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

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Editora MS

Brasília – DF
2004

© 2004 Ministério da Saúde
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Tiragem: 1.ª edição – 2004 – 5.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Área Técnica de Saúde da Mulher
Esplanada dos Ministérios, Bloco G,
6.º andar, sala 629
CEP: 70058-900, Brasília – DF
Tels.: (61) 315 2933 / 223 5591
Fax: (61) 322 3912
E-mail: saúde.mulher@saude.gov.br
Disque Saúde Mulher: 0800 644 0803

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Coordenadora:
Maria José de Oliveira Araújo

Equipe técnica:
Alice Gonçalves Mendes Ribeiro
Iolanda Vaz Guimarães
Isa Paula Hamouche Abreu
Ivone Peixoto
Janine Schirmer
Juliana Monti Maifrino
Márcia Cavalcante Vinhas Lucas
Maria Auxiliadôra da Silva Benevides
Marta Roberta Santana Coelho
Regina Coeli Viola
Verônica Batista Gonçalves dos Reis

Equipe de apoio:
Ana Margareth Gomes Leite
Anna Christina Carvalho Lima
Magda Andrade de Oliveira
Valéria César Leite

Colaboração:
Adson França
Elcylene Leocádio

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

82 p.: il. – (C. Projetos, Programas e Relatórios)

ISBN 85-334-0781-5

1. Saúde da mulher. 2. Serviços de saúde para mulheres. 3. Política de Saúde. I. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. II. Título. III. Série.

NLM WA 309

Catalogação na fonte – Editora MS

EDITORA MS
Documentação e Informação
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610
CEP: 71200-040, Brasília – DF
Tels.: (61) 233 1774 / 233 2020 Fax: (61) 233 9558
Home page: www.saude.gov.br/editora
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:
Normalização: Leninha Silvério
Revisão: Andréa Torriceli, Denise Carnib
Fotos da capa: João Brasil e arquivo
Capa, projeto gráfico e diagramação: Fabiano Bastos

Sumário

Apresentação 5

Abreviaturas 7

Introdução 9

Saúde da Mulher e o Enfoque de Gênero 11

Evolução das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher 15

Situação Sociodemográfica 21

Breve Diagnóstico da Situação da Saúde da Mulher no Brasil 25

Humanização e Qualidade: Princípios para uma Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher 59

Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher 63

Objetivos Gerais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher 67

Objetivos Específicos e Estratégias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher 69

Referências Bibliográficas 73

Parcerias 79

Apresentação

O Ministério da Saúde, considerando que a saúde da mulher é uma prioridade deste governo, elaborou o documento "*Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes*", em parceria com diversos setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não-governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional. Nesse sentido, reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis.

Este documento 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 familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades.

A Política Nacional proposta 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 locais 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.

Cumprindo seu papel de gestor federal – ao formular a política que deve nortear as ações de atenção à saúde da mulher para o período 2004-2007 – o Ministério da saúde espera estar contribuindo para que as mulheres brasileiras avancem nas suas conquistas, na perspectiva da saúde como direito de cidadania.

Humberto Costa
Ministro de Estado da Saúde

Abreviaturas

CIPD – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

CNPD – Comissão Nacional de População e Desenvolvimento

DO – Declaração de Óbito

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPS – Organização Pan-Americana da Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

SIM – Sistema de Informação em Mortalidade/MS

SINASC – Sistema de Informação em Nascidos Vivos/MS

SISPRENATAL – Sistema de Informação em Pré-Natal/MS

SUS – Sistema Único de Saúde

PHPN – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

DIU – Dispositivo Intra-Uterino

Introdução

As mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Freqüentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento mas, sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos. São também cuidadoras, não só das crianças ou outros membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da comunidade.

A situação de saúde envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico. Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais freqüentemente. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos.

Os indicadores epidemiológicos do Brasil mostram uma realidade na qual convivem doenças dos países desenvolvidos (cardiovasculares e crônico-degenerativas) com aquelas típicas do mundo subdesenvolvido (mortalidade materna e desnutrição). Os padrões de morbimortalidade encontrados nas mulheres revelam também essa mistura de doenças, que seguem as diferenças de desenvolvimento regional e de classe social.

Dentro da perspectiva de buscar compreender essa imbricação de fatores que condicionam o padrão de saúde da mulher, este documento analisa, sob o enfoque de gênero, os dados epidemiológicos extraídos dos sistemas de informação do Ministério da Saúde e de documentos elaborados por instituições e pessoas que trabalham com esse tema.

Propõe diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento, questões ainda pendentes na atenção à saúde das mulheres. Toma como base os dados epidemiológicos e as reivindicações de diversos segmentos sociais para apresentar os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher para o período de 2004 a 2007.

Saúde da Mulher e o Enfoque de Gênero

Encontram-se na literatura vários conceitos sobre saúde da mulher. Há concepções mais restritas que abordam apenas aspectos da biologia e anatomia do corpo feminino e outras mais amplas que interagem com dimensões dos direitos humanos e questões relacionadas à cidadania. Nas concepções mais restritas, o corpo da mulher é visto apenas na sua função reprodutiva e a maternidade torna-se seu principal atributo. A saúde da mulher limita-se à saúde materna ou à ausência de enfermidade associada ao processo de reprodução biológica. Nesse caso estão excluídos os direitos sexuais e as questões de gênero (COELHO, 2003).

Em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, a saúde reprodutiva foi definida como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não apenas mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo" (CIPD, 1994).

Nessa definição, toma-se como referência o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), e são incorporadas dimensões da sexualidade e da reprodução humana numa perspectiva de direitos. No entanto, apesar do avanço em relação a outras definições, o conceito da CIPD fica restrito à saúde reprodutiva e não trata a saúde-doença como processo na perspectiva da epidemiologia social, o que vem sendo bastante discutido desde o final dos anos 60.

A saúde e a doença estão intimamente relacionadas e constituem um processo cuja resultante está determinada pela atuação de fatores

sociais, econômicos, culturais e históricos. Isso implica em afirmar que o perfil de saúde e doença varia no tempo e no espaço, de acordo com o grau de desenvolvimento econômico, social e humano de cada região (LAURELL, 1982).

As desigualdades sociais, econômicas e culturais se revelam no processo de adoecer e morrer das populações e de cada pessoa em particular, de maneira diferenciada. De acordo com os indicadores de saúde, as populações expostas a precárias condições de vida estão mais vulneráveis e vivem menos. O relatório sobre a situação da População Mundial (2002) demonstra que o número de mulheres que vivem em situação de pobreza é superior ao de homens, que as mulheres trabalham durante mais horas do que os homens e que, pelo menos, metade do seu tempo é gasto em atividades não remuneradas, o que diminui o seu acesso aos bens sociais, inclusive aos serviços de saúde.

Levando em consideração que as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam num forte impacto nas condições de saúde destas últimas (ARAÚJO, 1998), as questões de gênero devem ser consideradas como um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas.

O gênero, como elemento constitutivo das relações sociais entre homens e mulheres, é uma construção social e histórica. É construído e alimentado com base em símbolos, normas e instituições que definem modelos de masculinidade e feminilidade e padrões de comportamento aceitáveis ou não para homens e mulheres. O gênero delimita campos de atuação para cada sexo, dá suporte à elaboração de leis e suas formas de aplicação. Também está incluída no gênero a subjetividade de cada sujeito, sendo única sua forma de reagir ao que lhe é oferecido em sociedade. O gênero é uma construção social sobreposta a um corpo sexuado. É uma forma primeira de significação de poder (SCOTT, 1989).

Gênero se refere ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher. Na maioria das sociedades, as relações de gênero são desiguais. Os desequilíbrios de gênero se refletem nas leis, políticas e práticas sociais,

assim como nas identidades, atitudes e comportamentos das pessoas. As desigualdades de gênero tendem a aprofundar outras desigualdades sociais e a discriminação de classe, raça, casta, idade, orientação sexual, etnia, deficiência, língua ou religião, dentre outras (HERA, 1995).

Da mesma maneira que diferentes populações estão expostas a variados tipos e graus de risco, mulheres e homens, em função da organização social das relações de gênero, também estão expostos a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte. Partindo-se desse pressuposto, é imprescindível a incorporação da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde, que tenham como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher.

Evolução das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares.

Há análises que demonstram que esses programas preconizavam as ações materno-infantis como estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, como era o caso das crianças e gestantes. Outra característica desses programas era a verticalidade e a falta de integração com outros programas e ações propostos pelo governo federal. As metas eram definidas pelo nível central, sem qualquer avaliação das necessidades de saúde das populações locais. Um dos resultados dessa prática é a fragmentação da assistência (COSTA, 1999) e o baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher.

No âmbito do movimento feminista brasileiro, esses programas são vigorosamente criticados pela perspectiva reducionista com que tratavam a mulher, que tinha acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida. Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional, questões, até então, relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas. Naquele momento tratava-se de revelar as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, os problemas associados à sexualidade e à re-

produção, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a sobrecarga de trabalho das mulheres, responsáveis pelo trabalho doméstico e de criação dos filhos (ÁVILA; BANDLER, 1991).

As mulheres organizadas argumentavam que as desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres se traduziam também em problemas de saúde que afetavam particularmente a população feminina. Por isso, fazia-se necessário criticá-los, buscando identificar e propor processos políticos que promovessem mudanças na sociedade e conseqüentemente na qualidade de vida da população.

Posteriormente, a literatura vem demonstrar que determinados comportamentos, tanto dos homens quanto das mulheres, baseados nos padrões hegemônicos de masculinidade e feminilidade, são produtores de sofrimento, adoecimento e morte (OPAS, 2000).

Com base naqueles argumentos, foi proposto que a perspectiva de mudança das relações sociais entre homens e mulheres prestasse suporte à elaboração, execução e avaliação das políticas de saúde da mulher. As mulheres organizadas reivindicaram, portanto, sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que extrapolam o momento da gestação e parto, demandando ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todas os ciclos de vida. Ações que contemplassem as particularidades dos diferentes grupos populacionais, e as condições sociais, econômicas, culturais e afetivas, em que estivessem inseridos.

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984).

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a eqüidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o ar-

cabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

O processo de construção do SUS tem grande influência sobre a implementação do PAISM. O SUS vem sendo implementado com base nos princípios e diretrizes contidos na legislação básica: Constituição de 1988, Lei n.º 8.080 e Lei n.º 8.142, Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), editadas pelo Ministério da Saúde. Particularmente com a implementação da NOB 96, consolida-se o processo de municipalização das ações e serviços em todo o País. A municipalização da gestão do SUS vem se constituindo num espaço privilegiado de reorganização das ações e dos serviços básicos, entre os quais se colocam as ações e os serviços de atenção à saúde da mulher, integrados ao sistema e seguindo suas diretrizes.

O processo de implantação e implementação do PAISM apresenta especificidades no período de 84 a 89 e na década de 90, sendo influenciado, a partir da proposição do SUS, pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família. Estudos realizados para avaliar os estágios de implementação da política de saúde da mulher demonstram a existência de dificuldades na implantação dessas ações e, embora não se tenha um panorama abrangente da situação em todos os municípios, pode-se afirmar que a maioria enfrenta ainda dificuldades políticas, técnicas e administrativas.

Visando ao enfrentamento desses problemas, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2001), que "amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, define

o processo de regionalização da assistência, cria mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS e atualiza os critérios de habilitação para os estados e municípios" (BRASIL, 2001).

Na área da saúde da mulher, a NOAS estabelece para os municípios a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino e, para garantir o acesso às ações de maior complexidade, prevê a conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais (COELHO, 2003).

A delimitação das ações básicas mínimas para o âmbito municipal é resultante do reconhecimento das dificuldades para consolidação do SUS, e das lacunas que ainda existem na atenção à saúde da população. Porém, essa proposta não abrange todo o conjunto de ações previstas nos documentos que norteiam a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que passa a contemplar, a partir de 2003, a atenção a segmentos da população feminina ainda invisibilisados e a problemas emergentes que afetam a saúde da mulher (BRASIL, 2003d).

O nível federal de administração também apresentou, na última década, dificuldades e descontinuidade no processo de assessoria e apoio para implementação do PAISM, observando-se mudanças a partir de 1998, quando a saúde da mulher passa a ser considerada uma prioridade de governo.

O balanço institucional das ações realizadas no período de 1998 a 2002, elaborado por Correa e Piola, indica que, nesse período, trabalhou-se na perspectiva de resolução de problemas, priorizando-se a saúde reprodutiva e, em particular, as ações para redução da mortalidade materna (pré-natal, assistência ao parto e anticoncepção). Segundo os autores, embora se tenha mantido como imagem-objetivo a atenção integral à saúde da mulher, essa definição de prioridades dificultou a atuação sobre outras áreas estratégicas do ponto de vista da agenda ampla de saúde da mulher. Essa perspectiva de atuação também comprometeu a transversalidade de gênero e raça, apesar de se perceber um avanço no sentido da integralidade e uma ruptura com as ações verticalizadas do passado, uma vez que os problemas não fo-

ram tratados de forma isolada e que houve a incorporação de um tema novo como a violência sexual (CORREA; PIOLA, 2002).

