



MONITORAMENTO E ACOMPANHAMENTO DA  
POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

# PNAISM

E DO PLANO NACIONAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES

# PNPM

**Dilma Rousseff**  
Presidente da República

**Nilma Lino Gomes**  
Ministra das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos

**Eleonora Menicucci**  
Secretária Especial de Políticas para as Mulheres

Equipe da Coordenação Geral de Saúde/SPM  
Rurany Ester Silva  
Stella Matta Machado  
Maria de Fátima de Castro Costa

Projeto Gráfico  
Camila Fidelis  
Jadermilson Santos

Autoria  
Lúcia Maria Xavier de Castro  
Maria Cecília Moraes Simonetti  
Maria José de Oliveira Araújo

Apoio  
Organização Panamericana de Saúde - OPAS  
Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA  
Ministério da Saúde

Brasília-DF  
Novembro/2015

## Errata

Secretaria de Políticas para as Mulheres - SPM, **Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM)**, 2016.

Página	Correção
38	quadro abaixo foi substituído por estar em duplicidade com o quadro da página 37.



# SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b>	05
<b>INTRODUÇÃO</b>	07
A. Contexto da iniciativa de monitorar e acompanhar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)	07
B. Noção de Monitoramento e de Acompanhamento	08
C. Relevância do Monitoramento e Acompanhamento	09
<b>POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER</b>	10
A. Contexto e princípios	10
B. Objetivos da PNAISM	12
Objetivos Gerais	12
Objetivos Específicos	12
<b>PLANO NACIONAL DE POLITICAS PARA AS MULHERES 2013-2015</b>	13
A. Contexto e princípios	13
B. Objetivos, Metas e Linhas de Ação	14
Objetivo Geral	14
Objetivos Específicos	14
Metas	14
Linhas de Ação	14
<b>METODOLOGIA DO MONITORAMENTO E ACOMPANHAMENTO DA PNAISM</b>	15
A. Concepção da metodologia	15
B. Quadros-guia	16
C. Como buscar os dados	24
D. Onde buscar os dados	25
E. Questionário: orientações para preenchimento	27
F. Análise e divulgação dos resultados	28
<b>REFERÊNCIAS</b>	29
<b>ANEXO 1</b>	31
<b>ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO</b>	33

As mulheres constituem a maioria da população brasileira e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Conformam, portanto, um segmento social fundamental para as políticas de saúde, especialmente porque as históricas desigualdades de poder entre mulheres e homens implicam em forte impacto nas condições de saúde das mulheres. Associadas às questões referentes às relações sociais de gênero, outras variáveis como raça, etnia, situação de pobreza, orientação sexual, idade, aprofundam ainda mais as desigualdades vividas pelas mulheres, exigindo do SUS cada vez mais o olhar para este segmento da população.

## APRESENTAÇÃO

Este documento pretende subsidiar as gestoras dos Organismos de Políticas para as Mulheres (OPM) em suas atividades de Monitoramento e Acompanhamento da **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)** e do **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM)**, tendo como referência as prioridades definidas tanto na PNAISM quanto no PNPM (2013-2015). É, pois, um instrumento que permitirá identificar os resultados das atividades das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde em relação aos objetivos gerais e específicos dessa Política e desse Plano, assim como contribuir para reflexões sobre a pertinência de manter ou modificar as estratégias inicialmente planejadas.

As informações que os OPM produzirão por meio deste instrumento serão compartilhadas entre os vários sujeitos implicados na implantação da PNAISM e do PNPM, em particular com os Conselhos de Saúde, os Conselhos de Direitos das Mulheres, as organizações e movimentos feministas e de mulheres. A produção e divulgação dos resultados obtidos constituem um mecanismo que poderá motivar e efetivar a participação desses sujeitos nos processos de planejamento, monitoramento e avaliação da situação de saúde das mulheres nos estados e municípios.

A Introdução descreve a importância e o papel dos OPM no monitoramento e acompanhamento da PNAISM como uma das ações que constam no PNPM 2013-2015 e oferece o contexto atual e os propósitos deste documento.

Nos capítulos II e III apresenta-se brevemente a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM) e o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM), com ênfase nos contextos socioculturais e políticos que possibilitaram sua elaboração, respectivamente em 2004, 2007 e 2013. Esses capítulos trazem ainda os objetivos gerais e específicos dessa política e desse plano, considerando que os mesmos orientam as estratégias e ações planejadas e realizadas pelos organismos governamentais nos estados e municípios.

O capítulo IV trata da metodologia do monitoramento e acompanhamento da implantação da PNAISM, ressaltando inicialmente sua importância. Em seguida, o capítulo discorre sobre o objeto desse processo, isto é, sobre o *quê* monitorar, por meio de quadros cujo propósito é familiarizar os OPM com os descritores, indicadores e fontes de dados formulados conforme os objetivos e estratégias da PNAISM e do PNPM. Outro item importante do capítulo refere-se aos passos a serem seguidos quanto à participação dos OPM em instâncias de políticas públicas e estabelecimento de parcerias, à produção dos dados, ao preenchimento do questionário e à sistematização, análise e divulgação dos resultados.

O Questionário, instrumento chave do processo de monitoramento e acompanhamento da implantação da PNAISM e do PNPM, encontra-se no Anexo 2.

Cumprir destacar que no preenchimento do Questionário cada indicador deverá contemplar, na medida do possível, as mulheres em suas especificidades, em especial: negras, indígenas, quilombolas, lésbicas, bissexuais, transexuais, em situação de prisão, mulheres do campo, da floresta e das águas, com deficiência, em situação de rua, com sofrimento psíquico, e nos diferentes ciclos de vida, com ênfase nos processos de climatério e envelhecimento.





# INTRODUÇÃO

A Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR), criada em 2003 e incorporada em 2015 ao Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos como Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) empenha-se na construção de um Brasil mais justo, igualitário e democrático, por meio da valorização da mulher e de sua inclusão no processo de desenvolvimento social, econômico, político e cultural do País. Neste sentido, mantém um processo contínuo de cooperação transversal com os demais Ministérios, a sociedade civil e a comunidade internacional, de modo a contribuir para a implementação das políticas públicas para as mulheres e a proteção e garantia dos seus direitos.

A atuação da SPM respeita a diversidade entre as mulheres: negras, brancas, indígenas, quilombolas, lésbicas, bissexuais, transexuais, em situação de prisão, mulheres do campo, da floresta e das águas, com deficiência, em situação de rua, com sofrimento psíquico, e nos diferentes ciclos de vida, com ênfase nos processos de climatério e envelhecimento.

## **A. Contexto da iniciativa de monitorar e acompanhar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)**


O Governo Brasileiro tem respondido positivamente aos tratados internacionais, particularmente a Conferência de População e Desenvolvimento, os Objetivos do Milênio e, mais recentemente, a Conferência Regional de População e Desenvolvimento, organizada pela CEPAL em agosto de 2013, no Uruguai, onde se refletiu sobre os desdobramentos relativos às diretrizes e ações propostas pelo Programa de Ação do Cairo. Nessa reunião foram definidas recomendações para superar lacunas que permanecem na América Latina a respeito de direitos sexuais, direitos reprodutivos, raça, juventude, envelhecimento, migração e povos indígenas. O documento que resultou dessa reunião, chamado Consenso de Montevideu sobre População e Desenvolvimento, foi considerado um marco para a agenda do Cairo e serviu de insumo para o documento final sobre o tema.

Desde 1994, a cada cinco anos, tem havido conferências que avaliam a implementação do Plano de Ação do Cairo, nas quais se discutem os dados produzidos por todos os países signatários por meio de ações de monitoramento e acompanhamento. A última conferência, chamada Cairo+20, aconteceu em Nova Iorque, em abril de 2014. É provável que essas ações de monitoramento e acompanhamento tenham continuidade por mais algumas décadas e os dados obtidos com a aplicação do presente instrumento poderão servir de subsídio para os relatórios que o Governo Brasileiro apresentará às Nações Unidas a cada cinco anos.

Os Organismos de Políticas para as Mulheres, no âmbito dos estados e municípios, são organismos governamentais que têm a função de fomentar, coordenar e executar as políticas públicas e acompanhar a sua implantação nos respectivos locais onde funcionam. Estes organismos podem ser secretarias ou coordenadorias, ou outra denominação, dependendo da sua localização, nos estados ou municípios. Segundo dados da Secretaria de Políticas para as Mulheres/PR, em Outubro 2014, 11,81% dos municípios brasileiros possuem secretaria ou coordenadoria de políticas para as mulheres (OPM). No total temos 683 OPM em atuação, sendo 25 estaduais/distrital e 658 municipais.

Os OPM articulam a execução das políticas com todos os atores governamentais, de forma horizontal e não hierárquica, como uma estratégia que busca influenciar o desenho, a formulação, a execução e a avaliação do conjunto das políticas públicas, gerando responsabilidade compartilhada entre todos os órgãos de governo e com todos os entes da Federação, em diálogo com a sociedade e movimentos sociais. Devem ainda ser um pólo responsável pela efetividade e defesa dos interesses das mulheres nos níveis estadual/local. Por meio dessa ação geram um impacto positivo na vida das mulheres, na medida em que fortalecem as políticas dos demais órgãos estaduais e municipais responsáveis pela formulação e implementação dessas políticas.

A criação da Secretaria de Política para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR) em 2003 e sua elevação ao status de ministério em 2011 contribuiu de forma decisiva para a melhoria de vida das mulheres. Em outubro de 2015 foi criado



o Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos, ocasião em que a SPM/PR foi transformada em Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) do referido Ministério.

A SPM tem como missão *reverter o padrão de desigualdade entre mulheres e homens, assegurando direitos para melhorar a qualidade de vida das mulheres brasileiras, considerando toda a sua diversidade, a partir da implementação de políticas públicas transversais, destacando-se a participação, o controle social e a igualdade racial*. O principal objetivo da SPM é promover a igualdade entre homens e mulheres e combater todas as formas de preconceito e discriminação herdadas de uma sociedade patriarcal e excludente. Além disso, cabe à SPM, assegurar direitos, por meio da formulação, implantação, implementação, consolidação e ampliação das políticas públicas, de forma transversal com todos os ministérios, estados e municípios, para que incluam a perspectiva de gênero nas suas políticas.

O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres para o período 2013-2015 (PNPM), elaborado a partir da realização de três Conferências Nacionais (2004, 2007 e 2011), tem sido uma ferramenta orientadora de políticas públicas que visam reduzir as desigualdades de gênero presentes em vários níveis, setores e atividades do País. Entre os instrumentos do PNPM, cita-se a criação dos Organismos de Políticas para as Mulheres (OPM). A capilaridade das políticas setoriais ou transversais e as ações voltadas para a incorporação das mulheres como novos sujeitos políticos fazem parte do processo de consolidação de uma sociedade mais justa e cidadã. Neste aspecto, os OPM são os propulsores dessa nova fase das políticas públicas, assim como tem sido a SPM.

Com o objetivo de fortalecer os OPM, a SPM organiza o Fórum Nacional de Organismos Governamentais de Políticas para as Mulheres que se reúne para debater a realidade de cada um destes organismos, trocar experiência e elaborar novas estratégias para o cumprimento de suas finalidades.

O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres representa as políticas globais do Governo Federal para a população feminina e deve ser compreendido e implantado de acordo com a realidade local dos estados e municípios. Atualmente, a SPM orienta suas ações pelo PNPM 2013-2015. Em seu processo de construção,

o PNPM contou com a participação da sociedade civil, movimento de mulheres rurais e urbanas, feministas e organismos estaduais e municipais de políticas para as mulheres, através das Conferências de Mulheres, municipais, estaduais e nacional.

O PNPM 2013-2015 contempla, em seu terceiro capítulo, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), elaborada pelo Ministério da Saúde em 2004. Por esta razão, os OPM assumem o papel de monitorar e acompanhar a sua implementação, pois dela depende a assistência para a grande maioria da população feminina brasileira, sobretudo aquela pertencente às classes mais pobres.

Para monitorar e acompanhar a PNAISM, os OPM necessitam conhecer seus princípios, diretrizes, objetivos, metas e indicadores. O presente documento é uma das ferramentas de apoio para que esse processo seja realizado nos respectivos estados e municípios.

## **B. Noção de Monitoramento e de Acompanhamento**

Do ponto de vista conceitual, há várias noções a respeito de monitoramento, de acompanhamento. De um lado, existem argumentos de que o acompanhamento está contido no processo de monitoramento e que essa diferenciação está ultrapassada. Na realidade, é comum alguns organismos governamentais, não governamentais e agências de cooperação utilizarem a expressão Planejamento, Monitoramento e Avaliação (PMA) para se referirem ao processo mais amplo de desenhar, desenvolver e avaliar, por exemplo, políticas, programas e projetos sociais.

No decorrer da elaboração do presente documento, a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) e o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) organizaram uma oficina em Brasília, em Junho de 2014, com o propósito de discutir a iniciativa da SPM de instituir um processo de monitoramento da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde pelos Organismos de Políticas para as Mulheres, com base neste documento. Entre os diversos itens discutidos, foi levantada a questão das palavras utilizadas, optando-se por manter a noção de monitoramento e acompanhamento.

No texto *Monitoreo, Seguimiento y Evaluación de Proyectos Sociales- Texto de Referencia y de Consulta*, Corrales e Van De Velde (2007) estabelecem uma diferença entre monitoramento e



acompanhamento, afirmando que o **monitoramento** é uma ferramenta prática para a coleta de dados em diferentes momentos do desenvolvimento de um processo. Sua função é medir o “estado” da questão (enfoque de eficiência) relacionada aos objetivos e aos resultados esperados, com base no sistema de indicadores construído em uma etapa prévia. Deve oferecer os dados necessários para uma avaliação (auto) crítica e participativa.

Por outro lado, esses mesmos autores argumentam que o **acompanhamento**, ou seguimento, baseia-se nos dados obtidos através do monitoramento. Enquanto o monitoramento mede “estados”, o acompanhamento é um processo que, com base na reflexão participativa, permite identificar **tendências**, ao ir comparando os níveis de cumprimento dos objetivos e resultados esperados que estão sendo alcançados, em relação à linha de base. Seu enfoque principal é a eficácia do trabalho que está sendo desenvolvido. Como no caso do monitoramento, o acompanhamento orienta-se para o controle da execução de responsabilidades designadas e a facilitação da avaliação, sendo parte integrante de todo processo avaliativo com enfoque de qualidade.

### C. Relevância do Monitoramento e Acompanhamento

A iniciativa de monitorar e acompanhar a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) é uma contribuição da SPM que tem como objetivo verificar os avanços e dificuldades que essa Política enfrenta para atender às necessidades e direitos das mulheres na área da saúde. O processo será conduzido pelos Organismos de Políticas para as Mulheres (OPM), que constituem os diferentes níveis federativos da SPM. Argumenta-se que o monitoramento e acompanhamento das propostas, ações e estratégias das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde são importantes para dar a dimensão do cumprimento ou não do previsto na PNAISM e permitirão aos OPM participar nas decisões das autoridades locais.

