

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Relatório de Gestão 2003 à 2006:
Política Nacional de Atenção
Integral à Saúde da Mulher

Série C. Projetos, Programas e Relatórios



Brasília – DF
2007

© 2007 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <http://www.saude.gov.br/editora>

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Tiragem: 1.ª edição – 2007 – 10.000 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, Edifício Sede, 6º andar, sala 629

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 3315-2933 / 3223-5591

Fax: (61) 3315-3403

E-mail: saude.mulher@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br>

Elaboração:

Alice Gonçalves Mendes Ribeiro

Ana Margareth Gomes Leite

Cláudia Araújo de Lima

Daphne Rattner

Giani Scwengber Cezimbra

Isa Paula Hamouche Abreu

Iolanda Vaz Guimarães

Lidiane Ferreira Gonçalves

Maria José de Oliveira Araújo

Regina Coeli Viola

Regina Rodrigues de Moraes

Apoio:

Cássia César Leite

Magda Andrade de Oliveira

Valéria César Leite

Organização:

Regina Coeli Viola

Rurani Ester Silva

Isa Paula Hamouche Abreu

Cecília Simonetti (Consultora)

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

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

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

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

ISBN 978-85-334-1439-6

1. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. 2. Saúde da mulher. 3. Relatórios anuais. I. Título. II. Série.

NLM WA 309

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2007/0484

Títulos para indexação:

Em inglês: Management Report 2003-2006: Comprehensive Health Care on Women Health National Policy

Em espanhol: Informe de Gestión 2003-2006: Política Nacional de Atención Integral a la Salud de la Mujer

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-1774/2020

Fax: (61) 3233-9558

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe Editorial:

Normalização: Heloiza Santos

Revisão: Mara Soares Pamplona

Capa, projeto gráfico e diagramação: Sérgio Ferreira

Sumário

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	5
APRESENTAÇÃO	7
1 PANORAMA DA SAÚDE DA MULHER NO BRASIL	9
2 POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER	25
2.1 Breve histórico das políticas de saúde da mulher no Brasil	25
2.2 Contextualização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher no âmbito da construção do SUS	26
3 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER	29
3.1 O processo de elaboração e implementação da Política	29
3.2 Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	30
3.3 Objetivos Específicos e Estratégias da Política de Atenção à Saúde da Mulher	31
4 IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER	33
4.1 Promover a atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes	33
4.2 Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos	55
4.3 Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual	62
4.4 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	66
4.5 Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST	67
4.6 Promover a atenção à saúde das mulheres em situação de prisão	69
4.7 Implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero.	69
4.8 Promover a atenção à saúde das mulheres negras	70
4.9 Promover a atenção à saúde das mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais	72
4.10 Promover a atenção à saúde da mulher índia	74
4.11 Promover a atenção à saúde das trabalhadoras do campo e da cidade	75
4.12 Promover a atenção à saúde das mulheres residentes em municípios ao longo da Rodovia Br-163 e em regiões de construção de usinas hidrelétricas na bacia do Rio Tocantins	76

4.13 Implantar e implementar a atenção à saúde das mulheres no climatério	77
4.14 Promover a atenção à saúde da mulher na terceira idade	78
4.15 Fortalecer a participação e o controle social na definição e implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres	78
5 QUALIFICAÇÃO DE TRABALHADORES DA SAÚDE PARA A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER	79
6 APOIO E DESENVOLVIMENTO DE PESQUISAS	81
7 AÇÕES INTEGRADAS E PARCERIAS	87
8 ARTICULAÇÕES NO ÂMBITO INTERNACIONAL	95
9 GESTÃO ORÇAMENTÁRIA E EVOLUÇÃO DOS PRINCIPAIS GASTOS PERÍODO 2003-2006	99
9.1 Financiamento das Ações de Atenção à Saúde da Mulher	99
9.2 Gestão Financeira da Área Técnica de Saúde da Mulher	100
9.3 Evolução dos Principais Gastos com Saúde da Mulher	102
REFERÊNCIAS.	109
ANEXOS	117
Anexo A – Qualificação dos Trabalhadores em Saúde	117
Anexo B – Parcerias	122
Anexo C – Posição Financeira em Novembro de 2006	125
Anexo D – Demonstrativo da Aplicação dos Recursos de Projetos de Cooperação Internacional.	126

Lista de Siglas e Abreviaturas

Abenfo	Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiras Obstetras
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATSM	Área Técnica de Saúde da Mulher
Bemfam	Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil
Caps	Centro de Atenção Psicossocial
Cebrap	Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
Cemicamp	Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas
CGPNI	Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunização
CHPT	Centro de Humanização das Práticas Terapêuticas
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CISSR	Comissão Intergovernamental para Promover a Saúde Sexual e Reprodutiva no Mercosul
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
Clap	Centro Latino-Americano de Perinatologia
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CNPD	Comissão Nacional de População e Desenvolvimento
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Contag	Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura
CPN	Centro de Parto Normal
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAE	Departamento de Atenção Especializada
DAF	Departamento de Assistência Farmacêutica
DAPE	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DFID	Department for International Development
DRAC	Departamento de Regulação Avaliação e Controle
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
DST	Doença Sexualmente Transmissível
Febrasgo	Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
FNS	Fundo Nacional de Saúde
Funasa	Fundação Nacional de Saúde
GLBTT	Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis, e Transexuais
GM	Gabinete do Ministro
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
Inca	Instituto Nacional de Câncer
LOA	Lei Orçamentária Anual
MS	Ministério da Saúde
Noas	Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
Pacs	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
Paism	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PN-DST/ AIDS	Programa Nacional de DST e Aids
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada Integrada
PSAL	Plano de Saúde da Amazônia Legal
PSF	Programa Saúde da Família
Rehuna	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
Ripsa	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos.
SE	Secretaria-Executiva
SEGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
SEPM	Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres
Seppir	Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
Siaf	Sistemas Integrados de Acompanhamento Financeiro
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
Sinasc	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TFT	Taxa de Fecundidade Total
UF	Unidade Federada
UnB	Universidade de Brasília
UNFPA	Fundo das Nações Unidas para a População
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USP	Universidade de São Paulo

Apresentação

A Área Técnica de Saúde da Mulher situa-se no Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Dape) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Seu papel é elaborar as políticas de saúde da mulher em um processo permanente de interlocução com as demais Áreas Técnicas do Dape e demais departamentos da SAS, além de outras Secretarias do Ministério da Saúde cujas ações apresentam interface com a saúde da mulher. Tem também o papel de elaborar normas técnicas, manuais técnicos, publicações sobre temas relacionados à saúde da mulher e apoiar tecnicamente os estados e municípios na elaboração e implementação das políticas.

A implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, elaborada em 2003, ocorre segundo os pressupostos organizacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa Política de Atenção à Saúde da Mulher reconhece a importância do processo de descentralização e das diferenças dos níveis de gestão dos municípios, da sua organização dos sistemas de saúde e seu desenvolvimento tecnológico. Dessa forma, a proposta é que a Política seja um instrumento de apoio aos estados e municípios na implementação de ações de saúde da mulher, que respeitem os seus direitos humanos e sua situação social e econômica.

Sendo o município o lócus das ações, entende-se que a decisão política das secretarias municipais de saúde é fundamental para que as mulheres tenham os seus direitos reconhecidos e para que as políticas sejam realmente implantadas. Igual importância possuem as secretarias estaduais de saúde, no seu papel de apoio técnico aos municípios na implementação das políticas.

Este Relatório de Gestão da Área Técnica de Saúde da Mulher registra as principais ações desenvolvidas, no período de 2003 a 2006, com a finalidade de atingir as metas da Política de Atenção à Saúde da Mulher. Apresenta os resultados alcançados, assim como aponta os desafios e as estratégias consideradas de maior relevância para o aperfeiçoamento da Política em questão.

O Relatório de Gestão da Área Técnica de Saúde da Mulher 2003 a 2006 destina-se às demais áreas técnicas do Ministério da Saúde, bem como aos ministérios e às Secretarias do Governo Federal que possuem interface com a saúde da população feminina; gestores do Sistema Único de Saúde; Conselho Nacional de Saúde e suas Comissões; Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; os diversos setores da sociedade, em especial o movimento de mulheres nas suas diversas formas de organização; e outros atores, como as sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área; organizações não-governamentais e Agências das Nações Unidas.

Este relatório possibilita uma visão global das ações realizadas pela Área Técnica de Saúde da Mulher, com suas diversas interfaces e parcerias.

Espera-se que seja utilizado como instrumento de acompanhamento das ações do Governo Federal no campo da saúde da mulher, contribuindo para o redirecionamento de políticas públicas afins e facilitando o controle social, princípio básico do Sistema Único de Saúde.

1 Panorama da Saúde da Mulher no Brasil

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; BRASIL, 2004c).

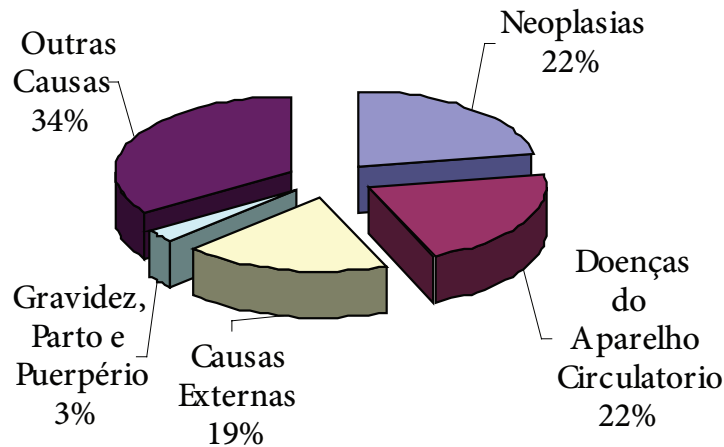
Segundo o relatório do Fundo de População das Nações Unidas de 2002, sobre a situação da população mundial: (a) há mais mulheres vivendo em situação de pobreza do que homens, (b) a disparidade entre os sexos aumentou na última década, (c) as relações de poder, a saúde e a distribuição do tempo podem ser mais importantes para medir o bem-estar entre homens e mulheres do que o rendimento. Em grande parte do mundo, as mulheres trabalham mais horas do que os homens e cerca de metade desse tempo é dedicado a tarefas não-remuneradas, como cuidar dos filhos e da casa, o que normalmente não é incluído no sistema de contas nacionais. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente.

