguir a prática sexual dos papéis atribuídos as mulheres e aos homens.(p.75)

A categoria gênero permite entender melhor as representações sociais de masculino e feminino na prática social. Na concepção de Saffioti (2004 apud Guiraldelli 2011):

[...] gênero diz respeito às representações do masculino e do feminino, a imagens construídas pela sociedade a propósito do masculino e do feminino, estando inter-relacionadas. Ou seja, como pensar o masculino sem evocar o feminino? Parece impossível, mesmo quando se projeta uma sociedade não ideologizada por dicotomias, por oposições simples, mas em que masculino e feminino são apenas diferentes. (p.249-250)

De acordo com a concepção de Carloto (2001) O conceito de gênero diz respeito ao conjunto das representações sociais e culturais elaboradas a partir da diferença biológica dos sexos. Enquanto o sexo no conceito biológico diz respeito ao tributo anatômico, no conceito de gênero refere-se ao desenvolvimento das noções de masculino e feminino como construção social. Diante disso, é importante considerar que conceito de gênero constitui uma realidade complexa, não podendo, portanto, ser considerado um conceito fixo (SAFFIOTI 1999 apud CARLOTO, 2001). Scott ainda destaca que as nas relações de gênero estão imbricadas as relações de poder:

[...] a análise das relações de gênero também implica a análise das relações de poder; e neste sentido, ressalta que essa relação permite a apreensão de duas dimensões, a saber: “o gênero como elemento constitutivo das relações sociais, baseado nas diferenças perceptíveis entre os sexos e o gênero como forma básica de representar relações de poder em que as representações dominantes são apresentadas como naturais e inquestionáveis” (Scott, 1995).

Nesse contexto, importa ressaltar, que a questão de gênero é, antes de tudo, uma construção social e uma realização cultural e que Segundo Grossi (2010) serve, portanto, para determinar tudo que é social, cultural e historicamente constituído.

Partindo dessa perspectiva de análise pode-se assim compreender os papéis que foram designados às mulheres ou assumidos por elas e como as relações de gênero estruturam o conjunto das relações sociais, levando em consideração os aspectos culturais, sociais e de classe. Nesse contexto merece destaque, portanto, a batalha das mulheres contra a discriminação, violência, preconceito; o reconhecimento enquanto sujeito de direitos permitiu que elas pudessem se unir buscando questionar as condições que lhes eram impostas e com isso lutar pelos seus direitos. Assim, as histórias de vida, desejos, angústias, denúncias e propostas saem da esfera doméstica e se insere visivelmente na sociedade.

Pode-se, então, olhar os anos 80 como a década da implantação das políticas públicas voltadas às reivindicações das mulheres, como também pelo crescimento do campo de estudos de gênero. Essa emergência das mulheres se reflete nas grandes mudanças culturais, políticas e sociais, um exemplo disso, é a criação do PAISM em 1983, uma das mais avançadas políticas públicas para as mulheres, com uma das maiores e mais profundas rupturas epistemológicas no paradigma materno - infantil, com uma nova e revolucionária visão da integralidade da mulher.

A saúde da mulher a partir daí, rompe com a visão restritiva e biologicista atrelada apenas ao ciclo da gravidez, parto e puerpério, que vigorava desde os anos de 1930. Apesar das dificuldades e impasses na sua implementação e consolidação, o ideário do PAISM continua sendo uma referência para o movimento de mulheres na luta pela saúde como direito de cidadania. De acordo com Oliveira (2005) Essa reflexão baseia-se em três fontes epistemológicas:

- Nos estudos procedentes das diversas ciências humanas quando refletem sobre os significados da diferença sexual e seu diálogo com as ciências da saúde:
- Nos estudos gerados no campo da rebelião contra a subordinação das mulheres
- Nos movimentos feministas, que colocaram em processo de construção a noção de direitos reprodutivos e sexuais.

Nesse ponto, torna-se oportuno salientar que ao ser criado o PAISM, o modelo assistencial reconhece a importância de atender às necessidades globais da

saúde feminina, esse cuidado visava preservar o sentido da integralidade contido na proposta para a política de saúde da mulher, e o direito à saúde dos níveis mais simples aos mais complexos, permitindo a compreensão e a abordagem da mulher e do indivíduo na sua totalidade e das coletividades em suas singularidades (Costa, 1992). De acordo com Souto (2008), o termo integralidade em saúde possui um conceito polissêmico, ou seja, é um termo amplo e no âmbito da saúde não existe consenso em sua definição. Devido à amplitude no uso desse termo, uma das definições considerada por esta autora é apresentada por Carvalho que defende a integralidade a partir de duas dimensões: “a vertical e a horizontal. A vertical inclui a visão do ser humano como um todo, único e indivisível. E a horizontal é a dimensão da ação da saúde em todos os campos e níveis” (CARVALHO, apud SOUTO, 2008).

Nesse sentido evidencia-se a necessidade de discutir a atenção voltada para a saúde da mulher de forma integral no contexto das políticas e práticas profissionais que, culturalmente e historicamente, foram moldadas no paradigma biomédico e em relações desiguais. Veloso e Bezerra (2004) apontam que:

[...] nos processos saúde-doença estão presentes os contextos culturais e as diversas formas de dominação que conferem especificidades ao adoecimento das mulheres, bem como estão presentes outros fatores ligados às determinações de gênero. (p.107)

Assim, fica evidente que o princípio da integralidade reconhece a dimensão socioeconômica, cultural e de gênero como determinantes da saúde.

Outro aspecto importante a deve ser destacado é que a partir da década de 1990, intensifica-se o debate da saúde com a implementação da política do SUS a municipalização e reorganização da atenção básica, entretanto algumas lacunas na atenção a Saúde da Mulher ainda permaneciam latentes, mesmo após a criação do PAISM, podendo ser citadas como exemplo: a atenção ao climatério e a adolescência e a própria inclusão da perspectiva de gênero, raça e etnia.

Entretanto, a partir de 1995 tem-se a retomada do tema da Saúde da Mulher, na agenda das políticas públicas a existência de um ambiente macroeconômico e político favorável e a presença ativa de atores das áreas: feminista, ambientalista e de direitos humanos possibilitaram que os avanços teórico-conceituais fossem transformados em princípios assumidos na Conferência sobre População e

Desenvolvimento do Cairo (CIPD), realizada em 1994 (COSTA, 2007). Essa conferência teve como abordagens de discussão os direitos sexuais e reprodutivos, assim como, os obstáculos da igualdade e equidade entre as mulheres na perspectiva da discriminação racial e étnica.

Com o intuito de tornar efetivas as ações estabelecidas na conferência do Cairo a Rede Feminista de Saúde criou a Plataforma do Cairo que consiste em uma declaração de compromisso onde são estabelecidas diretrizes que os governos deveriam assumir visando promover a equidade de gênero, condição essencial para o desenvolvimento sustentável dos povos e nações (foram instituídas nesse documento metas a serem atingidas até 2014, por meio de políticas públicas e atividades programáticas).

É importante salientar que pela primeira vez na história, houve um posicionamento da Organização das Nações Unidas em favor de direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Ainda nesse contexto tem-se o acirramento do debate acerca do planejamento familiar, refletindo as tensões entre os setores progressistas e os grupos religiosos. Esse processo culmina com a promulgação, em 1996 da Lei de Planejamento Familiar. De acordo com o Ministério da Saúde:

A Lei estabelece que as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os seus níveis, estão obrigadas a garantir à mulher, ao homem ou ao casal, em toda a sua rede de serviços, assistência à concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a assistência integral à saúde. Uma questão fundamental desta Lei é a inserção das práticas da laqueadura de trompas e da vasectomia dentro das alternativas de anticoncepção, definindo critérios para sua utilização e punições para os profissionais de saúde que as realizarem de maneira inadequada e/ou insegura. (BRASIL, 2002)

Nessa conjuntura, importa salientar algumas das políticas públicas voltadas a Saúde da Mulher e lançadas nessa conjuntura pelo Ministério da Saúde. Dentre as Leis e Portarias editadas no período de 1996 a 2000 os seguintes temas são relativos à mulher: planejamento familiar, notificação compulsória de violência contra a mulher, humanização no pré-natal e nascimento e atendimento aos casos de aborto ilegal.

Entretanto, somente em 2004, que o Ministério da Saúde implementou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) com o compromisso de implementar ações de saúde que contribuíssem para a garantia dos direitos humanos das mulheres e a atenção em saúde como conjunto de atividades intra e extra setor da saúde, aparecem nessa proposta à promoção da integralidade, com vistas a superar as lacunas deixadas pelo PAISM. De acordo com Souto (2008):

A integralidade faz parte do conceito ampliado de saúde definido na Constituição Federal, sendo resultante de determinantes e condicionantes de natureza econômica, política e social, e encontras e explicitado na Lei nº 8.080/90, como um dos princípios basilares do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, ao lado a universalidade e equidade, [...] no processo de formulação, implementação e avaliação de políticas de saúde, particularmente no caso de políticas para mulheres que considerem a abordagem de gênero, ou seja, os modos singulares de ser e sentir de homens e mulheres em diferentes fases da vida.(p.162)

Pode-se afirmar, portanto, que vivemos na atualidade um momento de retomada das políticas públicas com viés de gênero, o governo tem investido, nos últimos anos, na elaboração de políticas e programas destinados a prover um atendimento adequado as mulheres a exemplo disso é que antes de ser implementada a PNAISM, foi instituída em 2003 a Secretaria de Políticas para as Mulheres do Governo Federal com a perspectiva de articulação e intersetorialidade das políticas públicas com os vários ministérios resultando no lançamento de algumas políticas. De acordo com informações do Ministério da Saúde destacam-se nesse período as seguintes políticas:

- A Política Nacional de Direitos Sexuais e de Direitos Reprodutivos, lançada em 2005,
- Política de Atenção Integral à Reprodução Humana Assistida instituída em 2006.
- Política Nacional de Planejamento Familiar, criada em 2007 que tem como meta a oferta de métodos contraceptivos de forma gratuita para homens e mulheres em idade reprodutiva. Além disso, houve a implantação do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids.

- Ano de 2008 tem-se o lançamento da Política Nacional pelo Parto Natural e Contra as Cesáreas Desnecessárias.
- Entra em vigor em 2009, a lei 11.664\2008, que estabelece que todas as mulheres têm direito à mamografia a partir dos 40 anos.
- É lançado em 2011 o plano de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, com os seguintes eixos: controle do câncer do colo do útero, controle do câncer de mama e ampliação e qualificação da assistência oncológica.
- Em 2012 o Ministério da Saúde cria como estratégia a Rede Cegonha, operacionalizada pelo SUS, fundamentada nos princípios da humanização e assistência. É uma Rede de cuidados que assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério e as crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável.

Diante do exposto, podemos considerar que a saúde pública está diretamente ligada com as relações de gênero. O que se observa é que a PNAISM assinala para o rompimento com o processo biológico hegemônico nos serviços de saúde. No entanto, a proposta de integralidade tem se tornado cada vez mais fragilizada e de difícil efetividade, tendo em vista a precariedade nos serviços de saúde.

