

UM OLHAR NA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL/RN

A LOOK AT WOMEN'S HEALTH CARE POLICY IN THE MUNICIPALITY OF SÃO
MIGUEL/RN

VÂNIA MARIA PESSOA RODRIGUES

Discente do Curso de Educação Física – CEF/CAMEAM/UERN
vaniapessoa13@hotmail.com

UBILINA MARIA DA CONCEIÇÃO MAIA

Docente do Curso de Educação Física – CEF/CAMEAM/UERN
ubilinamcm@gmail.com

STÊNIO MAIA ESTEVAM

Discente do Mestrado em Planejamento e Dinâmicas Territoriais – PLANDITES/UERN
steniopinheiromaia@hotmail.com

RESUMO

O estudo tem como eixo discursivo apresentar a política de atenção à saúde da mulher através do olhar dos Agentes Comunitários de Saúde do município de São Miguel/RN. O objetivo foi analisar os serviços relacionados as ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher a partir da compreensão da assistência no município. Metodologicamente é uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. As informações colhidas foram analisadas através da técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2016), como categorias de estudo importantes na organização das informações de pesquisa. No cenário local, os resultados apontam uma política voltada para a manutenção da saúde da mulher com foco na reprodução sexual e materna, questões ligadas ao planejamento familiar, atendimento pré-natal e exames ginecológicos, como o Papanicolau. A procura pelo atendimento à saúde é maior que a demanda, a falta de médicos especialistas nas cidades interioranas é uma característica também perceptível na saúde local, gerando transtornos, esperas, angústias, revoltas e desespero por quem tem urgência em ser atendido em suas enfermidades. Conclui-se que a política de atenção à saúde da mulher enfrenta dificuldades para a oferta dos serviços, marcadas por continuidades e descontinuidades em algumas áreas da atenção básica, expressando a fragilidade do setor de saúde local.

Palavras-chave: Políticas públicas. Saúde da mulher. Agentes Comunitários de Saúde. Unidade Básica de Saúde.

ABSTRACT

The study has as a discursive axis to present the policy of attention to women's health through the eyes of Community Health Agents in the municipality of São Miguel / RN. The objective was to analyze the services related to the actions of the National Policy for Integral Attention to Women's Health (PNAISM) from the understanding of assistance in the municipality. Methodologically it is a descriptive research with a qualitative approach. The information collected was analyzed using the Content Analysis technique proposed by Bardin (2016), as important study categories in the organization of research information. In the local scenario, the results point to a policy aimed at maintaining women's health with a focus on sexual and maternal reproduction, issues related to family planning, prenatal care and gynecological exams, such as Pap smears. The demand for health care is greater than the demand; the lack of

specialist doctors in the inner cities is also a perceptible characteristic in local health, generating inconvenience, waiting, anguish, revolts and despair for those who have urgency to be treated in their illnesses. It concluded that the health care policy for women faces difficulties in the provision of services, marked by continuities and discontinuities in some areas of primary care expressing a weakness in the health sector.

Keywords: Public policies. Women's health. Community Health Agents. Basic health Unit.

INTRODUÇÃO

Pensar as políticas públicas de saúde às mulheres nos dias atuais se torna algo emergente, tendo em vista que as estatísticas comprovam cada vez mais a incidência de agravos à saúde, violência doméstica, abuso sexual entre tantos outros casos que requerem um olhar mais sensível e profissional no trato com esse gênero em específico. Além do mais, a saúde se apresenta como uma garantia conforme expressa o artigo 6º da Constituição Federal do Brasil, “são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados” (BRASIL, 1988, p.07).

A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, o Ministério da Saúde, em 2004, foi orientado e capacitado para garantir a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), numa perspectiva que contemple a promoção, as necessidades específicas da mulher, o controle de patologias mais urgentes e a garantia do direito à saúde considerando que a vitalidade da mulher é uma prioridade na atual conjuntura Mundial. Assim, percebemos uma preocupação e compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos às mulheres e redução da morbimortalidade por meio da prevenção e causas evitáveis (BRASIL, 2004).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que 35% das mulheres em todo o mundo já tenham sofrido algum tipo de violência física, psicológica e/ou sexual praticada por parceiro, ou violência sexual por um não parceiro, em algum momento de sua vida (BRASIL, 2017). Mediante as situações de vulnerabilidade, de exploração e violência frente à mulher, faz-se necessário assegurar a política de atenção à saúde da mulher conforme prevê a integralidade do SUS, desde 2004, construída em parceria com os movimentos femininos de diversos setores da sociedade.