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, tais como as doenças infecciosas e parasitárias e a desnutrição. O perfil epidemiológico da população feminina apresenta diferenças de uma região à outra, exprimindo 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.

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 do aparelho circulatório, as neoplasias e as causas externas. Em 2003, esse conjunto de causas representou 62,8% do total de óbitos com causas definidas em mulheres em idade fértil (10 a 49 anos). Em 2004 representou 62,9%. Entre essas causas, verificou-se que, enquanto as causas externas e as do aparelho circulatório apresentaram uma estabilização, as neoplasias têm aumentado. Entre 2000 e 2003, a mortalidade proporcional por neoplasias aumentou 5,9% (BRASIL, 2005t).

Figura 1. Proporção de óbitos de mulheres entre 10 e 49 anos, segundo o grupo de causas selecionadas. Brasil, 2004.



Fonte: SIM/SVS/MS

Por solicitação da Área Técnica de Saúde da Mulher, a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo realizou, em 2002, o *Estudo da Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos – Projeto Gravidez, Parto e Puerpério (GPP)*. O estudo investigou óbitos de mulheres em idade fértil (mulheres de 10 a 49 anos) ocorridos no primeiro semestre de 2002, em hospitais ou domicílios de 24 capitais de estado e do Distrito Federal. No estudo em questão, as dez primeiras causas de morte encontradas foram as seguintes, em ordem decrescente: (1) acidente vascular cerebral, (2) aids, (3) homicídios, (4) neoplasia de mama, (5) acidentes de transporte, (6) doença hipertensiva, (7) neoplasia de órgãos digestivos, (8) diabetes, (9) doença isquêmica do coração, (10) e neoplasia de colo de útero (BRASIL, 2006h).

Nesse estudo, a mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto não aparece entre as dez primeiras causas de óbito nas mulheres em idade reprodutiva. No entanto, a gravidade do problema é evidenciada quando se atenta 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.

Atenção Obstétrica

A análise das informações do Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos anos mostra um incremento considerável do número de consultas pré-natal realizadas por mulheres que realizam o parto no SUS, conforme indicado no quadro abaixo. O aumento mais importante ocorreu entre 1997 e 1998, em decorrência da inclusão do acompanhamento pré-natal no conjunto de ações básicas que devem ser desenvolvidas pelos municípios que recebem recursos por meio do Piso da Atenção Básica (PAB). No Brasil, a proporção referida de sete ou mais consultas de pré-natal foi de 47,8% em 2002 e 49,9% em 2003. Por sua vez, a razão entre o número de consultas de pré-natal e parto passou de 1,2 consultas por parto, em 1995, para 5,4 consultas por parto, em 2005, conforme demonstrado no quadro 1 (BRASIL, 2005t).

Quadro 1. Razão entre o Número de Consultas Pré-Natal e Partos no SUS, Brasil e Regiões, 1995–2005.

Regiões	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004*	2005
Norte	1,1	1,2	1,5	1,6	1,9	2,9	3,1	3,6	4,2	3,3	5,5
Nordeste	0,8	1,0	1,2	2,0	2,1	2,4	2,6	3,2	4,0	3,3	4,3
Sudeste	1,4	2,0	2,9	4,5	4,9	5,7	5,8	5,8	6,6	5,2	6,4
Sul	2,2	2,3	2,5	3,5	3,6	4,4	4,8	4,6	5,1	4,3	5,1
Centro-Oeste	1,9	1,9	2,2	4,2	4,7	4,2	5,2	5,3	5,6	3,7	6,7
Brasil	1,2	1,6	2,0	3,1	3,5	4,0	4,2	4,4	5,1	4,1	5,4

Fonte: SIA/SIH - DATASUS - MS

* No ano de 2004 ocorreram eleições municipais.

Entretanto, o acesso ao pré-natal, como condição primeira para a assistência obstétrica, apresenta ainda importantes diferenciais por região, residência e escolaridade. No ano de 2003, o percentual de nascidos de mães que fizeram sete ou mais consultas foi menor no Norte e no Nordeste, independentemente da escolaridade da mãe. Nos anos de 2002 e 2003, os estados das regiões Norte e Nordeste apresentaram as maiores proporções de nascidos vivos cujas mães não realizaram consulta de pré-natal. Os percentuais de não ocorrência de pré-natal são elevados quando se trata de mães sem instrução, 17,8% em 2002 e 16,3% em 2003. No entanto, para os nascidos vivos de mães que freqüentaram de 8 a 11 anos de estudos, esses percentuais foram de 1,5% e 1,3%, em 2002 e 2003 respectivamente (BRASIL, 2005t).

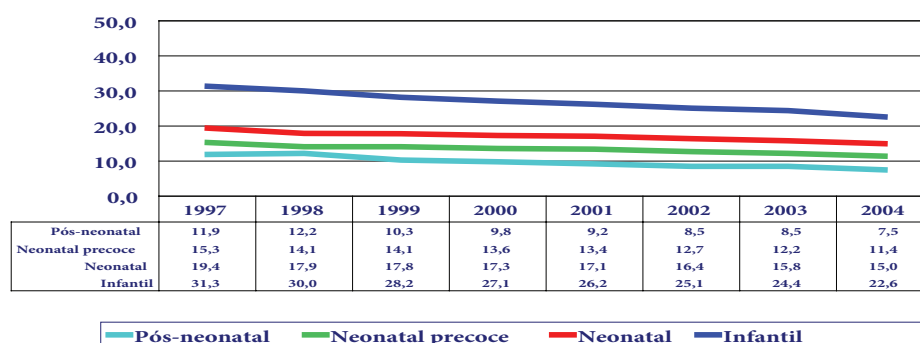
Apesar do aumento do número de consultas de pré-natal, a qualidade dessa assistência ainda é precária. Isso se evidencia pelos seguintes aspectos: incidência preocupante de sífilis congênita, hipertensão arterial continuando como a causa mais freqüente de morte materna no Brasil e também porque somente cerca de 15% das gestantes inscritas no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) consegue realizar o elenco mínimo de procedimentos preconizados pelo Programa, incluindo-se a oferta do teste anti-HIV, os dois exames de VDRL e a consulta puerperal, segundo dados do SISPRENATAL para os anos de 2005 e 2006.

A sífilis é uma condição patológica cujo diagnóstico e tratamento pode ser realizado com baixo custo e pouca dificuldade operacional, uma vez que a imensa maioria dos laboratórios dispõe de tecnologia para a realização do exame. Entretanto, a transmissão vertical da sífilis permanece um problema de saúde pública no Brasil. Estudos de representatividade nacional estimam uma prevalência em gestantes de 1,6% da infecção, com uma estimativa de 12 mil crianças nascendo com sífilis congênita por ano. Entretanto, em 2004 foram notificados apenas 5.205 casos em menores de 1 ano de idade por 1.000 nascidos vivos. Em 2005, foram notificados 5.710 casos em menores de 1 ano de idade por 1.000 nascidos vivos. Segundo características maternas, a maior proporção dos casos de sífilis congênita ocorre em crianças cujas mães têm entre 20 e 29 anos de idade (54%) e que fizeram pré-natal (75,8%). Entre as mães que fizeram pré-natal, 53,7% tiveram o diagnóstico de sífilis durante a gravidez, mas somente 14,1% tiveram os seus parceiros tratados (BRASIL, 2005s; BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2006).

No Brasil, a pré-eclâmpsia/eclâmpsia continua sendo a primeira causa de morte materna e determina o maior número de óbitos perinatais, além do aumento significativo do número de neonatos com seqüelas quando sobrevivem aos danos da hipóxia cerebral (BRASIL, 2005t). Como a hipertensão pode cursar com poucos sintomas ou mesmo de forma assintomática, sua detecção torna indispensável o uso de uma técnica muito simples e de baixíssimo custo: a aferição da pressão arterial em todas as consultas de pré-natal. A realização deste procedimento e a instituição de condutas corretas permitiriam salvar muitas mulheres e crianças.

Por outro lado, a mortalidade por causas perinatais representa atualmente o principal contingente das mortes no primeiro ano de vida. Seus fatores causais estão intimamente ligados às condições de saúde e nutrição, nível de escolaridade e de vida das mulheres, assim como à qualidade da atenção prestada durante o pré-natal, no parto e ao recém-nascido. A diminuição da mortalidade infantil observada no País – 33,2/1.000 nascidos vivos em 1996 para 22,64/1.000 nascidos vivos em 2004 – decorreu principalmente da queda do componente pós-neonatal. A mortalidade neonatal passou a ser o principal componente da mortalidade infantil em termos proporcionais a partir dos anos 90 e, diferentemente do observado para a mortalidade pós-neonatal, vem se mantendo estabilizada em níveis elevados. A Taxa de Mortalidade Neonatal foi de 15,8/1.000 nascidos vivos em 2003 e de 15,0/1.000 nascidos vivos em 2004 (BRASIL, 2005r; BRASIL, 2005t).

Figura 2. Taxas de Mortalidade Neonatal, Neonatal Precoce, Pós-Neonatal e Infantil por 1.000 nascidos vivos, Brasil, 1997–2004.



Fonte: SVS TAXAS MIX_IBGE SIM SINASC

Soma-se a esse quadro crítico da atenção pré-natal no País a chamada “alta” do pré-natal, que acontece ainda em muitos serviços. A falta de atendimento ambulatorial no final da gestação, no momento em que é maior a probabilidade de intercorrências obstétricas, inclusive a pré-eclâmpsia, é fator importante na determinação dos resultados maternos e perinatais.