O processo de monitoramento e acompanhamento faz sentido na medida em que os resultados produzidos ao longo do processo sejam sistematizados e analisados para posterior divulgação.

De posse dos resultados obtidos com o monitoramento e acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), os Organismos de Políticas para as Mulheres (OPM) poderão atuar em parceria com as instituições responsáveis por essa Política, no sentido de apontar as tendências na evolução da situação de saúde das mulheres e propor a realização de mudanças necessárias, sempre na direção de melhorar a qualidade da atenção à saúde da mulher.

# POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER<sup>1</sup>

## A. Contexto e princípios

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher foi elaborada pela Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde em 2004, a partir da necessidade deste Ministério de contar com diretrizes técnico-políticas para a atenção à saúde das mulheres no país. A PNAISM foi concebida em parceria com outras áreas e departamentos do Ministério da Saúde, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e com segmentos do movimento de mulheres, buscando assimilar as reivindicações dos diversos movimentos sociais. Na ocasião, foi apresentada e debatida no Conselho Nacional de Saúde, com o objetivo de ser reconhecida como uma política de Estado e assim assimilada pelas instâncias de decisão do Sistema Único de Saúde (SUS).

O documento da PNAISM incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento reprodutivo, na atenção ao abortamento inseguro e aos casos de violência doméstica e sexual. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades.

A PNAISM considera a diversidade dos 5.561 municípios, dos 26 Estados e do Distrito Federal, que apresentam diferentes níveis de desenvolvimento e de organização dos seus sistemas de saúde e tipos de gestão. É acima de tudo uma proposta de construção conjunta e de respeito à autonomia dos diversos parceiros – entes fundamentais para a concretização das políticas – enfatizando a importância do empoderamento das usuárias do SUS e sua participação nas instâncias de controle social.

A PNAISM tem como premissa o direito à saúde e o respeito às diretrizes do SUS e se baseou nas seguintes questões para a sua elaboração:

- Conceituar as ações de saúde da mulher como política e

não mais como programa, por entender que, conceitualmente, o termo *política* é mais abrangente que o termo programa, para ressaltar a resposta governamental a determinados problemas de saúde de certos grupos específicos, neste caso as mulheres;

- Introduzir e visibilizar novas “necessidades” de saúde das mulheres, até então ausentes das políticas públicas;
- Introduzir ações para segmentos da população feminina, todavia sem visibilidade social;
- Definir fontes de recursos e responsabilidades nos diversos níveis do sistema, de acordo com as diretrizes do SUS e os instrumentos de gestão adotados pelo Ministério da Saúde;
- Introduzir nas políticas a transversalidade de gênero, o recorte racial-étnico e as especificidades das mulheres que fazem sexo com mulheres.

A formulação da Política partiu também do pensamento crítico sobre a forma como as mulheres vinham sendo atendidas nos serviços de saúde, na perspectiva de criar um modelo de atenção que tivesse como princípio o respeito pelos direitos das usuárias.

A Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher traduz os princípios e a filosofia do SUS, respeitando a diversidade dos municípios brasileiros, tanto em suas especificidades epidemiológicas quanto nos diferentes níveis de organização dos sistemas locais de saúde. Antes de tudo, ela se propõe a ser uma referência conceitual e técnica e não uma diretriz uniforme, a ser aplicada sem análise crítica e sem adaptação à realidade local. A Política traz ainda, na sua concepção e formulação, o princípio da integralidade da atenção como um dos requisitos para atender às necessidades de saúde de forma abrangente, humanizada e hierarquizada.

A proposta de modelo de atenção integral elaborada pela Política de Saúde da Mulher aponta para uma ampla gama de necessidades da população feminina, além das questões reprodutivas, e problematiza as desigualdades sociais como determinantes no processo de produção das patologias, queixas e mal-estares das mulheres.

1 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/ MS. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2009. 82 p. (Série C: Projetos, Programas e Relatórios).



O Sistema Único de Saúde (SUS) consagra os princípios finalísticos de Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população brasileira.

Universalidade - garantia de acesso ao sistema de saúde para toda a população.

Equidade - exigência de se “tratar desigualmente os desiguais”, de modo a garantir condições de vida e saúde, por meio do acesso ao sistema de saúde, a toda população, conforme suas necessidades.

Integralidade – leque de ações possíveis para a promoção, a prevenção de riscos e agravos e a assistência à saúde da população, com a sistematização do conjunto de práticas desenvolvidas.

Além dos princípios finalísticos, integram o SUS os princípios estratégicos que dizem respeito às diretrizes políticas, organizativas e operacionais e que apontam “como” deve ser construído o Sistema: Descentralização, Regionalização, Hierarquização e Participação Social.

Descentralização - redistribuição das responsabilidades de gestão entre os vários níveis de governo, ou seja, transferência de poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal (MS) para os estados (SES) e municípios (SMS).

Regionalização e Hierarquização - A regionalização dos serviços implica a delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde que leve em conta a divisão político-administrativa do país, mas que também contemple a delimitação de espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde. Quanto à hierarquização, os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. A regionalização e hierarquização partem da noção de que quando alguém busca o atendimento, ou diante de um problema de impacto coletivo sobre a saúde, os serviços estejam capacitados para enfrentá-lo e resolvê-lo no nível de sua competência.

Participação das cidadãs e dos cidadãos - garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participe do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis do Sistema.

Fonte: Carmen Teixeira. Os Princípios do Sistema Único de Saúde. Disponível em [http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS\\_PRINCIPIOS\\_DO\\_SUS.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf)

A proposta de atenção integral constitui uma crítica ao modelo de assistência predominante no sistema de saúde, que reproduz os mecanismos de dominação das mulheres e contribui para a sua subordinação e falta de autonomia. Essa proposta pressupõe ainda a articulação entre os diferentes níveis de complexidade da assistência e entre os vários setores, conhecido desafio para a concretização da proposta de integralidade no SUS. O que se observa é uma fragmentação das ações e da assistência, uma separação entre a técnica e a humanização, fazendo dos serviços de saúde um locus de tensão entre usuárias e profissionais, e não um espaço de transformação social e política, como determinam os princípios do SUS.

Uma inovação da PNAISM foi incorporar, no campo da saúde, a noção de “subordinação interseccional”, pela qual as diferenças

de raça/cor/etnia, classe social e orientação sexual entre grupos de mulheres se superpõem e interagem com as discriminações de gênero (CRENSHAW, 2002).

A PNAISM é estruturada em dois documentos: o primeiro, “*Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes*”, contém conceitos sobre saúde da mulher e enfoque de gênero, a situação sócio-demográfica, um breve diagnóstico da situação da saúde e as diretrizes a respeito da humanização da atenção, além dos objetivos gerais e específicos e as estratégias da política, referentes a cada objetivo. O segundo documento, Plano de Ação 2004-2007,<sup>2</sup> descreve os objetivos específicos e propõe metas, estratégias, ações, recursos e indicadores para cada um dos objetivos. A definição destes instrumentos de gestão da PNAISM deve ser definida pelo nível local, de acordo com sua

<sup>2</sup> Os documentos da PNAISM foram reimpressos pelo Ministério da Saúde, em 2011, no seu formato original.

realidade epidemiológica e social. Por exemplo, os gestores locais devem definir suas metas e escolher os indicadores que melhor se adaptem à sua situação de saúde e que respondam às necessidades da população, não cabendo uma aplicação destes instrumentos sem um diagnóstico da situação de saúde, sobretudo a das mulheres, ou seja, da realidade de saúde do município.

Dessa forma, a proposta é que a PNAISM seja um instrumento de apoio aos estados e municípios na implementação de ações de saúde da mulher que respeitem os seus direitos humanos e sua situação social e econômica, conforme definidos no seu Plano de Ação.<sup>3</sup>

Seis anos após a elaboração da PNAISM, a Portaria nº 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011 instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. Trata-se de uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Esta estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país e será implantada, gradativamente, em todo o território nacional, iniciando esse processo respeitando o critério epidemiológico, a taxa de mortalidade materna e a densidade populacional.

A estratégia Rede Cegonha consta como uma das dez mais importantes prioridades do Ministério da Saúde para o período 2011-2015. Segundo dados de 2013, esta estratégia conta com a adesão de todos os estados brasileiros, sendo 85% das regiões de Saúde do Norte e Nordeste e 50% das regiões de Saúde do Centro-Oeste, Sudeste e Sul. Cerca de 5.490 municípios (98,5%) possuem uma cobertura de 4,6 milhões de gestantes e cem por cento deles já aderiram ao componente pré-natal.

## **B. Objetivos da PNAISM**

### **Objetivos Gerais**

- Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de

promoção, prevenção e assistência e recuperação da saúde em todo o território brasileiro.

- Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.

- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

### **Objetivos Específicos**

- 1 Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras de infecção pelo HIV e outras DST.

- 2 Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento reprodutivo para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde.

- 3 Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes.

- 4 Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.

- 5 Promover, conjuntamente com o Departamento Nacional de DST/Aids, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/Aids na população feminina.

- 6 Reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina.

- 7 Implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero.

- 8 Implantar e implementar a atenção à saúde da mulheres no climatério.

- 9 Promover a atenção à saúde das mulheres idosas.

- 10 Promover a atenção à saúde das mulheres negras.

- 11 Promover a atenção à saúde das trabalhadoras do campo e da cidade.

- 12 Promover a atenção à saúde das mulheres indígenas.

- 13 Promover a atenção à saúde das mulheres em situação de prisão.

- 14 Fortalecer a participação e o controle sociais na definição e implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres.

<sup>3</sup> Disponível em [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher2.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf).

# PLANO NACIONAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES 2013 - 2015<sup>4</sup>

## A.Contexto e princípios

O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres é fruto do diálogo entre governo e sociedade civil, construído através de conferências realizadas a partir dos municípios e estados brasileiros, conformando um pacto nacional em torno da importância das políticas públicas para as mulheres no país.

Em julho de 2004, a SPM/PR realizou a 1ª Conferência Nacional de Política para as Mulheres, com a participação de 1.787 delegadas que debateram as suas agendas e elaboraram o I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (I PNPM). O processo global envolveu mais de 120 mil participantes em todo país. Em agosto de 2007, aconteceu a 2ª Conferência, que reuniu mais de 200 mil mulheres, das quais 2.800 participaram da etapa nacional. A partir das resoluções desta conferência foi elaborado o 2º Plano (II PNPM). A 3ª Conferência foi realizada em dezembro de 2011 e contou com 200 mil participantes em todo o país e 2.125 delegadas na etapa nacional. O resultado das resoluções desta Conferência é o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, para o período 2013-2015.

O PNPM é coordenado de forma horizontal pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, cuja função é articular os órgãos competentes, organizar as atividades e avaliar os resultados de sua implementação. Introduce-se assim, no âmbito das políticas, a responsabilidade compartilhada, não cabendo apenas à SPM promover a igualdade de gênero, mas sim a todos os órgãos da administração pública em todos os níveis federativos. Para a SPM, o PNPM deve ser implementado com base na transversalidade, seja do ponto de vista horizontal entre os ministérios, seja no vertical, entre os níveis estadual, distrital e municipal, porque ele responde às conferências realizadas nestes âmbitos. Além disso, a SPM precisa da parceria dos governos estaduais, municipais e distrital para obter melhores resultados.

O PNPM reafirma os princípios orientadores da Política Nacional

para as Mulheres:

- Autonomia das mulheres em todas as dimensões da vida;
- Busca da igualdade efetiva entre mulheres e homens, em todos os âmbitos;
- Respeito à diversidade e combate a todas as formas de discriminação;
- Caráter laico do Estado;
- Universalidade dos serviços e benefícios ofertados pelo Estado;
- Participação ativa das mulheres em todas as fases das políticas públicas; e
- Transversalidade como princípio orientador de todas as políticas públicas.

Para a efetivação das propostas de políticas de gênero contidas no PNPM, é necessário o diálogo com todas as esferas governamentais e demais instituições que possam contribuir com essa proposta. O diálogo com a sociedade civil é fundamental para a concretização do PNPM 2013-2015, considerando que este Plano contém as reivindicações do movimento de mulheres e expressa décadas de sua luta pela igualdade e por melhores condições de vida.

O PNPM é estruturado em capítulos, sendo eles: igualdade no mundo do trabalho e autonomia econômica; educação para igualdade e cidadania; saúde integral das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos; enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres; fortalecimento e participação das mulheres nos espaços de poder e decisão; desenvolvimento sustentável com igualdade econômica e social; direito à terra com igualdade para as mulheres do campo e da floresta; cultura, esporte, comunicação e mídia; enfrentamento do racismo, sexismo e lesbofobia, e igualdade para as mulheres jovens, idosas e mulheres com deficiência.

De interesse para o monitoramento e acompanhamento da PNAISM está o Capítulo III, que trata da saúde e dos direitos sexuais e direitos reprodutivos.

4 BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013 - 2015. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013. 114 p.

## B. Objetivos, Metas e Linhas de Ações do PNPM

### Objetivo Geral

Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres em todas as fases do seu ciclo vital, garantindo os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, bem como os demais direitos legalmente constituídos; e ampliar o acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção e assistência da saúde integral da mulher em todo o território brasileiro, sem discriminação de qualquer espécie, resguardadas as identidades e especificidades de gênero, raça, etnia, geração, classe social, orientação sexual e mulheres com deficiência.

### Objetivos Específicos

- Fortalecer e implementar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM, considerando as mulheres em sua diversidade.
- Promover os direitos sexuais e os direitos reprodutivos das mulheres em todas as fases do seu ciclo de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminações.
- Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade das mulheres no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todas as fases de seu ciclo de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminações
- Promover a ampliação, qualificação e humanização das ações de atenção integral à saúde das mulheres na rede pública e privada.
- Contribuir para a redução da gravidez na adolescência.

### Metas

As metas do capítulo III, sobre saúde reprodutiva, direitos sexuais e direitos reprodutivos, são vinte e estão indicadas por letras, sendo que as diretamente relacionadas com o presente instrumento são as de letra A e H:

A - Fortalecer a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM como política pública em todo o território nacional.

H - Ampliar a participação dos Organismos de Políticas para as Mulheres nas ações da PNAISM nos estados, Distrito Federal e municípios.

## Linhas de Ação

Entre as 13 linhas de ação elencadas no capítulo III do PNPM, são pertinentes a este documento de monitoramento e acompanhamento as linhas 3.1 e 3.2:

3.1. Fortalecimento e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

3.2. Incorporação dos princípios da PNAISM nas diferentes políticas e ações implementadas pelo Ministério da Saúde, promovendo e ampliando a atenção à saúde integral das mulheres em todas as especificidades, em especial: negras, indígenas, quilombolas, lésbicas, bissexuais, transexuais, em situação de prisão, do campo e da floresta, com deficiência, em situação de rua, com sofrimento psíquico, e nos diferentes ciclos da vida da mulher, com ênfase nos processos de climatério e envelhecimento.