A PNAISM fundamenta-se nos princípios e doutrinas do SUS (integralidade, universalidade e equidade), dando ênfase, no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, no combate à violência doméstica e sexual, na prevenção e

tratamento das doenças infecto contagiosas (HIV, HTLV, Hepatites Virais, etc.) e das doenças crônicas não transmissíveis (diabetes, hipertensão, câncer, etc.), visto que as mulheres vivem mais, portanto estando mais sujeitas a esses adoecimentos (BRASIL, 2017, p. 16).

Nessa perspectiva, estas conquistas vem suprimir direitos arcaicos da década de 1970 que atribuíam como política de atenção à saúde da mulher questões como planejamento familiar, cuidado a maternidade, atendimento pré-natal e ao recém-nascido, entre outros do gênero. Segundo Teles (2017), nos serviços de saúde propunha-se apenas a atender aos chamados programas materno-infantis. Em 1984, o governo propôs o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que pretendeu apenas abranger as mulheres da faixa etária de 15 a 49 anos, que corresponde ao período da fertilidade. Assim, a política proposta pelo SUS incorporou o ideário feminista de que a saúde da mulher não está ligada apenas às questões reprodutiva e sexual, mas também a aspectos socioculturais (BRASIL, 2004).

Em vista dos argumentos apresentados, discutir essa temática que envolve o gênero feminino nesse momento histórico é mais do que deixar-se envolver pelas mulheres do mundo inteiro. É gritar por socorro diante do inconformismo e da ternura de milhares de mulheres. É assumir a atitude incômoda de se indignar com o fenômeno histórico em que metade da humanidade se viu milenarmente excluída nas diferentes sociedades, ao longo dos tempos (TELES, 2017). Assim, foram as conjecturas do patriarcado que concentraram sua atenção na subordinação das mulheres e encontraram a explicação para tal, na necessidade de o homem dominar e sobrepujar o público feminino.

As políticas de atenção à saúde da mulher apontam uma nova perspectiva para tal manifestação como prática social, pautada nas obrigações do contexto social em que se faz presente. O desafio contemporâneo destas políticas de saúde refere-se ao princípio da “integralidade que pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação Inter setorial entre as diferentes áreas que sejam afins na saúde e na qualidade de vida do indivíduo” (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009, p. 32).

Além disso, as ações voltadas à melhoria das condições de vida e saúde das mulheres deverão ser executadas de forma articulada com os setores governamentais e não-governamentais; executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde em estreita relação com a Unidade Básica de Saúde (UBS), em parceria com as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Assim, contamos com a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que tem um

papel fundamental no acolhimento, pois é membro da equipe de ESF, faz parte da comunidade, o que permite a criação de vínculos afetivos propiciando o contato próximo com as mulheres.

No Brasil, a atuação dos ACS é regulamentada pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, regulamentado pelo SUS. Seu objetivo é a reorganização dos serviços municipais de saúde e a integração das ações entre os diversos profissionais na organização do atendimento entre a comunidade e as Unidades Básicas de Saúde. Portanto, o desenvolvimento das principais ações deste programa se dá por meio dos ACS, pessoas escolhidas dentro da própria comunidade para atuarem junto à população (BRASIL, 2001).

Segundo Teles (2018), a importância da luta das mulheres está vinculada a todo processo que busca a transformação da sociedade numa perspectiva igualitária, libertária e justa. Assim, a partir da análise dos recentes acontecimentos que envolvem o gênero feminino e preocupada com o que se tem feito às mulheres, tratar dos aspectos investigativos em relação as políticas de atenção à saúde da mulher é uma inquietação suscitada ao longo da academia como discente do curso de Educação Física do Plano Nacional de Formação de Professores da Educação Básica (PARFOR), Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). Nesse sentido, esse estudo tem como problemática uma investigação sobre: quais os serviços relacionados as ações da PNAISM são executados na assistência à mulher no município de São Miguel/RN?

Desse modo, diante da indiscutível importância dessa temática no âmbito municipal, o objetivo foi analisar os serviços relacionados as ações da PNAISM a partir da compreensão da assistência no município de São Miguel.

De um lado, a escolha da temática pesquisada e analisada, para além do conhecimento sobre o cenário acerca da saúde da mulher no município de São Miguel/RN visa, proporcionar uma análise dos serviços implementados na relação com a PNAISM, por meio da organização, da assistência e execução dos serviços de atenção primária em saúde, uma vez que, as políticas públicas figuram na construção e organização dos bens sociais, promovendo o entendimento de que elas têm uma relação direta com decisão e ação, sendo “uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público” (SECCHI, 2017, p. 02).