Nesse balanço são apontadas ainda várias lacunas como atenção ao climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infecto-contagiosas e a inclusão da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas.

Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher identifica ainda a necessidade de articulação com outras áreas técnicas e da proposição de novas ações, quais sejam: atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente.

Situação Sociodemográfica

O Brasil, nas últimas décadas, passou por importantes transformações na estrutura e dinâmica da sua população, com a diminuição progressiva da mortalidade em geral e uma queda abrupta da taxa de fecundidade, que passou de 5,8 filhos por mulher em 1970, para 2,3 em 2000, trazendo a taxa de crescimento populacional para 1,4% ao ano. A população ficou mais velha e diminuiu o número de jovens. O aumento da expectativa de vida ao nascer, que era de 54 anos em 1970 e passou para 68 anos em 1999 (IBGE, 2001), trouxe novas demandas para o setor Saúde, principalmente no que se refere às doenças crônicas e degenerativas, de maior incidência na população idosa, e maiores demandas para a previdência social.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população feminina brasileira foi projetada em 89.800.471 pessoas para o ano de 2003, representando aproximadamente 50,77% da população total, incluindo as crianças.

A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher deve contemplar a população feminina acima de 10 anos, hoje estimada em 73.837.876 pessoas, distribuída nas seguintes faixas etárias:

- 10 a 14 anos – 8.091.022;
- 15 a 19 anos – 8.433.904;
- 20 a 29 anos – 16.524.472;
- 30 a 39 anos – 13.934.024;
- 40 a 49 anos – 11.420.987;
- 50 anos e mais – 15.505.461.

As mulheres em idade reprodutiva, ou seja, de 10 a 49 anos, são 58.404.409 e representam 65% do total da população feminina, conformando um segmento social importante para a elaboração das políticas de saúde.

Segundo Corral (2000), as dificuldades enfrentadas pelas mulheres podem ser demonstradas pela diferenciação dos salários entre elas e os homens, mesmo quando realizam trabalhos idênticos, e também pelo crescimento do número de famílias pobres chefiadas exclusivamente por mulheres. Para essa autora, muitos fatores devem ser analisados para se identificar as desigualdades existentes no Brasil.

A Síntese de Indicadores Sociais 2002, do IBGE, apresenta os seguintes dados: a população feminina ocupada concentra-se nas classes de rendimento mais baixas – 71,3% das mulheres que trabalham ganham até dois salários mínimos, contra 55,1% dos homens, e a desigualdade salarial aumenta conforme a remuneração. A proporção de homens que ganham mais de cinco salários mínimos é de 15,5% e das mulheres é de 9,2%. No que se refere ao trabalho doméstico, as mulheres dedicadas a ess atividade (19,2%) e que não recebem remuneração (10,5%) é bem maior do que a dos homens (0,8% e 5,9% respectivamente) para o ano de 2003.

Considerando-se o recorte étnico-racial na população brasileira, observa-se que a exclusão da população afro-brasileira e seus descendentes[1] leva a poucas chances de ascensão social, maior dificuldade de acesso a postos de trabalho bem-emunerados e qualificados, menores oportunidades educacionais, levando-os, portanto, a viver nos assentamentos mais degradados em termos físicos e ambientais. Segundo o dossiê "ssimetrias Raciais no Brasil: alerta para elaboração de políticas" (2003), da Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, os afro-descendentes vêm ocupando, historicamente, a base da pirâmide social, chegando a ostentar o fato de que 69,0% dos indivíduos membros desse grupo da população encontram-se em situação de pobreza. O dossiê informa ainda que no Brasil a dimensão racial constitui um desafio à implementação de políticas públicas dada a distância existente entre os níveis de bem-estar da população branca e os da afro-descendente em todas as regiões do País. A igualdade de gênero e racial/étnica impõe o reconhecimento dessa dimensão da

[1] A população afro-brasileira e seus descendentes corresponde a 44,2 % da população brasileira (CORRAL, 2000).

desigualdade social no Brasil. Essa situação é ainda mais grave em se tratando das mulheres afro-descendentes (CORRAL, 2000).

A realidade é multifacetada e sua complexidade deve ser considerada na formulação de políticas públicas.

Breve diagnóstico da Situação da Saúde da Mulher no Brasil

Considerando a heterogeneidade que caracteriza o País, seja em relação às condições socioeconômicas e culturais, seja em relação ao acesso às ações e serviços de saúde, compreende-se que o perfil epidemiológico da população feminina apresente diferenças importantes de uma região a outra do País. Essas diferenças não serão abordadas em profundidade neste documento, porém salienta-se que, no processo de implantação e implementação da Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Mulher, elas devem ser consideradas, possibilitando uma atuação mais próxima da realidade local e portanto com melhores resultados.

As estatísticas sobre mortalidade são bastante utilizadas para a análise das condições de saúde das populações. É importante considerar o fato de que determinados problemas afetam de maneira distinta homens e mulheres. Isso se apresenta de maneira marcante no caso da violência. Enquanto a mortalidade por violência afeta os homens em grandes proporções, a morbidade, especialmente provocada pela violência doméstica e sexual, atinge prioritariamente a população feminina. Também no caso dos problemas de saúde associados ao exercício da sexualidade, as mulheres estão particularmente afetadas e, pela particularidade biológica, têm como complicação a transmissão vertical de doenças como a sífilis e o vírus HIV, a mortalidade materna e os problemas de morbidade ainda pouco estudados.

No Brasil, as principais causas de morte da população feminina são as doenças cardiovasculares, destacando-se o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral; as neoplasias, principalmente o

câncer de mama, de pulmão e o de colo do útero; as doenças do aparelho respiratório, marcadamente as pneumonias (que podem estar encobrindo casos de aids não diagnosticados); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com destaque para o diabetes; e as causas externas (BRASIL, 2000).

Segundo Laurenti (2002), em pesquisa realizada nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, analisando óbitos em mulheres de 10 a 49 anos (ou seja, mulheres em idade fértil), as dez primeiras causas de morte encontradas foram as seguintes, em ordem decrescente: acidente vascular cerebral, aids, homicídios, câncer de mama, acidente de transporte, neoplasia de órgãos digestivos, doença hipertensiva, doença isquêmica do coração, diabetes e câncer de colo do útero.

A mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto não aparece entre as dez primeiras causas de óbito nessa faixa etária. No entanto, a gravidade do problema é evidenciada quando se chama atenção para o fato de que a gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade, portanto não é doença, e que, em 92% dos casos, as mortes maternas são evitáveis.

Mortalidade Materna

A mortalidade materna é um bom indicador para avaliar as condições de saúde de uma população. A partir de análises das condições em que e como morrem as mulheres, pode-se avaliar o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade. Razões de Mortalidade Materna (RMM) elevadas são indicativas de precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e, sobretudo, dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade.

Estudo realizado pela OMS estimou que, em 1990, aproximadamente 585.000 mulheres em todo o mundo morreram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal. Apenas 5% delas viviam em países desenvolvidos (COELHO, 2003).

Nas capitais brasileiras, para o ano de 2001, a RMM corrigida[2] foi de 74,5 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. As principais causas da mortalidade materna são a hipertensão arterial, as hemorragias, a infecção puerperal e o aborto, todas evitáveis (BRASIL, 2003).

No Brasil, a RMM, no período de 1980 a 1986, apresentou uma tendência de queda, provavelmente relacionada à expansão da rede pública de saúde e ao aumento da cobertura das ações obstétricas e de planejamento familiar. De 1987 a 1996, a RMM manteve-se estável. Em 1996, houve a inclusão na Declaração de Óbito (DO) de uma variante que permite identificar as mulheres grávidas por ocasião do óbito e até um ano após o parto (morte materna tardia). Nesse período, o MS investiu na implantação de Comitês Estaduais de Morte Materna. Em 1997 e 1998, aumentou a razão de mortalidade materna, principalmente, devido a causas obstétricas indiretas, óbitos de difícil registro, sugerindo uma melhoria desse registro (BRASIL, 2003).

A queda da mortalidade materna de 1999 a 2001 pode estar associada a uma melhoria na qualidade da atenção obstétrica e ao planejamento familiar. Nesse período, a mortalidade materna foi considerada uma prioridade do governo federal e vários processos estaduais e municipais foram deflagrados para reduzi-la. A partir do ano de 1998, diminuíram os óbitos em internações obstétricas no SUS, passando de 34,8 óbitos por 100.000 internações em 1997, para 28,6 óbitos por 100.000 internações em 2001. Nesse período, também caiu o número de mulheres que morreram no parto em relação ao número de partos realizados, passando de 32,48 para 24 óbitos em 100.000 partos em 2001 (BRASIL, 2003).

Considerando que 70% das mulheres são usuárias do SUS e que cerca de 65% dos óbitos maternos ocorrem no momento do parto, é provável que, apesar do sub-registro e da subinformação, a queda na razão de mortalidade materna calculada com base nos dados do Siste-

[2] Por diversas razões, o Sistema de Informação em Mortalidade (SIM) não capta todos os óbitos maternos. Por isso, aplica-se um fator de correção buscando-se maior aproximação da realidade. Na pesquisa realizada por Laurenti (2001), esse fator foi estimado em 1,67. Segundo o pesquisador, esse fator de correção foi menor do que se esperava, o que indica uma melhoria da informação oficial.

ma de Informação em Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos (SINASC), observada a partir de 1999, seja real. Ainda assim, os números atestam que a situação atual está aquém do aceitável, pois, em países desenvolvidos, a RMM filhos por mulher oscila de 6 a 20 óbitos por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2003).

Precariedade da Atenção Obstétrica

Segundo a última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) (BENFAM, 1996) aproximadamente 13% das mulheres que tiveram filhos nos cinco anos que antecederam a pesquisa não haviam realizado nenhuma consulta de pré-natal. Dessas, 9% eram residentes nas regiões urbanas e 32% no meio rural. A menor cobertura de pré-natal foi encontrada no Nordeste (75%) e a maior no Estado do Rio de Janeiro (96%). Essa pesquisa demonstra que o acesso à assistência pré-natal é um problema significativo para a população rural, principalmente nas regiões Norte e Nordeste.

Desde a implantação do Sistema de Informação Ambulatorial (AIH), registra-se uma tendência de aumento do número de consultas de pré-natal, especialmente a partir de 1997. Em 1995, foram registradas 1,2 consultas de pré-natal para cada parto realizado no SUS. Em dezembro de 2002, essa razão era de 4,4 consultas de pré-natal para cada parto (Tabnet SIA-Datasus e TabwinAIH-Datasus, 2003).

Apesar do aumento do número de consultas de pré-natal, a qualidade dessa assistência é precária, o que pode ser atestado pela alta incidência de sífilis congênita, estimada em 12 casos/1.000 nascidos vivos, no SUS (PN-DST/AIDS, 2002), pelo fato da hipertensão arterial ser a causa mais freqüente de morte materna no Brasil, e também porque apenas 41,01% das gestantes inscritas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) receberam a 2.ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica, segundo o sistema de informação do Programa (BRASIL, 2002).

Os indicadores do SISPRENATAL (2002) demonstram que somente 4,07% das gestantes inscritas no PHPN realizaram o elenco mínimo de

ações preconizadas pelo Programa (BRASIL, 2001) e que somente 9,43% realizaram as seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério.

Os dados também evidenciam que a atenção no puerpério não está consolidada nos serviços de saúde. A grande maioria das mulheres retorna ao serviço de saúde no primeiro mês após o parto. Entretanto, sua principal preocupação, assim como a dos profissionais de saúde, é com a avaliação e vacinação do recém-nascido. Isso pode indicar que as mulheres não recebem informações suficientes para compreenderem a importância da consulta puerperal.

A atenção ao parto e nascimento é marcada pela intensa medicalização, pelas intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas e pela prática abusiva da cesariana. Ocorre ainda o isolamento da gestante de seus familiares, a falta de privacidade e o desrespeito à sua autonomia. Tudo isso contribui para o aumento dos riscos maternos e perinatais (BRASIL, 2001).

De uma maneira geral, rotinas rígidas são adotadas sem a avaliação crítica caso a caso. Ao mesmo tempo, práticas adequadas para um bom acompanhamento do trabalho de parto, como o uso do partograma, não são realizadas (BRASIL, 2001).