# METODOLOGIA DE MONITORAMENTO E ACOMPANHAMENTO DA PNAISM

## A. Concepção da metodologia

O ponto de partida para o desenvolvimento de ações de monitoramento e acompanhamento é entrar em contato com o *quê* se vai acompanhar e monitorar. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e o Capítulo III do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 orientaram a identificação de 16 objetivos, cujo cumprimento será analisado a partir de seus respectivos descritores e indicadores. Os descritores constituem os temas-chave que serão monitorados – o *quê* – por meio de informações sobre seus diversos indicadores. A articulação entre objetivos, descritores e indicadores foi traduzida em 16 Quadros, em conformidade com o mesmo número de objetivos escolhidos.

Esses Quadros foram construídos com o propósito de orientar o olhar dos OPM para as questões que afetam a saúde das mulheres. Além dos descritores e indicadores, eles contemplam as principais fontes onde os dados poderão ser obtidos, de modo a agilizar o monitoramento e acompanhamento da Política de Saúde da Mulher. Portanto, cada quadro possui as seguintes características: uma linha com um objetivo específico e três colunas referentes a descritores, indicadores e fontes de dados, como no modelo abaixo:

Objetivo: (baseado na PNAISM e no PNPM)		
Descritores	Indicadores por raça, cor, etnia e idade	Fonte de dados

Na coluna de Fontes de dados pode-se identificar onde e como as informações poderão ser obtidas. As fontes podem ser quantitativas e qualitativas. Além dos bancos de dados tradicionais dos diversos sistemas públicos - saúde, educação, judiciário, segurança etc. – são sugeridas outras fontes, tais como entrevista com usuárias dos serviços de saúde, observações, consulta a pesquisas acadêmicas e de instituições de saúde, a dados dos comitês de estudo da

morte materna, técnicas que permitirão qualificar os indicadores e visibilizar demandas invisíveis das mulheres, usuárias dos serviços, potenciais porta vozes das suas necessidades. Em alguns casos estão especificados os *links* para a busca dos dados na Internet.

Os Quadros serão utilizados na execução dos dois primeiros passos a serem dados pelos OPM, juntamente com profissionais da área de gestão das políticas: o desenho da estratégia de monitoramento e a seleção dos indicadores prioritários para cada estado e município. Recomenda-se que o plano estratégico oriente a respeito de *o quê, onde, como e quando* buscar os dados, sistematizá-los, analisá-los e divulgá-los. Esse momento implica a discussão de cada um dos Quadros reproduzidos a seguir, focalizando a coluna dos indicadores que, sempre que possível, deverão contemplar dados discriminados por raça/cor/etnia e por idade.

Estes Quadros não devem ser confundidos com o Questionário que será preenchido durante o monitoramento. São reproduzidos aqui para informar sobre *o quê* será monitorado<sup>5</sup> e facilitar a discussão do que será priorizado nos estados e municípios.

Não há necessidade de trabalhar com todos os indicadores, até porque alguns podem não existir neste momento inicial.

## Ano Base

O ano em relação ao qual são produzidos os primeiros dados de um levantamento de informação constitui o que se denomina Ano-Base, a partir do qual pode ser feito o monitoramento e acompanhamento da implantação de políticas públicas através de uma série histórica. No caso da PNAISM, objeto deste documento, todos os OPM tomarão o mês de abril de 2014 como ano-base, ou seja, os primeiros indicadores a serem identificados deverão referir-se a esse período. Em seguida, a cada ano, os OPM colherão os dados referentes ao ano anterior, de modo a produzir uma série histórica que permitirá verificar se está havendo ou não mudanças na situação de saúde das mulheres.

5 O Questionário encontra-se no Anexo 2 deste documento.

## B. Quadros-guia

Objetivo 1: Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica		
Descritores	Indicadores, por raça/cor/etnia e idade	Fontes de dados
Doenças cardiovasculares e hipertensão arterial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentual de mulheres com doenças cardiovasculares e hipertensão arterial</li> <li>• Mortalidade de mulheres por doenças cardiovasculares e hipertensão arterial</li> <li>• Mulheres com diagnóstico de hipertensão, grávidas ou não</li> <li>• Reconhecimento, por profissionais nas emergências hospitalares, da queixa de agravos do aparelho cardiovascular</li> <li>• Existência de critérios de priorização para consultas e exames de mulheres com doenças cardiovasculares e hipertensão arterial</li> <li>• Existência de informação sobre a relação entre doenças cardiovasculares e estilo de vida (fumo, atividades físicas, stress etc.)</li> <li>• Percentual de mulheres atendidas nas emergências hospitalares com diagnóstico de infarto em relação aos homens atendidos com o mesmo diagnóstico</li> <li>• Média de tempo de espera das mulheres nas emergências hospitalares para atenção ao infarto</li> <li>• Percentual de mulheres atendidas nas emergências hospitalares com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Banco de dados do SUS</li> <li>• Estatísticas das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde</li> <li>• Ouvidoria do SUS</li> <li>• Entrevista com mulheres com morbidade por estas causas</li> <li>• Entrevista com familiares de mulheres que faleceram por estas causas</li> <li>• Pesquisas acadêmicas, de ONG e/ou de instituições da área da saúde</li> <li>• PMAQ-II (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica)</li> </ul>
Diabetes <i>Mellitus</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentual de mulheres com diabetes <i>mellitus</i></li> <li>• Existência de critérios de priorização para consultas e exames de mulheres com diabetes <i>mellitus</i></li> </ul>	
Saúde e direitos sexuais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhecimento, por profissionais de unidades de saúde, da saúde sexual como um direito universal</li> <li>• Existência de políticas públicas sobre a sexualidade como direito</li> </ul>	
Orientação sexual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relatos de preconceito e discriminação por orientação sexual</li> </ul>	
Identidade de gênero	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relatos de preconceito e discriminação por identidade de gênero</li> </ul>	
Formação continuada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de profissionais da Estratégia de Saúde da Família capacitados para atenção clínico-ginecológica com enfoque de gênero e direitos humanos</li> </ul>	

Objetivo 2: Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento reprodutivo para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde		
Descritores	Indicadores, por raça/cor/etnia e idade	Fontes de dados
Acesso à anticoncepção reversível e cirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Percentual de mulheres utilizando métodos reversíveis de anticoncepção</li> <li>▪ Percentual de homens utilizando condom</li> <li>▪ Prevalência de mulheres atendidas na Atenção Básica</li> <li>▪ Percentual de mulheres que realizaram esterilização cirúrgica no SUS de acordo com os critérios legais</li> <li>▪ Percentual de homens que realizaram esterilização cirúrgica no SUS de acordo com os critérios legais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Banco de dados do SUS</li> <li>▪ Estatísticas das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde</li> <li>▪ Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio/PNAD</li> <li>▪ Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS)</li> <li>▪ Banco de Dados do IBGE</li> <li>▪ Pesquisas acadêmicas, de ONG e/ou de instituições da área da saúde</li> <li>▪ Entrevista com usuárias e usuários dos serviços</li> <li>▪ PMAQ-II</li> </ul>
Acesso à informação sobre métodos anticoncepcionais	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existência de educação em saúde sobre planejamento reprodutivo</li> <li>▪ Existência e distribuição de materiais de informação para usuárias(os)</li> <li>▪ Existência e funcionamento do Programa Saúde nas Escolas, com ênfase na saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção de DST/Aids</li> </ul>	
Serviços de assistência à infertilidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existência de mulheres que solicitaram e tiveram acesso à linha de cuidado de infertilidade</li> <li>▪ Existência de homens que solicitaram e tiveram acesso à linha de cuidado de infertilidade</li> </ul>	
Contracepção de emergência	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existência de contracepção de emergência nas unidades básicas de saúde</li> <li>▪ Relato de dificuldade de acesso pelas mulheres à contracepção de emergência</li> </ul>	



**Objetivo 3: Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes, tendo como estratégia a Rede Cegonha**

Descritores	Indicadores, por raça/cor/etnia e idade	Fontes de dados
Mortalidade materna	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Razão de morte materna – ou número absoluto - no estado e/ou município</li> <li>▪ Percentual de mortes maternas por causas diretas (hipertensão, hemorragias, infecção e aborto) no estado e/ou município</li> <li>▪ Percentual de mortes maternas por causas indiretas (3 primeiras por ordem de importância) no estado e/ou município</li> <li>▪ Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil e maternas investigados</li> <li>▪ Existência de Comitês de Mortalidade Materna atuantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Banco de dados do SUS/Secretaria de Vigilância à Saúde do MS</li> <li>▪ Banco de dados do SUS/SIM/SIH</li> <li>▪ Estatísticas das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde</li> <li>▪ Dados dos Comitês de Estudo e Prevenção da Morte Materna das SES e SMS</li> <li>▪ Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio/PNAD</li> <li>▪ Banco de Dados do IBGE</li> <li>▪ Pesquisas acadêmicas, de ONG e/ou de instituições da área da saúde, com metodologia qualitativa e/ou quantitativa</li> <li>▪ Entrevista com usuárias dos serviços</li> <li>▪ Entrevista com famílias de usuárias</li> </ul>
Morbidade materna grave	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número de casos de <i>near miss (caso grave de quase morte)</i></li> </ul>	
Gravidez	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Percentagem de 6 ou mais consultas de Pré-Natal no estado e/ou município</li> <li>▪ Existência de enfermeira na consulta pré-natal</li> <li>▪ Existência de critérios de priorização para consultas e exames para gestantes baseados na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade</li> </ul>	
Parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existência de maternidades no estado e/ou município</li> <li>▪ Existência de Centro de Parto Normal no estado e/ou município</li> <li>▪ Existência de quartos PPP (pré-parto, parto, puerpério) nas maternidades</li> <li>▪ Número de serviços procurados para o parto</li> <li>▪ Existência de enfermeira obstétrica na atenção ao parto</li> <li>▪ Existência de parteiras na atenção ao parto</li> <li>▪ Existência de doulas na atenção ao parto</li> <li>▪ Proporção de partos cesáreos em relação ao total de partos</li> <li>▪ Percentual de partos por tipo de partos (normal, cesárea)</li> <li>▪ Número de casos confirmados de tétano neonatal</li> <li>▪ Percentual de partos por faixa etárias e tipos de partos</li> </ul>	
Puerpério	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Percentual de mulheres que realizaram pelo menos uma consulta no puerpério</li> </ul>	
Humanização da atenção ao parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número de unidades hospitalares que incluem acompanhante de livre escolha no pré-parto, parto e puerpério.</li> <li>▪ Existência de atividades de humanização da atenção ao parto (tapete, bola etc)</li> </ul>	
Atenção ao abortamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número de unidades hospitalares que tem serviço de aborto legal funcionando</li> <li>▪ Número de internações por abortos incompletos</li> <li>▪ Número de procedimentos de curetagem em abortamento incompleto</li> <li>▪ Número de procedimentos de AMIU em abortamento incompleto</li> </ul>	
Aborto por anencefalia	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número de mulheres que solicitaram e realizaram aborto e antecipação do parto por anencefalia</li> </ul>	
Aconselhamento pós-aborto	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Percentual de mulheres que tiveram consulta de aconselhamento reprodutivo pós-aborto</li> <li>▪ Existência de aconselhamento e distribuição de método anticoncepcional pós-aborto</li> </ul>	
Humanização da atenção ao abortamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existência de tratamento para dor durante a internação (antes e depois dos procedimentos)</li> <li>▪ Número de abortamentos com presença de acompanhante</li> </ul>	

**Objetivo 4: Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.**

Descritores	Indicadores, por raça/cor/etnia e idade	Fontes de dados
<p>Rede de atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência com ênfase para os municípios-polo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existência de rede integrada de atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência, em funcionamento</li> <li>▪ Número de serviços de referência para atenção à violência sexual cadastrados no CNESS com o código de serviço especializado nº 165</li> <li>▪ Número de serviços ambulatoriais de atenção à violência sexual cadastrados no CNESS com o código de serviço especializado nº 165</li> <li>▪ Número de serviços de referência para atenção à interrupção da gravidez nos casos previstos em lei cadastrados no CNESS com o código de serviço especializado nº 165</li> <li>▪ Número de serviços de atenção à violência que disponibilizam a Contracepção de Emergência</li> <li>▪ Número de mulheres que chegaram aos serviços para interrupção da gestação nos casos previstos por lei após 22 semanas</li> <li>▪ Número de unidades notificantes de suspeita de violência no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)</li> <li>▪ Número de mulheres e adolescentes que sofreram violência notificados no SINAN</li> <li>▪ Número de mortes de mulheres por suicídio</li> <li>▪ Número de mortes de mulheres por homicídio</li> <li>▪ Número de mulheres e adolescentes vítimas de violência atendidas nos serviços de saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Banco de dados do SUS;</li> <li>▪ Pesquisa no Sistema de Notificação de Violência/SINAN/SVS/MS;</li> <li>▪ Estatísticas das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde;</li> <li>▪ Observatório de Gênero da SPM/PR;</li> <li>▪ Dados do Ligue 180;</li> <li>▪ Dados das delegacias de mulheres e geral;</li> <li>▪ Dados da CPI da Violência contra as Mulheres do Congresso Nacional;</li> <li>▪ Dados dos Centros de Referência;</li> <li>▪ Entrevistas com mulheres e familiares;</li> </ul>
<p>Aborto legal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número de internações por aborto legal no SUS</li> <li>▪ Existência de serviços que exigem Boletim de Ocorrência e Laudo do Instituto Médico Legal para realizar o aborto previsto no Código Penal</li> <li>▪ Número de mulheres que solicitaram e realizaram aborto previsto por lei</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pesquisas acadêmicas e de instituições de saúde;</li> <li>▪ Dados das Secretarias de Segurança Pública Estaduais;</li> </ul>
<p>Formação continuada</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existência de programas de capacitação de profissionais atuando na rede de atenção às mulheres e adolescentes vítimas de violência, incluindo programas de capacitação à distância</li> <li>▪ Participação de ONGs e de grupos de mulheres nas capacitações dos profissionais de saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dados das Secretarias e Coordenadorias da Mulher nos estados e municípios.</li> <li>▪ CNES/MS</li> </ul>



**Objetivo 5: Promover, juntamente com o Departamento de DST, Aids e hepatites virais, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV na população feminina.**