Por outro lado, não podemos negar a importância acadêmica que a pesquisa adquire relacionada aos resultados da assistência e dos serviços da política de saúde executada no contexto em estudo. Além disso, ser capaz de discutir com os gestores responsáveis a partir dos resultados da pesquisa e conhecimentos na área, a refletir e contribuir com possíveis intervenções no contexto em estudo. E, finalmente, ressalta-se sua relevância social como

prática de libertação da mulher de um contexto patriarcal para a conquista de direitos sociais no campo da saúde, respeitando o protagonismo das mulheres.

Nesse contexto, a saúde da mulher no município de São Miguel/RN está alinhada à nova conjuntura da política nacional, sendo o público feminino acompanhada pelas equipes de ESF com os atendimentos marcados pelos Agentes Comunitários de Saúde, na principal UBS do Centro de Saúde Dr. José Torquato, zona urbana, que dispõe do Atendimento Primário de Saúde (APS) e especialidades, tal como, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, enfermeira, médico clínico geral, ginecologista, cardiologista, consultórios de dentista e ambulatórios médicos.

METODOLOGIA

Elegemos como processo de trabalho um estudo descritivo com abordagem qualitativa, onde Triviños (1987, p. 112) afirma que, “os estudos descritivos podem ser criticados porque pode existir uma descrição exata dos fenômenos e dos fatos”. Portanto, a dimensão apontada pelo autor nos é adequada, sobretudo, por entendermos também como válido porque na acepção de Minayo (2016, p. 21), a pesquisa qualitativa “[...] trabalha com o universo dos significados, motivos, crenças, aspirações, valores e atitudes”. É uma pesquisa que se preocupa com aspectos da realidade, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais.

O *locus* da pesquisa foi o município de São Miguel/RN, particularmente, as oito (08) micro áreas de saúde da zona urbana atendidas na UBS do Centro de Saúde Dr. José Torquato, São Miguel/RN. Correspondentemente, a pesquisa teve como amostra oito (08) Agentes Comunitários de Saúde. A escolha dos ACS justifica-se pelo fato de manterem um contato direto com as mulheres e serem responsáveis por cada área de abrangência da ESF, com atividades executadas na UBS do município. As entrevistas foram previamente agendadas e antes da realização foi estabelecido um contato prévio e pessoal com os colaboradores em que ficou esclarecido o objetivo do estudo, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), concordando em participar voluntariamente da pesquisa.

Na seleção da amostra foram adotados alguns critérios de inclusão e de exclusão para a participação dos pesquisados. De um lado, adotamos como inclusão: Agente Comunitário de Saúde da ESF, com atuação na micro área de saúde; ter experiência de no mínimo um ano na função e na área de trabalho; profissionais de saúde de nível médio (ACS), encontrar-se em pleno exercício da profissão. Por outro lado, os critérios de exclusão foram: estagiários de cursos universitários; e ACS de férias ou de licença.

Adotamos como dispositivo de pesquisa, a aplicação de um questionário contendo perguntas fechadas e abertas que foi aplicado nos meses de fevereiro e março de 2020. Segundo Minayo (2016, p. 69), o questionário “objetiva levantar opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas. Em princípio objetivamos o levantamento sociodemográficos dos depoentes e, posteriormente, o levantamento de informações específicas em relação ao conhecimento dos serviços relativos a política nacional de atenção à saúde da mulher, dificuldades e principais queixas das usuárias sobre a qualidade da assistência prestadas às mulheres micalenses.

As informações colhidas foram analisadas através da técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2016), como categorias de estudo importantes na organização das informações relevantes à pesquisa. Nessa perspectiva, a organização dos dados se deu em três momentos distintos: pré - análise, com a organização dos documentos, objetivos e indicadores a serem estudados; exploração do material, com a operacionalização e sistematização da análise; e tratamento dos resultados, onde os dados brutos são transformados em resultados (BARDIN, 2016). Assim, a interpretação das informações foram constituídas a partir da fundamentação teórica, estabelecendo articulações entre as informações coletadas e as discussões teóricas, respondendo a problemática e aos objetivos da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Perfil sócio demográfico dos Agentes Comunitários de Saúde

No atual contexto social, o perfil sócio demográfico e, particularmente, as características dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) brasileira vêm passando por intensas mudanças políticas e educacionais, para se adequarem ao cenário contemporâneo do mercado de trabalho em saúde (XIMENES NETO *et al*, 2017). Tal padrão de organização tem como base o perfil desses profissionais municipais, tratando-se dos dados de identificação dos sujeitos, conforme análise dos questionários aplicados aos oito (08) profissionais de saúde/ACS, no contexto do município de São Miguel/RN.