A assistência ao parto no Brasil não é homogênea. A maioria dos partos é realizada em ambiente hospitalar, mas, em muitas regiões do País, especialmente nas zonas rurais, ribeirinhas e lugares mais distantes, a única opção que existe para a mulher é o parto domiciliar assistido por parteiras tradicionais. Deve-se ressaltar que o parto domiciliar, em alguns casos, é uma opção da mulher.

A última PNDS (1996) mostra a variação de partos hospitalares nas diversas regiões do País. Encontrou-se um percentual de 81,9% na Região Norte e 97.4% na Região Sul, respectivamente, a menor e a maior proporção de partos hospitalares em relação aos partos domiciliares. Essa pesquisa revelou também uma incidência de 20% de partos domiciliares nas áreas rurais.

As parteiras tradicionais enfrentam inúmeras dificuldades na realização do seu trabalho. Em geral, atuam de forma isolada, sem contar

com o apoio dos serviços de saúde. A maioria não recebeu nenhuma capacitação, tendo aprendido a fazer partos com outras parteiras ou sozinhas, levadas pela necessidade de ajudar as mulheres de sua comunidade. Elas não dispõem de materiais básicos para assistência ao parto e ganham pouco ou quase nada pelo seu trabalho.

Como conseqüência desse isolamento, a maioria dos partos domiciliares ocorre em condições precárias e não são notificados aos sistemas de informação em saúde. Tampouco se tem um registro preciso do número de parteiras atuantes no País.

Deve-se destacar que na zona rural as mulheres têm maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Segundo a PNDS de 1996, no meio rural:

- 32% das gestantes não tiveram nenhum atendimento pré-natal;
- o acesso ao parto hospitalar foi menor na área rural, sobretudo entre as mulheres com nenhum ou poucos anos de estudo e entre aquelas que não tiveram assistência pré-natal;
- a taxa de mortalidade infantil entre os filhos das mulheres que não tiveram nenhuma assistência ao pré-natal e ao parto nas áreas urbanas foi de 42 por mil nascidos vivos e na rural chegou a 65 por mil nascidos vivos.

O acesso da população rural aos serviços de saúde ainda é um grande desafio do SUS. A dificuldade de acesso às ações de saúde, imposta às mulheres rurais, está relacionada, entre outros fatores, às desigualdades das relações de gênero e de trabalho, às grandes distâncias entre residência ou trabalho e os serviços de saúde, à maior precariedade dos serviços locais e à precária capacitação dos gestores e profissionais de saúde para lidar com a especificidade dos agravos decorrentes do trabalho no campo.

O Ministério da Saúde vem adotando estratégias para a formulação de uma política de atenção à população trabalhadora e residente no campo.

Abortamento em Condições de Risco

A situação de ilegalidade na qual o aborto é realizado no Brasil afeta a existência de estatísticas confiáveis que subsidiem a implementação

de políticas públicas mais precisas para as diferentes realidades regionais e faixas etárias, nas quais a gravidez indesejada é mais prevalente.

O aborto realizado em condições de risco freqüentemente é acompanhado de complicações severas, agravadas pelo desconhecimento desses sinais pela maioria das mulheres e da demora em procurar os serviços de saúde, que na sua maioria não está capacitado para esse tipo de atendimento (OLIVEIRA, 2003).

As complicações imediatas mais freqüentes são a perfuração do útero, a hemorragia e a infecção, que podem levar a graus distintos de morbidade e mortalidade (LANGER, 2001). Pesquisa realizada no Brasil, por Hardy e Costa, estimou que 20% dos abortos clandestinos, realizados por profissional médico em clínicas, e 50% dos abortos domiciliares, realizados pela própria mulher ou por curiosas, apresentam complicações.

O aborto realizado em condições inseguras figura entre as principais causas de morte materna e é causa de discriminação e violência institucional contra as mulheres nos serviços de saúde. Violência que pode traduzir-se no retardo do atendimento, na falta de interesse das equipes em escutar e orientar as mulheres ou mesmo na discriminação explícita com palavras e atitudes condenatórias e preconceituosas. Pela representação simbólica da maternidade, como essência da condição idealizada do ser mulher e da realização feminina, o aborto pode sugerir uma recusa da maternidade e por isso pode ser recebido com muitas restrições por parte dos profissionais de saúde.

No entanto, pouco se faz para evitar que o aborto se repita, haja vista que as mulheres que tiveram complicações de aborto estão entre as pacientes mais negligenciadas quanto aos cuidados de promoção da saúde reprodutiva e, via de regra, nem são encaminhadas a serviços e profissionais capacitados (HUNTINGTON; PIET-PELON, 1999).

O atendimento às mulheres em processo de abortamento, no SUS, apresenta uma tendência de estabilização na última década, conseqüência possível do aumento de mulheres usando métodos anticoncepcionais e da elevada prevalência de laqueadura tubária, especialmente nos

estados do Nordeste e Centro-Oeste. Ainda assim, considerando-se que nem todas as mulheres buscam os serviços de saúde por ocasião de um aborto, supõe-se que os registros do SUS não retratam a realidade brasileira.

O melhor conhecimento do número de mortes de mulheres por aborto no Brasil será um subsídio fundamental para a elaboração de políticas que visem a prevenir a situação acima descrita.

Precariedade da Assistência em Anticoncepção

Na Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, realizada em 1996, observa-se a concentração no uso de dois métodos contraceptivos: a laqueadura tubária e a pílula (40% e 21%, respectivamente). A prevalência da ligadura tubária é maior nas regiões onde as mulheres têm menor escolaridade e condições socioeconômicas mais precárias (PNDS, 1996).

A pouca expressividade de outros métodos anticoncepcionais, apontada nessa pesquisa (métodos hormonais injetáveis 1,2%, condom 4,4%, esterilização masculina 2,6%, DIU 1,1%, métodos naturais e outros 6,6%), e a ausência de citação do diafragma indicam o limitado acesso das mulheres às informações sobre o leque de opções para regular a fecundidade e aos métodos anticoncepcionais (BENFAM,1996).

Ainda segundo a referida pesquisa, 43% de usuárias de métodos anticoncepcionais interrompem o uso durante os 12 meses após a sua adoção, e nos cinco anos que antecederam o estudo, aproximadamente 50% dos nascimentos não foram planejados. A porcentagem de mulheres com necessidade insatisfeita de anticoncepção é de 9,3% na área rural e de 4,5% na área urbana. Essa situação contribui para a ocorrência de abortamentos em condições inseguras e conseqüentemente para o aumento do risco de morte por essa causa.

O estímulo à participação e à inclusão dos homens e adolescentes nas ações de planejamento familiar limitam-se a experiências isoladas de alguns serviços ou organizações não-governamentais, que trabalham com homens e adolescentes, e têm pouca chance de causar algum impacto sobre o problema no Brasil como um todo. Além disso,

problemas culturais e informações distorcidas sobre contracepção de emergência constituem barreiras para sua aceitação e uso adequado.

Apesar de estar definido na NOAS-SUS 2001 que as ações do planejamento familiar fazem parte da atenção básica e que estão entre as responsabilidades mínimas da gestão municipal em relação à saúde da mulher, muitos municípios não têm conseguido implantar e implementar estratégias adequadas de fornecimento de anticoncepcionais para a população, de introdução do enfoque educativo e aconselhamento visando à escolha livre e informada, assim como garantir o acompanhamento das usuárias.

Identificam-se ainda problemas na produção, controle de qualidade, aquisição e logística de distribuição dos insumos, manutenção da continuidade da oferta de métodos anticoncepcionais e capacitação de gestores, de gerentes e de profissionais de saúde. Isso tem resultado numa atenção precária e excludente, ou até inexistente em algumas localidades, com maior prejuízo para as mulheres oriundas das camadas mais pobres e das áreas rurais.

Poucos serviços oferecem atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. A gravidez na adolescência vem sendo motivo de discussões controvertidas. Enquanto existe uma redução da taxa de fecundidade total, a fecundidade no grupo de 15 a 19 anos de idade vem aumentando. Esse aumento se verifica mais nas regiões mais pobres, áreas rurais e na população com menor escolaridade (PNDS, 1996). O censo de 2000 também evidencia o aumento de fecundidade nessa faixa etária. Há dez anos, em cada grupo de 1.000 adolescentes, 80 tinham um filho. Hoje, são 90 em cada grupo de 1.000. Dentre os fatores que contribuem para o aumento da fecundidade nesse grupo está o início cada vez mais precoce da puberdade, assim como da atividade sexual (BERQUÓ, 2000).

A análise mais aprofundada da questão da gravidez na adolescência é uma tarefa urgente a ser realizada pela Área Técnica de Saúde da Mulher e pela Área Técnica de Saúde do Adolescente e outras áreas afins, para que se possa dispor de políticas mais adequadas para essa faixa etária.

Acrescente-se a todas essas questões o fato de que ainda existe uma desarticulação entre ações de anticoncepção e de prevenção de DST/HIV/aids, agravos que vêm apresentando uma tendência de crescimento entre as mulheres e jovens.

DST/HIV/Aids

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) estão entre os problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo. Estimativas recentes apontam para a ocorrência de mais de 10 milhões de novas infecções de transmissão sexual que podem evoluir para doenças sintomáticas, como uretrites, cervicites, úlceras e verrugas genitais, ou permanecerem assintomáticas. Isso, associado ao alto índice de automedicação, torna o problema ainda maior, já que muitos dos casos não recebem orientação e tratamento adequados, tornando-se subclínicos, permanecendo transmissores e mantendo-se como elos fundamentais na cadeia de transmissão das infecções. Se, por um lado, não é possível conhecer a real magnitude das DST no Brasil, a sua transcendência é por demais conhecida: são consideradas, atualmente, o principal fator facilitador da transmissão sexual do HIV; algumas, quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, podem evoluir para complicações graves e até mesmo para o óbito; durante a gestação, algumas podem ser transmitidas ao feto, causando-lhe importantes lesões ou mesmo provocando o abortamento; podem causar grande impacto psicológico em seus portadores, levando-os muitas vezes a tomar iniciativas equivocadas, como procurar assistência com pessoas sem a devida formação para tal (balconistas de farmácia, curandeiros, etc.), e mesmo adotando a prática inadequada da automedicação, o que é facilitado pela falta de controle na venda de medicamentos que existe em nosso País; causam também grande impacto social, que se traduz em custos indiretos para a economia do País e que, somados aos enormes custos diretos decorrentes das internações e procedimentos necessários para o tratamento de suas complicações, elevam os custos totais. Provavelmente, devido ao fato de ser o principal fator facilitador da transmissão sexual do HIV, nos últimos anos o trabalho com as outras DST passou a ter redobrada importância.

Os danos mais graves à saúde causados pelas DST, excetuando-se o HIV, tendem a ocorrer em mulheres e em recém-nascidos. As complicações nas mulheres incluem a doença inflamatória pélvica (DIP), tendo como conseqüência a infertilidade, a dor crônica, a gravidez ectópica, podendo causar a mortalidade materna associada e o câncer de colo uterino, pela estreita correlação dessa patologia com alguns subtipos do HPV e com a imunodeficiência promovida pela infecção por HIV. As complicações em recém-nascidos incluem a sífilis congênita, a infecção por gonococo, pela clamídia, pelo HPV, pela hepatite B e pelo HIV. Com relação à sífilis materna, a prevalência encontrada pelos estudos sentinela em maternidades é de 1,7%, o que leva a uma estimativa de aproximadamente 116.000 gestantes com sífilis e cerca de 29.000 crianças com sífilis congênita (taxa média de transmissão de 25%). É importante ressaltar que desse universo esperado de casos, apenas são notificados cerca de 5.000 casos novos/ano, configurando problemas na qualidade dos serviços de pré-natal e de assistência ao parto, segundo dados de 2004, do Programa Nacional de DST/Aids.

São atribuídos, em parte, a fatores relacionados a enfermidades de transmissão sexual, um número crescente e significativo de neoplasias, tais como: o carcinoma hepatocelular (pela hepatite B), o carcinoma espinocelular da vagina, da vulva, do pênis, do ânus (por alguns subtipos de HPV e pela aids) e o sarcoma de Kaposi (pela aids). Assim, prevenção e controle eficazes das DST são considerados como uma prioridade para a promoção da saúde reprodutiva, especialmente entre as mulheres.

A epidemia do HIV/aids é uma realidade mundial que vem se alastrando de modo mais expressivo nas regiões mais pobres do planeta e contribui para o agravamento da pobreza e para o endividamento dos países. Diferentemente dos primeiros cinco anos da epidemia do HIV/aids, quando a população homossexual/bissexual masculina constituía quase que a totalidade dos casos, observa-se nos últimos dez anos uma mudança na dinâmica da epidemia, acometendo no Brasil e no mundo a população heterossexual.