Com essas considerações a intenção não é negar as conquistas importantes que a luta e a organização das mulheres trouxeram e sim problematizar a atual realidade encontrada na atenção a saúde. É notório, que as transformações, em escala mundial, implicaram em um novo arranjo econômico, político e institucional brasileiro que levaram ao enfraquecimento do Estado, que, no caso da saúde, ficou impossibilitado de garantir a consolidação do SUS e abriu espaço para o fortalecimento do setor privado levando ao processo de mercantilização da saúde. No entanto é importante salientar que essa perspectiva de mercantilização e privatização no setor saúde tem caráter essencialmente danoso embora os capitalistas se sustentem no discurso de que as mudanças visam melhorar a qualidade da assistência. Sob esta perspectiva, a mercantilização da saúde, tornou-se um obstáculo à garantia da saúde como direito humano fundamental.

Neste contexto, torna-se necessário compreender que a política de saúde direcionada à mulher, apesar do inegável avanço, ainda consiste em um desafio,

principalmente naquelas regiões do país onde há maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, corroborando com Souto (2008) pode se afirmar que mesmo após quase 30 anos de implantação do PAISM:

[...] a Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da Mulher ainda está sendo implementada e será um processo continuado de ir e vir, pois, ao ser executada, gera novas micropolíticas e, sucessivamente, estará fazendo o processo integrado de formulação, implementação e avaliação.(p.180)

Nessa direção, para que o princípio da integralidade seja de fato cumprido, torna-se necessário a organização no sentido de discutir, problematizar e combater os mais variados tipos de discriminação na atenção a saúde das mulheres, visando proporcionar um atendimento mais eficiente e eficaz, com o compromisso de programar ações e serviços que contribuam para a garantia dos direitos das mulheres.

3.3 A Importância do CRESAM na Produção do Acesso e da Utilização Equânime.

A garantia da atenção à saúde, assim como o direito de todos à saúde, somente é efetivado se a população possuir condições de acesso aos seus serviços. Nesse sentido, importa salientar que o acesso e a cobertura universal são essenciais para estabelecer um sistema de saúde equitativo. Portanto, para melhorar a saúde das mulheres é necessário remover os entraves financeiros à atenção em saúde. A remoção dessas barreiras deve ser acompanhada de esforços para assegurar que os serviços de saúde sejam adequados, aceitáveis, de alta qualidade e respondam às necessidades das mulheres.

Nesse contexto emergem iniciativas do governo no sentido de promover novas linhas de ação que objetivem transformar positivamente a saúde na direção da equidade, um exemplo disso é que nos últimos anos, as ações para a Saúde da Mulher no SUS têm sido desenvolvidas em distintas estratégias e formas de organizações institucionais, pode-se considerar, deste modo, que os Centros de Referência em Saúde da Mulher (CRESAM) são uma das principais estratégias

utilizadas para que as mulheres possam usufruir do maior e melhor acesso as serviços de Saúde, esses centros são considerados como lócus privilegiado de execução, articulação e pactuação de ações de saúde, intra e intersectorial, ampliando a visibilidade da área de Saúde da Mulher.

Dessa forma ao incorporar o desenvolvimento de ações voltadas a Saúde da Mulher nos serviços de saúde no Brasil o sistema estabelece novas tarefas políticas e institucionais para o alcance da equidade. De acordo com Viana (2003) a implementação de políticas equânimes implica, portanto, na definição de pelo menos três importantes campos específicos de sua ampliação, são eles: distribuição de recursos, oportunidade de acessos e utilização dos serviços. Já Travassos (1997) ampliou ainda mais o enfoque com que se pretendia avaliar a equidade quando formulou a tese de que não se deveria avaliá-la somente com relação ao acesso, utilização de serviços e alocação de recursos, mas também considerando as desigualdades das condições de vida, que exporiam as pessoas de maneira diferente a fatores determinantes na produção de saúde e doenças.

Nesse sentido, as ações de Saúde da Mulher fundamentadas nos princípios do SUS, consideram como fatores determinantes para a garantia na qualidade e acesso aos seus serviços, os seguintes aspectos: a organização, desenvolvimento profissional, estrutura, capacidade aquisitiva, acessibilidade geográfica, qualificação de serviços e de pessoal, utilização adequada dos recursos e promoção do uso racional. Paim (2002) considera que os serviços de saúde caracterizam-se por diferenças marcantes no acesso e na utilização.

Vale mencionar que de acordo com Pinheiro (2002) o conceito de acesso aos serviços de saúde é complexo e está relacionado à percepção das necessidades de saúde e da conversão destas necessidades em demanda e destas em uso. Fatores ligados à oferta podem facilitar ou reprimir o acesso. Ter um serviço ao qual o indivíduo recorre regularmente quando necessita de cuidados de saúde mostra-se associado ao uso e pode ser considerado um indicador de acesso. De acordo com Barata (2008):

[...] as condições de acesso e utilização dos serviços de saúde podem ser pensadas como parte dos aspectos que compõem a vulnerabilidade programática, ou seja, que possibilitam ou não, aos diferentes grupos sociais, o acesso aos recursos necessários para

fazer frente a seus problemas de saúde. Entretanto, a vulnerabilidade no acesso e uso de serviços de saúde relaciona-se também com as outras dimensões de vulnerabilidade, visto que as características demográficas e sociais são determinantes do uso de serviços, pelo lado da demanda. (p.20)

É importante considerar que a utilização dos serviços de saúde encontra-se associada, principalmente, às características biológicas, demográficas, sócio-econômicas, tais como, idade, sexo, renda, escolaridade, hábitos de vida e de consumo. Essas características são importantes, por terem efeito tanto sobre o perfil epidemiológico e de necessidade, como sobre as preferências, decisões e capacidades dos indivíduos para buscar serviços de saúde, diante disso Travassos e Martins (2004) consideram que:

[...] O acesso e a utilização de serviços de saúde dependem de um conjunto de fatores que podem ser esquematicamente divididos em determinantes da oferta e determinantes da demanda. Pelo lado da oferta, a pré-condição mais importante é a existência dos serviços. A partir da existência física dos serviços de saúde, passam a modular a oferta aspectos relativos às acessibilidades geográfica (localização, vias de acesso, transporte público, entre outros), cultural (padrões de atendimento e normas de conduta aceitáveis ou não pela população a ser assistida), econômica (existência ou não de taxas moderadoras do uso) e organizativa (modo de funcionamento e organização da prestação, principalmente a densidade tecnológica do serviço ofertado) (p.48)

No entanto, é importante identificar que as limitações e dificuldades verificadas no campo da saúde inviabilizam a concretização do acesso aos seus serviços, com isso para que se consiga atingir a superação é necessário uma luta constante pelo fortalecimento da saúde como um bem público, que deve ser redimensionada por uma nova prática construída a partir de uma gestão democrática e participativa.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde é um paradoxo que os serviços de saúde sejam, com frequência, inacessíveis às mulheres ou que não respondam às suas necessidades, considerando que os sistemas de saúde dependem tanto delas. As mulheres são as maiores provedoras de cuidados dentro

da família e representam a espinha dorsal da força de trabalho formal e informal em saúde. (OMS, 2007).

Diante disso, pensar nos Centros de Referência, é pensar em políticas de gênero que possibilite o oferecimento de uma melhor qualidade no atendimento a saúde da mulher em termos de acesso, abrangência e resposta. As políticas e os programas devem fazer com que as normas de gênero e as iniquidades socioeconômicas não limitem a capacidade das mulheres no acesso a informações e serviços de atenção em saúde.

De acordo com os dados da Estadiv, (Pesquisa de Informações Básicas Estaduais) 2012 divulgados pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) em março de 2013, sobre a gestão da política estadual de gênero mostram que nove (33%) Estados brasileiros têm secretarias exclusivas para tratar deste tema (Acre, Amapá, Maranhão, Sergipe, Pernambuco, Bahia, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Distrito Federal). Em 37% desses estados, o setor de gênero é subordinado a outro e, em 18,5% dos casos, a secretaria está em conjunto com outra. São Paulo é a única unidade federal a não ter um setor responsável pela questão. A pesquisa ainda apresenta que dos 26 Estados com secretaria de política de gênero, apenas Roraima, Sergipe, Santa Catarina e Mato Grosso (14,8%) não possuem orçamento próprio para a formulação, coordenação e implantação de políticas para as mulheres.

Pode-se constatar com base nesses dados a necessidade de estimular essas secretarias para elaboração de estratégias sobre a temática, dando maior visibilidade aos problemas enfrentados por essas mulheres, para que tenham um melhor e maior acesso a informações e a serviços de saúde. Nesse sentido, os Centros de Referência a Saúde da Mulher aliados a estratégias mais amplas como a redução da pobreza, aumento da alfabetização, treinamento, educação e maiores oportunidades de participação nas atividades econômicas, sociais e políticas tornam-se elementos chaves de contribuição para o progresso da saúde das mulheres.

Na Bahia, segundo Olga Sampaio (coordenadora do Cuidado por Ciclo de Vida e Gênero da Secretaria da Saúde do Estado), a política estadual, voltada para a mulher, vem sendo desenvolvida em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que na sua construção, vem respeitando a

diversidade dos 417 municípios baianos, tanto em suas especificidades epidemiológicas quanto nos diferentes níveis de organização dos sistemas de saúde locais, com um modelo de promoção e atenção humanizada e de qualidade, capaz de responder às necessidades das mulheres atendidas pelo SUS. Ainda de acordo Sampaio (2013) em estudos voltados a doenças que mais acometem este público, na Bahia, a série histórica analisada de 2006 a 2011 demonstra taxas de mortalidade proporcional, em que o câncer de mama, com 14,85%, figura como a principal causa de mortalidade por câncer, na população feminina, seguido pelo câncer cérvico-uterino (7,82%), pulmão (7,23%), estômago (6,26%), fígado (4,86%) e pâncreas (3,85%).

No que se refere a um dos compromissos do Governo do Estado, através do Programa Bahia Saudável 2012-2015²², voltado à política de saúde da mulher, a coordenadora cita a implantação da rede de serviços para o cuidado materno - infantil no SUS Bahia, contribuindo efetivamente para a melhoria das condições de vida e a redução da morbi-mortalidade, por meio da Rede Cegonha. (SESAB, 2013)

No que se refere à saúde da mulher no município de São Francisco do Conde de acordo com informações da secretaria de saúde o município conta com o CRESAM um centro especializado em saúde feminina, onde mulheres de todas as idades encontram especialistas e serviços desenvolvidos especialmente para o cuidado integral à saúde da mulher. É uma unidade de saúde que presta atendimento de média complexidade²³, de forma integral e humanizada, trabalha com serviços de ginecologia, mastologia, enfermagem, ultrassonografia, pré-natal de baixos e altos riscos, cardiologia, nutrição, psicologia e serviço social. A assistência

²² O Programa Bahia Saudável, busca consolidar práticas de gestão pautadas pela democracia, pela participação social, por um planejamento integrado e que garanta um sistema de prestação de contas pautado pela transparência e pela fiscalização contínua e efetiva na aplicação dos recursos em saúde.(PLANO PLURIANUAL DE SAÚDE, 2012)

²³ A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde (MS), define média complexidade em saúde como a formulação de uma política voltada para a organização de um sistema de saúde equânime, integral e resolutivo requer para o atendimento efetivo dos problemas de saúde da população a realização de um conjunto de ações articuladas entre os diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde. O modelo atual de organização da atenção encontra-se estruturado em três níveis hierárquicos complementares de atenção á saúde - atenção básica, de média e alta complexidade. Nessa estrutura destaca-se a Média Complexidade como parte importante do sistema, componente fundamental para a efetiva implementação das diretrizes previstas nas orientações que estruturam o SUS. (BRASIL, 2013)

à mulher no município de São Francisco do Conde é destaque na região do Recôncavo baiano. Fortalecendo dessa forma a rede assistencial municipal nos diferentes níveis de atenção.