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 a 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 ao nascimento é marcada pela medicalização, pelas intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas e pela prática abusiva da cesariana. Persiste o isolamento da gestante de seus familiares, a falta de privacidade e o desrespeito à sua autonomia. De uma maneira geral, rotinas rígidas são adotadas sem a avaliação crítica caso a caso, ao mesmo tempo em que práticas adequadas para um bom acompanhamento do trabalho de parto não são realizadas, como o uso do partograma (BRASIL, 2001).

As taxas de cesárea no Brasil estão muito acima do preconizado pela Organização Mundial da Saúde (15%). Há evidências de que, quanto mais as taxas se distanciam dos 15% preconizados pela OMS, seja para mais ou para menos, mais forte fica sua associação com a mortalidade materna e com a mortalidade neonatal. No Brasil se configuram duas situações. A primeira no SUS, onde são atendidos cerca de 75% dos partos, com as taxas de 27,5% em 2004 e 28,6% em 2005. No setor de saúde suplementar a taxa foi cerca de 80% em 2004. As taxas no SUS e no sistema privado compõem uma taxa nacional de 41,8% em 2004. A taxa de cesárea no SUS e a calculada a partir dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) têm aumentado progressivamente desde 1999.

A maioria dos partos é realizada em ambiente hospitalar, mas nas zonas rurais, ribeirinhas e lugares de difícil acesso, muitas vezes a única opção é o parto domiciliar assistido por parteiras tradicionais, que dificilmente contam com o apoio dos serviços de saúde: a maioria não recebeu nenhuma capacitação, não dispõe de materiais básicos para a assistência ao parto domiciliar e ganha pouco ou quase nada pelo seu trabalho. Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 1996, observa-se uma alta incidência de partos domiciliares nas áreas rurais (20%). De acordo com a referida pesquisa, o Norte e o Nordeste apresentam indicadores que revelam maior carência de serviços de saúde.

Mortalidade Materna

No Brasil, entre 1980 e 2001, as variações observadas na Razão de Mortalidade Materna (RMM) estiveram associadas a decisões tomadas no campo da política. Assim, entre os fatores determinantes da tendência de queda apresentada no período de 1980 a 1986, pode-se mencionar a expansão da rede pública de saúde e o aumento da cobertura das atividades obstétricas e de planejamento reprodutivo (BRASIL, 2004c).

De 1987 a 1996, a RMM mantém-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 Ministério da Saúde investiu na implantação de Comitês Estaduais de Morte Materna. Em 1997 e 1998, aumentou a RMM, principalmente, devido a causas obstétricas indiretas, óbito de difícil registro, sugerindo uma melhoria desse registro (BRASIL, 2004c).

Entre 1999 e 2001, quando a mortalidade materna foi considerada uma prioridade do governo federal, a RMM voltou a cair: 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, 2004c).

No quadro 2 são apresentadas as RMM calculadas para o Brasil e grandes regiões no período de 1999 a 2004. A RMM apresentada é resultado das informações do SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade) e do Sinasc (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos), sem aplicação de fator de correção.

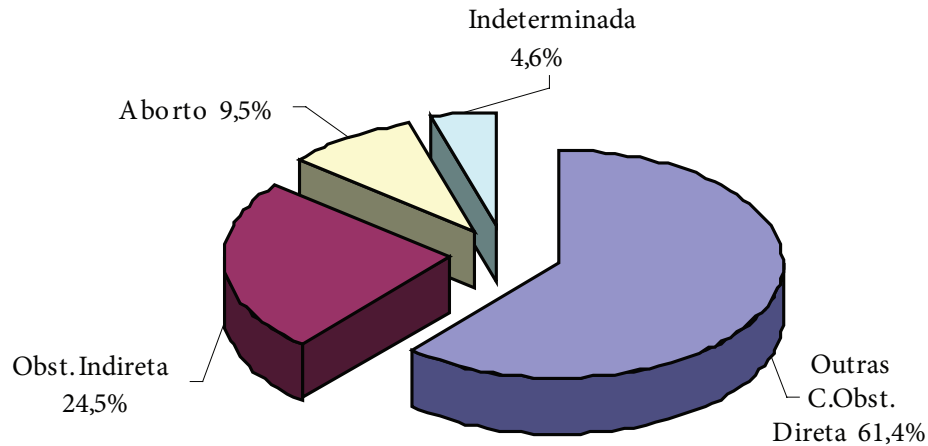
Quadro 2. Razão de Mortalidade Materna, segundo regiões, Brasil, 1999–2004.

Brasil/Regiões	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Brasil	57,33	51,52	50,23	53,77	51,74	54,35
Norte	63,11	62,26	49,77	53,12	56,85	53,05
Nordeste	56,25	57,34	57,42	61,31	62,79	63,79
Sudeste	55,21	46,70	43,56	45,85	41,65	44,36
Sul	62,08	52,99	52,17	56,63	51,32	59,02
Centro-Oeste	57,22	39,11	53,62	60,30	52,66	61,85

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Em 2004, o Nordeste apresentou a razão mais elevada e a Região Sudeste a mais baixa: respectivamente, 63,8 e 44,4 por 100.000 nascidos vivos. Entre os 1.645 óbitos maternos, predominaram as causas obstétricas diretas (70,9%). Entre essas causas o aborto contribui com 9,5% dos óbitos (figura 3).

Figura 3. Proporção de óbitos maternos segundo o grupo de causas. Brasil, 2004.



Fonte: SIM/SVS/MS

A estabilização da mortalidade materna, a partir de 2000, pode estar associada a uma melhoria na qualidade da atenção obstétrica e ao planejamento reprodutivo. No entanto, os números demonstram que a situação ainda é inaceitável, pois em países desenvolvidos a RMM oscila de 6 a 20 óbitos por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2004c, 2005t).

No Brasil, dois fatores dificultam o real monitoramento do nível e da tendência da mortalidade materna: a subnotificação e o sub-registro das declarações das causas de óbito. Para enfrentar esta situação, o Ministério da Saúde desenvolve estratégias de melhoria da qualidade do registro do óbito materno por meio do fortalecimento dos setores de informação e vigilância epidemiológica dos estados e municípios, bem como da implantação dos Comitês de Mortalidade Materna estaduais, regionais, municipais e hospitalares.

Os comitês são organismos de natureza interinstitucional, multiprofissional e confidencial que visam analisar todos os óbitos maternos, tanto os declarados quanto aqueles identificados por intermédio da investigação sistemática dos óbitos de mulheres em idade fértil. Com base nesses dados, estados, municípios e maternidades podem estabelecer políticas ou estratégias mais eficazes de atenção à mulher no planejamento reprodutivo, durante a gravidez, nos casos de aborto, no parto e no puerpério.

Atenção às Mulheres em Situação de Abortamento

O abortamento em condições inseguras representa grave problema de saúde pública em países em desenvolvimento, inclusive no Brasil. O debate em torno desse problema envolve um complexo conjunto de aspectos legais, morais, religiosos, sociais e culturais (BRASIL, 2005n).

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 conseqüente demora em procurar os serviços de saúde, que na sua maioria não estão capacitados para esse tipo de atendimento. Pesquisa realizada no Brasil, em 1999, 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. As mais freqüentes foram perfuração do útero, infecção e hemorragia, que podem levar a graus distintos de morbidade e mortalidade (HARDY; COSTA, 1999).

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), metade das gestações é não planejada, com uma a cada nove mulheres recorrendo ao abortamento para interrompê-las. Estima-se que na América Latina e no Caribe ocorram anualmente 18 milhões de gestações, das quais 52% não foram planejadas e 23% terminam em abortamento (AGI 1999). Para o Brasil, calcula-se que 31% das gestações terminam em abortamento (BRASIL, 2005n).

Além de ser causa de discriminação e violência institucional contra as mulheres nos serviços de saúde, o aborto realizado em condições inseguras figura entre as principais causas de morte materna. O atendimento no SUS às mulheres em processo de abortamento apresenta tendência de estabilização na última década, conseqüência possível do aumento de mulheres usando métodos anticoncepcionais e da elevada prevalência de laqueadura tubária, em especial nas regiões Nordeste e Centro-Oeste. No entanto, verifica-se não só o decréscimo da média de idade das mulheres que foram a óbito, como também a permanência de desigualdades regionais, com menor redução dessas taxas nos estados nordestinos. É também nessa região do País onde as mortes decorrentes do aborto inseguro adquirem mais importância entre as causas de morte materna (BRASIL, 2005n).

Como desdobramento da 1ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, em julho de 2004, foi apresentada a proposta para a descriminalização do aborto/revisão da legislação punitiva sobre o aborto. Para fazer esta revisão foi instalada naquele ano uma Comissão Tripartite formada por Governo Federal, Legislativo e sociedade civil. Essa Comissão, da qual a ATSM fez parte, elaborou uma minuta de um anteprojeto de lei. Em 2005, durante as reuniões da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, o Projeto de Lei n.º 1.135/1991 entrou na pauta. Em suma, a proposta é suprimir o artigo que caracteriza como crime o aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento. A ATSM participou das reuniões e da Audiência Pública que discutiram a aprovação deste projeto.

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 retratem 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 prevenir a situação acima descrita (BRASIL, 2004c).

Atenção em Planejamento Reprodutivo

Na Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, realizada em 1996, observa-se o uso predominante de dois métodos contraceptivos: a laqueadura tubária e a pílula (40% e 21%, respectivamente). A prevalência da laqueadura tubária é maior nas regiões onde as mulheres têm menor escolaridade e condições socioeconômicas mais precárias. A pesquisa evidencia o limitado acesso das mulheres à informação sobre opções para regular a fecundidade, assim como aos métodos anticoncepcionais. Segundo a pesquisa, 43% das usuárias de métodos anticoncepcionais interrompem o uso durante os 12 meses após a sua adoção. Informa ainda que nos cinco anos que antecederam o estudo, aproximadamente 50% dos nascimentos não foram planejados (SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, 1997).