No Brasil, na primeira metade da década de 80, a epidemia manteve-se basicamente restrita às regiões metropolitanas da Região Sudeste, aos homens que fazem sexo com homens, aos hemofílicos, transfundidos e usuários de drogas injetáveis. Nos últimos anos da década de 80 e início dos anos 90, a freqüência de casos entre mulheres cresceu consideravelmente e a transmissão heterossexual passou a ser a principal via de transmissão do HIV, observando-se, além disso, um processo de interiorização e pauperização da epidemia do HIV/aids. Apesar da tendência de interiorização da epidemia, o maior número de casos concentra-se nas regiões mais ricas, que também apresentam os mais altos índices de desigualdade social e exclusão econômica, nos seus bolsões de pobreza (BRASIL, 2003). Observa-se ainda, a grande redução da transmissão por transfusão, a partir do controle da qualidade do sangue no País.

O total de casos de aids acumulados no Brasil, no período de janeiro de 1980 a dezembro de 2002, chega a 257.780, sendo 68.528 em mulheres, aproximadamente 27% (BRASIL, 2002).

Em 1986, apenas 5% dos casos de aids notificados eram do sexo feminino. Nos últimos anos, a participação das mulheres chega a 30%. A faixa etária de 20 a 39 anos tem sido a mais atingida e apresenta maior risco de se infectar. Esse aumento da ocorrência de casos no sexo feminino em idade reprodutiva tem como conseqüência um grande aumento no número de crianças expostas verticalmente ao HIV.

Com relação à escolaridade, a incidência de aids vem aumentando tanto em homens quanto em mulheres com até oito anos de estudo. A baixa escolaridade e classe social são inversamente proporcionais à possibilidade de negociação com o parceiro sobre o uso de preservativo. Porém, mesmo com maior poder aquisitivo, grau de instrução e independência financeira, a mulher ainda tem pouco espaço de negociação nas relações. Por outro lado, ela percebe-se menos exposta ao risco (BRASIL, 2003).

Um estudo de prevalência em parturiente com base amostral, realizado em 2000, estimou uma prevalência média de 0,6% de infecção pelo HIV entre as parturientes. O que representa a estimativa de 17.198 gestantes infectadas/crianças expostas ao HIV/ano no Brasil. Esse es-

tudo fez uma estimativa de 600.000 pessoas infectadas pelo HIV na população geral, na faixa etária de 15 a 49 anos, naquele ano. Apenas 215.000 desses estão em acompanhamento nos serviços especializados para portadores(as) de HIV/aids, o que significa que mais da metade dos indivíduos HIV+ não sabem que estão infectados.

Com a disponibilidade de anti-retrovirais (ARV) para o HIV, possibilitando o controle dessa infecção, a história natural da doença mudou nos últimos anos, caracterizando-se pelo crescente aumento de sobrevida dos portadores do HIV e diminuição dos casos de aids. Mas, apesar da disponibilidade de ARV gratuito para todos os portadores do HIV/aids, o não diagnóstico da população infectada pelos serviços de saúde, caracterizados como porta de entrada para a população, traz como conseqüência um diagnóstico tardio, que dificulta o controle da infecção para quase 2/3 dos casos estimados. Na grande maioria dos casos, as mulheres recebem o diagnóstico de infecção pelo HIV tardiamente (quando do adoecimento de seu parceiro ou de seu filho infectado verticalmente), tendo em vista que uma parcela importante de profissionais de saúde ainda tem referenciais num conceito ultrapassado de "grupos de risco", e não as situa num quadro de vulnerabilidade. Por outro lado, as mulheres que vivem com HIV/aids enfrentam problemas de acesso nos serviços competentes para o atendimento da população feminina (serviços de ginecologia e obstetrícia) e nos serviços especializados para portadores de HIV/aids. A falta desse atendimento nos serviços mencionados tem origem na discriminação ditada pelo medo dos profissionais que, desinformados, temem contrair o HIV durante o atendimento.

De acordo com a literatura mundial, as taxas de transmissão vertical caem para cifras menores que 2,5% quando as ações de identificação da mãe infectada ocorrem precocemente e são adotadas todas as medidas de tratamento materno/profilaxia da transmissão vertical conforme preconizado. Segundo o Programa Nacional de DST/Aids, alguns municípios brasileiros, onde a decisão política permitiu que tais ações fossem incorporadas à rotina dos serviços de saúde, essas taxas têm sido observadas nos últimos dois anos.

Violência Doméstica e Sexual

A violência sexual é um dos principais indicadores da discriminação de gênero contra a mulher. Pesquisa coordenada pela OMS (2002), em oito países, retrata o perfil da violência sofrida pelas mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos. No Brasil, o estudo foi realizado em São Paulo e na zona da mata de Pernambuco. Nesses municípios, 29% das mulheres relataram violência física e/ou sexual por parte do companheiro. Em Pernambuco, 34% das mulheres relataram algum episódio de violência cometido pelo parceiro ou ex-parceiro. Dentre as mulheres agredidas, foram relatados problemas de saúde: dores ou desconforto severo, problemas de concentração e tontura. Nesse grupo também foi mais comum a tentativa de suicídio e maior freqüência do uso do álcool.

Os dados dessa pesquisa confirmam que a violência sexual e/ou doméstica é um grave problema de saúde pública. Porém, entre as mulheres que relataram violência, apenas 16% em São Paulo e 11% em Pernambuco buscaram hospitais ou centros de saúde (OMS, 2002). Considerando-se que São Paulo concentra a maior parte dos serviços de referência no Brasil (BRASIL, 2002a), esses percentuais indicam pouca divulgação e dificuldades de acesso aos serviços.

A avaliação realizada pelos gestores municipais do programa de atendimento à mulher vítima de violência em Curitiba demonstra que, ao longo do primeiro ano, houve um aumento crescente da busca pelo serviço, o que é atribuído à estratégia de divulgação dos serviços e à articulação entre os diferentes setores que prestam assistência às vitimas de violência (PARANÁ, 2003).

A média de atendimentos em Curitiba, em 2002, passou de 18 casos/mês, no primeiro trimestre, para 48 casos/mês no último trimestre. Durante o ano, foram registrados 455 casos, sendo que 56,51% foram de residentes na capital e 41,88% na região metropolitana. Na maioria dos casos, as vítimas tinham até 29 anos de idade. No grupo das crianças agredidas sexualmente, com até 12 anos, 83,65% dos agressores eram pais, padrastos, parentes próximos, amigos ou conhecidos. Em maiores de 12 anos, 59,43% das vítimas foram agredidas por desconhecidos. Outro aspecto importante da divulgação do programa é a

chegada precoce na rede de saúde, em que 80% das vítimas chegaram até 72 horas após a violência, permitindo a profilaxia das DST/HIV/aids e da gravidez pós-estupro conforme a necessidade e escolha de cada um/a (PARANÁ, 2003).

A avaliação do Programa de Combate à Violência contra a Mulher, implantado em Campo Grande, além de confirmar a elevada prevalência do problema da violência contra a mulher, também demonstra que uma boa divulgação facilita o acesso das mulheres aos serviços de saúde. Nos dois primeiros meses, foram atendidas aproximadamente 700 mulheres no Centro de Atendimento à Mulher em Situação de Violência (BRASIL, 2001).

A atenção às mulheres em situação de violência apresenta uma tendência progressiva de expansão nos últimos quatro anos, ainda que os serviços estejam concentrados nas capitais e regiões metropolitanas. Em 1999, 17 serviços hospitalares estavam preparados para atender às mulheres vítimas de estupro. Em fins de 2002, esse número chega a 82, sendo que o aborto pós-estupro é realizado em 44. Observa-se maior investimento dos gestores na rede, porém, apesar dos esforços, a maior parte das mulheres agredidas ainda não têm acesso a esse tipo de atenção (BRASIL, 2002a).

A Saúde de Mulheres Adolescentes

Segundo o Censo 2000 do IBGE, os adolescentes, indivíduos de 10 a 19 anos de idade, somam 35.287.282, em torno de 20% da população brasileira.

A adolescência é marcada por um rápido crescimento e desenvolvimento do corpo, da mente e das relações sociais. O crescimento físico é acompanhado de perto pela maturação sexual. A capacidade de abstração e o pensamento crítico também se desenvolvem na juventude, juntamente com um maior senso de independência emocional e de autoconhecimento.

Na adolescência, a sexualidade tem uma dimensão especial que é o aparecimento da capacidade reprodutiva no ser humano, concomitante à reestruturação do seu psiquismo. Ocorre ainda a incorporação

de novos valores éticos e morais à personalidade que se delineia, bem como a incorporação de novos comportamentos e atitudes frente a uma estrutura de padrões sociais e sexuais, fortemente influenciados pelas relações de gênero, estabelecidos social e culturalmente.

Nessa etapa, são importantes as ações educativas e de redução da vulnerabilidade das adolescentes aos agravos à saúde sexual e reprodutiva. Assim, cabe aos serviços de saúde a prestação de uma assistência adequada e o desenvolvimento de ações educativas que abordem a sexualidade com informações claras e científicas, introduzindo gênero, classe social e as diferenças culturais de iniciação da vida sexual e reprodutiva, de modo que a informação aporte maiores conhecimentos e seja mais resolutiva. Deve, ainda, buscar a integração das ações com outros setores, para que a resposta social dê conta de apoiar as adolescentes em suas decisões de autocuidado.

O Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990 – estabelece como "dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida e à saúde..." (art.4.º). No seu Título II, fixa o direito à maternidade segura e ao acesso universal e igualitário aos serviços do SUS. Nesse âmbito, a Lei n.º 9.263, de 12 de janeiro de 1996, assegura o planejamento familiar como um direito de todo o cidadão, inclusive os adolescentes.

O Ministério da Saúde vem desenvolvendo, por meio da Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem, em iniciativas integradas com a Área Técnica de Saúde da Mulher e intersetorialmente, ações para que a atenção à mulher adolescente ocorra segundo os parâmetros dos direitos sexuais e reprodutivos e da co-responsabilidade masculina na reprodução e na contracepção, como no planejamento familiar.

Com a progressiva antecipação do início da puberdade, verificada desde 1940, e o conseqüente decréscimo na idade da menarca, a capacidade reprodutiva se instala mais cedo e a competência social, para a constituição de uma família, acontece mais tarde. Esse hiato provoca maior exposição à maternidade precoce, considerada pela OMS como aquela que ocorre antes dos 20 anos.

O censo de 2000 (IBGE) evidencia que a fecundidade das brasileiras de 15 a 19 anos de idade aumentou. Há 10 anos, em cada grupo de 1.000, oitenta tinham um filho. Hoje, são 90 em cada grupo de 1.000 adolescentes. O grupo etário de 10 a 14 anos de idade não dispõe de uma cobertura de dados nacionais sobre fecundidade. No entanto, a série histórica de 1996 a 2000 (DATASUS; FUNASA; MS - Partos realizados na rede hospitalar do SUS no período de 1996 a 2000) evidencia que houve um acréscimo de 1,8% no percentual de partos na faixa etária de 10 a 14 anos, passando de 31.911 partos, em 1996, para 32.489 em 2000.

Por faixas de renda econômica, a PNDS 96 aponta que são as adolescentes mais pobres que apresentam uma fecundidade mais elevada (128 por 1.000 mulheres), enquanto a das mulheres dos segmentos de renda mais elevada foi de 13 por 1.000.

Considerando-se o aumento da fecundidade e do número de partos e internações por aborto no SUS – principalmente em idades precoces – e os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, realizada em 1996, a qual identificou que 14% das mulheres de 15 a 19 anos de idade já tinham iniciado a vida reprodutiva, seja porque já eram mães, seja porque estavam grávidas do primeiro filho, torna-se evidente a vulnerabilidade das adolescentes aos agravos em saúde sexual e saúde reprodutiva.

No âmbito da saúde sexual e reprodutiva, é importante pontuar a ocorrência de DST/aids, uma vez que os adolescentes e jovens estão na linha de frente da epidemia da aids, como indicam os dados do Programa Nacional de DST/Aids: No Boletim Epidemiológico – Ano 13 n.º 01 dez. 99 a jun. 2000* (dados preliminares até 30/6/2000 sujeitos a revisão*) na distribuição proporcional de casos de aids, segundo sexo e idade, a maior incidência, de 13,2%, ocorreu no sexo feminino, na faixa etária de 20 a 24 anos de idade. Considerando-se o tempo transcorrido para o aparecimento da doença, verifica-se que a contaminação pode ter ocorrido nos primeiros anos da adolescência e que segue a tendência de feminilização, em que as relações de gênero têm papel fundamental.