Descritores	Indicadores, por raça/cor/etnia e idade	Fontes de dados
Casos de aids e infecção pelo HIV em mulheres	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Taxa de detecção de casos de aids em mulheres</li> <li>▪ Prevalência da infecção pelo HIV em mulheres</li> <li>▪ Razão de sexo para infecção por aids</li> <li>▪ Produção ambulatorial de exames sorológicos anti-HIV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Banco de dados do SUS; Boletim Epidemiológico - Aids e DST (<a href="http://www.aids.gov.br/pagina/boletim-epidemiologico/">http://www.aids.gov.br/pagina/boletim-epidemiologico/</a>)</li> <li>▪ Centros de Referência dos estados e municípios; Entrevistas com mulheres HIV positivas;</li> <li>▪ Entrevista com profissionais de saúde;</li> <li>▪ Entrevistas com integrantes de ONG que participam das atividades do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.</li> <li>▪ PMAQ-II</li> </ul>
Mortalidade de mulheres por aids	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Taxa de mortalidade de mulheres por aids</li> </ul>	
Transmissão vertical	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Taxa de detecção de HIV em gestantes</li> <li>▪ Número de gestantes HIV positivas</li> <li>▪ Casos de aids em menores de 5 anos</li> </ul>	
Terapia antirretroviral (TARV)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Percentual de mulheres em terapia antirretroviral (TARV)</li> <li>▪ Percentual de gestantes em terapia antirretroviral (TARV)</li> <li>▪ Número de serviços de referência para atendimento às mulheres e crianças soropositivas</li> </ul>	
Sífilis	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Taxa de detecção de sífilis em gestantes</li> <li>▪ Taxa de detecção de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade</li> <li>▪ Óbitos de mulheres por sífilis</li> <li>▪ Produção ambulatorial de exames sorológicos para sífilis</li> </ul>	
Hepatites B	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Taxa de detecção de Hepatites B em gestantes</li> <li>▪ Número de gestantes positivas para Hepatites B</li> </ul>	
Educação em saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existência de atividades de educação em saúde sobre HIV e aids</li> <li>▪ Existência e distribuição de materiais de informação para usuárias(os)</li> </ul>	
Formação continuada	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existência de programas de capacitação de profissionais atuando na rede de atenção às mulheres e adolescentes vítimas de violência, incluindo programas de capacitação à distância</li> <li>▪ Participação de ONGs e de grupos de mulheres nas capacitações</li> </ul>	

Objetivo 6: Reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina.		
Descritores	Indicadores, por raça/cor/etnia e idade	Fontes de dados
Câncer de mama	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Taxa de mortalidade por câncer de mama</li> <li>▪ Número de mulheres que morreram por câncer de mama</li> <li>▪ Percentual de mulheres que tiveram acesso à cirurgia de reconstrução mamária em relação às que realizaram mastectomia</li> <li>▪ Razão de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nessa faixa etária</li> <li>▪ Número de mulheres que tiveram acesso à mamografia</li> <li>▪ Existência de serviços de mastologia para tratamento das alterações em exames das mamas</li> <li>▪ Existência de serviços de acompanhamento das mulheres que realizaram tratamento para câncer de mama</li> <li>▪ Número de internações hospitalares por câncer de mama</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Banco de dados do SUS</li> <li>▪ Banco de dados do Instituto Nacional do Câncer/INCA</li> <li>▪ Entrevista com mulheres com câncer</li> <li>▪ Entrevista com profissionais de saúde de serviços especializados</li> <li>▪ Entrevistas com familiares de mulheres que faleceram por estas causas</li> <li>▪ Pesquisas acadêmicas e de instituições de saúde</li> <li>▪ PMAQ-II</li> </ul>
Câncer de colo do útero	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Taxa de mortalidade por câncer de colo do útero</li> <li>▪ Razão entre exames citopatológicos em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nessa faixa etária</li> <li>▪ Existência de serviço de acompanhamento das mulheres que realizaram tratamento para câncer de colo do útero</li> <li>▪ Existência de registro na atenção básica de mulheres com exame citopatológico alterado</li> <li>▪ Estimativa de tempo para atendimento das usuárias com exame citopatológico alterado</li> <li>▪ Número de mulheres que morreram por câncer de colo do útero</li> <li>▪ Número de internações hospitalares por câncer de colo do útero</li> <li>▪ Existência de serviços de mastologia para tratamento das alterações em exames de colo do útero</li> <li>▪ Existência de serviços de acompanhamento das mulheres que realizaram tratamento para câncer de colo</li> </ul>	
Câncer de pulmão	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Taxa de mortalidade por câncer de pulmão</li> <li>▪ Número de internações hospitalares por câncer de pulmão</li> </ul>	
Apoio psicológico	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existência de serviços de apoio psicológico para mulheres com câncer</li> </ul>	

Objetivo 7: Implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero.		
Descritores	Indicadores, por raça/cor/etnia e idade	Fontes de dados
Serviços de atenção à saúde mental das mulheres com enfoque de gênero, direitos humanos e justiça social	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número de serviços de atenção à saúde mental das mulheres</li> <li>▪ Tipos de serviços de atenção à saúde mental das mulheres – Ambulatório e CAPS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Banco de dados do SUS</li> <li>▪ Informações dos CAPS e outros equipamentos da rede de saúde mental nos municípios</li> <li>▪ Pesquisas de universidades e instituições de saúde</li> <li>▪ Entrevista com usuárias dos serviços de saúde mental e da atenção básica</li> <li>▪ Entrevistas com familiares e amigos de mulheres com transtornos mentais e/ou suicídio</li> <li>▪ Entrevista com mulheres hospitalizadas em instituições psiquiátricas</li> <li>▪ PMAQ-II</li> </ul>
Medicamentos psiquiátricos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Percentual de mulheres utilizando medicamentos psiquiátricos, em relação aos homens (benzodiazepínicos, antidepressivos e outros)</li> <li>▪ Existência na atenção básica de registro das usuárias de benzodiazepínicos, antidepressivos e outros</li> </ul>	
Internação psiquiátrica	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Percentual de mulheres com internação psiquiátrica em relação aos homens, por causas</li> <li>▪ Existência de casos de internação psiquiátrica compulsória</li> </ul>	
Depressão	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prevalência de mulheres com depressão</li> <li>▪ Prevalência de depressão no pós-parto</li> <li>▪ Prevalência de depressão no climatério</li> <li>▪ Prevalência de depressão em mulheres idosas</li> </ul>	
Suicídio	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Percentual de morte de mulheres por suicídio</li> </ul>	
Álcool e drogas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existência na atenção básica de registro das usuárias com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas</li> <li>▪ Percentual de mulheres atendidas nos Centros de Apoio PsicoSocial/álcool e drogas (CAPSad) por uso dessas substâncias</li> <li>▪ Percentual de mulheres internadas em hospitais por uso de álcool e drogas</li> </ul>	
Atividades coletivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existência de serviços com grupos de reflexão sobre mulher, gênero e saúde mental</li> </ul>	



**Objetivo 8: Implantar e implementar a atenção à saúde das mulheres no climatério**

Descritores	Indicadores, por raça/cor/etnia e idade	Fontes de dados
Saúde no climatério	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prevalência de mulheres fazendo terapia de reposição hormonal e terapias complementares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SISAB (Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica)</li> <li>PNS (Pesquisa Nacional de Saúde)</li> <li>Banco de dados do SUS</li> <li>Entrevista com mulheres no climatério que são usuárias dos serviços de saúde</li> <li>Pesquisas acadêmicas e instituições de saúde</li> </ul>
Acesso à informação sobre saúde no climatério	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existência de programas de capacitação para qualificação da atenção às mulheres no climatério e respectivos conteúdos</li> <li>Existência de grupos de informação sobre a temática nas unidades de saúde</li> </ul>	
Cuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tipos de demandas de mulheres no climatério</li> </ul>	

**Objetivo 9: Promover a atenção à saúde das mulheres idosas**

Descritores	Indicadores, por raça/cor/etnia e idade	Fontes de dados
Acesso a serviços	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporção de mulheres idosas cadastradas na ESF (Estratégia Saúde da Família)</li> <li>Existência de ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para idosas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SISAB (Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica)</li> <li>SIH (Sistema de Informações Hospitalares)</li> <li>SINAN (Sistema Nacional de Agravos de Notificação)</li> <li>PNS (Pesquisa Nacional de Saúde)</li> <li>Entrevista com usuárias dos serviços de saúde</li> <li>Entrevista com profissionais de saúde</li> <li>Pesquisas locais.</li> </ul>
Morbidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporção de mulheres idosas internadas por fraturas de fêmur (preditor de mortalidade)</li> </ul>	
Capacidade funcional	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporção de mulheres idosas com limitação funcional para realizar Atividades de Vida Diária (AVD)</li> </ul>	
Violência	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporção de casos notificados de violência contra a mulher idosa (sexual, financeira e outras)</li> </ul>	
Suporte social	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de mulheres idosas participantes de atividade coletiva em Unidades de Saúde</li> <li>Existência de programas de apoio familiar e social com foco na mulher cuidadora</li> <li>Número de mulheres acompanhadas por programas municipais de cuidadores</li> </ul>	
Formações	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existência de programas de formação para a qualificação da atenção às mulheres idosas</li> </ul>	
Controle social	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existência de Conselhos Municipais e Estaduais com participação de mulheres idosas</li> </ul>	

**Objetivo 10: Promover a atenção à saúde das mulheres negras**

Descritores	Indicadores, por raça/cor/etnia e idade	Fontes de dados
Ações de saúde da mulher com recorte racial/de cor e étnico	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de municípios com Programa de Anemia Falciforme (PAF) implantado</li> <li>Prevalência de anemia falciforme (x/população total de mulheres)</li> <li>Existência de exames de eletroforese de hemoglobina</li> <li>Razão de morte materna por aborto inseguro em mulheres negras comparadas àquela da população em geral</li> <li>Existência de ações de saúde para as mulheres quilombolas</li> <li>Postergação no atendimento por motivo de raça/cor/etnia</li> <li>Número de estados/municípios com assessoria técnica em saúde das mulheres negras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Banco de dados do SUS</li> <li>Entrevista com usuárias dos serviços de saúde</li> <li>Entrevista com profissionais de saúde</li> <li>Entrevistas com mulheres de organizações de mulheres negras</li> <li>Pesquisas acadêmicas e de instituições de saúde</li> <li>Observatório da População Negra, disponível: &lt;&lt;<a href="http://www.observatoriodonegro.org.br">http://www.observatoriodonegro.org.br</a>&gt;&gt;</li> <li>Portal da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial; &lt;&lt;<a href="http://www.seppir.gov.br/">http://www.seppir.gov.br/</a>&gt;</li> <li>Entrevistas com gestoras(es) de assessoria técnica em saúde das mulheres negras.</li> </ul>
Controle social	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existência de fóruns e outros espaços políticos de participação da sociedade civil organizada</li> </ul>	
Acesso à informação sobre saúde das mulheres negras	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existência de programas de capacitação para qualificação da atenção às mulheres negras e respectivos conteúdos</li> <li>Existência de grupos de informação sobre a temática nas unidades de saúde</li> </ul>	
Formação continuada	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existência de programas de formação de profissionais sobre saúde das mulheres negras</li> <li>Participação de ONG e de grupos de mulheres negras nas formações dos profissionais de saúde</li> </ul>	

<b>Objetivo 11: Promover a atenção à saúde das mulheres lésbicas e bissexuais</b>		
<b>Descritores</b>	<b>Indicadores, por raça/cor/etnia e idade</b>	<b>Fontes de dados</b>
Ações de saúde da mulher com recorte de orientação sexual	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existência de ações de atenção à saúde das mulheres lésbicas</li> <li>▪ Número de estados/municípios com assessoria técnica em saúde das mulheres lésbicas</li> <li>▪ Postergação no atendimento por motivo de orientação sexual</li> <li>▪ Sistemas de informação com dados desagregados por orientação sexual</li> <li>▪ Acesso a informação e insumos para DST e Aids</li> <li>▪ Acesso a prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de mama, colo de útero e de pulmão</li> <li>▪ Existência de coordenação ou área programática específica para mulheres lésbicas e bissexuais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Banco de dados do SUS</li> <li>▪ Entrevista com usuárias dos serviços de saúde</li> <li>▪ Entrevista com profissionais de saúde</li> <li>▪ Entrevistas com mulheres de organizações de mulheres lésbicas</li> </ul>
Controle social	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existência de fóruns e outros espaços políticos de participação da sociedade civil organizada</li> </ul>	

<b>Objetivo 12: Promover a atenção à saúde das trabalhadoras do campo, da cidade e de assentamentos</b>		
<b>Descritores</b>	<b>Indicadores, por raça/cor/etnia e idade</b>	<b>Fontes de dados</b>
Ações de intervenção aos agravos à saúde das trabalhadoras do campo, das águas e da floresta, da cidade e de assentamentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existência de ações de atenção aos agravos à saúde das trabalhadoras do campo, das águas e da floresta, da cidade e de assentamentos</li> <li>▪ Número de comunicações de acidentes de trabalho (CAT) em mulheres trabalhadoras do campo, das águas e da floresta, da cidade e de assentamentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentos e normas técnicas das SES e SMS</li> <li>• Banco de dados do SUS</li> <li>• Banco de dados das SES e SMS</li> <li>• Entrevista com mulheres que pertencem a esses grupos específicos e são usuárias dos serviços de saúde</li> <li>• Entrevista com familiares dessas mulheres</li> <li>• Entrevista com mulheres privadas de liberdade</li> <li>• Entrevista com diretores/as de presídios</li> <li>• Entrevista com membros do Ministério Público e Conselhos Tutelares</li> </ul>
Controle social	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existência de fóruns e outros espaços políticos de participação da sociedade civil organizada referente a esse grupo específico</li> <li>▪ Existência de ações direcionadas à população rural, assentados e quilombolas de acordo com demanda do próprio grupo</li> </ul>	

<b>Objetivo 13: Promover a atenção à saúde das mulheres indígenas</b>		
<b>Descritores</b>	<b>Indicadores, por raça/cor/etnia e idade</b>	<b>Fontes de dados</b>
Ações de saúde para mulheres indígenas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existência de ações de atenção aos agravos à saúde das mulheres indígenas nos polos básicos</li> <li>▪ Existência de ações direcionadas às mulheres indígenas de acordo com demanda do próprio grupo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Documentos e normas técnicas das SES e SMS</li> <li>▪ Banco de dados do SUS</li> <li>▪ Banco de dados das SES e SMS</li> <li>▪ Entrevistas com as mulheres e profissionais de saúde do DSEI</li> <li>▪ Entrevistas com familiares dessas mulheres</li> <li>▪ Entrevista com MP e Conselhos Tutelares.</li> </ul>
Controle social	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participação dos DSEI (Distritos Sanitários Indígenas) nos espaços de construção e monitoramento das políticas de saúde das mulheres</li> <li>▪ Existência de Conselhos Municipais e Estaduais para a população indígena com participação de mulheres indígenas</li> </ul>	