O planejamento reprodutivo ainda não é implementado como uma atividade prioritária na atenção básica, onde a ênfase continua sendo o ciclo gravídico-puerperal, no que diz respeito à

saúde da mulher. Esta informação foi produzida por meio de duas pesquisas promovidas pela Área Técnica de Saúde da Mulher/MS: *Avaliação da Estratégia de Distribuição de Métodos Anticoncepcionais no Brasil pelo Ministério da Saúde* realizada em 2002 e em 2004, pelo Centro de Pesquisa em Saúde Reprodutiva de Campinas (Cemicamp), e *Contraceção e Planejamento Reprodutivo na Percepção de Usuárias do Sistema Único de Saúde* realizada em 2004. Esta última pesquisa foi realizada por meio de convênio com o SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia e com o apoio do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA).

Essas pesquisas indicaram que as ações educativas são insuficientes e que os profissionais de saúde não se sentem devidamente capacitados para atuarem nessa área. Em relação ao suprimento dos insumos no SUS para o planejamento reprodutivo, elas revelaram descontinuidade na oferta. No que se refere à esterilização cirúrgica voluntária (laqueadura tubária e vasectomia), verificou-se a existência de demanda reprimida para esses procedimentos. Sobre o atendimento dos adolescentes e jovens, constatou-se o despreparo dos serviços de saúde para a atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva dessa população, particularmente no que se refere à prescrição de métodos anticoncepcionais. Esta é uma questão que gera muita polêmica entre os profissionais de saúde quanto aos seus aspectos éticos e legais. Verificou-se resistência por parte de muitos serviços em disponibilizar a pílula anticoncepcional de emergência na atenção básica, fruto de tabus e informações distorcidas com relação a essa questão entre gestores e profissionais de saúde.

Apesar do planejamento reprodutivo estar incluído entre as ações prioritárias a serem desenvolvidas na atenção básica, muitos municípios não conseguem implantar e implementar estratégias adequadas de fornecimento de anticoncepcionais para a população, não desenvolvem ações educativas e de aconselhamento para uma escolha livre e informada, nem garantem o acompanhamento das usuárias. Essa situação contribui para a ocorrência de abortamentos em condições inseguras e conseqüentemente para o aumento do risco de morte por essa causa (BRASIL, 2004c).

Há dificuldades a serem superadas quanto à produção, controle de qualidade, aquisição e logística de distribuição dos métodos anticoncepcionais. A integração entre as três esferas de governo – federal, estadual e municipal – necessita ser fortalecida para que se cumpram os pactos que vêm sendo sucessivamente formalizados desde o ano 2000, com vistas ao aumento da oferta de anticoncepcionais reversíveis no SUS.

Segundo a OMS e diversas sociedades científicas, estima-se que aproximadamente 8% a 15% dos casais têm algum problema de infertilidade durante sua vida fértil. A incidência da infertilidade conjugal varia de acordo com a região geográfica, mas faltam dados para se delinear um perfil mais preciso sobre o assunto. Apesar da assistência à infertilidade fazer parte do planejamento reprodutivo e de haver demanda neste campo são muito poucos os serviços públicos no País que oferecem essa atenção. Além disso, ainda não foi implementada no SUS uma linha de cuidados voltada para esse problema que abranja a atenção básica, a de média e a de alta complexidade.

DST/HIV/Aids e as Mulheres

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) estão entre os problemas de saúde pública mais comuns no Brasil e em todo o mundo. Se por um lado não é possível conhecer a real magnitude das DST no Brasil, a sua transcendência é por demais conhecida:

- São considerados, atualmente, os principais fatores facilitadores da transmissão sexual do HIV.

- Quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, algumas 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, ou mesmo adotar práticas inadequadas de automedicação, facilitadas pela falta de controle na venda de medicamentos 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 (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS/DST, 2006).

É entre mulheres e recém-nascidos que ocorrem os danos mais graves que as DST (excetuando-se o HIV/aids) causam à saúde. As complicações nas mulheres incluem o câncer de colo uterino, a doença inflamatória pélvica (DIP) que pode provocar a infertilidade, a dor crônica, a gravidez ectópica e a mortalidade materna associada.

A transmissão vertical da sífilis permanece um problema de saúde pública no Brasil. Das várias doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo gravídico-puerperal, a sífilis é a que tem as maiores taxas de transmissão. Estudos de representatividade nacional estimam uma prevalência em gestantes de 1,6% e cerca de 12 mil crianças nascendo com sífilis congênita por ano. Embora a sífilis congênita seja um agravo de notificação compulsória desde 1986, a subnotificação ainda é a regra. Continua também elevado o percentual de casos onde, apesar das mães realizarem pré-natal e fazerem o diagnóstico de sífilis durante a gestação, o parceiro não é adequadamente tratado. De acordo com o último Boletim Epidemiológico – Aids e DST –, divulgado em novembro/2006, há crescimento da taxa de incidência de sífilis congênita. Em 2000, a taxa foi de 1,3 casos em cada mil nascidos vivos. Em 2005, foi de 1,9 (BRASIL, 2005s; BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS/DST, 2006).

Em termos globais, a epidemia de aids constitui uma realidade contundente para as mulheres. Nos últimos anos da década de 80 e início dos anos 90 a frequência de casos de HIV/aids entre mulheres cresceu consideravelmente e a transmissão heterossexual passou a ser a principal via de transmissão do HIV. Em 1986, apenas 5% dos casos de aids notificados eram do sexo feminino. Em 2005, a razão entre os casos masculinos e femininos de aids foi de 15 casos masculinos para cada 10 femininos (ou 1,5: 1) (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS/DST, 2006).

Estima-se que aproximadamente 600 mil pessoas vivam com HIV e aids no Brasil. Na população masculina, há discreta queda na taxa de incidência para cada 100 mil, que era de 22,5 em 1996 e foi para 21,9 em 2005. Por sua vez, nas mulheres, a taxa de incidência saltou de 9,3 em 1996 para 14,2 em 2005. Verifica-se atualmente no Brasil uma tendência de aumento da infecção pelo HIV entre mulheres com mais de 30 anos, em todas as faixas etárias, que se declaram de cor preta ou parda, com práticas heterossexuais e que vivem em situação de pobreza nos municípios mais interioranos (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS/DST, 2006). 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 dos profissionais de saúde ainda se referencia no conceito ultrapassado de “grupos de risco”, não reconhecendo a vulnerabilidade desse segmento populacional (BRASIL, 2003a).

Por sua vez, o fenômeno da expansão do HIV entre as mulheres acarreta um aumento da transmissão vertical do HIV. Com uma prevalência de 0,41% de infecção pelo HIV em gestantes, estima-se que 12.456 recém-nascidos sejam expostos ao HIV anualmente. A taxa de transmissão vertical do HIV, quando não são realizadas intervenções de profilaxia, atinge cerca de

25% das gestações das mulheres infectadas. Segundo a literatura, obtém-se uma redução dessa taxa para níveis entre 1 a 2% com a aplicação de todas as intervenções preconizadas pelo Programa Nacional de DST/Aids, com vistas à redução da transmissão vertical do HIV.

Os novos números da aids no Brasil apontam para uma queda acentuada nos casos de transmissão vertical do HIV, quando o HIV é passado da mãe para o filho, durante a gestação, o parto ou a amamentação. De acordo com o último Boletim Epidemiológico Aids e DST, divulgado em novembro de 2006, a redução foi de 51,5%, entre 1996 e 2005. Naquele ano, foram registrados 1.091 casos. No ano passado, 530 casos. Em 2006, de janeiro a junho, foram notificados 109 casos nessa categoria (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS/DST, 2006).

Em estudo realizado em 2002, observou-se que apenas 52% das parturientes tinham realizado o teste de HIV na gestação e conheciam o resultado do teste antes da internação para o parto. A cobertura de teste de HIV na gestação demonstrou grandes disparidades socioespaciais, com valores menores do que 30% nas regiões Norte e Nordeste. No Brasil, a cobertura de sorologia para o HIV na gestação, considerando-se todas as etapas antes do parto (pelo menos uma consulta de pré-natal; pedido do teste de HIV; concordância da gestante; conhecimento do resultado antes do parto) foi estimada em 63%. As enormes desigualdades regionais ficam evidenciadas na comparação das regiões Norte (35%) e Nordeste (31%) com as regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste, que apresentaram proporções superiores a 75%. A análise por grau de escolaridade da gestante evidencia as enormes desigualdades socioeconômicas na cobertura do teste de HIV na gestação. Traduzindo as disparidades sociais no acesso aos serviços de saúde, a cobertura de teste de HIV na gestação variou de 25% entre parturientes analfabetas, a 82% entre as que têm grau superior de instrução. Em 2004, foram 7.212 casos notificados de gestantes soropositivas para o HIV. Em 2005, foram 6.757 (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS/DST, 2006).

Mulheres em Situação de Violência Doméstica e Sexual

A violência sexual e/ou doméstica é um dos principais indicadores da discriminação contra a mulher e um grave problema de saúde pública. Pesquisa coordenada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), realizada entre os anos de 2000 e 2001, 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 na cidade de São Paulo (SP) e na Zona da Mata, em Pernambuco (PE). Em São Paulo (SP), 29% das mulheres relataram violência física e/ou sexual por parte do companheiro. Na Zona da Mata, em Pernambuco, 34% das mulheres relataram algum episódio de violência cometido pelo parceiro ou ex-parceiro. Das mulheres agredidas, apenas 16% em São Paulo e 11% em Pernambuco buscaram hospitais ou centros de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002), o que pode ser explicado pela pouca divulgação e dificuldades de acesso aos serviços que prestam assistência às vítimas de violência.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir de ampla revisão bibliográfica apresentada na publicação *World Report on Violence and Health*, estima que a violência sexual possa atingir até 25% das mulheres quando perpetrada por parceiro íntimo, e que cerca de um terço das adolescentes pode ter iniciado sua vida sexual através de uma relação forçada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001). Ainda segundo a OMS, a violência contra a mulher cometida por maridos ou parceiros é ampla e comum tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, em áreas urbanas e rurais.