Nessa perspectiva, muitas ações estão sendo desenvolvidas no país, com a finalidade de definir o perfil epidemiológico dessa população e o consequente desencadeamento de estratégias de saúde pública que levarão à modificação do quadro atual, com o intuito de promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, em todas as fases do seu ciclo vital, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos, e a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde integral em todo o território brasileiro, sem discriminação de qualquer espécie e resguardando-se as identidades e especificidades de gênero, raça/etnia, geração e orientação sexual.

4 O PERCURSO METODOLÓGICO: A PESQUISA DE CAMPO E APRESENTAÇÃO DOS PRINCIPAIS RESULTADOS

A metodologia é o caminho do pensamento pelo qual definimos a abordagem na realidade. Corroborando com Demo (1995) pode-se identificar que a metodologia significa um “[...] estudo dos caminhos, dos instrumentos usados para se fazer ciência” [...] a metodologia é uma disciplina que instrumentaliza quanto aos procedimentos a serem tomados na pesquisa, possibilitando acesso aos “caminhos do processo científico”. Além disso, ela visa, também, promover questionamentos acerca dos limites da ciência sob os aspectos da capacidade de conhecer e de interferir na realidade. Para Minayo (2004) a metodologia deve dispor de instrumentos claros e coerentes, capazes de encaminhar os questionamentos teóricos para o desafio da prática. Assim, devido à complexidade da temática, foram utilizados diversos procedimentos metodológicos que serviram de suporte para o desenvolvimento desse estudo.

4.1 Metodologia: a construção do caminhar

Para dar conta do objetivo proposto essa pesquisa constituiu-se em uma abordagem qualitativa. Para Trivinõs (1987), na pesquisa qualitativa os objetos, as coisas e os fenômenos se distinguem entre si pela sua qualidade, isto é, pelo conjunto de propriedades que os caracterizam. A pesquisa qualitativa não procura enumerar e/ou medir os eventos estudados, nem emprega instrumental estatístico na análise dos dados, envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo (GODOY, 1995).

Dessa forma, este tipo de estudo visa proporcionar um maior conhecimento para o pesquisador acerca do assunto, a fim de que esse possa formular problemas mais precisos ou criar hipóteses que possam ser pesquisadas por estudos posteriores. A pesquisa qualitativa é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais,

sendo essas últimas tomadas tanto o seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas. (MINAYO, 1996).

A pesquisa qualitativa, no entanto, trata-se de uma atividade da ciência, que visa a análise da realidade em um nível que não pode ser quantificado, ou seja, constituem-se no universo de crenças, valores, significados e outros acontecimentos das relações sociais que não se mostram observável diretamente, mas é detectado através de procedimentos de análises demonstrativas, as quais, partindo do empírico e reinserindo-o no processo histórico que o produziu, avançam em direção ao fato concreto e a sua essência. Godoy (1995, p.58) esclarece que a pesquisa qualitativa, o qual embasa este trabalho:

[...] Considera o ambiente como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento chave; possui caráter descritivo; o processo é o foco principal de abordagem e não o resultado ou o produto; a análise dos dados é realizada de forma intuitiva e indutivamente pelo pesquisador; não requerer o uso de técnicas e métodos estatísticos; e, por fim, tem como preocupação maior a interpretação de fenômenos e a atribuição de resultados.

Neste sentido, a primeira etapa da pesquisa foi desenvolvida a partir do processo descritivo/exploratório, pois buscou situar o perfil histórico e atual do Sistema de Saúde no Brasil, bem como identificar os aspectos relacionados ao desenvolvimento das políticas de saúde direcionadas a mulher. Para a consecução desta etapa fez-se necessário a realização de um levantamento do referencial teórico, através da pesquisa bibliográfica, visando identificar os dados e estudos existentes relacionados ao tema. Segundo Gil (2002) o recurso da pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos.

A principal vantagem da pesquisa bibliográfica está no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente. Outro procedimento metodológico usado foi à pesquisa documental. Ainda corroborando com Gil (2002), a pesquisa documental apresenta algumas vantagens por ser “fonte rica e estável de dados”: não implica altos custos, não exige contato com os sujeitos da pesquisa e possibilita uma leitura aprofundada das fontes. Ela é semelhante à pesquisa bibliográfica, segundo o autor, e o que as diferencia é a natureza das fontes, sendo material que

ainda não recebeu tratamento analítico, ou que ainda pode ser reelaborado de acordo com os objetivos da pesquisa.

A segunda etapa da pesquisa caracterizou-se pela pesquisa de campo desenvolvida no município de São Francisco do Conde, foi utilizado um roteiro de entrevista não – estruturado, contendo oito perguntas do tipo aberta. É importante compreender que nas entrevistas não - estruturadas, o pesquisador segue o informante/usuário, mas faz perguntas ocasionais para ajustar o foco ou para clarificar aspectos importantes. O pesquisador tem geralmente um guia com os tópicos a serem garantidos na entrevista, mas não tem uma ordem para perguntar sobre estes tópicos. Para Triviños (1987, p. 157) "[...] entrevistas são meios "neutros" que adquirem vida definida quando o pesquisador a ilumina com determinada teoria". As entrevistas foram realizadas com oito mulheres que aguardavam o atendimento no Centro de Referência a Saúde da Mulher (CRESAM) do município de São Francisco do Conde - BA.

O processo de abordagem das usuárias/colaboradoras foi iniciado no CRESAM, no município lócus deste estudo. Em todas as entrevistas, as usuárias/colaboradoras foram previamente informadas em detalhes do estudo, convidadas a participarem voluntariamente da pesquisa. Finalmente, no caso de aceitar, foram observados todos os procedimentos éticos cabíveis, assim como solicitadas as autorizações necessárias e assinaturas do termo de consentimento, no qual constavam os objetivos da pesquisa, o seu caráter científico e o compromisso da pesquisadora de não identificação dos participantes. As entrevistas não foram gravadas pois, os sujeitos da pesquisa não permitiram. Todas as entrevistas foram realizadas enquanto as usuárias aguardavam atendimento no CRESAM.

A terceira etapa consistiu na análise dos dados. Como eixo metodológico principal da análise dos dados coletados foi utilizada a análise de conteúdo, definida por Bardin (1979) como "um conjunto de instrumentos metodológicos em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados". Bardin (1979) menciona ainda que há várias maneiras para analisar conteúdos de materiais de pesquisa. Destacam-se: a) análise de avaliação ou análise representacional; b) análise de expressão; c) análise de

enunciação; d) análise temática. Tal análise foi aplicada tanto aos discursos orais dos entrevistados como no material documental coletado.

Nesse sentido, a análise dos dados qualitativos dessas entrevistas foi realizada através da Análise Categrical Temática que se configura como um conjunto de técnicas de análise de comunicação capaz de formar indicadores que permitam tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de determinado contexto. Para o tratamento dos dados, foi utilizada a técnica da análise temática ou categrical baseada em operações de desmembramento do texto em unidades. Esta técnica permite descobrir os diferentes núcleos de sentido e significados que constituem a comunicação. (BARDIN, 2009).

Dessa forma constituíram-se os procedimentos metodológicos na busca da compreensão dos limites e possibilidades do acesso e utilização dos serviços de saúde pelas mulheres no município de São Francisco do Conde.

4.2 O Município de São Francisco do Conde: Uma história rica em cultura.

4.2.1 Aspecto Territorial

O município de São Francisco do Conde²⁴ localiza-se na Região Metropolitana de Salvador, a 67 Km da capital, na divisa entre o Recôncavo e a Baía de Todos os Santos e entre os municípios de Candeias, São Sebastião do Passe, Santo Amaro e Madre de Deus. Sua área territorial é de 266,631 Km². É considerada a capital da Cultura Popular do Recôncavo. O município se localiza em uma área na qual ainda se preserva reservas de Mata Atlântica e riquíssimos manguezais, contribuindo para a biodiversidade da região. Possui uma história riquíssima que se confunde com a História do Brasil.

²⁴ Informações retiradas do site oficial da Prefeitura Municipal de São Francisco do Conde.

Figura 1 – Localização



Fonte: IBGE

4.2.2 – Aspectos Históricos

Em 1618²⁵ por ordem do Conde de Linhares, foi construído um convento e uma igreja em terras concedidas por Mem de Sá a Fernão Rodrigues Castelo Branco que mais tarde, surgiria à cidade de São Francisco do Conde, à foz do rio Sergipe, atualmente conhecido como Rio Sergimirim.

Na primeira metade do século XVII, os frades franciscanos fundaram o primeiro convento no lugar denominado Marapé, a uma légua da povoação, mudando-se em 1629, para o local onde se encontra atualmente a cidade, em terrenos que lhes foram doados por Gaspar Pinto dos Reis e sua mulher.

²⁵ Fonte Histórica retirada de documentos do acervo histórico-cultural do município de São Francisco do Conde. (Secretaria de Cultura e Turismo de São Francisco do Conde).

Em 27 de dezembro de 1693, foi determinada a criação de vilas no Recôncavo Baiano, cabendo a D. João de Lancastre fundar, no dia 27 de novembro de 1697, a vila que recebeu o nome do São Francisco da Barra de Sergipe do Conde, cuja instalação se verificou em 16 de fevereiro de 1698. São Francisco do Conde foi a terceira vila a ser criada no recôncavo baiano. É importante ressaltar que a região onde fica a cidade foi conquistada pelo império português através de guerras travadas contra os índios que viviam nas margens dos rios Paraguaçu e Jaguaribe. (IBGE, 2013)

O município foi um dos principais centros de produção de açúcar e palco de inúmeros acontecimentos históricos de grande relevância como: a Revolução dos Alfaiates (1798), Sabinada (1837) e a assinalada participação nas lutas pela Independência da Bahia (1823). No Município nasceu Mário Augusto Teixeira de Freitas, idealizador e fundador do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