Tabela 1 – Perfil sócio demográfico dos ACS, São Miguel/RN.

Variáveis	N	%
Gênero		
Feminino	07	88
Masculino	01	12
Faixas etárias		
30 a 39 anos	02	25
40 a 49 anos	04	50
50 a 59 anos	01	12,5
60 e mais	01	12,5
Estado civil		
Casado	06	75
Solteiro	02	25
Formação profissional		
Ensino Médio	04	50
Graduação	03	37,5
Especialização	01	12,5
Curso de Graduação, se tiver.		
Biologia	01	12,5
História	01	12,5
Pedagogia	01	12,5
Ciências Biológicas + Educação Física	01	12,5
Curso de Especialização, se tiver.		
Educação Ambiental	01	12,5
Tempo de trabalho nessa função		
08 anos	01	12,5
10 anos	01	12,5
18 anos	01	12,5
20 anos	05	62,5
Tempo de trabalho na UBS		
08 anos	01	12,5
10 anos	01	12,5
18 anos	01	12,5
20 anos	05	62,5

Fonte: Pesquisa de campo (2020).

Quanto a distribuição dos ACS, em relação ao gênero, constatou-se que 88% (n=7) são femininos e 12% (n=1) masculino, conforme instrumento de pesquisa, apresentando-se uma faixa etária compreendida entre 30 e 60 anos de idade. Sendo, o estado civil de 75% (n=6) casado e 25% (n=2) solteiro. Sobre a formação profissional, podemos observar que apresentam especificidades diversas. Nessa realidade, 50% (n=4) concluíram o Ensino Médio, enquanto 37% (n=3) enveredou-se por outros cursos que não são da área de saúde. Apenas 12,5% (n=1) investiu na carreira profissional em busca de conhecimentos científicos relacionados ao seu campo profissional.

Entre os graduados 12,5% (n=1) concluiu o curso de Biologia; 12,5% (n=1) tem formação em História; assim como 12,5% (n=1) em Pedagogia; outros 12,5% (n=1) apresenta duas formações, sendo uma em Ciências Biológicas e outra em Educação Física. Além disso, apenas 12,5% (n=1) possui curso de Especialização em Educação Ambiental. O tempo de trabalho na função é o mesmo no tempo de trabalho executado na UBS, sendo que 62,5% (n=5) dos ACS tem vinte (20) anos de profissão; 12,5% (n=1) tem dezoito (18) anos de serviço; 12,5% (n=1) tem dez (10); e mais 12,5% (n=1) tem oito (08) anos de trabalho na área da saúde. Em seguida, por unanimidade, os pesquisados afirmaram terem conhecimento sobre a PNAISM.

Segundo o Ministério da Saúde, a formação dos ACS permanece um desafio. A previsão é de que esta formação deve ser gradual e permanente e realizada pelos estados e municípios em parceria com as Escolas Técnicas do SUS. Essa busca pelo desenvolvimento das capacitações é fundamental para a concretização dos princípios da atenção à saúde da mulher na rede básica e para a efetividade dos processos de educação em saúde, já que depende da qualidade dos serviços das equipes de saúde nos territórios (BRASIL, 2016).

Caracterização da política de atenção à saúde da mulher no Município de São Miguel/RN

A política referente à saúde da mulher adquiriu ao longo do tempo as características que perpassaram os diferentes contextos sociohistóricos, econômicos, político, assim como o avanço do conhecimento científico, a capacidade de organização e conquistas das classes populares na cobrança pela garantia dos direitos sociais.

Em 1984, o governo propôs o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que pretendeu abranger as mulheres da faixa etária de 15 a 49 anos, que corresponde ao período da fertilidade (FERREIRA; SALES, 2017). A exemplo, a Constituição Federal de 1988, através do artigo 196, assegura que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (BRASIL, 1988). Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), construída a partir da proposição do SUS. A PNAISM fundamenta-se nos princípios e doutrinas do SUS (integralidade, universalidade e equidade), contemplando os vários ciclos de vida e situações de saúde do público feminino, incluindo os assuntos reprodutivos, que tem como diretrizes os cuidados a atenção primária, segundo o conceito da

integralidade de assistência que envolvem todas as fases de vida da mulher, respeitando a especificidade de cada etapa (BRASIL, 2004).

De acordo com os relatos dos ACS, a situação e o atendimento as especificidades no campo feminino não se alteraram ao longo dos tempos, basta comparar as características da política de atenção à saúde da mulher no Município de São Miguel/RN atualmente com o que ocorria no passado. No quadro 1 que segue, os ACS expõem as principais especificidades da política de atenção à saúde da mulher no município em estudo.