De um modo geral, há poucos dados disponíveis sobre os diversos tipos de violência de gênero (doméstica ou sexual). A maioria dos estudos se baseia, fundamentalmente, nos casos contra crianças e mulheres que procuram ajuda institucional.

Os impactos da violência doméstica e/ou sexual na saúde se apresentam na forma de depressão, tentativas de suicídio, síndromes de dor crônica, distúrbios psicossomáticos, dificul-

dades relacionadas à sexualidade, desordens da personalidade, lesões físicas, gravidez indesejada, risco aumentado para as DST/HIV/aids.

Saúde Sexual e a Saúde Reprodutiva de Adolescentes

O aumento da taxa de fecundidade entre mulheres jovens é um aspecto importante. 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, 80 tinha um filho. Hoje, são 90 em cada grupo de 1.000 adolescentes. Em 1980, a fecundidade das mulheres de 15 a 19 anos de idade representava 9,14% da fecundidade total do País. Em 2000, esse percentual alcança 19,38%. A Região Norte é a que apresenta maior proporção de gravidez na adolescência (10 a 19 anos), correspondendo a 29,1% no ano de 2003. Em seguida vem a Região Centro-Oeste, com a proporção de 23,3%, no mesmo ano (BRASIL, 2005t, 2006k).

Os dois últimos censos (IBGE) mostraram ainda que esse aumento da fecundidade não foi uniforme em todas as camadas socioeconômicas. Foi mais expressivo entre as jovens menos escolarizadas, alcançando 44%, e as mais pobres, com aumento de 42%. Embora mais intenso nas áreas urbanas, o aumento ocorreu também no meio rural (BRASIL, 2005t, 2006k).

No ano 2000, foram registradas 127.740 internações por aborto no SUS (incluindo abortos espontâneos e induzidos). Deste número, 59% referiam-se a jovens na faixa etária dos 20 a 24 anos, 39% adolescentes entre 15 e 19 anos e 2,50% adolescentes na faixa dos 10 aos 14 anos (Fonte: SIH-SUS/DATASUS/MS). O aborto inseguro é uma das causas de mortalidade materna entre adolescentes e jovens e atinge, principalmente, as jovens pobres que sofrem mais dramaticamente as conseqüências da deficiência na assistência obstétrica e do impacto das condições de vida no estado de saúde.

Em 2002, foram registrados no DATASUS 1.650 óbitos maternos. Destes óbitos, 268 (16%) eram de mulheres que tinham entre 10 e 19 anos e 687 (42%), entre 20 e 29 anos.

É fato que a gravidez não planejada, quando indesejada pode se tornar um grave problema de saúde. O aumento da taxa de fecundidade entre adolescentes e jovens, assim como o número de óbitos maternos nesta faixa etária, é um forte indicador de que as políticas de atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva não têm atendido às necessidades desse segmento (BRASIL, 2006k).

A epidemia de aids tem crescido entre adolescentes e jovens. O Brasil acumulou um total de 55.060 casos em jovens menores de 24 anos no período de 1980 a 2004, correspondendo a 15,2% dos casos notificados (Fonte: PN DST/AIDS/SVS/MS). O número de casos de aids diagnosticados entre as jovens de 13 a 19 anos cresceu 75% entre 1991 e 2000 e a taxa de incidência de aids no País passou de 0,75 por 100 mil mulheres de 13 a 19 anos em 1991 para 1,86 em 2000.

São insuficientes os dados sobre a prevalência de DST entre a população adolescente e jovem. Todavia, pode-se presumir que o início da vida sexual mais cedo e os dados sobre a não utilização de preservativos indicam a vulnerabilidade de adolescentes e jovens a estas infecções, destacando-se o herpes genital e o HPV (17% e 25% dos casos registrados na faixa dos 10 a 24 anos, respectivamente) (BRASIL, 2006k).

Saúde da Mulher no Climatério/Menopausa

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 morbiletali-

dade. 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 (BRASIL, 2004).

A medicalização do corpo das mulheres, com o uso indiscriminado de hormônios durante o climatério/menopausa encontra um campo fértil no imaginário feminino. Para poderem decidir pela adoção ou não da terapia de reposição hormonal, as mulheres devem ser informadas sobre os problemas de saúde acarretados pelo abuso no uso de estrógenos para os sintomas do climatério/menopausa (BRASIL, 2004). Ainda existem lacunas nos dados sobre essa fase da vida das mulheres, para que se possa avaliar com mais precisão o acesso das mulheres aos serviços.

Saúde Mental e Gênero

Quando se observa os registros do SUS sobre internações psiquiátricas para o período 2000 – 2002, nota-se que a partir de 2001 ocorre uma diminuição do total dessas internações. No entanto, esse mesmo período apresenta um aumento proporcional das internações de mulheres em função de sofrimentos causados por transtornos de humor (afetivos): no ano de 2000 elas representavam 12,4% do total de internações; em 2001 esse percentual foi de 2,8% e em 2002 foi de 13,9%, mantendo-se como a segunda causa de internações.

Também crescem as internações psiquiátricas de mulheres devido ao uso de álcool (a quinta causa nos três anos observados), passando de 3,4% das internações em 2000 para 3,6% em 2001 e para 3,8% em 2002. Aumentam as internações devido ao uso de substâncias psicoativas. Estas que ocupavam o 18º lugar nos anos de 2000 e 2001 (0,9% do total de internações em mulheres), passaram ao 12º lugar (1,4% das internações) em 2002. Sobre os transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério, no já referido *Estudo da Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 Anos, com Ênfase na Mortalidade Materna* (BRASIL, 2006h) realizado em 2002, foram encontradas 97 mortes por suicídio associado à depressão, inclusive relacionada ao pós-parto.

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 as práticas de saúde incorporem a noção de que a saúde mental das mulheres está associada às questões de gênero e às condições socioeconômicas e culturais.

Doenças Crônico-Degenerativas e Câncer Ginecológico

As mudanças de hábito, aliadas ao estresse 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. Tipo de alimentação, sedentarismo, tabagismo, sobrecarga de responsabilidades (como o aumento considerável do número de mulheres chefes de família), competitividade e assédio moral e sexual no mundo do trabalho são fatores com relevância destacada na mudança do perfil epidemiológico da saúde das mulheres.

No Brasil, conforme já referido, as principais causas de morte da população feminina são as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as causas externas (BRASIL, 2005t). As doenças circulatórias são responsáveis por impacto expressivo na mortalidade da população brasileira, correspondendo a 32% dos óbitos em 2002. Entre os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, estão a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a *diabete mellitus* (DM). No País, dados do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e à *diabete mellitus* de 2001 apontaram para uma prevalência destes fatores na população brasileira acima de 40 anos de idade de 36% e 10%, respectivamente (BRASIL, 2006m).

Entre 1979 e 1999, observa-se no Brasil um aumento importante no número total de casos de câncer e nos óbitos por essa causa. Entre os homens, a taxa bruta de mortalidade aumen-

tou 16,72%, enquanto entre as mulheres o aumento foi de 14,72% (Fonte: Instituto Nacional de Câncer – Inca/MS).

As estimativas para o ano de 2006 da incidência de câncer no País prevêem 472.050 casos novos de câncer, sendo 234.570 para o sexo masculino e 237.480 para o feminino. Os tipos mais incidentes, à exceção do câncer de pele não melanoma, serão os de próstata e pulmão no sexo masculino e mama e colo do útero no sexo feminino, acompanhando o mesmo perfil da magnitude observada no mundo. Os cânceres mais incidentes para o sexo feminino serão o câncer de pele não melanoma, mama, colo do útero, cólon e reto e pulmão (BRASIL, 2005i).

O câncer de mama permanece como o segundo tipo de câncer mais freqüente no mundo e o primeiro entre as mulheres, sem considerar os tumores de pele não melanoma. Como é sabido que fatores hormonais podem estar associados ao aumento de risco do câncer de mama, ao se prescrever anticoncepcionais hormonais e terapia de reposição hormonal deve-se sempre avaliar a relação risco-benefício. (BRASIL, 2005i).

O câncer de colo de útero é o segundo mais comum entre as mulheres no mundo, sem considerar os tumores de pele não melanoma. O principal agente causal deste câncer é o papilomavírus humano (HPV) transmitido sexualmente, sendo mais prevalente em mulheres com iniciação sexual precoce, com múltiplos parceiros e em relações sexuais não protegidas pelo preservativo (BRASIL, 2005i).

Saúde das Mulheres Lésbicas e Bissexuais

De acordo com o *V Seminário Nacional de Mulheres Lésbicas*, realizado em junho de 2003, as ações de atenção à saúde da mulher e as políticas públicas devem contemplar as necessidades específicas das mulheres lésbicas e bissexuais. No atendimento na área da ginecologia, os profissionais devem abandonar o pressuposto de que a vida sexual ativa das mulheres é sempre de caráter heterossexual.

Por sua vez, as mulheres lésbicas ainda consideram que o câncer de colo de útero só afeta mulheres heterossexuais e, portanto, não se sentem mobilizadas para a sua prevenção, nem para a prevenção do câncer de mama. Para as mulheres lésbicas que trabalham na prostituição, existe o risco das DST/HIV/aids. Quanto à violência intrafamiliar, há relatos de que adolescentes lésbicas costumam ser expulsas do lar ou são vítimas de violência sexual (ou outras formas de violência).

A atenção em reprodução humana assistida no SUS deve incluir 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 lésbicas, dentro de suas especificidades, e respeitem seus direitos de cidadania.