Objetivo 14: Promover a atenção à saúde das mulheres em situação de privação de liberdade		
Descritores	Indicadores, por raça/cor/etnia e idade	Fontes de dados
Ações de saúde para mulheres em situação de privação de liberdade	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existência nas instituições de privação de liberdade de áreas especiais para mulheres grávidas e aquelas que estão amamentando</li> <li>Uso de algemas durante internação em hospitais e maternidades para parto ou atenção ao abortamento</li> <li>Suspensão do uso de medicamentos essenciais por medida punitiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Documentos e normas técnicas das SES e SMS</li> <li>Banco de dados do SUS; Banco de dados das SES e SMS</li> <li>Entrevista com familiares dessas mulheres</li> <li>Entrevista com mulheres privadas de liberdade</li> <li>Entrevista com diretores/as de presídios</li> <li>Entrevista com membros do Ministério Público e Conselhos Tutelares.</li> </ul>
Controle social	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existência de fóruns e outros espaços políticos de participação da sociedade civil organizada referente a esse grupo específico</li> </ul>	

Objetivo 15: Promover a atenção à saúde das mulheres com deficiência		
Descritores	Indicadores, por raça/cor/etnia e idade	Fontes de dados
Ações de saúde para mulheres com deficiência	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existência de ações de atenção aos agravos à saúde das mulheres com deficiência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Documentos e normas técnicas das SES e SMS</li> <li>Banco de dados do SUS</li> <li>Banco de dados das SES e SMS</li> <li>Entrevista com mulheres com deficiência; Entrevista com familiares dessas mulheres</li> <li>Entrevista com membros do Ministério Público e Conselhos Tutelares.</li> </ul>
Controle social	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existência de fóruns e outros espaços políticos de participação da sociedade civil organizada referente a esse grupo específico</li> </ul>	

Objetivo 16: Fortalecer a participação e o controle social na definição, implementação e monitoramento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)		
Descritores	Indicadores	Fontes de dados
Fóruns	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participação de representantes dos movimentos feminista e de mulheres nos fóruns perinatais da Rede Cegonha</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Banco de dados do SUS</li> <li>Entrevista com integrantes dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde</li> <li>Entrevista com integrantes dos Comitês Municipais e Estaduais de Estudo e Prevenção da Mortalidade Materna</li> <li>Entrevista com integrantes dos Comitês de Saúde Municipais e Estaduais para Prevenção do HIV/Aids</li> <li>Entrevista com mulheres que participam de atividades nos Centros de Referência de Mulheres Vítimas de Violência</li> <li>Entrevista com gestoras de Centros de Referência de Mulheres Vítimas de Violência</li> <li>Entrevista com profissionais de Delegacias da Mulher e de Delegacias em geral.</li> </ul>
Conselhos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existência e funcionamento dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde</li> </ul>	
Comitês	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existência e funcionamento dos Comitês Municipais e Estaduais de Estudo e Prevenção da Mortalidade Materna com participação da sociedade civil</li> <li>Existência e funcionamento dos Comitês de Saúde Municipais e Estaduais para Prevenção do HIV/Aids com participação da sociedade civil</li> </ul>	
Redes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existência e funcionamento de Redes Integradas de Atenção às Mulheres Vítimas de Violência</li> <li>Participação dos movimentos feminista e de mulheres nas atividades de planejamento, monitoramento e avaliação</li> </ul>	
Pesquisa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existência de editais para intervenções e/ou pesquisas na área de saúde da mulher</li> </ul>	
Recursos orçamentários	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existência de orçamento para as áreas técnicas ou Coordenações de Saúde da Mulher nos estados e/ou municípios</li> </ul>	

### **C. Como buscar os dados**

Ao se conceber o processo de monitoramento e acompanhamento da implantação e implementação da PNAISM, partiu-se da premissa de que é grande a diversidade sociocultural e epidemiológica entre estados e municípios, o que abre espaço para que os OPM estabeleçam parcerias com as instâncias de decisão das políticas para desenharem as estratégias de monitoramento e acompanhamento que façam sentido para seus contextos locais. Assim, recomenda-se que durante essa parceria sejam eleitos os indicadores considerados compatíveis com as respectivas realidades (situação epidemiológica e contextos/fatores socioculturais), até porque nem sempre há informação sobre todos eles.

A parceria entre os OPM e as instâncias responsáveis pelas políticas de saúde será útil na decisão sobre a metodologia do monitoramento e acompanhamento das ações implementadas. Essa parceria poderá assegurar processos mais democráticos, participativos e resolutivos.

O processo de monitoramento e acompanhamento de políticas é contínuo. Não se limita a redigir relatórios para cumprimento de requisitos burocráticos. Monitorar e acompanhar políticas públicas de caráter social são ações que se inserem no cerne da atuação dos OPM. Neste sentido, é importante que a implantação da PNAISM seja monitorada e acompanhada e que, por meio da participação dos OPM e do estabelecimento de parcerias, tenha sua implantação fortalecida.

#### **Participação em instâncias políticas e parcerias**

A participação dos OPM pode-se dar em espaços políticos, além da formação de parcerias, da presença em reuniões das instâncias de decisão e controle social das políticas, incluindo aquelas organizadas pela sociedade civil e que se referam aos objetivos da PNAISM. Dentre as instâncias de participação dos OPM e parcerias para a realização desse processo, destacam-se:

#### **Instâncias das políticas públicas**

- Comitês de Estudo e Prevenção da Mortalidade Materna Estaduais e Municipais;
- Comitês de Acompanhamento da Rede Cegonha – hospitais de referência, maternidades e centros de parto normal estaduais e municipais do programa;
- Conselhos Estaduais de Saúde;
- Conselhos Municipais de Saúde;

- Fórum das ONG/Aids e de outros agravos que afetam a saúde da mulher;
- Rede de Atenção às Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Sexual e Doméstica, que integra o Pacto de Enfrentamento à Violência;
- Comissão Gestora das Políticas dos CAPS;
- Conselhos Tutelares;
- Conselhos Estaduais e Municipais de Defesa dos Direitos da Mulher;
- Conferências Estaduais e Municipais de Saúde;
- Conferências Estaduais e Municipais da Mulher;
- Audiências Públicas em Assembléias Legislativas e Câmaras de Vereadores.

#### **Parceria com Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde**

- Formulação das Políticas de Saúde da Mulher com enfoque de gênero;
- Estruturação da Rede de Atenção às Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência na Saúde;
- Elaboração de Planos de Ação para a implantação dos programas e ações existentes: Aids; violência; câncer; população indígena, negra, em privação de liberdade, lésbica, ribeirinha, do campo, da floresta e das águas, quilombola e em situação de rua.

#### **Parceria com Secretarias de Comunicação Social**

- Divulgação dos programas e planos de ação governamentais e de movimentos sociais;
- Promover ações midiáticas em datas comemorativas relacionadas à saúde da mulher;
- Divulgação de dados relevantes sobre saúde, direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres;
- Promover atividades de informação para o grande público sobre saúde da mulher, motivando para seu envolvimento com o tema.

#### **Reuniões e encontros com autoridades**

- Secretárias(os) de Saúde nos Estados e Municípios;
- Presidentas dos Conselhos Estaduais e Municipais dos Direitos da Mulher;
- Secretárias e Coordenadoras dos OPM dos estados e municípios;
- Ministério Público/Área da Saúde;
- Defensoria da Mulher;

- Delegacias da Mulher;
- Delegacias Gerais;
- Associação de Juízes pela Democracia;
- Câmaras de Vereadores;
- Câmaras de Deputados;
- Mídia.

#### **Parceria com a Sociedade Civil**

- Grupos de Mulheres;
- Movimento Feminista;
- Grupos de Mulheres Negras;
- Grupos de Mulheres Lésbicas;
- Movimento de Adolescentes e Jovens;
- Rede de Mulheres Positivas;
- Movimento das Cidadãs Positivas;
- Associações Comunitárias;
- Sindicatos;
- Associações Profissionais;
- Mídia;
- Parcerias acadêmicas: Universidades, instituições de ensino e pesquisa, rede de pesquisadoras e pesquisadores.

#### **D. Onde buscar os dados**

As dificuldades existentes na gestão pública para a avaliação da implantação e do impacto das políticas na vida da população constituem uma realidade que não pode ser negligenciada. Os serviços de saúde ainda não possuem uma cultura de avaliar as suas ações, o que dificulta o planejamento e a implantação das políticas públicas baseadas numa análise correta da situação de saúde e do que realmente significam as demandas da população. Além disso, depara-se com frequência com dificuldades para encontrar dados sistematizados sobre determinados temas, tais como orientação sexual, sexualidade, saúde mental, violência contra a mulher ou mesmo dados desagregados por sexo, faixa etária e raça/cor/etnia.

É possível mesmo que a constatação de ausência de dados possa servir como estímulo para que a gestão se mobilize para preencher as lacunas identificadas e, assim, contribuir para a melhoria das informações sobre as mulheres nos estados e municípios. Por exemplo, os dados sobre raça/cor/etnia são fundamentais para visibilizar a situação das mulheres negras, quilombolas e indígenas e devem ser considerados prioritários pelas instâncias de políticas para as mulheres, como mecanismo

de elaboração de políticas mais equitativas.

Na busca e análise dos dados produzidos no monitoramento e acompanhamento, é importante que os OPM contem com o apoio de profissionais e instituições que contribuam para uma análise criteriosa dos mesmos, sobre a realidade local, que valorize as perspectivas epidemiológica, de gênero e de raça/cor/etnia.

A consistência dos dados ainda é um problema na área de saúde da mulher. Os bancos de dados podem conter informações distintas sobre um mesmo indicador, dados díspares que podem levar a errôneas interpretações. Exemplos concretos desse problema são encontrados nos indicadores de morte materna, nos dados sobre aborto, ambos em geral subnotificados. O mesmo acontece com os dados sobre a violência doméstica e sexual, que têm também o componente da dificuldade da denúncia pelas mulheres. Portanto, pelas razões apresentadas e com o objetivo de reduzir os problemas, sugere-se a participação de profissionais com experiência nos temas, para evitar que as políticas sejam formuladas ou reorientadas com base em dados que não correspondam à realidade dos estados e municípios.

#### **Consulta a sistemas de informação e documentos**

Muitas das informações importantes para o monitoramento e acompanhamento da implantação e implementação da PNAISM podem ser encontradas acessando os bancos de dados do SUS e do IBGE, os portais do Ministério de Saúde, respectivas Secretarias e da SPM. Alguns dados solicitados podem ser obtidos em portais de pesquisas acadêmicas e de outras instituições de saúde que realizam estudos aprovados por Comitês de Ética reconhecidos, ou mesmo os portais de agências do Sistema das Nações Unidas.

Porém, considerando que nem todas as informações estão disponibilizadas na Internet, em alguns estados e municípios talvez seja necessário buscar as informações diretamente com alguns órgãos governamentais locais que disponibilizem documentos oficiais existentes.

- Banco de dados oficiais do Sistema Único de Saúde: DATASUS, SIA/SUS, SIH/SUS, SINASC, SIM, SINAN, SVS/Ministério da Saúde (dados de violência contra a mulher);
- Banco de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio - PNAD, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde - PNDS, Censo demográfico e outros);
- Portal das Políticas do Ministério da Saúde: Povos Indígenas, População Negra, Quilombolas, Adolescentes, Mulheres, LGBT,

População Rural, População em situação de rua, em situação de privação de liberdade, Rede Cegonha e outros;

- Relatório de Situação de Saúde das Secretarias Estaduais de Saúde, especialmente a área de Vigilância Epidemiológica;
- Relatório de Acompanhamento do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres: [www.spm.gov.br/assuntos/pnpm](http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm);
- Observatório de Igualdade de Gênero da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres;
- Portais de pesquisas acadêmicas e de outras instituições de saúde, com aprovação de Comitês de Ética;
- Portais do Fundo de População das Nações Unidas/UNFPA, do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids/UNAIDS, do Fundo das Nações Unidas para a Infância/UNICEF e da Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o

Empoderamento das Mulheres/ONU Mulher;

- Portais de pesquisas acadêmicas e de outras instituições de saúde, com aprovação de Comitês de Ética;
- Dados das Secretarias e Coordenadorias da Mulher dos estados e municípios;
- Dados dos Comitês de Estudo e Prevenção da Morte Materna dos estados e municípios;
- Dados dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde;
- Dados dos Centros de Referência de Atenção à Violência contra a Mulher dos estados e municípios;
- Dados das Delegacias da Mulher;
- Dados de Delegacia Geral;
- Relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito/CPI da Violência contra a Mulher do Congresso Nacional.

Seguem os principais links de portais da SPM e do Ministério da Saúde:

#### **SPM**

<http://www.spm.gov.br>

#### **Departamento de DST/Aids e hepatites virais**

<http://www.aids.gov.br/aids>

#### **Departamento de Atenção Básica**

<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php>

#### **Painel de Monitoramento da Mortalidade CID-10**

<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/cid10.show.mtw>

#### **Painel de Monitoramento da Mortalidade da Situação de Saúde**

<http://svs.aids.gov.br/dashboard/situacao/saude.show.mtw>

#### **Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna**

<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>

#### **Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal**

<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw>

#### **Saúde da Mulher / Ministério da Saúde**

[http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9608&Itemid=500](http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=9608&Itemid=500)

#### **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**

<http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?home=1>

#### **Vigilância do Câncer e seus Fatores de Risco**

<http://www1.inca.gov.br/vigilancia/>

#### **Notificação de Violência**

<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinannet/violencia/bases/violebrnet.def>

#### **Dados sobre Causas Externas**

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/ext10uf.def>

#### **Dados sobre Aids**

Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). (Mais informação em anexo)

#### **DATASUS**

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nv>

## **Reunião com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde**

Por meio dessas reuniões, será possível aos OPM:

- Identificar as informações relevantes nos bancos de dados, pesquisas, relatórios, salas de situação, órgãos de vigilância como nos casos de violência, grupos de referência em temáticas concernentes à saúde da mulher, aos direitos sexuais e reprodutivos e à violência contra a mulher.
- Fazer o acompanhamento das reuniões técnicas da Rede Cegonha com as Apoiadoras nos estados e municípios.
- Participar das Videoconferências do Ministério da Saúde sobre a Rede Cegonha com os estado e municípios.

## **Reunião com Grupos de Mulheres**

Essas reuniões com grupos dos movimentos feminista e de mulheres são fontes privilegiadas para oferecer subsídios sobre a percepção das usuárias dos serviços de saúde sobre a humanização e qualidade do atendimento.

## **Reunião com ONG, Associações, Sindicatos, Conselhos Profissionais**

Reuniões com entidades que trabalham o tema dos direitos das mulheres, direitos humanos e perspectiva de gênero, visando buscar informações que contribuam para qualificar os indicadores.