Quadro 01 – Características específicas da política de atenção à saúde da mulher no Município de São Miguel/RN

1.Prevenção do colo do útero, pré-natal, vacinação, planejamento familiar.
2. Prevenção, o exame Papanicolau e quando gestante o pré-natal.
3. Papanicolau e prevenção do colo de útero
4.Consultas, prevenção e <i>ultrassonografia</i> .
5. Consultas, prevenção e pré-natal.
6. Prevenção, pré-natal, consulta ginecológica e obstetrícia.
7. Exames de prevenção e de câncer de mama, pré-natal.
8. Exame ginecológico Papanicolau, pré-natal, testes rápidos de DSTs em gestantes.

Fonte: Elaboração dos autores, 2020.

A partir de uma breve análise do quadro 1, observa-se um panorama com características arcaicas, priorizando os aspectos que retratam a mulher como reprodutora, com ênfase nos fatores ligados a maternidade e a manutenção da espécie familiar, com ações próprias do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher de 1984, entrando em coalisão com a proposta da PNAISM, construída a partir da proposição do SUS, respeitando as características da nova política de saúde à mulher e aos diferentes grupos populacionais.

Além disso, as características atuais da política de saúde da mulher contemplam as ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, as necessidades específicas do público feminino, o controle de patologias mais urgentes e a garantia do direito à saúde da mulher como uma prioridade na atual conjuntura Mundial. Há portanto, uma atenção mais abrangente, em todas as fases de vida do indivíduo. Deste modo, a atenção integral foi redimensionada para dar cobertura ao atendimento do corpo feminino no atual contexto social,

expressando a mudança de posição das mulheres na sociedade e a luta pela garantia desses direitos sociais.

Nesse campo, destaca-se a fala do ACS 5 (2020) sobre o assunto dos cuidados na prevenção primária, quando menciona que é preciso haver “consultas, prevenção e ultrassonografia”. Portanto, uma tomada de ações para prevenir causas e fatores de risco de um problema de saúde individual ou populacional antes do desenvolvimento de uma condição clínica (BRASIL, 2013). Uma preocupação que vai além da política que envolve as questões da fertilidade e da reprodução feminina, mas que se desloca para o âmbito do cuidado e da prevenção de doenças, através da execução de exames específicos que podem detectar possíveis doenças que acometem às mulheres. Neste sentido, reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos às mulheres e redução da morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis (BRASIL, 2004).

Tendo em vista os aspectos analisados, a política de atenção à saúde da mulher no contexto em estudo, em parte, não incorporou as aspirações do público feminino de que a saúde não está ligada apenas às questões reprodutiva e sexual, mas também, a aspectos afetivos, econômicos e socioculturais.

Quanto as ofertas dos serviços relacionados a política de atenção à saúde da mulher, os depoimentos de uma parcela dos ACS não condizem com os princípios do SUS, assim como podemos ilustrar os pontos comuns nas falas dos ACS 1 e 3 (2020), “alguns postos de saúde da zona rural não funcionam com certos atendimentos e as mulheres tem que procurar os serviços da zona urbana”. Logo, um fato que merece atenção é que as falas dos sujeitos investigados apresenta uma realidade dos locais em que estes sujeitos atuam, realidade essa que, a partir dos seus discursos, nos permitem dizer que alguns postos não conseguem ofertar certos princípios que deveriam ser garantidos, como atendimento e assistência as mulheres em todos os ciclo de vida, em todas as localidades através da equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), de acordo com o estabelecido pela PNAISM.

Desse modo, garantir a universalização dos serviços do SUS, significa que todas as usuárias têm o direito de usufruir do sistema de saúde, de forma a considerar e contemplar as realidades locais e as especificidades da política de atenção à saúde da mulher (BRASIL, 2017). Para garantir a universalidade é fundamental reconhecer as falhas, as iniquidades e buscar superá-las com ações e estratégias que promovam a equidade, tendo o objetivo de diminuir as desigualdades sociais e promover a integralidade, atendendo a todas as necessidades, dos serviços simples aos complexos (BRASIL, 1990).

Com isso, percebe-se como dificuldades emergentes no sistema local apontadas pelos ACS 4 e 5 (2020), “a falta de médicos”, sendo considerada como a principal causa para a não oferta dos serviços ao feminino. Ratifica-se o depoimento de acordo com o relato 02.

O quadro de funcionários não correspondem à demanda da população. Contamos apenas com um ginecologista/obstetra atendendo toda a população feminina, o que não é suficiente, portanto, a espera é grande e dependendo do quadro clínico do paciente não dá nem para esperar (ACS 2, 2020).