A presença de DST aumenta de três a cinco vezes o risco de transmissão do HIV. Considerando-se o potencial de atividade sexual e reprodutiva das adolescentes e a sua dificuldade de negociar o uso do preservativo, dentro de processos de comunicação pobres e pouco sensíveis, aliados à falta de estímulos e suportes sociais diversos, bem como a carência e a indisponibilidade de recursos materiais, dificultam atitudes mais seguras para a satisfação das necessidades. Nesse contexto, correr o risco é a alternativa para quem está vulnerável.

É necessário que as estratégias de atenção à gravidez na adolescência contemplem, dentre outros, a heterogeneidade de adolescentes nos nichos culturais, sociais e familiares, privilegiando os grupos de maior vulnerabilidade e a atenção integral à saúde sexual e reprodutiva, apoiando essas famílias iniciantes com ações multisetoriais para o acesso igualitário a bens e serviços que promovam a qualidade de vida.

Saúde da Mulher no Climatério/Menopausa

Adotaremos neste documento os termos climatério e menopausa com base nas definições tradicionais. Climatério é a fase de transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher, estendendo-se até os 65 anos de idade. Menopausa é um marco dessa fase, correspondendo ao último período menstrual, somente reconhecida após passados 12 meses da sua ocorrência. A idade média de ocorrência da menopausa é 50 anos.

O climatério/menopausa não é uma doença e sim uma fase da vida da mulher. A maioria das mulheres passa por ela sem apresentar queixas e sem necessitar de medicamentos. Outras apresentam sintomas de intensidade variável e que são, geralmente, transitórios.

Entre os sintomas que podem ocorrer no climatério/menopausa, alguns são devido ao brusco desequilíbrio entre os hormônios e outros estão ligados ao estado geral da mulher e ao estilo de vida adotado até então. A auto-imagem, o papel e as relações sociais, as expectativas e projetos de vida também contribuem para o aparecimento e a intensidade dos sintomas.

Existe na nossa sociedade uma discriminação sistemática contra as pessoas por sua idade cronológica. No caso das mulheres, essa discriminação é mais evidente e acontece não só em relação ao corpo físico – alimentada pela supervalorização da maternidade em relação a outras capacidades e pelo mito da eterna juventude – como a outros aspectos da vida. Numa sociedade patriarcal, em que juventude e beleza são relacionadas ao sucesso, entrar na "meia idade" pode trazer, para muitas mulheres, a impressão de que "tudo acabou".

Nessa época da vida, também pode ocorrer aposentadoria, separação do casal ou morte do(a) companheiro(a) e a saída dos filhos de casa, que contribuem para a sensação do "ninho vazio".

A menopausa, no entanto, significa apenas o fim do período de fecundidade. Não é o final da vida nem da capacidade produtiva, e tampouco o fim da sexualidade. Considerando que a expectativa de vida para as mulheres brasileiras é de 72,4 anos, segundo o IBGE, e que a menopausa, no geral, ocorre em torno dos 45-50 anos, ainda restam às mulheres muitos anos de vida após a menopausa. E esses anos podem e devem ser vividos de forma saudável, plena, ativa e produtiva.

O aumento da expectativa de vida e seu impacto sobre a saúde da população feminina tornam imperiosa a necessidade da adoção de medidas visando à obtenção de melhor qualidade de vida durante e após o climatério. Nesse sentido, o combate ao sedentarismo ocupa lugar de destaque por ser um fator facilitador de doenças crônico-degenerativas, de elevada morbiletalidade. O combate ao sedentarismo melhora a aptidão física e favorece a disposição para viver.

Aliada à atividade física adequada está a necessidade de uma dieta saudável e do controle do peso, o não tabagismo, a disponibilidade de tempo para lazer e convivência com familiares e amigos, a dedicação a uma atividade produtiva e o acesso à informação.

A medicalização do corpo das mulheres, com uso de hormônios durante o climatério/menopausa encontra um campo fértil no imaginário feminino pelas falsas expectativas que coloca, a exemplo da eterna juventude e beleza. Medicalizar o corpo das mulheres, em nome da

ciência e de um suposto bem-estar, sempre foi uma prática da medicina, que só será modificada quando as mulheres tiverem consciência dos seus direitos, das possibilidades preventivas e terapêuticas e das implicações das distintas práticas médicas sobre o seu corpo.

O abuso no uso de estrógenos para os sintomas do climatério/menopausa acarreta sérios problemas para a saúde, e as mulheres devem ser corretamente informadas para que possam decidir pela adoção ou não da terapia de reposição hormonal.

Por falta de consenso na literatura sobre a terapia de reposição hormonal (TRH), recomenda-se que alguns cuidados sejam observados na prescrição desses medicamentos, mesmo nas mulheres consideradas saudáveis: limitar o uso de hormônios àquelas mulheres que apresentam sintomas resistentes a tratamentos mais inofensivos; realizar exame das mamas e região pélvica antes e durante de qualquer tratamento hormonal; não adotar a TRH para mulheres que tenham tendência a problemas de coagulação, trombose, hipertensão arterial, doenças do coração e taxas elevadas de colesterol. Não se recomenda também a TRH por um longo período, para prevenir o envelhecimento, como é prescrita comumente no nosso meio.

O climatério/menopausa é uma fase de mudanças, transformação e adaptação, como a adolescência. Ela não ocorre sem questionamentos e coincide com outras mudanças na vida da mulher. A quantidade e a intensidade dos sintomas estão, também, relacionados com a qualidade da vida pessoal, afetiva, profissional e com a existência ou não de projetos e sonhos para o futuro.

Saúde Mental e Gênero

Trabalhar a saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero, nasce da compreensão de que as mulheres sofrem duplamente com as conseqüências dos transtornos mentais, dadas as condições sociais, culturais e econômicas em que vivem. Condições que são reforçadas pela desigualdade de gênero tão arraigada na sociedade brasileira, que atribui à mulher uma postura de subalternidade em relação aos homens.

De acordo com o Guia de Direitos Humanos, as mulheres ganham menos, estão concentradas em profissões mais desvalorizadas, têm menor acesso aos espaços de decisão no mundo político e econômico, sofrem mais violência (doméstica, física, sexual e emocional), vivem dupla e tripla jornada de trabalho e são as mais penalizadas com o sucateamento de serviços e políticas sociais, dentre outros problemas. Outros aspectos agravam a situação de desigualdade das mulheres na sociedade: classe social, raça, etnia, idade e orientação sexual, situações que limitam o desenvolvimento e comprometem a saúde mental de milhões de mulheres.

Pensar em gênero e saúde mental não é apenas pensar no sofrimento causado pelos transtornos mentais que acometem as mulheres, ou então nas tendências individuais que algumas mulheres apresentam em desencadear crises e depressões. Antes de tudo, é necessário contextualizar os aspectos da vida cotidiana das mulheres, conhecer com que estrutura social contam ou não, para resolver as questões práticas da vida, e reconhecer que a sobrecarga das responsabilidades assumidas pelas mulheres tem um ônus muito grande, que muitas vezes se sobrepõe às forças de qualquer pessoa.

Os registros do SUS sobre internações psiquiátricas, entre 2000 e 2002 (SIH/SUS), demonstram que houve uma diminuição do total das internações psiquiátricas a partir de 2001. No entanto, as internações de mulheres motivadas pelo sofrimento causado pelos transtornos de humor (afetivos) vêm aumentando proporcionalmente. Isto é, no ano de 2000, elas representavam 12,4% do total de internações psiquiátricas em mulheres, em 2001, esse percentual foi de 12,8% e, em 2002, 13,9%, mantendo-se como a 2.ª causa de internações.

As internações psiquiátricas de mulheres devido ao uso de álcool mantiveram-se como a 5.ª causa nos três anos observados, porém, assim como para os transtornos de humor, registra-se um ligeiro aumento, passando de 3,4% das internações em 2000, para 3,6% em 2001 e para 3,8% em 2002.

Outras causas de internações que vêm aumentando são aquelas motivadas pelos transtornos mentais e/ou comportamentais devido ao

uso de substâncias psicoativas. Essas internações, que ocupavam o 18.º lugar nos anos de 2000 e 2001 (0,9% do total de internações em mulheres), passaram ao 12.º lugar (1,4% das internações) em 2002.

Sobre os transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério, a pesquisa realizada por Laurenti (2002) encontrou 97 mortes por suicídio associado à depressão, inclusive relacionada ao pós-parto.

É necessário intervir no modelo vigente de atenção à saúde mental das mulheres, visando a propiciar um atendimento mais justo, mais humano, eficiente e eficaz, em que a integralidade e as questões de gênero sejam incorporadas como referências na formação dos profissionais que atendem a esse grupo populacional e podem intervir positivamente nessa realidade.

Para que os profissionais de saúde possam compreender as reais necessidades das mulheres que buscam um atendimento em serviço de saúde mental, é necessário que se dê um processo de incorporação, à prática das ações de saúde, da perspectiva de que a saúde mental das mulheres é, em parte, determinada por questões de gênero, somadas às condições socioeconômicas e culturais. Dentro dessa realidade, o SUS poderá propiciar um atendimento que reconheça, dentre os direitos humanos das mulheres, o direito a um atendimento realmente integral a sua saúde.

Doenças Crônico-Degenerativas e Câncer Ginecológico

As mudanças de hábitos, aliadas ao *stress* gerado pelo estilo de vida do mundo moderno, contribuem para que as doenças crônico-degenerativas estejam entre as principais causas de morte na população feminina. Alguns fatores, como o tipo de alimentação, o sedentarismo, o tabagismo, a sobrecarga de responsabilidades – aumento considerável do número de mulheres chefes de família –, a competitividade, o assédio moral e sexual no mundo do trabalho, têm relevância destacada na mudança do perfil epidemiológico das mulheres.

A hipertensão arterial e o *diabetes mellitus* constituem-se nos principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares

que, por sua vez, são a primeira causa de morte (31%), segundo dados do SIM/MS/2002.

A hipertensão arterial tem prevalência estimada em cerca de 20% da população adulta (maior ou igual a 20 anos) e forte relação com 80% dos casos de acidente vascular cerebral e 60% dos casos de doença isquêmica do coração.

O *diabetes mellitus* vem apresentando uma prevalência crescente. No Brasil, a prevalência é em torno de 7,6% na população de 30 a 69 anos.

Na referida pesquisa realizada por Laurenti (2002), o acidente vascular cerebral aparece como a primeira causa de morte em mulheres de 10 a 49 anos e a doença hipertensiva, a doença isquêmica do coração e o *diabetes mellitus* ocupam, respectivamente, o sétimo, oitavo e nono lugar.

No Brasil, em 20 anos (1979 – 1999), observa-se um aumento importante no número total de casos de câncer e nos óbitos por essa causa. Entre os homens, a taxa bruta de mortalidade aumentou 16,72%, enquanto entre as mulheres o aumento foi de 14,72% (www.inca.gov.br).

Comparando-se dois períodos de cinco anos, de 1979 a 1983 e de 1995 a 1999, constatam-se variações significativas na mortalidade por câncer na população masculina e feminina. No conjunto dos óbitos por tumores malignos, diminui a mortalidade por câncer de estômago (5,54% entre os homens e 3,32% entre as mulheres); aumenta significativamente entre os homens a proporção de óbitos por câncer de próstata (4,16%), e entre as mulheres, por câncer de traquéia, brônquios e pulmões (2,25%) e por câncer de mama (1,82%).

No período de 1995 a 1999, as cinco causas de óbito por câncer mais freqüentes entre os homens são: traquéia, brônquios e pulmões (16,35%), estômago (12,19%), próstata (11,42%), esôfago (6,62%) e cólon e reto (5,28%). Entre as mulheres aparecem o câncer de mama (15,55%), traquéia, brônquios e pulmões (7,91%), estômago (7,38%), cólon e reto (7,23%) e colo de útero (7,22%) (www.inca.gov.br).

Entre as mulheres, com relação ao câncer de colo, registra-se uma discreta diminuição da mortalidade por essa causa entre 1979 e 1999, de 0,61%, (www.inca.gov.br) apesar de ser uma doença de fácil diagnóstico, com tecnologia simplificada e de tratamento acessível.

No mundo, o câncer de mama situa-se entre as primeiras causas de morte por câncer em mulheres. Até o momento, não existem medidas de prevenção primária para a doença. Porém, estudos observacionais indicam que é possível reduzir o risco de câncer de mama com mudanças de hábitos: redução do tabagismo, do uso de álcool, da obesidade e do sedentarismo (www.inca.gov.br).

O câncer de mama é diagnosticado tardiamente em cerca de 60% dos casos, e mudar essa situação é um desafio necessário, pois a detecção precoce aumenta significativamente a perspectiva e a qualidade de vida das mulheres posteriormente ao diagnóstico da doença.