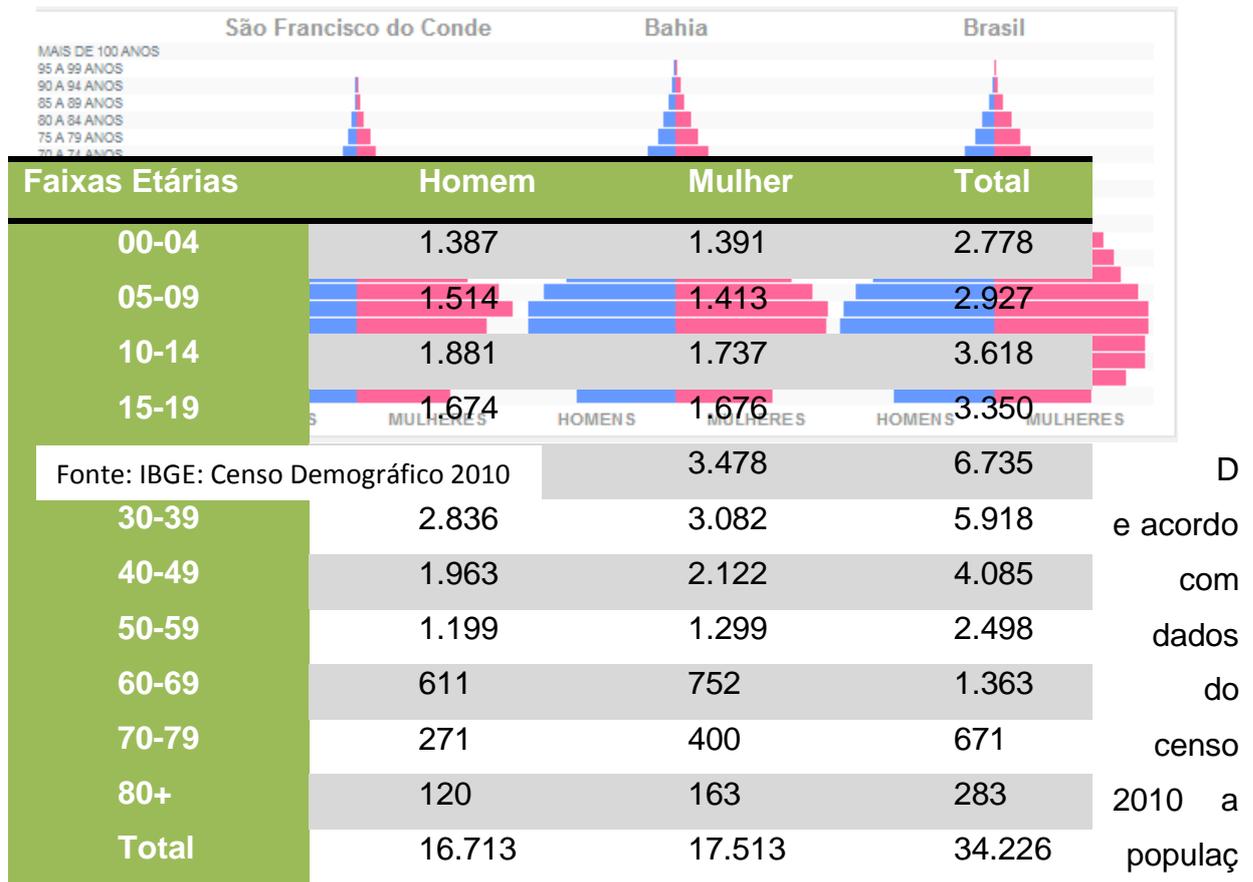
De acordo com dados do IBGE em 1911, a vila aparece constituída de 5 distritos: São Francisco da Barra do Sergipe do Conde, Boqueirão, Cabeceiras do Passe, Monte do Recôncavo, Socorro do Recôncavo. Após longo processo de divisão territorial, se estabelece em divisão territorial datada de 01 de julho de 1960, o município é constituído de 3 distritos: São Francisco do Conde, Mataripe e Monte Recôncavo. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2007.

4.2.3 Aspectos Populacionais

A diversidade de etnias que ajudou a construir São Francisco do Conde culturalmente está presente no cotidiano da cidade. Influenciada pela miscigenação de índios, europeus e africanos.

A população de acordo com o IBGE está estimada em de 34.226 habitantes (IBGE 2010).

Figura 2 – Pirâmide Etária



ão apresenta as seguintes características:

Quadro 1 – População Feminina predominante

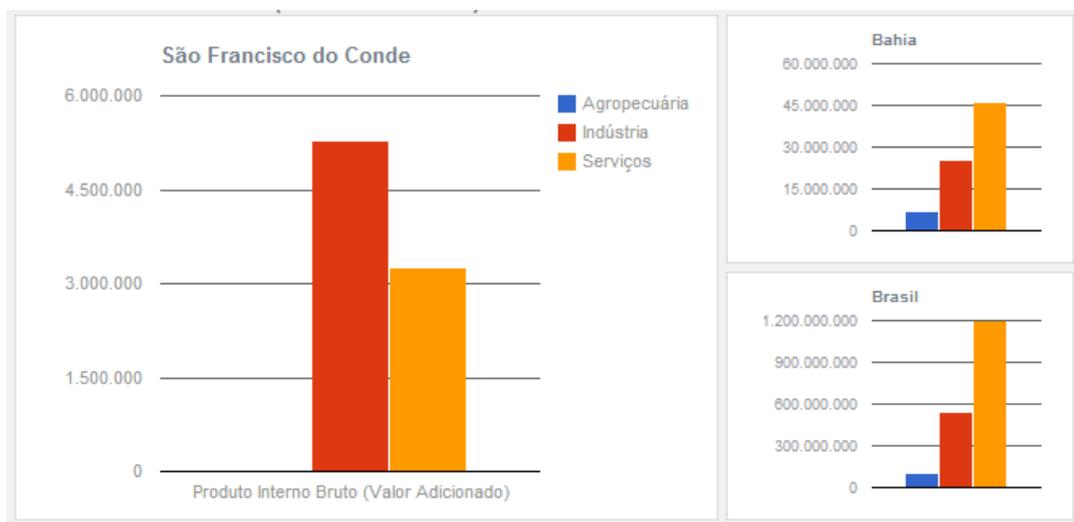
Quadro 2 – Dados Populacionais

População Residente	
População residente alfabetizada:	26.707 pessoas
Eleitorado:	23.696 Eleitores
Nascidos vivos e registrados nesta cidade:	639 pessoas
População residente por sexo:	
População residente de Homens:	16.203 pessoas
População residente de Mulheres:	16.980 pessoas
População residente por cor ou raça:	
População residente – Branca	2.239 pessoas
População residente - Preta:	13.278 pessoas
População residente - Parda:	16.878 pessoas
População residente por rendimento	
Rendimento nominal mensal até 1/4 do salário mínimo:	842 pessoas
Rendimento nominal mensal de mais de 30 salários mínimos:	6 pessoas

4.2.4 Aspectos econômicos

A riqueza do passado se baseava na plantação de cana-de-açúcar que possibilitou o início ao desenvolvimento econômico da área, atualmente uma das principais atividades é a extração e refino de petróleo RLAM (Refinaria Landulpho Alves Mataripe), homenagem ao engenheiro e político baiano que lutou para conquistar a causa do petróleo na Bahia. O município possui o maior Produto Interno Bruto por habitante do país segundo IBGE/2009.

Figura 3 – Produto Interno Bruto



Fonte: IBGE, em parceria com os Órgãos Estaduais de Estatística e Secretarias Estaduais de Governo.

4.2.5 Aspectos culturais

São Francisco do Conde é guardião de uma diversidade cultural inestimável. Dados do jornal O Globo (2011) revela que o município supramencionado é dona de uma das maiores diversidades de manifestações da cultura popular do Recôncavo, possui um grande patrimônio herdado do Império Português, e a gastronomia deixada pelos africanos e índios primeiros habitantes da região. Suas maiores riquezas foram preservadas por meio da história passada de geração para geração.

Por isso, ainda hoje, se mantêm vivas as manifestações culturais da Era Colonial, entre elas o Bumba-meu-boi e a Nega Maluca. Também existem as produções culturais como o Lindroamor Axé, Capabode, as paparutas, samba de roda(chula)²⁶, Mandus e os Meninos da Lama. Além das lavagens e o carnaval. Mas, sem dúvida, a festa mais comemorada no município é o seu tradicionalíssimo São João que conta com danças populares, como o forró e a quadrilha, além de ter as bebidas e as comidas típicas da região²⁷.

4.3A Rede de atendimento à saúde de São Francisco do Conde e o papel do CRESAM;

Como já explicitado no capítulo anterior, as redes de atendimento à saúde são arranjos organizativos de unidades funcionais de saúde, pontos de atenção e apoio diagnóstico e terapêutico, onde são desenvolvidos procedimentos de diferentes densidades tecnológicas que, integrados através de sistemas de apoio e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado a saúde. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) considera que a rede de atendimento a saúde é: “[...] uma rede de organizações que presta, ou faz esforços para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida.” (OPAS, 2010 apud OPAS, 2011, p. 15). Já o Ministério da Saúde define que as RAS são: “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2010).

Nesse sentido, a rede de atendimento à saúde tem por objetivo garantir meios adequados para que os indivíduos façam frente aos riscos sociais da saúde e o município é responsável pela saúde de sua população e deve garantir que ela tenha

²⁶ Também chamado de samba de viola ou samba amarrado, a chula é uma variação do samba de roda com versos curtos. Em 2004 o samba de roda do recôncavo baiano foi declarado Patrimônio Imaterial Brasileiro (Secretaria de Cultura de São Francisco do Conde).

²⁷ Informações retiradas do site oficial da Prefeitura Municipal de São Francisco do Conde.

acessos à atenção básica e aos serviços especializados de média e alta complexidade. É através da regionalização, da descentralização dos serviços e das redes que a população pode ter um acesso com maior qualidade e de forma integral a saúde, como determina a legislação.

No município de São Francisco do Conde de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (2013), a rede física de saúde pública e privada prestadora de serviços ao SUS no município é composta pelos seguintes estabelecimentos:

- 13 Unidades de Saúde da Família
- 05 unidades satélites
- Equipe de Saúde Bucal – modalidade I
- 01 Centro de Saúde de referência ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS como porta de entrada aos serviços de saúde para 100% da população municipal.
- 01 Hospital Municipal Docente Assistencial Célia Almeida Lima/Centro de Especialidades Médicas, onde são oferecidos os serviços de média e complexidade.
- 01 Centro de Referência à Saúde da Mulher –CRESAM
- 01 Centro de Atenção Psicossocial
- 01 Unidade Móvel- SAMU
- 01 Unidade móvel odontológica e cardiológica
- 01 Centro de Reabilitação
- 01 Unidade de Pronto atendimento, cujo cadastro encontra-se no nível de base municipal, no aguardo de atualização da base federal do CNES.(Muribeca).
- Centro de Convivência do Idoso que realiza trabalhos integrados a Secretaria de Desenvolvimento Social,
- PROAP-Programa de Apoio Pedagógico /Programa Saúde na Escola integrada a Secretaria de Educação e Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais-APAE.

A Estratégia Saúde da Família a qual configura-se como a atenção primária à saúde no município, possui cobertura aproximada de 60,65% (BRASIL, 2012a), com

13 unidades básicas de Saúde da Família, que se responsabilizam por cerca de 5580 famílias. Essas unidades se localizam na área urbana e rural do município. (SÃO FRANCISCO DO CONDE, 2009b).

Figura 4 – Desenho Representativo do Sistema de Saúde do Município de São Francisco do Conde



Fonte: SESAU

Na estrutura organizacional da saúde do município de São Francisco do Conde, o Centro de Referência em Saúde da Mulher tem um papel fundamental considerando que a população feminina é predominante. Antes de sua implantação as mulheres tinham que se deslocar até Salvador em busca de atendimento médico especializado, com a instalação do CRESAM, foi estabelecido um importante salto na saúde do município, oferecendo atendimento de média complexidade num só local.