Saúde das Mulheres Negras

Segundo o Censo de 2000 (IBGE), há 36 milhões de mulheres negras brasileiras, cuja maioria vive na zona urbana. A população feminina no Brasil corresponde a aproximadamente 51% da população e as mulheres negras são aproximadamente 30% da população feminina.

A subnotificação da variável cor (“quesito cor”) na maioria dos sistemas de informação da área de saúde tem dificultado uma análise mais consistente sobre a saúde da mulher negra no Brasil. Por outro lado, os dados socioeconômicos disponíveis indicam que a maioria das negras encontra-se abaixo da linha da pobreza, exibindo a seguinte situação: a taxa de analfabetismo é o dobro em relação às mulheres brancas; são majoritariamente chefes de família sem cônjuge e com filhos; por razões sociais ou de discriminação, as mulheres negras têm menor acesso

aos serviços de saúde de boa qualidade, à atenção ginecológica e à assistência obstétrica – seja no pré-natal, no parto ou no puerpério – e têm um risco maior que as brancas de contrair e de morrer mais cedo por determinadas doenças (BRASIL, 2005q).

Os problemas de saúde mais prevalentes nas mulheres negras, segundo a literatura, são: hipertensão arterial, *diabetes mellitus* tipo II, miomas e anemia falciforme. 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 esperança de vida para as mulheres negras é de 66 anos, enquanto que para as mulheres brancas é de 71 anos.

O risco de óbitos maternos é maior entre as mulheres negras. Alguns estudos indicam que a morte materna associada à pré-eclâmpsia/eclâmpsia (a primeira causa de morte materna no Brasil) é mais freqüente entre as mulheres negras. Esses estudos revelam que a taxa das mulheres negras é quase seis vezes maior do que a de mulheres brancas. Em razão de serem na maioria chefes de família com filhos, mas sem cônjuge, a mortalidade materna de negras conseqüentemente relega à orfandade e à miséria um número significativo de crianças (BRASIL, 2005q).

Saúde das Mulheres Índias

A população indígena brasileira constitui hoje aproximadamente 0,2% da população brasileira. Cerca de 60% dessa população vive no Centro-Oeste e Norte do País, regiões onde estão concentradas 98,7% das terras indígenas.

A atenção à saúde da mulher indígena ainda é precária, não se conseguindo garantir ações de assistência pré-natal, de prevenção do câncer de colo de útero e de prevenção de DST/HIV/aids, entre 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, envolvendo as comunidades indígenas na definição e acompanhamento das mesmas.

Saúde das Mulheres Residentes e Trabalhadoras na Área Rural

A dificuldade das mulheres rurais no acesso às informações e ações de saúde estão relacionadas, entre 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 especificidades culturais e geográficas dos agravos à saúde decorrentes do trabalho no campo.

Segundo a PNDS de 1996, no meio rural 32% das gestantes não tiveram nenhum atendimento pré-natal e, das mulheres residentes na área rural que receberam atendimento pré-natal, apenas 36% tiveram acesso ao cartão da gestante. O documento informa também que 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. Segundo essa mesma PNDS, a taxa de mortalidade infantil entre os filhos das mulheres que não tiveram nenhuma assistência pré-natal e ao parto, nas áreas urbanas foi de 42 óbitos/1.000 nascidos vivos e nas áreas rurais chegou a 65 óbitos/1.000 nascidos vivos. Além disso, a proporção de mulheres da área rural insatisfeitas nas suas necessidades de contracepção é duas vezes maior do que na área urbana (SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, 1997).

A exposição aos agrotóxicos, seja ambiental ou ocupacional – aguda ou crônica – representa um dos fatores de deterioração da 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 reproduti-

vo. Existem poucos estudos enfocando os problemas de saúde da mulher residente e trabalhadora rural, sobretudo nos assentamentos e acampamentos rurais, o que dificulta a proposição de ações adequadas a essa realidade.

Saúde da Mulher em Situação de Prisão

Grande parte da população presidiária do 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, diarreias infecciosas, além de outros problemas prevalentes na população adulta brasileira, tais como hipertensão arterial e *diabetes mellitus*.

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. Constata-se um número alto de mulheres que não recebem 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). 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 de avós maternos.

Quanto à saúde sexual, 76,1% das mulheres presas relatam ter algum tipo de problema, e o número de soropositividade para o HIV entre elas (6,3%) é o dobro dos homens na mesma situação. Essas mulheres enfrentam ainda dificuldades para garantir o direito à visita íntima do companheiro. Quanto às visitas íntimas de pessoas do mesmo sexo, não há direito assegurado dentro do sistema prisional.

2 Políticas de Saúde da Mulher

2.1 Breve histórico das políticas de saúde da mulher no Brasil

No Brasil, a saúde da mulher se incorpora 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, traduzem 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.

A principal característica desses programas é preconizar 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 é a verticalidade e a falta de integração com outros programas e ações propostos pelo Governo Federal. As metas são definidas pelo nível central, sem qualquer avaliação das necessidades de saúde das populações locais. Um dos resultados dessa prática é a fragmentação da assistência 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 tratam a mulher, que tem 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. Trata-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 reprodução, 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.

As mulheres organizadas argumentam que as desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres se traduzem também em problemas de saúde que afetam particularmente a população feminina. Por isso, faz-se necessário criticar os programas, buscando identificar e propor processos políticos que promovam 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.

Com base naqueles argumentos, propõe-se que a perspectiva de mudança das relações sociais entre homens e mulheres ofereça suporte à elaboração, execução e avaliação das políticas de saúde da mulher. As mulheres organizadas reivindicam, portanto, sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que extrapolam os momentos da gestação e parto, demandando ações que lhes proporcionem a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos de vida. Ações que contemplem as particularidades dos diferentes grupos populacionais e as condições sociais, econômicas, culturais e afetivas em que estão inseridos.

Em 1984, o Ministério da Saúde, atendendo às reivindicações do Movimento de Mulheres, elabora o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Marca-se uma ruptura conceitual com os princípios norteadores das políticas de saúde das mulheres, vigentes até então, e com os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984). Esse Programa inclui promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério,

no climatério, em planejamento reprodutivo, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres e dos interesses estratégicos das mesmas.

O PAISM incorpora as propostas do Movimento da Reforma Sanitária, um ator político chave para o processo de instauração do Sistema Único de Saúde (SUS) e que, em meados da década de 70, se articula a outros movimentos da sociedade civil no País, entre eles o movimento feminista. No bojo desse amplo movimento social, o SUS surge como um modelo inovador da atenção à saúde no Brasil, uma vez que se orienta pelos princípios de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como pela integralidade e a equidade da atenção. A legislação básica que institui e regulamenta o SUS – a Constituição de 1988, a Lei n.º 8.080 e a Lei n.º 8.142, as Normas Operacionais Básicas (NOB) e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) – cria um espaço privilegiado para a reorganização das ações e dos serviços básicos. Entre elas se colocam as ações e os serviços de atenção à saúde da mulher, integrados ao sistema e seguindo seus princípios e diretrizes.

O PAISM constitui a base dos esforços governamentais relacionados ao campo das políticas, estratégias e programas do sistema de saúde na área da saúde da mulher. Em 2004, esse programa toma a forma da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. A definição das prioridades dessa Política de Atenção à Saúde da Mulher baseou-se em um diagnóstico da situação de saúde das mulheres no Brasil elaborado em conjunto com diversos atores sociais.

2.2 Contextualização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher no âmbito da construção do SUS

O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) tem tido uma evolução significativa, especialmente em relação à descentralização e à municipalização das ações e serviços de saúde. A estratégia de descentralização da política nacional de saúde, no Brasil, associada à diretriz da gestão única, resulta em três arranjos formais para o sistema de saúde – os sistemas municipais, estaduais e o nacional – em relação aos quais estão definidos os papéis de cada gestor no seu compromisso com o SUS.

A descentralização tem contribuído para a ampliação do acesso da população às ações e serviços de saúde, a expansão de cobertura de atenção e uma efetiva democratização do setor, com a participação e envolvimento dos inúmeros atores – os gestores, trabalhadores, conselheiros – no planejamento, formulação, execução e avaliação dessas ações e serviços para a promoção da equidade. Quando orientada para equidade, justiça e democracia, a descentralização pode possibilitar, nos níveis locais do sistema, uma melhor identificação das necessidades de saúde da população, melhoria da qualidade dos serviços, adequação dos recursos humanos e a participação da sociedade civil nos processos de decisão.

No entanto, a experiência tem mostrado que o processo de descentralização não melhora de *per se* a provisão dos serviços, como também não garante automaticamente a maior aproximação da população nas decisões. Constata-se que a participação popular, um dos pilares do SUS, freqüentemente é influenciada por mecanismos e práticas clientelistas, em detrimento do direito da população de exercer sua cidadania. Constata-se também que em muitos estados e municípios, todavia, não existe uma agenda de gênero que contemple ações nas áreas de direitos sexuais, direitos reprodutivos, violência e outras demandas importantes para a saúde das mulheres, visto que se orientam por abordagens tradicionais, com enfoque somente no grupo materno-infantil. Isto serve para demonstrar o quanto a democratização e o avanço da descentralização estão condicionados à agenda dos gestores dos diversos níveis do sistema, que nem sempre corresponde à agenda das mulheres e suas necessidades de saúde.

Verifica-se, então, que apesar das políticas e diretrizes do Ministério da Saúde existirem para serem adaptadas às necessidades dos níveis locais, nem sempre elas são implementadas pelas

autoridades de saúde dos municípios. Este hiato entre o nível nacional do sistema e seus níveis locais mostra a urgência no enfrentamento de alguns desafios para a efetivação do SUS e a implementação das políticas nacionais de saúde, entre elas a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher¹. Entre esses desafios coloca-se o de qualificar a gestão e superar a fragmentação das políticas e programas de saúde, por meio da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços.