O câncer de colo, diferentemente do câncer de mama, pode ser prevenido com medidas de fácil execução e de baixo custo. Segundo o INCA, em 2000, no SUS, a rede de coleta de exames citopatológico cérvico vaginal era composta por 6.908 unidades. Em 2002, estas já totalizavam 12.726. Em 2000, havia 687 laboratórios de citopatologia que, em 2002, totalizaram 1.043. Em 1998, não havia nenhuma unidade de cirurgia de alta freqüência e, em 2002, 308 estavam funcionando. No mesmo ano, 166 hospitais realizavam tratamento de câncer.

Mas não basta introduzir a oferta dos exames preventivos na rede básica. É preciso mobilizar as mulheres mais vulneráveis a comparecem aos postos de saúde e implementar os sistemas de referência para o que for necessário encaminhar. No Brasil, observa-se que o maior número de mulheres que realizam o exame Papanicolaou está abaixo de 35 anos de idade, enquanto o risco para a doença aumenta a partir dessa idade.

A prevenção do câncer ginecológico, assim como o diagnóstico precoce e o tratamento, requerem a implantação articulada de medidas como sensibilização e mobilização da população feminina; investimento tecnológico e em recursos humanos, organização da rede, disponibilidade dos tratamentos e melhoria dos sistemas de informação.

Saúde das Mulheres Lésbicas

De acordo com o V Seminário Nacional de Mulheres Lésbicas, realizado em junho de 2003, a elaboração de políticas públicas precisa incorporar o entendimento de que as mulheres lésbicas também são mulheres e, portanto, devem ser contempladas no conjunto das ações de atenção à saúde da mulher. A agenda de necessidades de saúde desse grupo populacional diz respeito, dentre outras, ao atendimento na área da ginecologia, em que os profissionais partem do pressuposto de que a vida sexual ativa das mulheres é sempre de caráter heterossexual.

Constatou-se, no mesmo evento, que as mulheres lésbicas ainda consideram que o câncer de colo de útero só afeta mulheres heterossexuais e, portanto, não se sentem mobilizadas para sua prevenção nem para a prevenção do câncer de mama. Para as mulheres lésbicas profissionais do sexo, um problema que se coloca é a vulnerabilidade pela exposição às DST e aids.

No geral, os textos e ações sobre violência contra a mulher não abordam as especificidades das mulheres lésbicas. Não se pode desconsiderar, no entanto, a violência intrafamiliar contra adolescentes lésbicas, quando são expulsas do lar ou são vítimas de violência sexual por parte dos familiares ou outras formas de violência. A outra questão se refere ao acesso à inseminação assistida na rede do SUS, que deve incluir na clientela-alvo as mulheres lésbicas que desejam exercer o direito à maternidade voluntária.

É preciso que os serviços de saúde disponham de profissionais capacitados para o atendimento às mulheres, considerando a possibilidade de parte da clientela ser composta por mulheres que fazem sexo com mulheres. Isso é necessário para que saibam atender às mulheres lésbicas dentro de suas especificidades, e respeitando seus direitos de cidadania.

Saúde das Mulheres Negras

A ausência da variável cor na maioria dos sistemas de informação da área de Saúde tem dificultado uma análise mais consistente sobre a saúde das mulheres negras no Brasil. No entanto, os dados socioeconômicos referentes à população negra por si só já são indicadores de

seu estado de saúde. A grande maioria de mulheres negras encontra-se abaixo da linha de pobreza e a taxa de analfabetismo é o dobro, quando comparada a das mulheres brancas. Por essas razões, elas possuem menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, resultando que as mulheres negras têm maior risco de contrair e morrer de determinadas doenças do que as mulheres brancas.

Como exemplo dessa situação, está o menor acesso das mulheres negras à assistência obstétrica, seja durante o pré-natal, durante o parto ou no puerpério. A mesma situação se repete na atenção ginecológica às mulheres que é, segundo os dados da PNDS (1996), maior entre as mulheres brancas do que entre as negras. Esses dados demonstram que, das mulheres que realizaram o exame no ano anterior à pesquisa, 37,1% eram brancas e 24,7% eram negras.

As informações seguintes, consolidadas no texto "Saúde da População Negra", de Fátima de Oliveira[3], apresentam de forma explícita a necessidade da inserção do recorte étnico-racial no estabelecimento de metas e propiciam melhor equacionamento das ações estratégias, indicadores e mecanismos de operacionalização da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher:

- mortalidade precoce: o indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos por Óbitos demonstra que, para as mesmas patologias, as mulheres negras morrem antes que mulheres e homens brancos, de um modo geral;
- mortalidade infantil: apesar da tendência de redução na mortalidade infantil, a diferença relativa entre brancos e negros, que, em 1980, era de 21%, quase 20 anos depois aumentou para 40%.

No mesmo texto, tem-se acesso aos dados da tese de doutoramento de Cunha, "Condicionantes da mortalidade infantil segundo raça/cor no Estado de São Paulo, 1997-1998" (2001), que dentre outras diferenças encontradas, aponta:

- maior proporção de nascimentos negros com menor número de consultas pré-natal;

[3] Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

- maior proporção de óbitos de crianças negras sem assistência médica;
- escores inferiores para crianças negras no APGAR 1;
- maior porcentagem de crianças negras de baixo peso ao nascer, característica que poderia indicar, além de problemas nutricionais, a possibilidade de maior prevalência de doenças maternas como diabetes e hipertensão não controladas durante a gravidez por menor acesso ou pela pior qualidade dos serviços de saúde que as mães desse grupo utilizam.

Dados relativos à taxa de cesárea por grupos raciais revelam, conforme estudo de Chacham, "A medicalização do corpo feminino e a incidência do parto cesáreo em Belo Horizonte", que as mulheres brancas tiveram 48,1% de cesáreas, as asiáticas 50%, enquanto mulheres pardas tiveram 32,5% e mulheres negras 28,4%.

Quanto à discriminação na assistência durante a gravidez e parto, pesquisa realizada pela Fiocruz/Pref. Rio de Janeiro, divulgada na Folha de São Paulo em 26 de maio de 2002, demonstra que 5,1% de mulheres brancas não receberam anestesia no parto normal, em relação a 11,1% de negras; 82% de mulheres brancas não foram informadas sobre a importância do pré-natal, em comparação a 76,6% de negras. Quanto aos sinais de parto, 73,1% das brancas foram informadas em relação a 62,5% das negras; no que se refere ao aleitamento, 77,7% das brancas foram orientadas, enquanto apenas 62,5% das negras tiveram orientação; puderam ter acompanhantes 46,2% das brancas e 27,0% das negras.

O recorte racial/étnico é fundamental para a análise dos indicadores de saúde e para o planejamento e execução de ações. Indicadores de saúde que consideram cor ou raça/etnia são absolutamente necessários para que se possa avaliar a qualidade de vida de grupos populacionais, de que e como adoecem e de que morrem.

Alguns problemas de saúde são mais prevalentes em determinados grupos raciais/étnicos e, no caso das mulheres negras, a literatura refere maior freqüência de diabetes tipo II, miomas, hipertensão arterial e anemia falciforme. São doenças sobre as quais os dados empíricos são

suficientes para demonstrar o recorte racial/étnico relativo à população negra.

A literatura norte-americana afirma que a prevalência de miomas em mulheres negras é cinco vezes maior que em mulheres brancas. No Brasil, segundo Souza (1995), também é alta a incidência e reincidência de miomas em mulheres negras.

No que se refere à hipertensão arterial, sua maior prevalência se dá em negros de ambos os sexos, com a peculiaridade de aparecer mais cedo e ser mais grave e complicada nesse grupo populacional. Esse dado adquire maior gravidade quando relacionado à hipertensão arterial durante a gravidez, levando à toxemia gravídica, uma das principais causas de morte materna no Brasil. Pesquisa realizada no Estado do Paraná, por Martins (2000), demonstra que o risco de óbitos maternos é maior entre as mulheres negras, resultando em maior razão de morte materna nesse segmento. A referida pesquisa encontrou uma razão de morte materna de 276,24 por 100 mil nascidos vivos para as mulheres negras e 62,73 para as brancas.

A anemia falciforme é uma doença hereditária que incide majoritariamente em negros em todo o mundo, sendo a do tipo Banto (a mais grave) a predominante no Brasil. Dados da Organização Mundial da Saúde estimam que nascem no Brasil cerca de 2.500 crianças falcêmicas/ano e, segundo Oliveira (2000), triagens de gestantes no pré-natal demonstraram que, em cada mil, 30 são portadoras do traço falcêmico.

A precariedade das condições de vida das mulheres negras leva-as a apresentarem também maiores taxas de doenças relacionadas à pobreza, como o câncer de colo de útero que é duas vezes mais freqüente em mulheres negras que em brancas.

A realização de melhores pesquisas nacionais sobre a saúde das mulheres negras é necessária para a implementação de políticas de saúde nos níveis locais que respondam às necessidades desse segmento da população, excluído dos serviços de saúde e dos bens sociais.

Saúde das Mulheres Indígenas

A população indígena brasileira é estimada em 350 mil pessoas, pertencentes a cerca de 210 povos, que falam mais de 170 línguas identificadas. Cada um desses povos tem diferentes formas de organização social, política, econômica, de relação com o meio ambiente e de ocupação de seu território (BRASIL, 2002).

Cerca de 60% dessa população vive no Centro-Oeste e Norte do País, regiões onde estão concentradas 98,7% das terras indígenas. Esse segmento constitui, hoje, aproximadamente, 0,2% da população brasileira, mas com presença significativa em alguns estados brasileiros, compondo em 15% a população de Roraima, em 4% a do Amazonas e em 3% a do Mato Grosso do Sul (BRASIL, 2002).

O Ministério da Saúde assumiu, desde agosto de 1999, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), a responsabilidade de estruturar e operacionalizar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o Sistema Único de Saúde (SUS).

A atenção à saúde da mulher dos povos indígenas ainda é precária, não se conseguindo garantir ações como a assistência pré-natal, de prevenção do câncer de colo de útero, de prevenção de DST/HIV/aids, dentre outras. São ainda insuficientes os dados epidemiológicos disponíveis para avaliação dos problemas de saúde da população de mulheres e adolescentes indígenas.

É fundamental desenvolver políticas de saúde voltadas para essas mulheres, no contexto do etnodesenvolvimento das sociedades indígenas e da atenção integral, envolvendo as comunidades indígenas na definição e acompanhamento das mesmas.

Saúde das Mulheres Residentes e Trabalhadoras na Área Rural

As condições de saúde da população rural são determinadas por especificidades relacionadas ao ritmo de trabalho sazonal, aos processos de mobilidade espacial dos acampamentos e assentamentos, à baixa escolaridade, à pobreza, às situações de violência e às relações de trabalho e de gênero que contribuem para tornar os trabalhadores rurais mais vulneráveis às enfermidades.

Dentro do contexto geral da população residente e trabalhadora rural, faz-se necessário visualizar as restrições e discriminações referentes ao acesso da mulher à terra, à renda, ao crédito e às tecnologias, dentre outras. O Censo da Reforma Agrária de 1996 registra que apenas 12,6% dos títulos de domínio ou de concessão de uso da terra são para as mulheres. Isso reflete a maneira como a desigualdade de gênero afeta o acesso das mulheres das áreas rurais às políticas públicas.

Dados da PNDS (1996) destacam a baixa escolaridade da população feminina residente na área rural, na faixa etária de 6 anos ou mais, que apresenta uma média de três anos de estudo. A pesquisa aponta que o nível de instrução afeta o comportamento reprodutivo, o uso de anticoncepção, bem como os cuidados com a saúde, higiene e alimentação.

A dificuldade das mulheres rurais no acesso às informações e ações de saúde estão relacionadas, dentre outros fatores, às desigualdades das relações de gênero e de trabalho, às grandes distâncias entre a residência ou trabalho e os serviços de saúde, à maior precariedade dos serviços locais e à pouca sensibilização e organização da rede de saúde para lidar com a especificidade dos agravos decorrentes do trabalho no campo. Essa dificuldade expressa-se, por exemplo, na proporção de mulheres da área rural insatisfeitas nas suas necessidades de contracepção, que é duas vezes maior do que na área urbana (PNDS, 96).

Os dados da PNDS de 1996 retratam também as lacunas na efetividade das ações de saúde na área rural: 30% das mulheres da área rural e 8% das mulheres da área urbana não realizaram nenhuma consulta de pré-natal. Das mulheres residentes na área rural que receberam atendimento pré-natal, apenas 36% tiveram acesso ao cartão da gestante.

Outro dado importante da pesquisa é a ocorrência de 21% de partos domiciliares realizados por parteiras e 3% de partos assistidos por familiares ou outros na área rural. Esse dado tem relação com a situação de acesso da população rural às ações e serviços de saúde, em especial de pré-natal e maternidades.