Nessa perspectiva, a falta de profissionais específicos (médicos) é uma realidade que vem ocorrendo desde a muito tempo na história da saúde pública. As condições de infraestrutura são precárias e a remuneração é baixa, sendo assim, os profissionais, particularmente os médicos, recusam-se a trabalhar no sistema público, principalmente, no interior. Existem a escassez de médicos especializados, que preferem se dedicar ao trabalho nos seus consultórios particulares. Aqueles contratados pelo SUS, muitas vezes não cumprem com as obrigações contratuais, como por exemplo, a carga horária de trabalho e os plantões pré determinados (SOUSA, 2014).

Assim, em virtude das fragilidades apresentadas anteriormente pelos ACS 1, 2 e 3, vejamos o relato de mais três (03) ACS, que apontam semelhanças sobre as dificuldades na oferta dos serviços à saúde das mulheres no município em estudo. O ACS 7 (2020) comenta “uma das principais dificuldades é a demanda muito alta pelos serviços, pois demora muito a paciente ser atendida”; Outro afirma, “falta de exames como mamografia e a demora para marcar e atender os casos de cirurgias” (ACS 8, 2020); e ainda “a demora para fazer um exame, a demanda de pacientes para serem atendidos na UBS, pois são muitas áreas descobertas e muitas mulheres sem informação” (ACS 6, 2020).

Sob esse olhar, verifica-se que são problemas comuns, rotineiros e repetitivos. Por isso, as ações voltadas à melhoria das condições de vida e saúde das mulheres deverão ser executadas de forma articulada com os setores governamentais e não-governamentais; executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde, em estreita relação com a UBS, em parceria com as equipes de ESF, atuando na execução básica para a configuração de redes integradas de atenção à saúde e para a obtenção de resultados promissores para as mulheres, quer seja no âmbito federal, estadual ou municipal.

Por isso, é necessário ouvir as mulheres, suas principais queixas e identificar através dessa investigação o direcionamento dado as políticas de saúde voltadas ao público feminino. O respeito aos processos de participação popular, como as conferências (saúde, políticas para

as mulheres, igualdade racial, direitos humanos, LGBT etc.), deve permear a interseccionalidade das políticas de gênero e vislumbrar a redução de indicadores desfavoráveis para a multiplicidade de doenças e diferentes fatores que acometem a saúde feminina (BRASIL, 2017). De acordo com Teles (2017), as mulheres são protagonistas de suas próprias vidas e nos seus distintos cenários, territórios, comunidades e mundos somam esforços e agregam valores na construção de um Brasil mais solidário, com mais equidade, mais cidadania e democracia participativa.

O ACS exerce sua função em contato próximo com as usuárias dos serviços da atenção básica de saúde, portanto, são frequentemente ouvidores das lóstimas sobre a qualidade da assistência e dos serviços prestados às mulheres do município, sendo uma das questões relevantes dessa pesquisa. No entanto, estes profissionais relatam a falta de compromisso e de responsabilidade dos próprios colegas de profissão.

Muitas mulheres relatam a falta de compromisso de alguns profissionais que não desenvolvem seu trabalho diário o que dificulta o acesso aos atendimentos, aos quais essa clientela tem por direito, assim desestimula as mulheres a procurar com mais frequência o atendimento de que necessita (ACS 2, 2020).

Nesse sentido, percebe-se um descaso deste próprio ACS da área, ao desempenhar sua função com desleixo e empatia pelas mulheres do setor. A integração das beneficiadas com a equipe de ACS é importante para o acesso as diferentes políticas executadas na atenção básica, em parceria com as equipes de ESF, atuando para a configuração de redes integradas de atenção à saúde e para a obtenção de resultados promissores para as mulheres locais. O ACS desempenha papel de mediador entre os saberes técnicos e populares, entre a equipe de saúde e a comunidade. Ao mesmo tempo que faz parte da equipe, também faz parte da comunidade; ao mesmo tempo que se alimenta de saberes técnico-científicos, também está embebido da cultura local de saúde (MACIAZEKI-GOMES *et al*, 2016).