Na perspectiva de ampliar as possibilidades de efetivação do SUS e das políticas de saúde, diferentes estratégias têm sido implementadas na última década. Com o propósito de estabelecer novas diretrizes para qualificar a gestão do sistema, o Ministério da Saúde construiu o Pacto pela Saúde, que contempla três componentes – Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Vida e Pacto de Gestão. O Pacto pela Saúde foi instituído pela Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006c). As mudanças que esse Pacto introduz na Norma Operacional NOB 1/96 (BRASIL, 1996b) e na NOAS/2002 (BRASIL, 2002a), nos processos de regionalização, nas Programações Pactuadas Integradas, na regulação e financiamento do sistema, possibilitam importantes avanços, mesmo que implementadas sob diferentes formas. Entre as mudanças, destacam-se: a substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos termos de compromisso de gestão; a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização; a integração das várias formas de repasse dos recursos federais e a unificação dos vários pactos hoje existentes.

Outra estratégia, aprovada com o propósito de superar a fragmentação das políticas e programas de saúde e ampliar as possibilidades de efetivação do SUS, é a da reorganização da atenção básica, por meio da Estratégia de Saúde da Família. Em 28 de março de 2006 foram editadas pelo Ministério da Saúde três portarias relacionadas com esse nível da atenção à saúde. A Portaria n.º 648/GM, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, revoga várias portarias anteriores sobre a questão e estabelece a revisão de diretrizes e normas visando organizar a atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). As Portarias n.º 1.649 e n.º 650, que estabelecem, respectivamente, os valores de financiamento para o ano de 2006 (com vistas à estruturação de unidades básicas de saúde para as equipes de Saúde da Família) e os valores de financiamento do PAB fixo e do PAB variável. Desde a criação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, a atenção básica vem se fortalecendo e se expandindo. Em março de 2006, havia 25.162 equipes de Saúde da Família, implantadas em 4.898 municípios do Brasil, oferecendo cobertura a 45,3% da população (Fonte: Departamento de Atenção Básica/SAS/MS).

As interfaces da atenção integral à saúde da mulher com a efetivação do “SUS que Queremos” são muitas. Verifica-se neste momento a coexistência de processos de implantação e implementação de políticas e Pactos que, direta ou indiretamente, relacionam-se com a saúde da mulher, a saber: a Política de Atenção à Saúde da Mulher, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, o Pacto pela Vida e a Política Nacional de Atenção Básica.

A ATSM participou da construção do Pacto pela Vida que, entre as seis prioridades pactuadas, incluiu duas relacionadas com a saúde da mulher: redução da mortalidade materna e controle do câncer do colo de útero e da mama. O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Com relação à redução da mortalidade materna, os objetivos e metas do Pacto consistem em (a) reduzir em 5% a razão de mortalidade materna, em 2006; (b) garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto; e (c) qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam às necessidades das maternidades e outros locais de parto. No que diz respeito, especificamente, aos objetivos e metas para o controle do câncer do colo do útero e da mama foi estabelecido: (a) cobertura de 80% para o exame preventivo do câncer do colo do útero, conforme protocolo, em 2006; (b) incentivo à realização de cirurgia de alta frequência, técnica que utiliza um instrumental especial para a retirada de

¹ Adota-se neste Relatório a terminologia Política de Atenção à Saúde da Mulher para referir-se a esta política.

lesões ou parte do colo uterino comprometido, com menor dano possível, que pode ser realizada em ambulatório, com pagamento diferenciado, em 2006; (c) ampliação para 60% da cobertura de mamografia, conforme protocolo e (d) realização de punção em 100% dos casos necessários, conforme protocolo.

No Pacto pela Vida, a prioridade de redução da mortalidade materna acopla-se a redução da mortalidade infantil, com os objetivos de, em 2006: (a) reduzir a mortalidade neonatal em 5% (b) reduzir em 50% os óbitos por doença diarréica e 20% por pneumonia (c) apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualidade da atenção às doenças prevalentes e (d) criação de comitês de vigilância do óbito em 80% dos municípios com população acima de 80 mil habitantes.

Neste Relatório de Gestão, a ATSM detalha e analisa as ações desenvolvidas em nível nacional, observando que as mesmas nem sempre encontraram respostas nas demais instâncias de direção do SUS. Dificuldades técnicas, políticas e administrativas contribuem para protelar o impacto das ações empreendidas e indicam a necessidade de persistir com os investimentos em saúde da mulher no Brasil. Essas dificuldades revelam ainda que toda reflexão sobre o processo de implementação da estratégia de descentralização da política de saúde no Brasil deve ser feita em conjunto com um estudo da relação federativa que rege o País, com suas particularidades e desafios. Ou seja, a reflexão sobre as responsabilidades na implementação de políticas públicas deve contemplar uma análise da diversidade dos estados e municípios, em termos de porte, de desenvolvimento político, econômico e social.

3 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

3.1 O processo de elaboração e implementação da Política

A Política de Atenção à Saúde da Mulher foi elaborada em 2003, quando a equipe técnica de saúde da mulher realizou um diagnóstico epidemiológico da situação da saúde da mulher no Brasil e definiu a importância de contar com diretrizes que orientem as políticas de Saúde da Mulher.

A Área Técnica da Saúde da Mulher buscou a parceria dos diferentes departamentos, coordenações e comissões do Ministério da Saúde. Incorporou também as contribuições do movimento de mulheres, do movimento de mulheres negras e de trabalhadoras rurais, das sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não-governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional. Por fim, submeteu a referida Política à apreciação do Conselho Nacional de Saúde e à Comissão de Saúde da Mulher (Cismu) desse Conselho. Trata-se, portanto, de um documento legitimado por diversos setores da sociedade e pelas instâncias de controle social do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Política de Atenção à Saúde da Mulher reflete o compromisso com a implementação de ações e serviços de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a humanização da atenção à saúde como princípios norteadores, bem como consolida os avanços no campo dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos. Além disso, prevê a articulação com diferentes áreas técnicas para ampliar as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades. Enfatiza a importância do empoderamento das usuárias do SUS e a participação das mulheres nas instâncias de controle social.

A Política Nacional proposta considera a diversidade dos 5.564 municípios, dos 26 estados e do Distrito Federal, que apresentam diferentes níveis de desenvolvimento e de organização dos seus sistemas locais de saúde e tipo de gestão.

Em 2006, a ATSM produziu o pôster *PAISM – 21 Anos Depois*, em que relata brevemente o histórico da Política. Retoma suas origens no documento *Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática* (BRASIL, 1984), que serviu de apoio para o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) elaborado pelo Ministério da Saúde em 1983 e publicado em 1984. O pôster também compara as necessidades das mulheres no início dos anos 80 com as novas perspectivas em 2006, ressaltando os compromissos e avanços da nova política, a Política de Atenção à Saúde da Mulher.

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

A Política de Atenção à Saúde da Mulher tem como diretrizes:

- 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 atender as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, lésbicas, bissexuais, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, com deficiência, entre 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 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 a 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, o Trabalho, a Previdência Social e a 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, o 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 a humanização das práticas em saúde.
- As práticas em saúde deverão nortear-se pelo princípio da humanização. Neste contexto, a humanização é compreendida 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 às 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 tecnologia 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 da Política de Atenção à Saúde da Mulher a participação da sociedade civil organizada deverá ser estimulada e apoiada, em particular o 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 (BRASIL, 2004c).

3.3 Objetivos Específicos e Estratégias da Política de Atenção à Saúde da Mulher

Os objetivos específicos e estratégias da Política de Atenção à Saúde da Mulher encontram-se descritos na publicação *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: plano de ação 2004 – 2007* (BRASIL, 2004d).

Ao longo da gestão 2003–2006, à Política de Atenção à Saúde da Mulher foram acrescentados mais dois outros objetivos específicos, um relativo às mulheres lésbicas e bissexuais e outro em relação às mulheres e o meio ambiente. Dessa maneira, este Relatório de Gestão vai se referir a eles como sendo:

- Promover a atenção à saúde das mulheres lésbicas e bissexuais.
- Promover a atenção à saúde das mulheres residentes em municípios ao longo da rodovia BR-163 e em regiões de construção de usinas hidrelétricas na bacia do Rio Tocantins.

4 Implementação da Política de Atenção à Saúde da Mulher

Neste capítulo a ATSM relata as ações e atividades nas quais esteve envolvida diretamente durante a gestão 2003–2006. A maioria delas esteve sob sua responsabilidade. Outras das quais participou, por meio de ações integradas sob a coordenação de outras instâncias do governo também são aqui incluídas porque a ATSM entende que em muitas delas se avançou em direção ao princípio da integralidade contribuindo, com isso, para a efetivação do Sistema Único de Saúde.

Neste capítulo, os critérios que definiram a ordem de exposição das ações implementadas pela ATSM nortearam-se pelas prioridades em relação aos diagnósticos epidemiológicos e às reivindicações do movimento de mulheres. Incluem-se ainda ações que se mostraram importantes ao longo da gestão.

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

Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal

A redução da mortalidade materna no Brasil é um desafio para o setor Saúde e para a sociedade como um todo. O Ministério da Saúde está ciente de que os níveis atuais da mortalidade materna representam uma violação dos direitos humanos, especialmente daquelas mulheres que vivem nas áreas mais empobrecidas do País, com pouco acesso a serviços públicos de qualidade.

O ano de 2004 foi declarado o Ano da Mulher no Brasil. Para marcar a comemoração do Dia Internacional da Mulher, em 8 de março, o presidente do Brasil, Luiz Inácio Lula da Silva, lançou oficialmente o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, uma iniciativa do Ministério da Saúde com uma gama de organizações do setor público e da sociedade civil.

O Pacto representa uma estratégia para dar uma resposta abrangente e multisetorial a fatores relacionados com a mortalidade materna no Brasil, envolvendo a participação pró-ativa de todos os níveis da sociedade. A mobilização e o diálogo social que se seguiu ao seu lançamento estão sendo considerados um modelo para a promoção dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, pela Organização das Nações Unidas (ONU), uma vez que integra as três instâncias de governo – federal, estadual e municipal – assim como um amplo leque de organizações representativas da sociedade civil.