## **Reunião com pesquisadoras(es), núcleos e redes de pesquisas**

Os núcleos de estudos e pesquisas sobre gênero e saúde das Universidades e instituições de saúde têm-se constituído em importantes fontes de dados quantitativos e qualitativos, bem como de recomendações que se prestam às ações de monitoramento e acompanhamento das políticas públicas para as mulheres. Estes núcleos têm sido as principais fontes de dados sobretudo nas áreas de violência contra a mulher e aborto. Eles são abertos à participação de outros setores da sociedade, são campo de estágio para profissionais da área da saúde, organizam cursos de formação, inclusive no nível de pós-graduação, além de constituírem parcerias com os órgãos governamentais para planejamento, monitoramento, acompanhamento e avaliação de políticas para as mulheres nos níveis municipal, estadual e federal.

## **Entrevistas com grupos de usuárias dos serviços de saúde**

Trata-se de um recurso fundamental para obter informações sobre a atenção prestada nos serviços e suas percepções sobre os mesmos, por exemplo, identificar se as e os profissionais respeitam a demanda das mulheres, se há escuta qualificada, uso adequado e qualificado das tecnologias, violência institucional, resolução de problemas, espera adequada pela atenção etc.

Esses são assuntos sobre os quais os OPM poderão conversar com as usuárias, individualmente ou em grupo, sempre mediante aprovação das instituições envolvidas e consentimento das mulheres.

As informações fornecidas nessas conversas serão fundamentais para identificar se as e os profissionais dos serviços reconhecem a saúde sexual e a saúde reprodutiva como um direito.

É importante ressaltar que não se propõe aqui realizar nem grupos focais, nem entrevistas semi-estruturadas, nem observação participante e nem rodas de conversa, uma vez que estas são técnicas de pesquisa e de mobilização social, cujos requisitos metodológicos são precisos e específicos e ultrapassam a proposta deste processo de monitoramento e acompanhamento.

## **Reunião entre os organismos governamentais de mulheres**

Essas reuniões serão fundamentais para debater os dados encontrados e propor soluções e novas estratégias para visibilizar a realidade das mulheres. Elas podem ser ampliadas com organizações e pessoas que contribuam não só para a elaboração de outros indicadores, mas também para a análise e divulgação dos dados.

## **E. Questionário: orientações para preenchimento**

Com o propósito de harmonizar as ações do processo de monitoramento e acompanhamento da PNAISM, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, em parceria com representantes do Ministério da Saúde e do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), produziu um Questionário a ser preenchido pelos OPM e que se encontra no Anexo 2 deste documento.

De acordo com o que foi apresentado no item B, o Questionário poderá ser preenchido por intermédio de várias técnicas de produção de dados, tais como:

a) entrevistas com usuárias dos serviços de saúde e profissionais trabalhando tanto na assistência quanto na gestão. Nas entrevistas, individuais ou em grupo, o questionário deverá funcionar como uma espécie de roteiro que orientará os temas a serem abordados, e não como um questionário de perguntas e respostas fechadas. As entrevistas poderão ser gravadas, sempre que houver consentimento das pessoas e garantia de confidencialidade e anonimato.

b) observação em diversos locais, por exemplo, em unidades de saúde, reuniões de conselhos, comitês, fóruns, sindicatos etc.

c) pesquisa em fontes secundárias (relatórios e estatísticas oficiais, artigos de pesquisas acadêmicas, publicações dos movimentos sociais etc.).

Alguns indicadores poderão ser encontrados em entrevistas com usuárias dos serviços de saúde, feitas individualmente ou em grupo, permitindo aos OPM obter dados qualitativos relacionados a alguns indicadores. Poderão ainda ser obtidos por meio de observações feitas pelos OPM em unidades de saúde e em reuniões ou encontros. É o caso daqueles indicadores que se referem ao reconhecimento de direitos ou à existência de políticas específicas, onde se pede que sejam assinaladas as opções *Sim*, ou *Não*, ou *Sem Informação (s/i)*.

Noutros momentos, o indicador corresponde a um percentual (%) ou a um número absoluto (N) que poderão ser encontrados em bases de dados dos sistemas de informação das áreas de saúde, justiça e segurança ou em documentos locais existentes.

Ressalte-se que na coluna do meio do Questionário especifica-se que os indicadores devem ser discriminados por idade e por raça/cor/etnia, sempre que possível. A numeração dos indicadores deverá ser mantida para permitir comparações entre os estados e municípios.

A coluna cujo título é *informação obtida* deverá ser preenchida de acordo com as seguintes observações: com *X* quando se solicita assinar *Sim*, *Não* ou *Sem Informação*, com um *número absoluto*, ao lado da indicação *N* e com um *percentual* no caso da indicação %.

## **F. Análise e divulgação dos resultados**

A sistematização, análise e divulgação dos resultados deverá

ser feita sempre em conjunto com profissionais especialistas. Neste sentido, é de se esperar que desde a elaboração do Plano PluriAnual (PPA) dos estados e municípios esteja previsto, no orçamento, a participação de profissionais com habilidades e competências para a realização dessas atividades. O detalhamento da etapa de análise e divulgação dar-se-á mediante a participação dessas(es) profissionais especialistas.

O monitoramento permitirá identificar a situação de saúde das mulheres em um determinado período e em localidades específicas, sejam estados e/ou municípios. A comparação entre as informações de cada período dará visibilidade ao modo como a situação de saúde da mulher tem evoluído no tempo e no espaço. A divulgação pública dos resultados e análises possibilitará ao governo e à sociedade civil identificar os avanços alcançados e as barreiras a superar, orientando suas ações nos exercícios de planejamento, monitoramento e avaliação dos programas, planos e políticas.

Assim, se em relação a um determinado período não houver dados a respeito de indicadores relevantes para tal ou qual município e estado, o processo de acompanhamento e monitoramento dos OPM poderá facilitar as condições para que a sociedade civil e as agências governamentais atuem no sentido de eliminar essas lacunas.

# REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Atenção Humanizada ao Abortamento – Norma Técnica. Ministério da Saúde. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde 2011-2015. Resultados e Perspectivas. 2ª edição, revisada e ampliada. Brasília, 2013.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013 - 2015. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013. 114 p.

\_\_\_\_\_. Saúde Brasil 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011: uma análise da situação de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas– Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. 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.

\_\_\_\_\_. I seminário nacional de saúde: direitos sexuais e reprodutivos e pessoas com deficiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à

Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Direito à saúde da mulher negra: manual de referência / Conectas Direitos Humanos, Geledés – Instituto da Mulher Negra; coordenação Laura Davis Mattar ; ilustração Luli Pena. – São Paulo: Conectas Direitos Humanos, 2008.

\_\_\_\_\_. Relatório de gestão 2003 à 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.


\_\_\_\_\_. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Plano de Ação 2004 – 2007. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas– Brasília: Ministério da Saúde, 2004. [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher2.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf)

\_\_\_\_\_. Instrumento Gerencial da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente: Avaliação, Sistema de Informação e Programação/ Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação Materno Infantil - (COMIN) - Brasília, 1995.

CORRALES, L. E.; VAN DE VELDE, H. Monitoreo, Seguimiento Y Evaluación De Proyectos Sociales- Texto De Referencia Y De Consulta. Programa De Especialización En 'Gestión Del Desarrollo Comunitario'. Facultad Regional Multidisciplinaria-Estelí – Unan-Managua / Cicap - Estelí, Nicaragua. 2007. Disponível em <http://financiamientointernacional.files.wordpress.com/2013/12/avaliac3a7c3a3o-managua.pdf>. Acessado em 08/02/2014.

CRENSHAW, Kimberly. Documento para o encontro de Especialistas em aspectos da Discriminação Racial Relativos ao gênero. ESTUDOS FEMINISTAS 171, 2002.



DHESCA Plataforma Brasileira de Direitos Humanos Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais/Relatoria do Direito à Saúde Sexual e Reprodutiva/ mandato 2009-2011. Análise de Casos de Morte Materna sob a Ótica dos Direitos Humanos. Mimeo, 2011.

FLASOG. Caracterización de la Morbilidad Materna Extremadamente Grave (near miss) en Instituciones Seleccionadas de América Latina. Comité de Muerte Materna y Perinatal. Lima, Perú, 2008.

FREITAS, G. L.; VASCONCELOS, C.T.F.; I MOURA, E.R.F; PINHEIRO, A.K.B. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde Rev. Eletr. Enf. [Internet], 2009.11(2):424-8. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>. Acessado em 10/10/2013.

NAÇÕES UNIDAS-ONU. Assembleia Geral das Nações Unidas. Conselho de Direitos Humanos. Resolução 11/9 “Mortalidade e Morbidade Materna e Direitos Humanos”. Nova York, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para os sistemas de saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2004.

SIMONETTI, C., SOUSA, L., ARAUJO, M.J.O. A Realidade do Aborto Inseguro na Bahia: a Ilegalidade da Prática e seus Efeitos na Saúde das Mulheres em Salvador e Feira de Santana (Dossiê). IPAS/Rede Feminista de Saúde/ IMAIS/CURUMIM/ /CFEMEA. Salvador. 2008.

YU, P.C. “Registro nacional de operações não cardíacas: aspectos clínicos, cirúrgicos, epidemiológicos e econômicos”. Tese de Doutorado. Instituto do Coração da Universidade de São Paulo-USP. São Paulo, 2010.

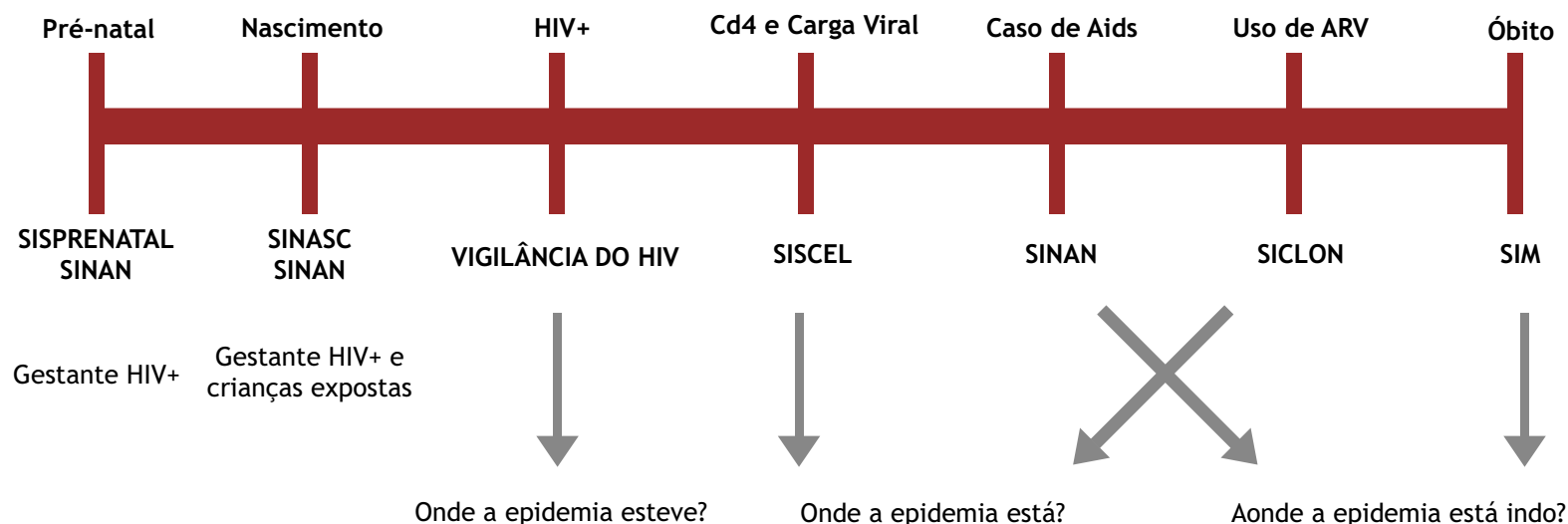


# ANEXO I

## Sistemas de Vigilância

Um sistema de vigilância epidemiológica precisa responder à complexidade dos agravos que busca conhecer, desenvolvendo novos modelos, que não sejam baseados exclusivamente na notificação de casos e que podem estar representando

eventos ocorridos anos antes. Para tanto, é necessário conhecer oportunamente as populações vulneráveis, comportamento, riscos, entre outros fatores, de forma a subsidiar intervenções mais efetivas. O fluxograma abaixo apresenta as várias fontes de informação utilizadas pela vigilância da Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) no Brasil.



Fonte: adaptado do Curso Básico de Vigilância Epidemiológica em HIV e Aids

## Vigilância comportamental: para onde a epidemia pode ir?

A vigilância epidemiológica da Aids, além de se basear em informações fornecidas pela notificação de casos registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e registros de óbitos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), possui dois sistemas particulares: Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLON).

As informações do SINAN, no caso particular da Aids, são provenientes das notificações de casos confirmados pela definição de casos de Aids adotada no país. O sistema contém informações epidemiológicas relevantes, que têm sido utilizadas para

caracterizar a dinâmica da epidemia, assim como para subsidiar as ações de prevenção e controle da doença.

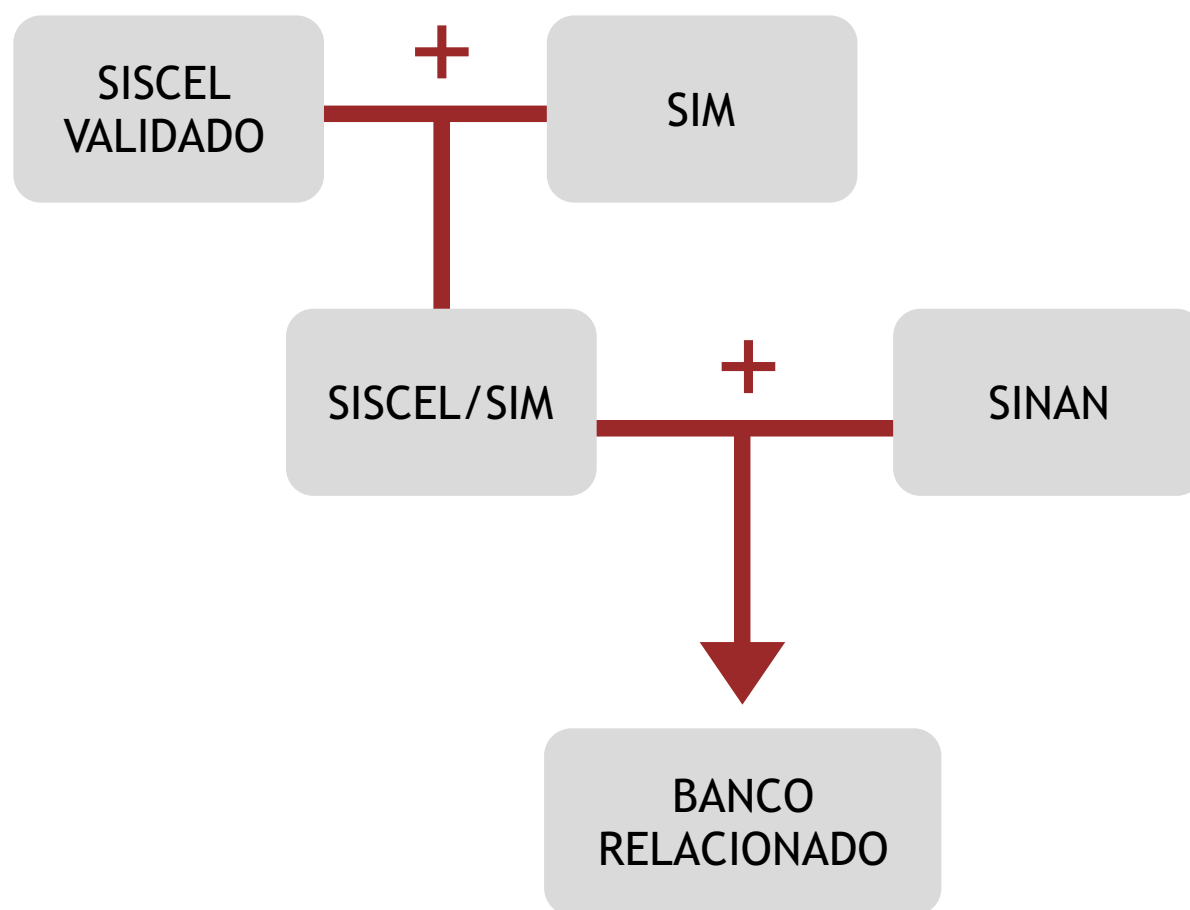
O SISCEL foi desenvolvido com o objetivo de monitorar os procedimentos laboratoriais de contagem de linfócitos T CD4/CD8 e quantificação da carga viral do HIV, para avaliação de indicação de tratamento e monitoramento de pacientes em terapia antirretroviral.