Consequentemente, em consonância como este autor e com os relatos dos depoentes que apresentamos a seguir, é possível dizer que a dificuldade de operacionalização está no compromisso com a construção do projeto democrático e popular empreitado pelo SUS. Segundo o depoimento de quatro (04) ACS, as lamentações fogem de suas possibilidades de resolução, como: “as queixas relacionadas ao alto fluxo na procura dos serviços causando demora no atendimento e até a desistência por um atendimento” (ACS 1, 2020). Outros lamentos “as grandes filas para a marcação de exames, falta de médicos nos postos de saúde” (ACS 4 e 5, 2020). Como também, a “demora na marcação de cirurgias, falta de agilidade para

marcar exames e consultas com médicos especialistas, existem poucas vagas para a demanda” (ACS 6, 2020). Assim, nota-se semelhanças entre as reclamações com um alinhamento das assertivas das usuárias em relação as dificuldades encontradas na oferta dos serviços às mulheres descritas anteriormente pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Segundo informações coletadas pela ACS 8 (2020), as usuárias alegam que no município “falta profissional capacitado para função, pois cabe ao enfermeiro realizar exames de prevenção de colo de útero, o Papanicolau e pré-natal, exames estes que acreditamos e as pacientes também alegam ser da responsabilidade do médico ginecologista/obstetra”. Esse depoimento comunga do pensamento de Sousa (2014, p. 231), quando afirma que “o funcionamento dos serviços de saúde pública, depende da gestão e organização, muitas vezes entra em um círculo vicioso devido à escassez de médicos para executar determinadas funções específicas”.

Desse modo, “existem várias deficiências no atendimento à mulher entre elas, o planejamento familiar, o atendimento a puérpera e o acompanhamento às mulheres com DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis) (ACS 3, 2020)”. O que se percebe é que as reclamações das usuárias que ganha voz nas falas das ACS parecem ainda e infelizmente as mesmas que eram realizadas na década de 1970, atribuindo como política de atenção à saúde da mulher as questões relativas ao planejamento família (FERREIRA; SALES, 2017). A partir de agora, a mulher tem o livre arbítrio da prevenção e de influenciar o ritmo da procriação, e, conseqüentemente, ter o controle ao planejamento da família. Em relação as DST fundamentam-se nos princípios e doutrinas do SUS (integralidade, universalidade e equidade), dando ênfase, na prevenção e tratamento das doenças infecto contagiosas como proposta da PNAISM (BRASIL, 2017).

Além disso, as beneficiárias reclamam da qualidade dos serviços de assistência prestadas às mulheres, a exemplo, “falta de assistência médica, de atendimento humanizado e falta de medicamentos essenciais” (ACS 7, 2020). Essa falta de médicos especializados representa pontos de vista comum entre a opinião das usuárias. No entanto, o gênero feminino sente falta de um trabalho humanizado pelos profissionais da saúde, principalmente, entre a classe médica, sendo esse um fator decorrente da falta de tempo dispensada as pacientes. De acordo com Sousa (2014, p. 231), esses profissionais,

Dividem-se entre o emprego público e o atendimento privado, seja em seus consultórios ou nos hospitais particulares. Alguns desses profissionais possuem uma cultura de que o trabalho no setor público não é prioritário, trata-se de benesse, favor, caridade. Por isso, não criam vínculo nem compromisso

com o seu trabalho como servidor público e estabelecem diferenças de tratamento entre os usuários do SUS e os que frequentam os consultórios particulares.

Sem dúvida, essa é uma cultura e compreensão equivocada que circunda o imaginário da classe médica. Talvez por questões de *status* ou até mesmo por falta de respeito e de humanidade, sendo um profissional que não realiza um atendimento humanizado porque não tem preocupação e interesse de fazer ou de estabelecer relações de diálogo e de amorosidade para com a população. Contudo, em relação aos medicamentos essenciais, o SUS garante a expansão e diversificação dos programas de assistência farmacêutica; como por exemplo, “define o elenco de medicamentos e insumos disponibilizados, nos termos da Lei nº 11.347, aos usuários portadores de diabetes mellitus” (BRASIL, 2007). Com isso, percebe-se que as políticas públicas podem existir, mas não funcionam de fato. Se falta insulina para população, por exemplo, pode existir outros fatores não relacionado a sintonia ou não das ACS com os usuários em relação ao programa de assistência farmacêutica. Também, é possível haver sintonia e faltar medicamentos, seja por desvios ou por incapacidade dos gestores de garantirem a implementação de fato, limitando o acesso e a garantia aos medicamentos a que as pacientes têm direito de retirar na farmácia popular de acordo com suas enfermidades.