O CRESAM que foi implantado no início da atual gestão de São Francisco do Conde, conta com doze salas de atendimentos, setor administrativo, recepção, área ampla e estacionamento fica situada na Praça Leonor Teixeira, Centro. Com

capacidade para atender cerca de 150 mulheres por dia, o Cresam é equipado com aparelhos de última geração e conta com o trabalho de uma equipe multidisciplinar de cerca de 50 profissionais, que prestam assistência nas áreas de cardiologia, ginecologia, mastologia, psicologia, fisioterapia, serviço social entre outras. Entre os procedimentos e exames oferecidos pelo CRESAM estão: eletrocauterização do colo, vagina e ânus; biópsias de mama, colo do útero e vulva; punções de mama; citologia oncótica; microflora vaginal e colposcopia; inserção de DIU; ultrassonografias de mama, pélvica, abdômen total, vias urinárias e obstétricas; eletrocardiograma – EGC e mamografia. Estes e outros serviços garantem o acesso da população à saúde através da Central de Marcação de Consultas e Procedimentos

4.4 Os Limites e as Possibilidades do Acesso e da Utilização dos Serviços de Saúde direcionados às Mulheres Atendidas no CRESAM de São Francisco do Conde.

Considerando a diversidade das dimensões da equidade e das suas categorias de análise, este trabalho optou por analisar os limites e as possibilidades do acesso e da utilização dos serviços de saúde direcionados às mulheres atendidas no CRESAM do município de São Francisco do Conde. Apesar da relação com o estudo da equidade, vale ressaltar que este é um tema mais complexo que envolve, além da avaliação da configuração da oferta e do acesso/utilização dos serviços, outras dimensões como a qualidade da atenção, a situação de saúde e condições de vida. Ademais, essas dimensões podem ser avaliadas segundo os determinantes sociais (configuração geográfica, renda, escolaridade, gênero, idade, classe social). Portanto, a presente pesquisa pretende contribuir para a discussão da equidade no sistema público de saúde, a partir da análise das condições de oferta, acesso e utilização dos serviços pelas mulheres.

Nesse sentido, através das entrevistas foi possível conhecer de forma sistemática como funcionam os serviços de saúde do município de São Francisco do Conde, pertinente a saúde de mulher. Quanto ao perfil das oito entrevistadas, todas eram do sexo feminino, idades variadas entre 20 a 58 anos, a maioria se declararam pretas/pardas, estudaram até o ensino médio completo a media salarial estava entre

0 a 3 salários mínimos em diversas ocupações: Secretárias, auxiliar administrativo, cabeleireira e serviços gerais.

Na análise dos dados coletados foram demarcados os seguintes eixos temáticos:

- Concepção de Saúde;
- Equidade e Determinantes sociais da saúde;
- Serviço de Saúde do Município;
- Atendimento especializado a saúde da mulher (CRESAM);
- Acesso e utilização dos serviços de saúde.

No primeiro item, concepção de saúde, sistematiza-se os dados quanto à compreensão que as entrevistadas constroem e estabelecem em relação ao conceito de saúde. Partido do conceito mais amplo tal como concebe a OMS - “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” - e o preceito constitucional de reconhecer a saúde como um “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

As entrevistadas na sua maioria conceituaram saúde como “bem estar do ser humano”, “cuidar”, “vida, tranquilidade, paz” e “viver bem”. No entanto, uma das entrevistadas considerou o conceito de saúde ligada ao acesso aos serviços via mercado:

Pra mim é ter um plano bom, bom convênio, pra mim estaria tudo bom. Porque na verdade a gente consegue fazer as coisas mais rápidas no tempo certo, não precisa se matar, acordar de madrugada pra pega uma ficha; sei lá se tivesse um plano não precisava passar por isso, sem contar que o atendimento é diferente. (Jasmim)

Algumas questões podem ser levantadas, com relação a essas considerações. Nota-se, no entanto a reprodução de um conceito estabelecido desde a da década de 1990, marcada pela ingerência de um governo Neoliberal, com clara defesa do mercado e redução do papel do Estado. Nesse contexto para

Bravo (2006, p.100). A própria despolitização, a cultura do senso comum, a defesa dos meios de comunicação de massa dos serviços privados e de satanização do Estado e a necessidade imediata da população em obter um serviço de saúde faz com que o mercado seja defendido.

[...] A saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos. (BRAVO, 2006 p.100)'

Nesse sentido, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) vem articulando um conjunto de ações com os diversos segmentos que estão presentes no plenário do CNS, considerando a conjuntura das mobilizações sociais e a pauta de reivindicações dos movimentos, que destacam a defesa do direito à saúde pública de qualidade para todos os cidadãos brasileiros através do Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública²⁸ que tem como bandeira de luta avançar a pauta do SUS Universal, Integral e de qualidade. (ABRASCO, 2013)

Outro debate, que tem ganhado visibilidade recentemente é sobre a noção de equidade e o seu papel no acesso e utilização dos serviços de saúde. Trata-se de um debate contemporâneo e universal com implicações na formulação e condução de políticas públicas como destacam Viana, Fausto e Lima (2003). Contudo, ao tratar do tema, é relevante definir precisamente seu significado considerando que a perfeita igualdade de condições de saúde entre os indivíduos é algo ainda inatingível. Por isso, há certo consenso na literatura em torno da definição formulada por Whitehead (1991) acerca da noção de equidade em saúde, a qual coloca que:

Todos os indivíduos de uma sociedade devem ter justa oportunidade para desenvolver seu pleno potencial de saúde e, no aspecto prático, ninguém deve estar em desvantagem para alcançá-lo. Consequentemente, equidade em saúde refere-se à redução das

²⁸ O Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública foi criado no dia 13 de março de 2012 durante reunião na sede do Conselho Federal de Psicologia, em Brasília. Várias entidades participaram do evento e firmaram a ideia da iniciativa com a meta de aumentar o volume de recursos não atendidos pelo processo de regulamentação da Emenda Constitucional 29/2000.

Com o slogan "SUS mais 10", o movimento conta ainda com a participação do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), do Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde (CONASS), da Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) e dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde. (ABRASCO, 2013)

diferenças consideradas desnecessárias, evitáveis, além de serem consideradas injustas (apud VIANA, FAUSTO E LIMA, 2003, p.59).

O desconhecimento sobre a questão da equidade e dos determinantes sociais da saúde se mostrou latente nas respostas das entrevistadas quanto questionadas se conheciam o termo ou o que já tinham ouvido falar sobre eles. Dentre as respostas existiu quase sempre um questionamento:

“Equidade, não nunca ouvi falar nisso não, tem haver com o que?” (Camélia).
 “Isso pra mim é novo, você pode me explicar o que é?” (Dália).
 “Não, na verdade já, mais não procurei saber o que de fato é” (Iris).
 “Não, já ouvi até falar, mas não sei explicar do que é não” (Violeta).

Fica evidenciado a complexidade do desafio da efetivação do princípio da equidade em saúde. Tendo em vista que desconhecimento e a falta de divulgação refletem no não asseguramento sobre os direitos. No caso específico da saúde, o exercício da equidade pode se materializar no processo de formulação das políticas de saúde e das políticas públicas intersetoriais que podem ter impacto sobre os determinantes sociais da saúde.

Nesse sentido é importante destacar também que esses conceitos são novos até mesmo para os profissionais. Por isso atualmente o debate sobre os DSS e a equidade são as grandes preocupações de organismos nacionais e internacionais, especialmente a OMS, tendo em vista que em muitos países em desenvolvimento a equidade em saúde está distante de ser alcançada. Para muitos profissionais de saúde, trabalhar considerando os DSS é algo muito recente e duvidoso. Compreendendo as dificuldades em imprimir essa nova cultura em saúde, no ano de 2005, a OMS inaugurou a Comissão dos Determinantes Sociais de Saúde, sendo que um dos principais desafios elencados pela comissão está na reestruturação dos sistemas de saúde para que os profissionais possam contribuir positivamente para a promoção de condições favoráveis para a saúde das pessoas. Sob as questões relacionadas aos determinantes sociais as entrevistadas, assim como no caso a equidade também desconheciam o termo:

“Não, é sobre o que?” (Hortência).
 “Também não sei o que é não, nunca ouvi falar nesse!” (Iris).
 “É sobre o Serviço Social?” (Jasmim).
 “Não, sei não nunca ouvir falar nisso!” (Dália)

Reforçando nesse sentido, a proposta da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde, da necessidade em “promover, em âmbito internacional, uma tomada de consciência sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações e sobre a seriedade do combate às iniquidades em saúde por eles geradas”. (CNDSS, 2008, p.10). Evidenciando também, a importância do acesso a informação que visem promover ações e serviços de saúde de qualidade, igualmente para as populações cuja situação está intrinsecamente ligada ao nível socioeconômico e às relações sociais, de gênero, de raça, de etnia, de orientação sexual e de geração.

Levando em consideração, a falta de informação sobre a equidade e sobre DSS faz-se necessário trabalhar na perspectiva de uma “Nova Promoção da Saúde” definida como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (OPAS, 2006a). Falar dos determinantes também é debater a questão das desigualdades de classes, de gênero, de raça, de geração, discutir os desafios para a gestão pública atender reivindicações históricas de uma sociedade desigual.

Partindo dessa premissa fica evidente a necessidade dos profissionais articularem serviços e ações coerentes com as demandas e vulnerabilidades dos usuários, e assim contribuir para a ampliação das ações educativas que visem à compreensão pelos usuários das relações sociais vivenciadas, com o repasse de elementos para apreensão e reflexão crítica da realidade. Torna-se clara também a necessidade de incentivo à participação dos usuários na elaboração e avaliação das atividades institucionais, no intuito de constituir um espaço público que garanta o direito ao acesso a um serviço de qualidade (ZUCCO & CAVALCANTI, 2002).

No tocante ao papel dos municípios nas ações de saúde pode-se considerar que os municípios são incentivados a assumirem integralmente as ações e serviços de saúde em seu território. Esse princípio do SUS foi fortalecido pelo Pacto pela Saúde, acertado pelos três entes federados em 2006. A partir de então, o município pode assinar um Termo de Compromisso de Gestão. Se o termo for aprovado na Comissão Bipartite do Estado, o gestor municipal passa a ter a gestão de todos os serviços em seu território. A condição permite que o município receba os recursos de forma regular e automática para todos os tipos de atendimento em saúde que ele se comprometeu a fazer. (BRASIL, 2006)

Consolidar a municipalização da gestão do SUS é uma prioridade na qual o Ministério da Saúde está firmemente empenhado, o que, em última instância, significa a própria efetivação deste Sistema. As funções de coordenação articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria constituem, na realidade, condições essenciais para o alcance da resolutividade, qualidade e humanização das ações e serviços prestados à população. Nesse sentido, ao que se refere especificamente à avaliação das entrevistadas quanto aos serviços de saúde do município destacam-se as seguintes questões:

“No município até tem o atendimento especializado, só que ainda existe o problema da falta de profissionais” (Bromélia)

“Tem que ver as necessidades do município para melhorar, não adianta colocar um dermatologista se está precisando de ginecologista” (Iris)

“Devia ser melhor por que o município tem dinheiro, mas mesmo assim é um dos melhorzinhos”.(Violeta)

Sobre o atendimento no CRESAM, a maioria das entrevistadas, apresentou posições favoráveis, e algumas ressalvas com diferenças nas justificativas:

“O atendimento aqui é bom, temos aqui mastologista, ultrassom, não tenho muito a reclamar quanto aos exames, à questão é na marcação, pois a procura é muito grande.” (Bromélia).