Perez (2001), estudando um assentamento rural em São Paulo, chega à conclusão que "o modo de produção camponês do assentamento, influenciado por técnicas agrícolas de propriedades capitalistas rurais, com elevada utilização de insumos, produz uma presença significativa de fatores de deterioração da saúde". Ficou evidente nesse trabalho uma participação diferenciada das mulheres na produção do assentamento e, por conseguinte, também na exposição a esses fatores.

Dentre os fatores de deterioração da saúde, a exposição aos agrotóxicos, seja ambiental ou ocupacional, aguda ou crônica, constitui-se em uma das especificidades relacionadas aos agravos de saúde da população rural, podendo causar danos à saúde das mulheres trabalhadoras do campo. Entre os mais comuns estão: a hipertrofia celular que pode levar à ocorrência de câncer, em especial da tireóide e os distúrbios do sistema reprodutivo (MARINOVICH *et al*., 1997).

Existem poucos estudos enfocando os problemas de saúde da mulher residente e trabalhadora rural, o que dificulta a proposição de ações adequadas a essa realidade. Em assentamentos e acampamentos rurais, essa carência é ainda maior.

Pesquisas nacionais referentes ao tema deverão ser realizadas, no sentido de ampliar e adequar estratégias e conteúdos que subsidiem a elaboração de políticas públicas, evitando a perpetuação da invisibilidade das questões que determinam a boa ou a má qualidade de vida da mulher residente e trabalhadora rural.

Saúde da Mulher em Situação de Prisão

Grande parte da população presidiária compreendida pelo Sistema Penitenciário Nacional está exposta a diversos fatores de risco à saúde, ocorrendo um número significativo de casos de DST/aids, tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas, diarréias infecciosas, além de outros problemas prevalentes na população adulta brasileira, tais como hipertensão arterial e *diabetes mellitus*.

Nesse contexto, identifica-se a necessidade de acesso dessa população às ações de atenção à saúde, tanto com a implantação de ações no nível da atenção básica dentro dos presídios, como pelas referências

para média e alta complexidade, com garantia do atendimento das demandas específicas das mulheres presidiárias por meio de uma atenção diferenciada dentro do conjunto de ações do Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido, foi instituído pelos ministérios da Saúde e da Justiça, pela Portaria Interministerial n.º 1.777, de 9 de setembro de 2003, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, que tem como objetivo prover a atenção integral à saúde da população penitenciária brasileira.

Como a condição de saúde das mulheres em situação de prisão, assim como de toda a população compreendida pelo Sistema Penitenciário Nacional, ainda é pouco conhecida, está sendo elaborada a primeira pesquisa, em nível federal, sobre esse tema, que deverá iniciar-se em fevereiro de 2004. Essa pesquisa tem como objetivo dar sustentabilidade ao processo de implantação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.

Segundo informações da Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo, referentes a setembro de 2003, 2,7% das pessoas presas em penitenciárias do estado são mulheres, com a idade média de 32 anos. Ainda que seja uma minoria, essa proporção (em relação aos homens) vem aumentando nos últimos anos, sendo o tráfico de drogas o delito com maior incidência entre as mulheres (43,8%). A quase totalidade dos presos não tem informações a respeito de todos os processos a que foram condenados (99%), sendo esse índice ainda maior entre mulheres, que também costumam esperar mais tempo em distritos policiais e cadeias públicas para irem definitivamente a um presídio.

Essas informações também evidenciam o fato de um número alto de mulheres não receberem visita (36,3%), especialmente se comparado com os homens (29,2%). A mulher, ao contrário do homem, é freqüentemente abandonada pelo companheiro, sendo 17,9% as que costumam serem visitadas por eles (65,2% dos homens recebem visitas de suas companheiras). O apoio maior às mulheres vem dos filhos (47,7% – mais que o dobro do universo masculino) e da mãe (47,1%).

É também significativa a presença de amigos, o dobro do que ocorre para os homens.

A guarda dos filhos é mais assumida pelas companheiras dos homens presos (86,9%) do que pelos companheiros das mulheres presas (19,5%), sendo muito freqüente que os filhos dessas mulheres fiquem sob tutela dos avós maternos.

Quanto à saúde sexual, 76,1% das mulheres relatam ter algum tipo de problema, e o número de soropositivas entre mulheres presas (6,3%) é o dobro dos homens na mesma situação.

Só a partir de 2001, é que foi assegurado à mulher presa o direito à visita íntima do companheiro, mas essa população feminina enfrenta ainda sérias dificuldades no que diz respeito à garantia desse direito. Quanto às visitas íntimas de pessoas do mesmo sexo, não há direito assegurado dentro do sistema prisional.

Humanização e Qualidade: Princípios para uma Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher

A humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado.

As histórias das mulheres na busca pelos serviços de saúde expressam discriminação, frustrações e violações dos direitos e aparecem como fonte de tensão e mal-estar psíquico-físico. Por essa razão, a humanização e a qualidade da atenção implicam na promoção, reconhecimento, e respeito aos seus direitos humanos, dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e seu bem-estar.

Segundo Mantamala (1995), a qualidade da atenção deve estar referida a um conjunto de aspectos que englobam as questões psicológicas, sociais, biológicas, sexuais, ambientais e culturais. Isso implica em superar o enfoque biologicista e medicalizador hegemônico nos serviços de saúde e a adoção do conceito de saúde integral e de práticas que considerem as experiências das usuárias com sua saúde.

Humanizar e qualificar a atenção em saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos. A atenção humanizada e de boa qualidade implica no estabelecimento de relações entre sujeitos, seres semelhantes, ainda que possam apresentar-se muito distintos conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero.

A humanização da atenção em saúde é um processo contínuo e demanda reflexão permanente sobre os atos, condutas e comportamentos de cada pessoa envolvida na relação. É preciso maior conhecimento de si, para melhor compreender o outro com suas especificidades e para poder ajudar sem procurar impor valores, opiniões ou decisões.

A humanização e a qualidade da atenção são indissociáveis. A qualidade da atenção exige mais do que a resolução de problemas ou a disponibilidade de recursos tecnológicos. E humanização é muito mais do que tratar bem, com delicadeza ou de forma amigável.

Para atingir os princípios de humanização e da qualidade da atenção deve-se levar em conta, pelo menos, os seguintes elementos:

- acesso da população às ações e aos serviços de saúde nos três níveis de assistência;
- definição da estrutura e organização da rede assistencial, incluindo a formalização dos sistemas de referência e contra-referência que possibilitem a continuidade das ações, a melhoria do grau de resolutividade dos problemas e o acompanhamento da clientela pelos profissionais de saúde da rede integrada;
- captação precoce e busca ativa das usuárias;
- disponibilidade de recursos tecnológicos e uso apropriado, de acordo com os critérios de evidência científica e segurança da usuária;
- capacitação técnica dos profissionais de saúde e funcionários dos serviços envolvidos nas ações de saúde para uso da tecnologia adequada, acolhimento humanizado e práticas educativas voltadas à usuária e à comunidade;
- disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;
- acolhimento amigável em todos os níveis da assistência, buscando-se a orientação da clientela sobre os problemas apresentados e possíveis soluções, assegurando-lhe a participação nos processos de decisão em todos os momentos do atendimento e tratamentos necessários;

- disponibilidade de informações e orientação da clientela, familiares e da comunidade sobre a promoção da saúde, assim como os meios de prevenção e tratamento dos agravos a ela associados;
- estabelecimento de mecanismos de avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com participação da clientela;
- estabelecimento de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação continuada das ações e serviços de saúde, com participação da usuária;
- análise de indicadores que permitam aos gestores monitorar o andamento das ações, o impacto sobre os problemas tratados e a redefinição de estratégias ou ações que se fizerem necessárias.

Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

- O Sistema Único de Saúde deve estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde.
- A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras).
- A elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher.
- A gestão da Política de Atenção à Saúde deverá estabelecer uma dinâmica inclusiva, para atender às demandas emergentes ou demandas antigas, em todos os níveis assistenciais.
- As políticas de saúde da mulher deverão ser compreendidas em sua dimensão mais ampla, objetivando a criação e ampliação das condições necessárias ao exercício dos direitos da mulher, seja no âmbito do SUS, seja na atuação em parceria do setor Saúde com outros setores governamentais, com destaque

para a segurança, a justiça, trabalho, previdência social e educação.

- A atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde (da básica à alta complexidade).
- O SUS deverá garantir o acesso das mulheres a todos os níveis de atenção à saúde, no contexto da descentralização, hierarquização e integração das ações e serviços. Sendo responsabilidade dos três níveis gestores, de acordo com as competências de cada um, garantir as condições para a execução da Política de Atenção à Saúde da Mulher.
- A atenção integral à saúde da mulher compreende o atendimento à mulher a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas.
- A atenção integral à saúde da mulher implica, para os prestadores de serviço, no estabelecimento de relações com pessoas singulares, seja por razões econômicas, culturais, religiosas, raciais, de diferentes orientações sexuais, etc. O atendimento deverá nortear-se pelo respeito a todas as diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais. Esse enfoque deverá ser incorporado aos processos de sensibilização e capacitação para humanização das práticas em saúde.
- As práticas em saúde deverão nortear-se pelo princípio da humanização, aqui compreendido como atitudes e comportamentos do profissional de saúde que contribuam para reforçar o caráter da atenção à saúde como direito, que melhorem o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, ampliando sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida; que promovam o acolhimento das demandas conhecidas ou não pelas equipes de saúde; que busquem o uso de tecnolo-

gia apropriada a cada caso e que demonstrem o interesse em resolver problemas e diminuir o sofrimento associado ao processo de adoecimento e morte da clientela e seus familiares.

- No processo de elaboração, execução e avaliação das Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá ser estimulada e apoiada a participação da sociedade civil organizada, em particular do movimento de mulheres, pelo reconhecimento de sua contribuição técnica e política no campo dos direitos e da saúde da mulher.
- Compreende-se que a participação da sociedade civil na implementação das ações de saúde da mulher, no âmbito federal, estadual e municipal requer – cabendo, portanto, às instâncias gestoras – melhorar e qualificar os mecanismos de repasse de informações sobre as políticas de saúde da mulher e sobre os instrumentos de gestão e regulação do SUS.
- No âmbito do setor Saúde, a execução de ações será pactuada entre todos os níveis hierárquicos, visando a uma atuação mais abrangente e horizontal, além de permitir o ajuste às diferentes realidades regionais.
- As ações voltadas à melhoria das condições de vida e saúde das mulheres deverão ser executadas de forma articulada com setores governamentais e não-governamentais; condição básica para a configuração de redes integradas de atenção à saúde e para a obtenção dos resultados esperados.

Objetivos Gerais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

- 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, assistência e recuperação da saúde em todo 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 e Estratégias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST:

- fortalecer a atenção básica no cuidado com a mulher;
- ampliar o acesso e qualificar a atenção clínico- ginecológica na rede SUS.

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

- ampliar e qualificar a atenção ao planejamento familiar, incluindo a assistência à infertilidade;
- garantir a oferta de métodos anticoncepcionais para a população em idade reprodutiva;
- ampliar o acesso das mulheres às informações sobre as opções de métodos anticoncepcionais;
- estimular a participação e inclusão de homens e adolescentes nas ações de planejamento familiar.

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

- construir, em parceria com outros atores, um Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal;
- qualificar a assistência obstétrica e neonatal nos estados e municípios;

- organizar rede de serviços de atenção obstétrica e neonatal, garantindo atendimento à gestante de alto risco e em situações de urgência/emergência, incluindo mecanismos de referência e contra-referência;
- fortalecer o sistema de formação/capacitação de pessoal na área de assistência obstétrica e neonatal;
- elaborar e/ou revisar, imprimir e distribuir material técnico e educativo;
- qualificar e humanizar a atenção à mulher em situação de abortamento;
- apoiar a expansão da rede laboratorial;
- garantir a oferta de ácido fólico e sulfato ferroso para todas as gestantes;
- melhorar a informação sobre a magnitude e tendência da mortalidade materna.

Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual:

- organizar redes integradas de atenção às mulheres em situação de violência sexual e doméstica;
- articular a atenção à mulher em situação de violência com ações de prevenção de DST/aids;
- promover ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual.

Promover, conjuntamente com o PN-DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/aids na população feminina:

- prevenir as DST e a infecção pelo HIV/aids entre mulheres;
- ampliar e qualificar a atenção à saúde das mulheres vivendo com HIV e aids.

Reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina:

- organizar em municípios pólos de microrregiões redes de referência e contra-referência para o diagnóstico e o tratamento de câncer de colo uterino e de mama;

– garantir o cumprimento da Lei Federal que prevê a cirurgia de reconstrução mamária nas mulheres que realizaram mastectomia;
– oferecer o teste anti-HIV e de sífilis para as mulheres incluídas no Programa Viva Mulher, especialmente aquelas com diagnóstico de DST, HPV e/ou lesões intra-epiteliais de alto grau/câncer invasor.

Implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero:

– melhorar a informação sobre as mulheres portadoras de transtornos mentais no SUS;
– qualificar a atenção à saúde mental das mulheres;
– incluir o enfoque de gênero e de raça na atenção às mulheres portadoras de transtornos mentais e promover a integração com setores não-governamentais, fomentando sua participação nas definições da política de atenção às mulheres portadoras de transtornos mentais.

Implantar e implementar a atenção à saúde da mulher no climatério:

– ampliar o acesso e qualificar a atenção às mulheres no climatério na rede SUS.

Promover a atenção à saúde da mulher na terceira idade:

– incluir a abordagem às especificidades da atenção a saúde da mulher na Política de Atenção à Saúde do Idoso no SUS;
– incentivar a incorporação do enfoque de gênero na Atenção à Saúde do Idoso no SUS.

Promover a atenção à saúde da mulher negra:

– melhorar o registro e produção de dados;
– capacitar profissionais de saúde;
– implantar o Programa de Anemia Falciforme (PAF/MS), dando ênfase às especificidades das mulheres em idade fértil e no ciclo gravídico-puerperal;
– incluir e consolidar o recorte racial/étnico nas ações de saúde da mulher, no âmbito do SUS;

– estimular e fortalecer a interlocução das áreas de saúde da mulher das SES e SMS com os movimentos e entidades relacionados à saúde da população negra.

Promover a atenção à saúde das trabalhadoras do campo e da cidade:

– implementar ações de vigilância e atenção à saúde da trabalhadora da cidade e do campo, do setor formal e informal;
– introduzir nas políticas de saúde e nos movimentos sociais a noção de direitos das mulheres trabalhadoras relacionados à saúde.

Promover a atenção à saúde da mulher indígena:

– ampliar e qualificar a atenção integral à saúde da mulher indígena.

Promover a atenção à saúde das mulheres em situação de prisão, incluindo a promoção das ações de prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/aids nessa população:

– ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde das presidiárias.

Fortalecer a participação e o controle social na definição e implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres:

– promover a integração com o movimento de mulheres feministas no aperfeiçoamento da política de atenção integral à saúde da mulher.

Referências Bibliográficas

ARAÚJO, M. J. O. Papel dos governos locais na implementação de políticas de saúde com perspectiva de gênero: o caso do Município de São Paulo. In: SEMINÁR WOMEN'S AND HEALTH MAINS-TREAMING THE GENDER PERSPECTIVE INTO THE HEALTH SECTOR, 1998, Tunis, Tunísia. *Anais…* [São Paulo], 1998.

ÁVILA, M. B. E.; BANDLER, R. *A Contracepção no Brasil 1980-1990*. Recife: SOS Corpo, 1991. Mimeo.

BERQUÓ, E. Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV-Aids. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Planejamento familiar*: manual para o gestor. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série avaliação, n. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. [*Textos elaborados pela Área Técnica de Saúde da Mulher*]. Brasília, 2003a. Mimeo.

_____. Ministério da Saúde. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Plano de ação para o período 2004 a 2007*. Brasília: [DAPE], 2003d.

_____. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Plano de ação para o período 2004 a 2007*. Brasília: DAPE, 2003d.

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

_____. Ministério da Saúde. *Atenção às mulheres em situação de violência*: relatório da Área Técnica de Saúde da Mulher no período de 1998-2002. Brasília, 2002a. Mimeo.

_____. Ministério da Saúde. *Atenção integral à saúde da mulher.* Brasília, 1998. Mimeo.

_____. Ministério da Saúde. *Centro nacional de epidemiologia*. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. *Datasus.* 2003c.

_____. Ministério da Saúde. *Direitos humanos e violência intrafamiliar*: informações e orientações para agentes comunitários de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; Ministério da Justiça, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <www.inca.gov.br>.

_____. Ministério da Saúde. *Manual de parto, aborto e puerpério*: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. *Planejamento familiar:* manual para o gestor. Brasília, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. *Política de morbimortalidade por acidentes e violência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. *Políticas e diretrizes de prevenção das DST/Aids entre mulheres.* Brasília, 2003b. (Coleção DST-Aids, Série manuais, n. 57).

_____. Ministério da Saúde. *Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento:* informações para gestores e técnicos. Brasília, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Relatório *de indicadores do Sisprenatal para o período 10 de janeiro a 31 de dezembro de 2002*. Brasília: Ministério da Saúde; DATASUS, 2002c.

_____. Ministério da Saúde. *Relatório sobre a oficina de avaliação das estratégias do setor saúde para erradicação do trabalho infantil*. Brasília, 1998. Mimeo.

_____. Ministério da Saúde. *Programa Saúde Indígena*. Etnodesenvolvimento das sociedades indígenas. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 1.º Seminário Interno. Brasília: DAPE, 2003. Mimeo.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Texto retirado de A*tenção integral à saúde de adolescentes e jovens*. Documento preliminar para discussão na Oficina de Construção da Política Nacional de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens. Brasília: ASAJ, [2003].

_____. Ministério da Saúde. Sistema *de Informação em Pré-Natal (Sisprenatal).* Brasília: Ministério da Saúde; Datasus, 2002.

_____. Ministério da Saúde. *Violência Intrafamiliar.* Brasília, 2002. (Cadernos de Atenção Básica).

_____. Ministério da Saúde. *Violência intrafamiliar:* orientações para a prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. *Mapa de indicativos do trabalho da criança e do adolescente.* Brasília, 2000.

COELHO, M. R. S. *Atenção básica à saúde da mulher:* subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003b.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, 1994, Cairo, Egito. *Relatório final*. [S.l.]: CNPD; FNUAP, 1994. Publicação em português.

COMISSÃO NACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO. *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília, 1998. v. 1.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. *Para entender a gestão do SUS*. Brasília, 2003.

CORRAL, T. Agenda social. In: *Agenda de desenvolvimento humano e sustentável para o Brasil do Século XXI*. Brasília: Instituto de Política; PNUD, 2000. Programa Regional de Estratégias e Desenvolvimento Local.

CORREA, S. O.; PIOLA, S. F. *Balanço 1998-2002:* aspectos estratégicos, programáticos e financeiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

COSTA, A. M. *Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil*. Brasília: NESP; CEAM; UnB, 1999. Mimeo.

GALDURÓZ, F. C. J; NOTO, R. A.; CARLINI, A. E. *4.º Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1.º e 2.º graus em 10 capitais brasileiras.* São Paulo, 1997.

HARDY, E. Y.; COSTA, G. *Abortion experience among female employees of a brazilian university:* informe final al Population Council. Campinas: CEMICAMP, [19- -].

HEALTH EMPOWERMENT, RIGHTS AND ACCOUNTABILITY – HERA. *Direitos sexuais e reprodutivos:* idéias para ação. [S.l.: s.n.], [19- -]. Folder elaborado com base nos conceitos e acordos da CIPD, 1994 e da Conferência Mundial da Mulher, 1995. Hera Secretariat, web site. Disponível em: < www.iwhc.org/hera>.

HUNTINGTON, D.; PIET-PELON, N. J. *Pós-abortion care*: lessons from operations research. [S.l.]: Population Council, USA, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Estimativas de população para o Brasil em 2003*. Brasília: Ministério da Saúde; Datasus, 2003.

_____. *Fundo de População das Nações Unidas*: situação da população brasileira, 2002.

LANGER, A.; ESPINOZA, H. *Embarazo no deseado:* impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. Buenos Aires, Argentina, 2001. Trabalho apresentado na Reunião Nuevos Desafios de la Responsabilidad Política. [2001].

LAURELL, Asa Cristina. A Saúde-doença como processo social, 1982. In: GOMES, Everardo Duarte (Org.). *Medicina social*: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global Editora, 1983.

LAURENTI, Ruy; JORGE, M. H. de M.; GOTLIEB, S. L. D. (Org.). *Mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna.* [Brasília]: Ministério da Saúde; OPAS; USP, 2002.

MARINOVICH et al. In: PEREZ, M. A. G. *O Trabalho doente entre assentados rurais*. 1997. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, 2001. p. 59.

MARTINS, A. L. *Mortalidade materna*: maior risco para as mulheres negras no Brasil. *Jornal da Rede, Rede Saúde*, n. 23, mar. 2001. Disponível em: <www.redesaude.org.br>.

MATAMALA, Maria Isabel et al. *Calidad de la atencion, gênero:* salud reprodutiva de las mujeres. Santiago: Ed. do autor; COMUSAMS; ACHNU, 1995.

MATO GROSSO DO SUL. Coordenadoria Especial de Políticas Públicas para a Mulher. *Relatório do Programa de Combate à Violência Contra a Mulher*. Campo Grande, MS, 2002.

NISSIM, R. *Mamamélis:* manual de ginecologia natural para mulheres. Rio de Janeiro: Record, 1997.

NAÇÕES UNIDAS. *Uma vida sem violência é um direito nosso*. Brasília: Ministério da Justiça, 1998.

OLIVEIRA, F. *Saúde da população negra*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. *Pesquisa violência sexual*. [2002?].

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD – OPS. *Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas 1998-2001*. [S.l.], [2001].

PARANÁ. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de avaliação do Programa Mulher de Verdade:* primeiro ano de implantação, março de 2002 a fevereiro de 2003. Curitiba, 2003. Mimeo.

PEREZ, M. A. G. *O Trabalho doente entre assentados rurais.* 1997. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2001.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. *Dossiê, assimetrias raciais no Brasil*: alerta para elaboração de políticas. Belo Horizonte, 2003. Disponível em: http://www.redesaude.org.br>.

RELATÓRIO sobre a situação da população mundial. 2002. Disponível em: <www.unfpa.org>.

SABO, Don. *Comprender la salud de los hombres*: um enfoque relacional y sensible al gênero. Publicacion ocasional: género, equidad, salud. [S.l.]: OPAS; OMS; Harvard Center for Population and Development Studies, 2000, n. 4.

SCOTT, Joan. *Gênero:* uma categoria útil para a análise histórica. Tradução autorizada de Maria Betânia Ávila e Cristine Dabatt. Recife: SOS Corpo, 1989.

SEMINÁRIO GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA, 1998, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro, 1998.

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL – BENFAM. *Pesquisa nacional sobre demografia e saúde*. Rio de Janeiro: [BENFAM], 1996.

WAISELFISZ, Julio Jacobo. *Mapa da violência III:* os jovens do Brasil. Brasília: UNESCO; Instituto Ayrton Senna; Ministério da Justiça/ SEDH, 2002.

_____. Jacobo Julio. *Mapa da violência*: os jovens do Brasil. Rio de Janeiro: UNESCO; Garamond, 1998.

Parcerias

ANMTR – Articulação Nacional das Mulheres Trabalhadoras Rurais

ABEN – Associação Brasileira de Enfermagem

ABENFO – Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica

Articulação de Mulheres Brasileiras

Centro Brasileiro de Classificação de Doenças

Comissão Nacional de Mortalidade Materna

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

Conselhos de Classe (CFM, COFEN, CFP e outros)

Conselho Nacional dos Direitos da Mulher

Conselhos de Saúde (Nacional, Estaduais, Municipais)

Conselho Nacional do Idoso

CONTAG – Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura

CLAP – Centro Latino-Americano de Perinatologia/OMS/OPAS

CRT Estadual e Regional – Conselho Regional do Trabalho

DRT – Delegacia Regional do Trabalho

DFID – Department for International Development

FEBRASGO – Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

IBAMA – Inst. Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis

INCRA – Inst. Nacional de Colonização e Reforma Agrária

INSS – Inst. Nacional de Seguridade Social

Ministério da Justiça

Ministério do Trabalho

Ministério do Desenvolvimento Agrário

Ministério Público

Movimentos Sociais

Movimentos de Mulheres Negras

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

Parlamentares

REHUNA – Rede Nacional pela Humanização do Parto e Nascimento

Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos

Secretaria Especial de Direitos Humanos

SPM – Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres

SEPPIR – Secretaria Especial de Políticas para a Promoção da Igualdade Racial

Sociedades Científicas (Febrasgo, Aben, Abenfo, e outras)

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNIFEM – Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher

Universidades

Veículos de comunicação

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada gratuitamente na Biblioteca Virtual em Saúde:

http://www.saude.gov.br/bvs

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado gratuitamente na página:

http://www.saude.gov.br/editora



EDITORA MS
Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
(Normalização, revisão, editoração, impressão, acabamento e expedição)
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP: 71200-040
Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: http://www.saude.gov.br/editora
Brasília – DF, março de 2004
OS 0209/2004