É possível dizer, segundo o documento da 2ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher (2017) que os usuários do sexo feminino adocem mais frequentemente do que os homens, porém, vivem mais. No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e devido à sobrecarga com as responsabilidades das tarefas domésticas. Outras variáveis como raça, etnia, situação de pobreza e vulnerabilidade social realçam ainda mais as desigualdades. Ademais, 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 (BRASIL, 2017). Assim, é preciso que a implementação destas políticas de prevenção, promoção de equidade e integralidade em saúde para o público feminino tenha o compromisso dos gestores na execução e na aplicação correta dos recursos públicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No cenário local, percebe-se que a política de atenção à saúde da mulher enfrenta dificuldades para a oferta dos serviços, ainda persistem uma política de saúde voltada para a manutenção da saúde da mulher com foco na reprodução materna e sexual, com questões ligadas ao planejamento familiar, ao atendimento pré-natal e exames ginecológicos, como o

Papanicolau, vacinação, consultas ginecológica e obstétrica, testes rápidos de DSTs. Portanto, ações específicas da PNAISM a partir do olhar dos ACS, expressando a fragilidade do setor de saúde local, na atenção básica, mas, permite entender os desafios e dificuldades na efetivação das políticas de atenção à saúde à mulher em todos os ciclos de vida, no contexto estudado.

Considerando esse universo de relatos apresentados, depois de mais de 30 anos da Constituição Federal e da criação do SUS, embora o sistema sofra problemas financeiros, políticos e administrativos, ainda prevalece a ideia de que o SUS é para todos os brasileiros e muitas das políticas floresceram a partir desta visão. A contradição é que os direitos proclamados no âmbito jurídico e político nem sempre se encontram garantidos no contexto real da sociedade, sendo historicamente violados, marcado por fatores de exclusão e de contradição perante a aplicação do princípio da universalidade, com imparcialidade na garantia do acesso aos serviços de saúde para toda a população, sem preconceitos ou privilégios de qualquer natureza.

Ademais, é inegável que a procura pelo atendimento à saúde é maior que a demanda, a falta de médicos especialistas nas cidades interioranas é uma característica também perceptível na saúde local, gerando transtornos, esperas, angústias, revoltas e desespero por quem tem urgência em ser atendido em suas enfermidades. Conclui-se que a política de atenção à saúde da mulher enfrenta dificuldades para a oferta dos serviços, marcadas por continuidades e descontinuidades em algumas áreas da atenção básica, porém, são situações que não representam a totalidade, mas o retrato de um pequeno espaço e de uma parcela das mulheres, onde os ACS apresentaram uma realidade da localidade em que atuam.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. **Constituição Federativa do Brasil**. Congresso Nacional. Brasília, 1988.

_____. **Lei nº 8.080 e 8.142/90, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 10 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da saúde, 2001, 40p.

_____. **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: Ministério da Saúde, 2004, 82 p.

_____. **Portaria nº 2. 583, de 10 de outubro de 2007.** Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus. Ministro da Saúde. Brasília: MS 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2583_10_10_2007.html. Acesso em: 03 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Diretrizes para capacitação de agentes comunitários de saúde em linhas de cuidado.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 46 p.

_____. Saúde da Mulher: Desafios para Integralidade com Equidade. In. **2ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher.** 2017. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/biblioteca/revistas/revista_jul-ago_2017.pdf. Acesso em: 06 abr. 2019.

FERREIRA, H. M.; SALES, M. D. C. Saúde da mulher enquanto Políticas Públicas. **Salus J Health Sci**, Espírito Santo, v. 3, n. 2, p. 58-65, mar. 2017.

MACIAZEKI-GOMES, R. C; SOUZA, C. D.; BAGGIO, L.; WACHS, F. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Porto, Portugal, v. 2, n. 5, p.1637-1646, mai. 2016.

MEDEIROS, P. F.; GUARESCHI, N. M. de F. Políticas Públicas de Saúde da Mulher: a integralidade em questão. **Rev. Estudos Feministas**. Florianópolis, v.17, n. 1, p. 31- 48, abr. 2009.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 26 ed. Petrópolis: Vozes, 2016.

SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos.** 2ª ed. São Paulo: Cengage Learning, 2017.

SOUSA, A. M. C. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. **R. Katál. Florianópolis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 227-234, dez. 2014.

TELES, M. A. de A. **Breve história do feminismo no Brasil e outros ensaios.** São Paulo: Editora Alameda, 2017.

_____. M. A. de A. Associação dos Amigos da Escola Nacional Florestan Fernandes. **Cadernos de Análises da Conjuntura**, nº 1, jan. 2018.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.



XIMENES NETO, F. R. G.; MUNIZ, C. F. F.; DIAS, L. J. L. F.; DIOGENES JÚNIOR, F.; SILVA, M. A. M.; OLIVEIRA, E. Perfil sociodemográficos dos estudantes de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). **Enferm. Foco**, Ceará, v. 8, n. 3, p. 75-79, nov. 2017.