“Considero um ótimo atendimento, pensando no que a gente vê lá fora. Pela minha experiência aqui é um diferencial, porque não precisa de convenio para ser atendido.”(Camélia)

“Bom né! Precisa melhorar algumas coisas” (Gardênia).

“Acho assim, não é ruim mas precisa melhorar muito, aqui tem o atendimento básico, mais precisa aprofundar o atendimento”.(Iris)

“O hospital é horrível se aqui fosse o hospital tava bom demais”(Jasmim)

Outro enfoque considerado pelas entrevistadas e sobre os profissionais do CRESAM e a qualidade do atendimento as quais demonstraram opiniões diversas.

“O serviço publico para ser de qualidade tem que ter as pessoas envolvidas tem que tá comprometido com aquilo que ele tá fazendo. Não estão preparadas para informar” (Iris).

“Não tiveram curso, não tiveram nada.A falta de humanidade é demais, o sistema tá péssimo O atendimento é pela prioridade de amizade”. (Hortência)

É fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento prestado, para repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando ao seu aperfeiçoamento.

Embora mulheres e homens compartilhem desafios de saúde similares, as diferenças entre eles são tantas que a saúde das mulheres merece atenção particular. Há condições que são vivenciadas tão somente pelas mulheres, cujo impacto negativo é sofrido apenas por elas. Algumas destas condições, como gravidez e parto, não são doenças, mas processos biológicos e sociais que acarretam riscos à saúde e requerem cuidados. Alguns desafios de saúde afetam mulheres e homens, porém com impacto maior ou diferente sobre as mulheres, requerendo respostas específicas e sob medida para atender suas necessidades. Outras condições afetam mulheres e homens mais ou menos de forma idêntica, mas as mulheres encontram maiores dificuldades de acesso às ações de saúde que necessitam. Além disso, as desigualdades baseadas no gênero, por exemplo, na educação, na renda e no emprego, limitam a capacidade de meninas e mulheres protegerem sua própria saúde.

Considerando essas características, faz-se necessário reconhecer que a categoria gênero está presente em todas as relações travadas historicamente na sociedade e desta forma constitui-se peça fundamental para entender as relações sociais e subjetivas no âmbito da saúde. A própria construção social do feminino e do masculino determina a condição social de mulheres e homens e possibilita compreensão da situação de saúde de mulheres e de homens na contemporaneidade. Não obstante, a compreensão do caráter social e histórico do gênero como “construção social” (LOURO, 1996) ou como a “organização social das relações entre sexos” (SCOTT, 1995 apud VELOSO; BEZERRA, 2004, p. 108), está imbricada nas conduções das demandas apresentadas no cotidiano institucional e nas relações sociais entre os profissionais e usuários.

Assim, as entrevistadas ao serem questionadas se consideram importante o atendimento especializado a saúde da mulher foram unânimes nas respostas em afirmar que sim.

“Claro que sim, porque é a mulher que tem filho, precisa de muito mais coisas.” (Violeta).

“Eu acho que as mulheres são as principais que devem ter atendimento especializado” (Iris)

“Com certeza por que a mulher tem que ter mais privilégios
“(Gardênia)

“Sim, a mulher precisa de um atendimento especializado, um acompanhamento, palestras.”(Camélia)

“Acredito que sim, pois, as coisas vem aparecendo, hoje acredito que todos lugares deveriam ter atendimento especializado para a mulher”(Bromélia)

Quanto às questões relacionadas ao acesso e utilização dos serviços saúde, Nogueira e Miotto (2006) afirmam que:

Inegavelmente, a maior conquista do SUS foi quanto ao direito de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade [...] tal se deve à permanente disputa sobre o alcance da saúde como direito, em relação à própria concepção de saúde e às maneiras para viabilizar seu acesso e sua garantia (p.232-233)

Conforme o Art. 196 da Constituição, o acesso às ações e serviços públicos de saúde deve ser universal e igualitário. Problemas como a falta de médicos e outros profissionais de saúde, sucateamento da rede instalada, falta de humanidade no atendimento aos usuários dos serviços públicos e as crônicas filas que se repetem na rede de serviços públicos de saúde provocam recorrentes violações aos direitos humanos.

Nessa perspectiva, Vasconcelos (2006) aponta que o: direito ao acesso universal aos serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade; à atenção integral à saúde; à prevenção de doenças, danos, agravos e riscos, tratamento e a reabilitação; atendimento de qualidade e sem preconceitos; direito a informações a respeito de seu quadro de saúde e seus familiares; informação sobre rotinas, funcionamento e recursos das unidades de saúde; participação direta ou indireta no controle social dos serviços prestados; direito de ser ouvido e de ouvir nos atendimentos em saúde; acesso ao seu prontuário e exames, e o direito de ter acesso a medicamentos básicos e de uso contínuo, são fundamentais para a garantia da qualidade no acesso e utilização dos serviços de saúde.

No caso de São Francisco do Conde foram observados a partir das entrevistas diversos limites no sistema público de saúde, um deles é a dificuldade de acesso a esses serviços. A demanda por atendimento médico e realização de exames é muito maior do que a oferta.

“Tem muita dificuldade, você marca um exame hoje, só vai ter resposta com 20 dias e olhe lá.” (Dália)

“O acesso não é fácil, é um pouco difícil, tem que acordar de madrugada para conseguir” (Bromélia)

“O acesso por marcação é mais complicado, se fosse depender de marcação demora muito” (Camélia)

“Regular! Porque geralmente pra conseguir uma ficha para o medico é muito complicado, tem que ir muito cedo. Acho que como se refere à mulher não deveria ter tanta dificuldade” (Gardênia)

De acordo com as entrevistadas a marcação é feita através da Central de Marcação de Consultas e Procedimentos (Central de Regulação) ²⁹. Essa central tem o papel de orientar o fluxo de atendimento, facilitar a realização das consultas especializadas dentro e fora do município e os exames de média e alta complexidade, solicitados pelos profissionais da saúde; estabelecer o fluxo para o transporte dos pacientes; disponibilizar a melhor alternativa assistencial ao cidadão de forma equânime. As entrevistadas salientaram que é através da central de regulação que são feitos os encaminhamentos para atendimento especializados que não tenha no CRESAM. Geralmente são encaminhadas para outras cidades, destacam ainda a dificuldade para conseguir esse atendimento:

“Consegue até o carro, mais é aquela dificuldade, você tem que ter dinheiro, porque o carro sai 3 horas da manhã, as vezes não espera, se você tiver com fome e sem dinheiro, morre lá dando um custipiu”(Hortência)

“Encaminhar, encaminha mais ultimamente está suspenso, eu mesmo precisei e não conseguir ir fazer o ecocardiograma e um eletrocefalograma em Salvador” (Iris)

“Geralmente encaminha pra outra cidade Candeias, Salvador, até pra uma clinica particular se o caso for muito grave, mas não são todos os casos não” (Bromélia)

Observa-se que, o acesso é considerado um elemento essencial para avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Pois, propicia identificar a satisfação do usuário com o atendimento, determinando a escolha do serviço e estabelecendo,

²⁹ As Centrais de regulação foram estabelecidas a partir da Portaria MS/GM nº 1559 de 01/08/2008, que institui a Política Nacional de Regulação do SUS. A Política Nacional de Regulação do SUS estabelece ações organizadas em três dimensões de atuação integradas entre si, são elas: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação de Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência. (BRASIL, 2007)

frequentemente, vínculo, expresso pela ampliação e frequência na utilização dos serviços ofertados ou os que vão se incorporando devido à demanda dos usuários ou por necessidades epidemiológicas que se abrem à produção de novas necessidades de saúde.

Foi observado que dentre as dificuldades relatadas pelos usuários da rede pública, estão marcação de consultas e o tempo de espera para serem atendidos. Pelo fato de serem usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), em que a procura por serviços de atendimento a saúde da mulher, é muito grande, e diante da escassez de profissionais, existe uma grande demanda, implicando na demora do atendimento.

Neste sentido, os dados coletados nos informam que a efetividade das ações de saúde e a busca da equidade, requerem ousadia e a promoção do diálogo entre os atores sociais como forma de construir uma consciência que permita o compromisso ético em direção as mudanças necessárias para o alcance de um sistema de saúde eficaz e eficiente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o propósito de ampliar a discussão sobre a equidade em saúde, este estudo buscou analisar a importância de debater as especificidades da população feminina nos serviços de saúde. É possível (re)afirmar através desse estudo que a saúde da mulher deve ser priorizada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Tendo em vista que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher considera que o SUS deve estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, em uma perspectiva que contemple as necessidades de saúde desta população, o controle das doenças e agravos de maior ocorrência nesse grupo e a garantia do direito à saúde.

Nesse sentido, faz-se necessário compreender que a saúde é resultante dos determinantes sociais que envolvem diversos aspectos da vida está relacionada com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. Essas questões expressam, sobretudo, as refrações da questão social implícitas no contexto da totalidade, tendo em vista a característica de desigualdade social presente na sociedade capitalista.

Assim, neste universo torna-se importante compreender as condições de vida da população no sentido de possibilitar um melhor acesso aos serviços de saúde. No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação e a sobrecarga das responsabilidades. Outras variáveis como raça, etnia, hierarquias de gênero e situação de pobreza realçam ainda mais essas desigualdades. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos.

Tal cenário reforça o conceito de que a equidade na utilização de cuidados de saúde deve ser considerada como questão central em qualquer política de saúde que pretenda contribuir para uma sociedade mais justa. Nesse sentido, equidade em saúde equivaleria a justiça no que se refere à situação de saúde, qualidade de vida e sobrevivência, tendo em vista que, idealmente, todas as pessoas têm direito a uma justa possibilidade de realizar seu pleno potencial de saúde e que ninguém estará em desvantagem para realizar esse direito. Em termos práticos, esta

aproximação conduziria a uma redução, das diferenças no acesso e utilização dos serviços de saúde.

Referente à questão do acesso, nota-se que mesmo a saúde no Brasil sendo considerada universal a partir da Constituição de 1988 ainda hoje a população encontra dificuldade de acesso. Nesse sentido, importa salientar que a efetivação do direito à saúde depende de condições concretas da oferta do atendimento integral via sistema de saúde e das condições de vida que promovam o acesso aos seus serviços. É importante ressaltar ainda que a universalidade do acesso não pode estar descolada dos outros princípios do SUS, equidade, intersetorialidade e integralidade das ações (NOGUEIRA, 2009). Neste sentido, pode-se compreender que o acesso diz respeito ao direito universal à saúde, e que não significa apenas o agendamento de uma consulta médica e/ ou um exame marcado para meses após a solicitação.