O SICLON foi desenvolvido com o objetivo de gerenciamento logístico dos medicamentos antirretrovirais. As informações são utilizadas para controle dos estoques e da distribuição dos antirretrovirais, assim como para obtenção de informações

clínico-laboratoriais dos pacientes de Aids e uso de diferentes esquemas terapêuticos.

A análise dos dados de Aids é elaborada a partir dos casos notificados no SINAN, acrescidos dos dados registrados no Sistema de Informação de Exames Laboratoriais (SISCEL) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e fundamentada na técnica de relacionamento probabilístico. O Sistema de Controle

Logístico de Medicamentos (SICLOM) foi utilizado para validação das informações contidas no SISCEL, quando do relacionamento deste com o SIM. A base de dados resultante do relacionamento do SISCEL com o SIM é, posteriormente, relacionada com o SINAN para compor o banco relacionado, de acordo com o algoritmo de relacionamento de banco de dados, realizado pelo Departamento de DST e Aids e abaixo apresentado:



\* Registros eleitos para inclusão de relacionamento de banco de dados:

1) Adulto: contagem de linfócitos TCD4+ menor que 350 células/mm<sup>3</sup> e carga viral detectável - Criança: contagem de linfócitos TCD4+ menor do que a esperada para a idade atual e duas cargas virais maiores que 10.000 cópias; ou

2) Adulto: contagem de linfócitos TCD4+ menor que 350 células/mm<sup>3</sup> e uso de medicamento registrado no SICLOM - Criança: contagem de linfócitos TCD4+ menor do que a esperada para a idade atual e uso de medicamento registrado no SICLOM

# ANEXO II

Não há necessidade de trabalhar com todos os indicadores elencados, mas, sim, com os que foram considerados prioritários em relação ao contexto local. Sempre que possível, os indicadores deverão contemplar dados discriminados por raça, cor, etnia e por idade.

Objetivo 1: Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica			
Descritores	Indicadores, por raça/cor/etnia e idade	Informação Obtida	
Doenças cardiovasculares e hipertensão arterial	1.1. Percentual de mulheres com doenças cardiovasculares e hipertensão arterial	%	
		s/i	
	1.2. Mortalidade de mulheres por doenças cardiovasculares e hipertensão arterial	%	
		s/i	
	1.3. Mulheres com diagnóstico de hipertensão, grávida ou não	%	
		s/i	
	1.4. Reconhecimento, por profissionais nas emergências hospitalares, da queixa de agravos do aparelho cardiovascular	Sim	
		Não	
		s/i	
		s/i	
Diabetes Mellitus	1.5. Existência de critérios de priorização para consultas e exames de mulheres com doenças cardiovasculares e hipertensão arterial	Sim	
		Não	
		s/i	
	1.6. Existência de informação sobre a relação entre doenças cardiovasculares e estilo de vida (fumo, atividades físicas, stress etc.)	Sim	
		Não	
		s/i	
	1.7. Percentual de mulheres atendidas nas emergências hospitalares com diagnóstico de infarto em relação aos homens atendidos com o mesmo diagnóstico	% mulheres	
		% homens	
		s/i	
Saúde e direitos sexuais	1.8. Média de tempo de espera das mulheres nas emergências hospitalares para atenção ao infarto	Tempo	
		s/i	
	1.9. Percentual de mulheres atendidas nas emergências hospitalares com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral	%	
Orientação sexual		s/i	
	1.10. Percentual de mulheres com diabetes <i>mellitus</i>	%	
		s/i	
Identidade de gênero	1.11. Existência de critérios de priorização para consultas e exames de mulheres com diabetes <i>mellitus</i>	Sim	
		Não	
		s/i	
Formação continuada	1.12. Reconhecimento, por profissionais de unidades de saúde, da saúde sexual como um direito universal	Sim	
		Não	
		s/i	
Formação continuada	1.13. Existência de políticas públicas sobre a sexualidade como direito	Sim	
		Não	
		s/i	
Formação continuada	1.14. Relatos de preconceito e discriminação por orientação sexual	Sim	
		Não	
		s/i	
Formação continuada	1.15. Relatos de preconceito e discriminação por identidade de gênero	Sim	
		Não	
		s/i	
Formação continuada	1.16. Número de profissionais da Estratégia de Saúde da Família capacitados para atenção clínico-ginecológica com enfoque de gênero e direitos humanos	Nº	
		s/i	

**Objetivo 2: Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento reprodutivo para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde**

Descritores	Indicadores, por raça/cor/etnia e idade	Informação Obtida	
Acesso à anticoncepção reversível e cirúrgica	2.1 Percentual de mulheres utilizando métodos reversíveis de anticoncepção	%	
		s/i	
	2.2 Percentual de homens utilizando condom	%	
		s/i	
Acesso à informação sobre métodos anticoncepcionais	2.3 Percentual de mulheres que realizaram esterilização cirúrgica no SUS de acordo com os critérios legais	%	
		s/i	
	2.4 Percentual de homens que realizaram esterilização cirúrgica no SUS de acordo com os critérios legais	%	
		s/i	
Acesso à informação sobre métodos anticoncepcionais	2.5. Existência de educação em saúde sobre planejamento reprodutivo	Sim	
		Não	
		s/i	
	2.6. Existência e distribuição de materiais de informação para usuárias(os)	Sim	
		Não	
		s/i	
Serviços de assistência à infertilidade	2.7. Existência e funcionamento do Programa Saúde nas Escolas, com ênfase na saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção de DST/Aids	Sim	
		Não	
		s/i	
	2.8. Existência de mulheres que solicitaram e tiveram acesso à linha de cuidado de infertilidade	Sim	
		Não	
		s/i	
Contracepção de emergência	2.9. Existência de homens que solicitaram e tiveram acesso à linha de cuidado de infertilidade	Sim	
		Não	
		s/i	
	2.10. Existência de contracepção de emergência nas unidades básicas de saúde	Sim	
		Não	
		s/i	
Contracepção de emergência	2.11. Relato de dificuldade de acesso pelas mulheres à contracepção de emergência	Sim	
		Não	
		s/i	

**Objetivo 3: Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes, tendo como estratégia a Rede Cegonha**

	<b>Indicadores, por raça, cor/etnia e idade</b>	<b>Informação Obtida</b>	
Mortalidade materna	3.1. Razão de morte materna – ou número absoluto - no estado e/ou município	R/Num	
		s/i	
	3.2. Percentual de mortes maternas por causas diretas (hipertensão, hemorragias, infecção e aborto) no estado e/ou município	%	
		s/i	
	3.3. Percentual de mortes maternas por causas indiretas (3 primeiras por ordem de importância) no estado e/ou município	%	
	s/i		
	3.4. Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	%	
		s/i	
	3.5. Número de Comitês de Mortalidade Materna atuantes	Nº	
		s/i	
Morbidade materna grave	3.6. Número de casos de <i>near miss (caso grave de quase morte)</i>	Nº	
		s/i	
Gravidez	3.7. Percentual de 6 ou mais consultas de Pré-Natal no estado e/ou município	%	
		s/i	
	3.8. Existência de enfermeira na consulta pré-natal	Sim	
		Não	
		s/i	
	3.9. Existência de critérios de priorização para consultas e exames para gestantes baseados na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade	Sim	
		Não	
		s/i	
Parto	3.10. Existência de maternidades no estado e/ou município	Sim	
		Não	
		s/i	
	3.11. Existência de Centro de Parto Normal no estado e/ou município	Sim	
		Não	
		s/i	
	3.12. Existência de quartos PPP (pré-parto, parto, puerpério) nas maternidades	Sim	
		Não	
		s/i	
	3.13. Existência de quartos PPP (para pré-parto, parto, puerpério)	Sim	
		Não	
		s/i	
3.14. Número de serviços procurados para o parto	1		
	02 ou mais		
	s/i		
3.15. Existência de enfermeira obstétrica na atenção ao parto	Sim		
	Não		
	s/i		
3.16. Existência de parteiras na atenção ao parto	Sim		
	Não		
	s/i		

**Objetivo 3: Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes, tendo como estratégia a Rede Cegonha**

	Indicadores, por raça, cor/etnia e idade	Informação Obtida	
Parto	3.17. Existência de doulas na atenção ao parto	Sim	
		Não	
		s/i	
	3.18. Proporção de partos cesáreos em relação ao total de partos	%	
s/i			
3.19. Percentual de partos por tipo de partos (normal, cesárea)	% normal		
	% cesárea		
	s/i		
3.20. Número de casos confirmados de tétano neonatal	Nº		
	s/i		
Puerpério	3.21. Percentual de mulheres que realizaram pelo menos uma consulta no puerpério	%	
Humanização da atenção ao parto	3.22. Número de unidades hospitalares que incluem acompanhante de livre escolha no pré-parto, parto e puerpério.	Nº	
		s/i	
	3.23. Existência de atividades de humanização da atenção ao parto (tapete, bola etc.)	Sim	
Atenção ao abortamento	3.24. Número de internações por abortos incompletos	Não	
		s/i	
	3.25. Número de procedimentos de curetagem em abortamento incompleto	Nº	
		s/i	
3.26. Número de procedimentos de AMIU em abortamento incompleto	Nº		
	s/i		
Aborto por anencefalia	3.27. Número de mulheres que solicitaram e realizaram aborto e antecipação do parto por anencefalia	Nº	
		s/i	
Aconselho pós-aborto	3.28. Percentual de mulheres que tiveram consulta de aconselhamento reprodutivo pós-aborto	%	
		s/i	
	3.29. Existência de aconselhamento e distribuição de método anticoncepcional pós-aborto	Sim	
Não			
Humanização da atenção ao abortamento	3.30. Existência de tratamento para dor durante a internação (antes e depois dos procedimentos)	s/i	
		Sim	
		Não	
	3.31. Número de abortamentos com presença de acompanhante	Nº	
s/i			

Objetivo 4: Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual			
Descritores	Indicadores, por raça, cor/etnia e idade	Informação Obtida	
Rede de atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência	4.1. Existência de rede integrada de atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência, em funcionamento	Sim	
		Não	
		s/i	
	4.2. Número de serviços de referência para atenção à violência sexual cadastrados no CNESS com o código de serviço especializado nº 165	Nº	
		s/i	
	4.3. Número de serviços ambulatoriais de atenção à violência sexual cadastrados no CNESS com o código de serviço especializado nº 165	Nº	
		s/i	
	4.4. Número de serviços de referência para atenção à interrupção da gravidez nos casos previstos em lei cadastrados no CNESS com o código de serviço especializado nº 165	Nº	
		s/i	
	4.5. Número de serviços de atenção à violência que disponibilizam a Contracepção de Emergência	Nº	
		s/i	
	4.5.1 Número de serviços de atenção à violência que disponibilizam a profilaxia das DST e do HIV às Mulheres em situação de violência sexual	Nº	
		s/i	
	4.6. Número de mulheres que chegaram aos serviços para interrupção da gestação nos casos previstos por lei após 22 semanas	Nº	
		s/i	
	4.7. Número de unidades notificantes de suspeita de violência no Sistema de Informação de Vigilância de Violências e Acidentes (SINAN-VIVA)	Nº	
		s/i	
	4.8. Número de mulheres e adolescentes que sofreram violência notificados no SINAM-VIVA	Nº	
s/i			
4.9. Número de mortes de mulheres por suicídio	Nº		
	s/i		
4.10. Número de mortes de mulheres por homicídio	N		
	s/i		
4.11. Número de mulheres e adolescentes vítimas de violência atendidas nos serviços de saúde	Nº		

Objetivo 4: Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual			
Descritores	Indicadores, por raça, cor/etnia e idade	Informação Obtida	
Aborto legal	4.12. Número de internações por aborto legal no SUS	Nº	
		s/i	
	4.13. Existência de serviços que exigem Boletim de Ocorrência e Laudo do Instituto Médico Legal para realizar o aborto previsto no Código Penal	Sim	
		Não	
		s/i	
	4.14. Número de mulheres que solicitaram e realizaram aborto previsto por lei	Nº	
s/i			
Formação continuada	4.15. Existência de programas de capacitação de profissionais atuando na rede de atenção às mulheres e adolescentes vítimas de violência, incluindo programas de capacitação à distância	Sim	
		Não	
		s/i	
	4.16. Participação de ONGs e de grupos de mulheres nas capacitações dos profissionais de saúde	Sim	
		Não	
		s/i	