A concepção de acesso envolve promoção, prevenção, serviços assistenciais, enfim, a garantia da qualidade de vida aos cidadãos conforme assegura a CF. De acordo com Vidal (2008, p. 134) o acesso “trata-se da capacidade do usuário obter, quando necessitar, cuidados de saúde de maneira fácil e conveniente, consistindo, assim, na disponibilidade dos serviços e recursos de saúde e sua utilização por parte de quem necessita.” Sobre esse aspecto é importante considerar que pessoas em condições socioeconômicas desfavoráveis têm maior dificuldade de acesso ao sistema de saúde, conseqüentemente, estão expostas ao diagnóstico tardio de várias doenças. De acordo com Borges. (2008 p. 114) “É obrigação das políticas de saúde coletiva suprimir as desigualdades individuais, promover igualdade no consumo de seus serviços e, assim, estabelecer equidade na saúde das pessoas, independente de sua estratificação social”.

No entanto, é importante considerar que as concepções sobre a saúde das mulheres no país avançaram muito nas últimas três décadas. Todavia é necessário reconhecer que existem outras barreiras, sejam elas geográficas, culturais, ou de outra natureza, que dificultam o acesso das mulheres aos serviços de saúde. Ademais, a qualidade do serviço prestado é outra questão que merece atenção.

Diante deste cenário identificou-se a necessidade de um estudo voltado para a avaliação do acesso e da utilização dos serviços de saúde pelas mulheres, principalmente no que se refere à equidade e a importância da análise dos

determinantes sociais da saúde. Acredita-se que este estudo possa gerar informações capazes de contribuir para a melhoria do acesso e da utilização dos serviços públicos de saúde voltada para as mulheres, visando o fortalecimento e a eficiência operacional dos serviços, e a consolidação das diretrizes de universalização, equidade e integralidade propostas pelo SUS.

Diante do exposto e levando em consideração que este estudo buscou avaliar a satisfação das usuárias do CRESAM através do acesso ao sistema público de saúde, faz-se imprescindível compreender as necessidades de saúde desta população de maneira mais ampla, ou seja, como parte de um conjunto de necessidades sociais e econômicas, propondo e executando as ações de saúde não somente para a satisfação dessas necessidades, mas também para o plano no qual elas são produzidas. A saúde da mulher deve ser aceita como um fenômeno bem mais amplo e o desafio para as políticas públicas se configura pela elevação da qualidade de vida das pessoas, envolvendo ações que possibilitem uma ampliação na prestação dos serviços de saúde.

Conclui-se ainda, que há a necessidade de implantar, implementar e intensificar o processo educativo para as mulheres permitindo assim que o conhecimento produzido sobre as especificidades da saúde feminina seja aproveitado com o objetivo de promoção da saúde. Acredita-se que estas ações diminuiriam a assimetria e melhoraria o acesso dessas mulheres nos serviços de saúde, e que conseqüentemente refletiriam positivamente nos indicadores de saúde do município.

Assim ao desenvolver trabalhos educativos diferenciados focados nesta população específica, resultará na melhoria crescente da qualidade da assistência, transformando as ações em práticas concisas, eficazes e eficientes. No que concerne ao ensino e pesquisa esperamos contribuir com a produção científica da área, fornecendo assim, subsídios para pesquisas futuras sobre a temática em questão. Desse modo, esperamos que este estudo constitua mais uma ferramenta para o desenvolvimento e análise das políticas públicas de saúde do Brasil.

6 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ALBUQUERQUE, M. S. V. de. **A promoção da equidade na política de saúde da cidade do recife (2001-2008): uma análise a partir da inclusão de grupos sociais, da regulação assistencial e da contratualização em saúde/** Maria do Socorro Veloso Albuquerque. – Recife: s.n., 2011.187f.: il., tabs

ALMEIDA, E. S. de. **Distritos Sanitários: Concepção e Organização**, volume 1 / Eurivaldo Sampaio de Almeida, Cláudio Gastão Junqueira de Castro, Carlos Alberto Lisboa Vieira. – São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. – – (Série Saúde & Cidadania) Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/2948> Acesso em 01/08/13 às 08h23min

ANDRADE, M. V. **Equidade na utilização dos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras no período 1998-2008** / [et al.]. Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR, 2011.

BARACHO M. **Batalha entre o SUS formal e o real perpetuam as iniquidades em saúde** [Internet]. Recife (PE): Portal DSS Nordeste; 2013. Fev 20 [acesso em 02.08.2013]. Disponível em: <http://dssbr.org/site/2013/02/batalha-entre-o-sus-formal-e-o-real-perpetuam-as-iniquidades-em-saude>.

BARATA, R.B. **Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006**. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, Fundação Sead, v. 22, n. 2, p. 19-29, jul./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br>>; <<http://www.scielo.br>>

BARATA, R.B. (Org.) **Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia**/Organizado por Rita Barradas Barata, Maurício Lima Barreto, Naomar de Almeida Filho e Renato Peixoto Veras. — Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 1997. 260p., tab., graf. (Série EpidemioLógica, 1).

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979. 229 p.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, E. R. **Brasil em Contra- Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.

BORGES, J. B. et al. **Perfil das mulheres no município de Jundiá quanto ao hábito do auto-exame das mamas**. Revista Brasileira de Cancerologia, n. 54 (2), p.113-122, Abril/Junho, INCA, Rio de Janeiro, 2008.

BRASIL .Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Saúde da mulher : um diálogo aberto e participativo** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e

ao Controle Social. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 50 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL.Ministério da Saúde.. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.82 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009

BRASIL, Ministério da Saúde. **Regulamento dos Pactos pela Vida e de Gestão**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2006

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O estado e as Redes de Atenção à Saúde** – 1ª Mostra Nacional de Experiências /Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2012.318 p. – (CONASS Documenta, 25)

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais: pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão** / Operational directives for the pacts by the life, in defense of the SUS and management / . Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 74 p. (Pactos pela Saúde 2006; v.1 (A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria - Executiva.Ministério da Saúde e municípios : **juntos pelo acesso integral e de qualidade à saúde** / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) : uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.318 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Portaria nº3.062, de 23 de agosto de 1982. **Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência social - CONASP**. Diário Oficial. 23 ago 1982.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Rumo para Cairo + 20**, Brasília, SPM, 2010. acesso em :23 de setembro de 2013.Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/cairo_spm.pdf

BRAVO, M. I. S. [et al], (organizadoras). **Saúde e Serviço Social** – 3ª ed – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007

BRAVO, M. I. S. POTYARA A. P. **Política social e democracia**. 3 ed São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

BRAVO, M. I. S. MATOS, M. C. **A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal**. In.: BRAVO, Maria Inês de S.

BRAVO, M. I. S. Menezes, Juliana Souza BRAVO(Orgs.). **Saúde, Serviço Social, Movimentos sociais e conselhos: Desafios atuais**. Ed. Cortez, 2012. São Paulo.

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil**. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. Motta, Ana Elizabete... [et al] (orgs). São Paulo. Ed Cortez, 2006.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais** – 2ª Ed. São Paulo: Cortez / UFRJ. 2007.

BUSS, P. M. and PELLEGRINI FILHO, Alberto. **Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde**. Cad. Saúde Pública [online]. 2006, vol.22, n.9, pp. 2005-2008. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900033>.

CADERNOS DE SAÚDE. **Planejamento e Gestão em Saúde**. Belo Horizonte: COOPMED, 1998. Cap.2, p. 11-26

CAMBOTA JN. **Desigualdades sociais na utilização de cuidados de saúde no Brasil e seus determinantes** [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade; 2012 [acesso em 19 set 2013]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12140/tde-11062012-190139/>

CARLOTO, C. M. **O conceito de gênero e sua importância para a análise das relações sociais**. Serviço Social em Revista, Londrina, v. 3, n. 2, p. 201-213, 2001.

CARVALHO, A. I. de. **Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: a Reforma Sanitária como Reforma do Estado**. In: Saúde e Democracia: a luta do CEBES. FLEURY, Sonia. (orgs). São Paulo Lemos Editorial, 1997.

COHN, A. E., P. E. **Saúde no Brasil: Políticas e organização de Serviços**. 1996. ED Cortez. São Paulo

COHN, A.: **"Caminhos da Reforma Sanitária"**. In: Lua Nova, n.19, nov. 1989. Revista do Centro de Estudos de Cultura Contemporânea, São Paulo.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, abr. 2008. Disponível em < <http://dssbr.org/site/> >. Acesso em: 10 agosto. 2013 às 18:47.

CÔRTEZ, S. M. V. **Participação e Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

COSTA, A. M., 1992. **O PAISM: Uma Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher a Ser Resgatada**. São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução.
CUNHA, J.P.P., CUNHA, R.E. **Sistema Único de Saúde - SUS: princípios**. In: CAMPOS, F.E., OLIVEIRA JÚNIOR, M., TONON, L.M.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3. ed. rev. e atual. São Paulo, SP: Atlas, 1995.

ELIAS, P. E. **Reforma ou contra-reforma: algumas reflexões sobre as políticas de saúde no Brasil**. Cuernavaca; s.n; jun. 1997. 28 p. disponível em <<http://gesan.ndsr.org/docmanualespecializacao05PoliticadeSaude.pdf>> acesso em 01/08/2013 às 9:20

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. P.385-434.

ESCOREL, S. **Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais**. www.opas.org.br/servico/Arquivos/Sala3310 Brasília: OPAS. 2001

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. 252 p. ISBN 85-85676-06-X. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

FRANÇA, S.B. **A presença do Estado no setor saúde no Brasil**. Revista do Serviço Público, v.49, n.3, p.85-100, 1998

GOHN, M. G. **Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica**. São Paulo: Cortez, 2ª edição, 2003.

GOMES, G. V. **Breve apreciação sobre a política de saúde no Brasil no contexto da contra-reforma**. V Jornada de políticas públicas. Maranhão, 2011 Disponível <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/>>

GROSSI, M. P. **Identidade de Gênero e Sexualidade**. Antropologia em Primeira Mão. Florianópolis, p. 1-18, 1998. (versão revisada - 2010) Janeiro: UERJ, 2007. JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/BREVE_APRECIACAO_SOBRE_A_POLITICA_DE_SAUDE_NO_BRASIL_NO_CONTEXTO_DA_CONTRAREFORMA_DO_ESTADO.pdf> acesso em 02/08/2013 às 22:34

IBGE. **Histórico de São Francisco do Conde – BA**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=292920&search=bahia|sao-francisco-do-conde>. Acesso em setembro de 2013.

KUSCHNIR R, et al. **Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS**. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. *Qualificação dos Gestores do SUS*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.121-151. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12546&Tipo=B>

LAMARCA G, VETTORE M. **Equidade horizontal na utilização de cuidados de saúde no Brasil** [Internet]. Rio de Janeiro: Portal DSS Brasil; 2013 Jan 10 [acesso em 02 de outubro de 13]. Disponível em: http://dssbr.org/site/2013/01/equidade-horizontal-na-utilizacao-de-cuidados-de-saude-no-brasil/?preview=true&preview_id=11350&preview_nonce=7fec4b8d38

LOPES, F. **Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra**. In: BATISTA, L. E.; KALCKMANN, S. (Org.). *Seminário saúde da população negra estado de São Paulo, 2004*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2005a. p. 53-101. (Temas em Saúde Coletiva, 3). Acesso em 03 de agosto de 2013

LOURO, G. L. **Nas redes do conceito de gênero**. In: LOPES, Marta J. M.; MEYER, Dagmar E.; WALDOW, Vera R. (Orgs.). *Gênero e saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 9-18.