Objetivo 5: Promover, juntamente com o Departamento de DST, Aids e hepatites virais, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV na população feminina			
Descritores	Indicadores, por raça/cor/etnia e idade	Informação Obtida	
Casos de aids e infecção pelo HIV em mulheres	5.1 Taxa de detecção de casos de aids em mulheres	%	
		s/i	
	5.2 Prevalência da infecção pelo HIV em mulheres	%	
		s/i	
Mortalidade de mulheres por aids	5.3. Razão de sexo para infecção por Aids	R	
		s/i	
Transmissão vertical	5.4. Produção ambulatorial de exames sorológicos anti-HIV	N	
		s/i	
	5.5. Taxa de mortalidade de mulheres por Aids	%	
		s/i	
Terapia anti-retroviral (TARV)	5.6. Taxa de detecção de HIV em gestantes	%	
		s/i	
	5.7. Número de gestantes HIV positivas	Nº	
Sífilis	5.8. Casos de Aids em menores de 5 anos	s/i	
		Nº	
	5.9. Percentual de mulheres em terapia anti-retroviral (TARV)	%	
		s/i	
Sífilis	5.10. Percentual de gestantes em terapia anti-retroviral (TARV)	%	
		s/i	
	5.11. Número de serviços de referência para atendimento às mulheres e crianças soropositivas	Nº	
Sífilis	5.12. Taxa de detecção de sífilis em gestantes	%	
		s/i	
	5.13. Taxa de detecção de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	%	
		s/i	
Hepatites B	5.14. Óbitos de mulheres por sífilis	Nº	
		s/i	
	5.15. Produção ambulatorial de exames sorológicos para sífilis	Nº	
		s/i	
Educação em saúde	5.16. Taxa de detecção de Hepatites B em gestantes	Sim	
		Não	
	5.17. Número de gestantes com Hepatites B	s/i	
		Sim	
Formação continuada	5.18. Existência de atividades de educação em saúde sobre Aids	Não	
		s/i	
	5.19. Existência e distribuição de materiais de informação para usuárias(os)	Sim	
		Não	
Formação continuada	5.20. Existência de programas de capacitação de profissionais atuando na rede de atenção às mulheres e adolescentes vítimas de violência, incluindo programas de capacitação à distância	s/i	
		Sim	
	5.21. Participação de ONGs e de grupos de mulheres nas capacitações	Não	
		s/i	

Objetivo 6: Reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina			
Descritores	Indicadores, por raça/cor/etnia e idade	Informação Obtida	
Câncer de mama	6.1. Taxa de mortalidade por câncer de mama	%	
		s/i	
	6.2. Número de mulheres que morreram por câncer de mama	Nº	
		s/i	
		s/i	
	6.3. Percentual de mulheres que tiveram acesso a cirurgia de reconstrução mamária em relação às que realizaram mastectomia	%	
		s/i	
	6.4. Razão de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nessa faixa etária	R	
	s/i		
6.5. Número de mulheres que tiveram acesso à mamografia	Nº		
	s/i		
6.6. Existência de serviços para tratamento das alterações em exames das mamas e de colo do útero	Sim		
	Não		
	s/i		
6.7. Existência de serviços de acompanhamento das mulheres que realizaram tratamento para câncer de mama	Sim		
	Não		
	s/i		
6.8. Número de internações hospitalares por câncer de mama	Nº		
	s/i		
Câncer de colo do útero	6.9. Taxa de mortalidade por câncer de colo do útero	%	
		s/i	
	6.10. Razão entre exames citopatológicos em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nessa faixa etária	R	
		s/i	
	6.11. Existência de serviço de acompanhamento das mulheres que realizaram tratamento para câncer de colo do útero	Sim	
		Não	
		s/i	
6.12. Existência de registro na atenção básica de mulheres com exame citopatológico alterado	Sim		
	Não		
	s/i		
6.13. Estimativa de tempo para atendimento das usuárias com exame citopatológico alterado	Tempo		
	s/i		
6.14. Número de mulheres que morreram por câncer de colo de útero	Nº		
	s/i		
6.15. Número de internações hospitalares por câncer de colo do útero	Nº		
	s/i		
Câncer de pulmão	6.16. Taxa de mortalidade por câncer de pulmão	%	
		s/i	
	6.17. Número de internações hospitalares por câncer de pulmão	Nº	
		s/i	
Apoio psicológico		Sim	
		Não	
		s/i	

Objetivo 7: Implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero			
Descritores	Indicadores, por raça/cor/etnia e idade	Informação Obtida	
Serviços de atenção à saúde mental das mulheres	7.1 Número de serviços de atenção à saúde mental das mulheres	Nº	
		s/i	
	7.2 Tipos de serviços de atenção à saúde mental das mulheres	Tipos	
		s/i	
Medicamentos psiquiátricos	7.3 Percentual de mulheres utilizando medicamentos psiquiátricos, em relação aos homens (benzodiazepínicos, antidepressivos e outros)	%	
		s/i	
	7.4. Existência na atenção básica de registro das usuárias de benzodiazepínicos, antidepressivos e outros	Sim	
		Não	
Internação psiquiátrica	7.5. Percentual de mulheres com internação psiquiátrica em relação aos homens, por causas	%	
		s/i	
	7.6. Existência de casos de internação psiquiátrica compulsória	Sim	
		Não	
Depressão	7.7. Prevalência de mulheres com depressão	%	
		s/i	
	7.8. Prevalência de depressão no pós-parto ( puerpério)	%	
		s/i	
	7.9. Prevalência de depressão no climatério	%	
		s/i	
	7.10. Prevalência de depressão em mulheres idosas	%	
		s/i	
Suicídio	7.11. Percentual de morte de mulheres por suicídio	%	
		s/i	
Álcool e drogas	7.12. Existência na atenção básica de registro das usuárias de crack, álcool e outras drogas	Sim	
		Não	
		s/i	
	7.13. Percentual de mulheres atendidas nos Centros de Apoio Psicossocial/álcool e drogas (CAPSad) por uso dessas substâncias	%	
		s/i	
	7.14. Percentual de mulheres internadas em hospitais por uso de álcool e drogas	%	
		s/i	
Atividades coletivas	7.15. Existência de serviços com grupos de reflexão sobre mulher, gênero e saúde mental	Sim	
		Não	
		s/i	

Objetivo 8: Implementar a atenção à saúde das mulheres no climatério			
Descritores	Indicadores, por raça/cor/etnia e idade	Informação Obtida	
Saúde no climatério	8.1 Prevalência de mulheres fazendo terapia de reposição hormonal e terapias complementares	%	
		s/i	
Acesso à informação sobre saúde no climatério	8.2 Existência de programas de capacitação para qualificação da atenção às mulheres no climatério e respectivos conteúdos	Sim	
		Não	
	s/i		
	8.3 Existência de grupos de informação sobre a temática nas unidades de saúde	Sim	
Não			
Cuidados	8.4 Tipos de demandas de mulheres no climatério	s/i	
		Tipos	

Objetivo 9: Promover a atenção à saúde das mulheres idosas			
Descritores	Indicadores	Informação Obtida	
Acesso a serviços	9.1 Proporção de mulheres idosas cadastradas na ESF (Estratégia Saúde da Família)	%	
		s/i	
		SIM	
Morbidade	9.1.1 Existência de ações educativas e de promoção da saúde direcionadas a mulheres idosas	NÃO	
		S/i	
		%	
Capacidade funcional	9.2 Proporção de mulheres idosas internadas por fraturas de fêmur (preditor de mortalidade)	s/i	
		%	
Violência	9.3 Proporção de casos de Aids em mulheres idosas	s/i	
		%	
Suporte social	9.4 Proporção de mulheres idosas com limitação funcional para realizar Atividades de Vida Diária (AVD)	s/i	
		%	
Formações	9.5 Proporção de casos notificados de violência contra a mulher idosa (sexual, financeira e outras)	s/i	
		Nº	
		s/i	
Controle social	9.6 Número de mulheres idosas participantes de atividades coletivas em Unidades de Saúde	Sim	
		Não	
		s/i	
Suporte social	9.7 Existência de programas de apoio familiar e social com foco na mulher cuidadora	Nº	
		s/i	
		%	
Formações	9.8 Número de mulheres acompanhadas por programas municipais de cuidadores/as	Sim	
		Não	
		s/i	
Controle social	9.9 Existência de programas de formação para qualificação da atenção às mulheres idosas	Sim	
		Não	
		s/i	
Suporte social	9.10. Existência de Conselhos Municipais e Estaduais para idosos/as	Sim	
		Não	
		s/i	



Objetivo 10: Promover a atenção à saúde das mulheres negras			
Descritores	Indicadores, por cor/raça e idade	Informação Obtida	
Ações de saúde da mulher com recorte racial/de cor e étnico	10.1 Número de municípios com Programa de Anemia Falciforme (PAF) implantado	N	
		s/i	
	10.2 Prevalência de anemia falciforme (x/população total de mulheres)	%	
		s/i	
	10.3. Existência de exames de eletroforese de hemoglobina	Sim	
		Não	
		s/i	
10.4. Percentual de mortes maternas por aborto inseguro em mulheres negras comparadas àquela da população em geral	%		
	s/i		
10.5. Existência de ações de saúde para as mulheres quilombolas	Sim		
	Não		
	s/i		
10.6. Postergação no atendimento por motivo de raça/cor/etnia	Sim		
	Não		
	s/i		
10.7. Número de estados/municípios com assessoria técnica em saúde das mulheres negras	Sim		
	Não		
	s/i		
Controle social	10.8. Existência de fóruns e outros espaços políticos de participação da sociedade civil organizada	Sim	
		Não	
		s/i	
Acesso à informação sobre saúde das mulheres negras	10.9. Existência de programas de capacitação para qualificação da atenção às mulheres negras e respectivos conteúdos	Sim	
		Não	
		s/i	
10.10. Existência de grupos de informação sobre a temática nas unidades de saúde	Sim		
	Não		
	s/i		
Formação continuada	10.11. Existência de programas de formação de profissionais sobre saúde das mulheres negras	Sim	
		Não	
		s/i	
	10.12. Participação de ONGs e de grupos de mulheres negras nas formações dos profissionais de saúde	Sim	
		Não	
s/i			

Objetivo 11: Promover a atenção à saúde das mulheres lésbicas e bissexuais				
Descritores	Indicadores, por raça/cor/etnia e idade	Informação Obtida		
Ações de saúde da mulher com recorte de orientação sexual	11.1. Existência de ações de atenção à saúde das mulheres lésbicas	Sim		
		Não		
		s/i		
	11.2. Número de estados/municípios com assessoria técnica em saúde das mulheres lésbicas	N		
		s/i		
	11.3. Postergação no atendimento por motivo de orientação sexual	Sim		
		Não		
11.4. Sistemas de informação com dados desagregados por orientação sexual	s/i			
	Sim			
11.5. Acesso a informação e insumos para DST e Aids	Não			
	s/i			
	Sim			
11.6. Acesso à prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de mama, colo de útero e de pulmão	Não			
	s/i			
11.7. Existência de coordenação ou área programática específica para este grupo	Sim			
	Não			
Controle social	11.8. Existência de fóruns e outros espaços políticos de participação da sociedade civil organizada	s/i		
		Sim		
		Não		

Objetivo 12: Promover a atenção à saúde das trabalhadoras do campo, da cidade e de assentamentos			
Descritores	Indicadores	Informação Obtida	
Ações de intervenção aos agravos à saúde das trabalhadoras do campo, da cidade e de assentamentos	12.1. Existência de ações de atenção aos agravos à saúde das trabalhadoras do campo, da cidade e de assentamentos	Sim	
		Não	
		s/i	
	12.2. Número de comunicações de acidentes de trabalho (CAT) em mulheres trabalhadoras do campo, da cidade e de assentamentos	Nº	
s/i			
Controle social	12.3. Existência de fóruns e outros espaços políticos de participação da sociedade civil organizada referente a esse grupo específico	Sim	
		Não	
		s/i	

Objetivo 13: Promover a atenção à saúde das mulheres indígenas			
Descritores	Indicadores	Informação Obtida	
Ações de saúde para mulheres indígenas	13.1. Existência de ações de atenção aos agravos à saúde das mulheres indígenas nos polos básicos de acordo com a demanda das mulheres indígenas	Sim	
		Não	
		s/i	
Controle social	13.2. Participação dos DSEI (Distritos Sanitários Indígenas) nos espaços de construção e monitoramento das políticas de saúde das mulheres	Sim	
		Não	
		s/i	
	13.3. Existência de Conselhos Municipais e Estaduais dos povos indígenas com participação das mulheres indígenas	Sim	
		Não	
		s/i	

Objetivo 14: Promover a atenção à saúde das mulheres em situação de privação de liberdade			
Descritores	Indicadores	Informação Obtida	
Ações de saúde para mulheres em situação de privação de liberdade.	14.1. Existência nas instituições de privação de liberdade de áreas especiais para mulheres grávidas e aquelas que estão amamentando	Sim	
		Não	
		s/i	
	14.2. Uso de algemas durante internação em hospitais e maternidades para parto ou atenção ao abortamento	Sim	
		Não	
		s/i	
14.3. Suspensão do uso de medicamentos essenciais por medida punitiva	Sim		
	Não		
	s/i		
Controle social	14.4. Existência de fóruns e outros espaços políticos de participação da sociedade civil organizada referente a esse grupo específico	Sim	
		Não	
		s/i	

Objetivo 15: Promover a atenção à saúde das mulheres com deficiência			
Descritores	Indicadores	Informação Obtida	
Ações de saúde para mulheres com deficiência	15.1. Existência de ações de atenção aos agravos à saúde das mulheres com deficiência	Sim	
		Não	
		s/i	
Controle social	15.2. Existência de fóruns e outros espaços políticos de participação da sociedade civil organizada referente a esse grupo específico	Sim	
		Não	
		s/i	

Objetivo 16: Fortalecer a participação e o controle social na implementação e monitoramento da Política Nacional de Atenção			
Descritores	Indicadores	Informação Obtida	
Fóruns	16.1. Participação de representantes dos movimentos feminista e de mulheres nos fóruns perinatais da Rede Cegonha	Sim	
		Não	
		s/i	
Conselhos	16.2. Existência e funcionamento dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde com participação de mulheres	Sim	
		Não	
		s/i	
Comitês	16.3. Existência e funcionamento dos Comitês Municipais e Estaduais de Estudo e Prevenção da Mortalidade Materna com participação da sociedade civil	Sim	
		Não	
		s/i	
	16.4. Existência e funcionamento dos Comitês de Saúde Municipais e Estaduais para Prevenção do HIV/Aids com participação da sociedade civil	Sim	
Não			
s/i			
Redes	16.5. Existência e funcionamento de Redes Integradas de Atenção às Mulheres Vítimas de Violência	Sim	
		Não	
		s/i	
	16.6. Participação dos movimentos feminista e de mulheres nas atividades de planejamento, monitoramento e avaliação	Sim	
Não			
s/i			
Pesquisa	16.7. Existência de editais para intervenções e/ou pesquisas na área de saúde da mulher	Sim	
		Não	
		s/i	
Recursos orçamentários	16.8. Existência de orçamento para as áreas técnicas ou Coordenações de Saúde da Mulher nos estados e/ou municípios	Sim	
		Não	
		s/i	







Ministério da  
Saúde

Secretaria Especial de  
Políticas para as Mulheres

Ministério das  
Mulheres, da Igualdade Racial  
e dos Direitos Humanos

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PÁTRIA EDUCADORA