MARTINELLI, M. L. (Orgs). **Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras Editora, 1999. (Série Núcleo de Pesquisa; 1) NEPI/PUCSP p. 59-84)

MENDES E. V. **A modelagem das redes de atenção à saúde**. Minas Gerais: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

MENDES E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno Ver-SUS Brasil**, 2004. Disponível em: www.gov.br/sgtes/versus Acesso em 01/08/13 às 08h51min

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde no Brasil: desafios e perspectivas**. Brasília: MS, 1998. 45p.

MIRANDA, V. S. N. **A conexão da gestão com a Política Nacional de Humanização da saúde: Uma experiência desenvolvida no Hospital Municipal Odilon Behrens/Belo Horizonte-MG**. 2009. 399f. Tese de Doutorado em Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da ESS/UFRJ, Rio de Janeiro/ RJ, 2009.

MOTA, A. E. [et al], (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez, 2008. p. 218-241.

MULLER NETO, J. S. **“Políticas de Saúde no Brasil: A Descentralização e seus Atores**. *Rev.Saúde em Debate*, 31:54-66, 1991.

NOGUEIRA, A. C. C. **Política de saúde e seus desdobramentos no acesso aos serviços de alta complexidade: um estudo sobre mulheres matriculadas no HC III/INCA.** Dissertação de mestrado, Universidade Federal Fluminense - UFF, 2009.

NOGUEIRA, V. M. R; MIOTO, R. C. T.. **Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais.** In: MOTA, E. E. et al. (Org.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006. v. 1, p. 218-241.

OGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas:** Documento de Posição da Organização Pan Americana de Saúde / OMS. Washington, DC: OPAS, 2005. [Anexo A - Documento CD46/13]. 36p.

PAIM, J. S., SILVA, L. M. V., **Universalidade, Integralidade, Equidade e SUS.** Bol. Inst. De Saúde, Vol.12, n.2, São Paulo, Ago. 2010. disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/5975/1/PAIM%20JS.%202010%20Artigo2.pdf>> Acessado em 05/08/2013 às 18:49.

PAIM, J. S. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica.** EDUFRA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PEREIRA, P. A. **A saúde no sistema de seguridade social brasileiro.** Ser Social, Brasília, n. 10, jan./jun., 2002.

PINHEIRO, R. S.; VIACAVAL, Francisco; TRAVASSOS, Cláudia and BRITO, Alexandre dos Santos. **Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2002, vol.7, n.4, pp. 687-707. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000400007>.

SANTOS, G. SILVA, M. P. da. (Org). **Racismo no Brasil. Percepções da discriminação e do preconceito racial no século XXI** São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2005.

SANTOS, N. R. dos. **A Reforma Sanitária e o SUS: Tendências e Desafios após 20 anos.** Rev. Saúde em Debate, nº 81, V.33. Disponível em <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/A_REFORMA_SANITARIA_E_SUS_TENDENCIAS_E_DESAFIOS03_10.pdf> acessado em < 30 de julho de 2013 às 16:11

SÃO FRANCISCO DO CONDE. Prefeitura Municipal De São Francisco Do Conde. Secretaria de Saúde . **Caracterização Geral do Município de São Francisco do Conde.** 2009a. (Orgs.:Marília Fontoura, Tatiane Araújo, Livia Sanches).

SÃO FRANCISCO DO CONDE .Prefeitura Municipal De São Francisco Do Conde. Secretaria de Saúde. **Relatório de Gestão. 1º Trimestre de 2009.** 2009b. (Org.:Marília Fontoura).

SAÚDE EM DEBATE. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**, CEBES – v.1 (out./nov./dez. 1976) – São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES, 2009.

SAÚDE, Sistema Único. Disponível em <www.sistemaunicodesaude.weebly.com/histoacuteria.html> acesso em 29/07/2013 às 22:31

SCOTT, J.. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. Revista Educação & Realidade. Porto Alegre, v. 2, n. 20, p.71-99, Jul/Dez, 1995.

SETUBAL, A. A. **Análise de Conteúdo: suas implicações nos estudos das comunicações**. IN: MARTINELLI, Maria L (org.). Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio. São Paulo: Veras.

SILVA, M. V. S. **A relevância estratégica da Política Nacional de Humanização - PNH no âmbito dos municípios: reais possibilidades de sua implantação, na atenção básica, de Alagoinhas - BA** / Marcos Vinícius Santos Silva. – Cachoeira, 2012.

SILVA, S. F. **Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil)**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2011, vol.16, n.6, pp. 2753-2762.

SOUTO, K. M. B. **A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero**. SER Social, Brasília, v. 10, n. 22, p. 161-182, jan./jun. 2008.

TEIXEIRA, S. F.; MENDONÇA, M. H.: **Reforma Sanitária na Itália e no Brasil: Comparações**. In Teixeira, S.F. (org). Reforma Sanitária - em busca de uma teoria, S. Paulo: Cortez/Abrasco, 1989.15. Vianna, F.J.O.: Instituições Políticas Brasileiras. Vol.II.(3a.ed.) , Rio de Janeiro, Record, 1988 .

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 190-198, 2004.

TROTTA, W. **Política social: perspectiva de medidas efetivamente públicas**.ISSN 1677-8855. Ano 2010 Disponível em<http://www.achegas.net/numero/43/wellington_43.pdf> Acessado em 07/08/2013 as 8:50

VASCONCELOS, A. M. de. **A prática do Serviço Social: Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**.6ªedição. São Paulo: Editora Cortez, 2009.

VELOSO, R.; BEZERRA,V. **Gênero e Sociedade: uma breve introdução à dimensão de gênero nas relações sociais**. Revista Teoria e Sociedade, v. 1, n. 12, p. 106- 125, 2004.

VIANA, A. L.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, L. D. **Política de saúde e equidade**. São Paulo em Perspectiva, v. 17, n. 1, p. 58-68, 2003.

VIANNA, S. M. A **Seguridade Social e o SUS: re-visitando o tema**. Saúde e Sociedade, v. 14, n. 1, p. 7-22, jan./abr., 2005

VIDAL, D. L. C.. **Demanda reprimida: Acesso aos serviços de saúde e Serviço Social**. Serviço Social e Sociedade, n. 94, p.133 -153. Cortez: São Paulo, 2008.

WERNECK, Jurema. **A Vulnerabilidade das Mulheres Negras**. Jornal da Rede Saúde, nº 23, Mar. 2001.

7 APÊNDICES

APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO



Universidade Federal do
Recôncavo da Bahia

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECONCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES HUMANIDADES E LETRAS
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL

PESQUISA DE CAMPO

1 - Dados Pessoais de Identificação

Idade: _____ .Naturalidade: _____
Estado Civil: _____ Escolaridade: _____
Profissão: _____ Orientação Sexual _____
Cor/ Etnia (auto-referenciada): _____
Qual sua renda familiar _____
Participa de algum programa do governo? _____
Participa de algum grupo, entidade, movimentos sociais, sindicato? _____

2- Dados específicos da pesquisa

O que você entende por saúde?

Você sabe ou já ouviu falar em equidade em Saúde?

Você sabe ou já ouviu falar em determinantes sociais da saúde?

O que você acha dos atendimentos prestados pelos Serviços de Saúde do município de São Francisco do Conde? Qual a sua opinião sobre o atendimento no Centro de Referência?

Em sua opinião as mulheres devem ter um atendimento diferenciado nos sistemas de saúde? Esse atendimento acontece aqui no município?

Quando você precisa de atendimento especializado que não tenha aqui no CRESAM, você já foi encaminhada para outra instituição de saúde?

Em sua opinião como é feita o atendimento no CRESAM?

Como se dá o acesso aos serviços de saúde, especialmente aqueles relacionados a saúde da mulher? Existem dificuldades no acesso. Se sim especifique?

APÊNDICE II - TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO

TÍTULO DA PESQUISA: SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: UMA REFLEXÃO ACERCA DAS CONTRIBUIÇÕES DOS (AS) ASSISTENTES SOCIAIS PARA O FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL NO SUS

INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB- Curso de Serviço Social.

Eu _____, declaro que estou ciente da minha participação na Pesquisa com o título acima citado que tem como objetivo principal fazer uma análise crítica acerca da Atuação do Serviço Social no âmbito da Política de Saúde no Município de Amélia Rodrigues-BA.

A minha participação será registrada através da aplicação de um questionário, fotos e gravação. Fica acordado que a minha identidade será inteiramente preservada e que as informações por mim fornecidas serão exclusivamente utilizadas para fim de pesquisa científica. Os resultados do estudo serão divulgados em congresso, publicações científicas e/ou publicações de modo geral.

Estou ciente que se trata de uma atividade voluntária e que a participação não envolve remuneração. Tenho total liberdade de não responder a determinadas questões, tirar dúvidas durante o processo de estudo, excluir do material da pesquisa informação que tenha sido dada ou desistir da minha participação em qualquer momento da pesquisa, exceto após a publicação dos resultados. Também posso recusar este consentimento, informando aos pesquisadores, sem prejuízo para ambas as partes a qualquer momento que eu desejar.

Após ter lido e discutido com a pesquisadora os termos contidos neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordo em participar da pesquisa. A minha participação é formalizada por meio da assinatura deste termo.

_____, _____/_____/2013.

Participante-Assinatura: _____

Nome completo: _____

Pesquisador-Assinatura: _____

Nome completo: _____

APÊNDICE III – OFÍCIO DE AUTORIZAÇÃO

UF B Universidade Federal do
Recôncavo da Bahia

Colegiado de Serviço Social



Ofício nº 01/2013

Cachoeira, 19 de Setembro de 2013.

À Secretaria Municipal de Saúde de São Francisco do Conde - BA.
Sra. Telma da Conceição Silva

A discente Leidy Anne dos Santos Alencar regularmente matriculada no 8ª semestre do Curso de Serviço Social encontra-se na fase de trabalho de campo de sua monografia que busca aprofundar conhecimentos acerca da Atuação do Serviço Social no âmbito da Política de Saúde.

Com a finalidade de dar seguimento a sua pesquisa, a respectiva discente pretende estudar a seguinte temática: **Os caminhos da Equidade: Um olhar sobre os determinantes sociais da saúde das mulheres atendidas pelo CRESAM do município de São Francisco do Conde – BA**

Com isso, esperamos contar com vossa colaboração na realização de entrevistas e com a conclusão do trabalho de campo.

Cordialmente,

Valéria dos S. Noronha Miranda
CRESS/BA 5ª Região Nº.7479
SIAPE Nº.1378043

Valéria dos Santos Noronha Miranda
Valéria dos Santos Noronha Miranda

Coordenadora do Núcleo Maria Quitéria/ Profª Adjunta do Curso de
Serviço Social CAHL/UFRB

APÊNDICE IV – FOTOS DA INSTITUIÇÃO

ENTRADA



FONTE: PESQUISA DIRETA

RECEPÇÃO



FONTE: PESQUISA DIRETA

SALA DE ESPERA



FONTE: PESQUISA DIRETA



SALAS DE ATENDIMENTO



FONTE: PESQUISA DIRETA



FONTE: PESQUISA DIRETA