O Ministério da Saúde, por meio das Coordenações do Pacto, da Saúde da Mulher, da Saúde do Adolescente e do Jovem e da Saúde da Criança e em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, organismos bilaterais e organizações da sociedade civil, tem promovido seminários regionais, estaduais e municipais para formalizar a adesão ao Pacto e elaborar planos estaduais e municipais para redução da mortalidade materna e neonatal adequados às realidades locais, com a participação de gestores estaduais, municipais e membros da sociedade civil organizada.

Em 2004, os nove estados da Região Nordeste participaram de um encontro em Salvador (BA) para a discussão da implementação do Pacto, tendo em vista as especificidades da região.

Para divulgar o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal tem sido garantida a participação de representantes do Ministério da Saúde em eventos promovidos por entidades governamentais ou da sociedade civil organizada de âmbito nacional ou internacional.

Em 2004, foi instalada a Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional, composta por 31 representações da sociedade civil e de governo. A Comissão tem entre seus objetivos avaliar a implementação do Pacto, propor estratégias de ação, diretrizes, instrumentos legais e princípios éticos, acompanhar as ações dos gestores das três esferas de governo e divulgar as ações desenvolvidas para a sua efetivação. Nas quatro reuniões realizadas desde a sua instalação, a Comissão definiu um plano de ação e as responsabilidades de cada instituição, bem como aprovou seu regimento interno.

O Ministério da Saúde tem garantido recursos para a implementação das estratégias do Pacto, visando à intensificação de ações de qualificação da atenção à mulher e ao recém-nascido nos municípios com os piores indicadores de morbimortalidade materna e neonatal.

Quinzenalmente, a Coordenação Nacional do Pacto divulga as ações realizadas e os avanços conquistados, por meio do fôlder *Balanço de Dois Anos do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal*. Essa publicação constitui valioso instrumento de acompanhamento das ações governamentais, sendo distribuído para os estados, municípios, coordenações estaduais e municipais, sociedade civil e em eventos externos.

Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal

Em 2004, foi constituído um grupo de trabalho, composto por técnicos de vários setores do Ministério da Saúde, com o objetivo de avaliar e fazer proposições para a melhoria da atenção obstétrica e neonatal. Como resultado, foi publicada pelo Ministério da Saúde, em 4 de julho de 2005, a Portaria n.º 1.067/GM (BRASIL, 2005c), que instituiu a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal.

Essa Política tem entre seus princípios e diretrizes o reconhecimento do direito de toda gestante e de todo recém-nascido de terem assegurado um atendimento digno, qualificado e humanizado na gestação, no parto, no puerpério e no nascimento. Estabelece como dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, respeitando-os como sujeitos de direitos.

A Portaria que instituiu a Política define um processo de contratualização de metas entre os gestores municipais, estaduais e o Ministério da Saúde para organização da rede de atenção obstétrica e neonatal nos estados e municípios, de acordo com as diretrizes e condições a serem aprovadas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Os contratos de metas para a atenção obstétrica e neonatal deverão contemplar a organização da atenção pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido, com garantia de referência para diagnóstico, atenção ambulatorial especializada, hospitalar e para assistência às situações de intercorrências e urgências obstétricas e neonatais.

Com relação ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), a Portaria em questão estabelece os seguintes ajustes: (a) revogar a exigência de processo de adesão ao PHPN; (b) disponibilizar o Sistema de Informação do PHPN (SISPRENATAL) para 100% dos municípios; (c) repassar incentivos do PHPN para 100% dos municípios que informarem, por meio do SISPRENATAL, a realização dos procedimentos estabelecidos na Portaria; (d) extinguir o componente II do PHPN, instituído pela Portaria MS/GM n.º 571, de 1º de junho de 2000 (BRASIL, 2000d), e que diz respeito à organização, regulação e aos investimentos na assistência obstétrica e neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e (e) substituir o número de cadastro de gestantes no PHPN (série numérica) pelo número do cadastro de usuário do SUS.

Essa Portaria emana também diretrizes para a qualificação do parto domiciliar realizado por

parteiras tradicionais, tais como: realizar diagnóstico situacional do parto domiciliar e cadastramento das parteiras tradicionais; garantir capacitação e educação permanente das parteiras tradicionais; fornecer materiais básicos para a realização do parto domiciliar; e organizar sistema de informação do parto domiciliar realizado por parteiras tradicionais. Isso se constitui em um avanço, uma vez que pela primeira vez essa questão é contemplada em um instrumento legal.

Com o objetivo de fortalecer as estratégias de melhoria da qualidade da atenção obstétrica, a ATSM criou em 2005 um grupo de trabalho composto por dez consultores, com a função de apoiar os estados e municípios na implantação e implementação da atenção humanizada ao parto e ao nascimento. Essas pessoas participam como instrutores dos *Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal Baseada em Evidências Científicas* e prestam assessoria direta a estados e municípios.

Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde em 1º de junho de 2000, por meio das Portarias n.º 569/GM (BRASIL, 2000b), n.º 570/GM (BRASIL, 2000c), n.º 571/GM (BRASIL, 2000d) e n.º 572/GM (BRASIL, 2000e), busca melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. Busca, ainda, enfrentar o problema da falta de vínculo entre a assistência pré-natal e o parto, que leva as mulheres em trabalho de parto a uma peregrinação à procura de vagas nos hospitais (BRASIL, 2000f).

O PHPN instituiu critérios para determinar quais deveriam ser as práticas assistenciais mínimas para qualificar a atenção pré-natal e um sistema de informações, o SISPRENATAL, para monitorar essa atenção e melhorar a gestão dos serviços. O Programa preconiza o elenco mínimo dos seguintes procedimentos: (a) a captação precoce das gestantes, com realização da primeira consulta de pré-natal em até 120 dias de gestação; (b) a realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal; (c) a realização dos exames básicos; (d) a oferta do teste anti-HIV; (e) a imunização antitetânica; (f) a realização de atividades educativas; (g) a classificação de risco gestacional; (h) e uma consulta no puerpério, até 42 dias após o parto (BRASIL, 2000f).

O Programa também instituiu o repasse de incentivos financeiros aos municípios e maternidades ou hospitais que cumpram o protocolo mínimo de procedimentos preconizado pelo Programa, podendo chegar esse repasse ao valor de R\$ 90,00 por gestante (BRASIL, 2000f).

Com a finalidade de avaliar a implementação do PHPN e de rever a estratégia adotada, a Área Técnica de Saúde da Mulher levou em consideração: (a) as recomendações do grupo de trabalho criado com a finalidade de elaborar propostas para a melhoria da qualidade da atenção obstétrica e neonatal; (b) os resultados da pesquisa avaliativa *Projeto de Avaliação Nacional do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento*, realizada no ano de 2003, pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, por solicitação do Ministério da Saúde; (c) e as sugestões apresentadas em reuniões com Coordenações Estaduais e Municipais de Saúde da Mulher.

A pesquisa avaliativa citada indicou como problemas a falha na alimentação do SISPRENATAL e a deficiência no monitoramento do Programa por parte das três instâncias gestoras do SUS. No sentido de superar esses problemas, foi feita a revisão do sistema para simplificar seu manejo, com a introdução de novos exames complementares (as sorologias para toxoplasmose e para hepatite B) e a introdução do quesito cor.

Tem também aumentado, progressivamente, a captação precoce das gestantes e o quantitativo de gestantes que realizaram todos os procedimentos preconizados pelo Programa. Entretanto, apesar de se observar uma melhoria nos registros, a comparação com os dados de produção do SIA/SUS evidencia que ainda persiste a falha na alimentação do SISPRENATAL. Observa-se no ano de 2005 um aumento na captação precoce, que foi de 27,18% naquele ano, e um aumento na conclusão em relação à adesão, que foi de 22,79%, naquele ano, o que indica melhora da qualidade da informação registrada no SISPRENATAL.

Quadro 3. Quantidade de gestante com adesão (1ª consulta) e com conclusão da assistência ao pré-natal (6 consultas + exames) do SISPRENATAL.

Ano	Adesão	%	Conclusão	% Conclusão/Adesão
2001	97.144	3,40	235	0,24
2002	387.879	13,57	26.111	6,73
2003	561.455	19,64	72.285	12,87
2004	627.754	21,96	103.666	16,51
2005	777.062	27,18	133.717	17,21
2006*	407.499	14,25	92.880	22,79
Total	2.858.793	-	428.894	-

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

* até julho de 2006

Tem havido também um aumento significativo da adesão dos municípios ao Programa, como se pode observar no quadro 4, chegando a 92% de adesão até julho de 2006. Entretanto, a adesão do município, por si só não indica uma melhora na organização da assistência obstétrica, na cobertura e na qualidade da atenção prestada. Como já foi avaliado anteriormente, apesar de ter ocorrido melhora na cobertura, vários indicadores apontam para a precariedade da qualidade da assistência obstétrica.

Quadro 4. Adesão ao PHPN por municípios, 2000 a julho de 2006.

Ano	Número de Municípios Aderindo/Ano	Número Acumulado de Municípios Aderidos/Ano	% do Total de Municípios Brasileiros/Ano
2000	55	55	1
2001	2.465	2.520	45
2002	1.463	3.983	71,6
2003	451	4.434	79,7
2004	391	4.825	86,7
2005	175	5.000	89,7
2006*	116	5.116	92

Fonte: SISPRENATAL/ DATASUS /MS

*Até julho de 2006

Está em fase de elaboração um pôster, voltado para a sociedade civil organizada, conselheiros de saúde e profissionais de saúde, visando estimular e instrumentalizar a participação social na implementação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Da mesma forma, está em fase de elaboração uma cartilha para gestores e profissionais de saúde, informando sobre os princípios e diretrizes desse Programa e sobre as responsabilidades de cada esfera de governo.

O Informe n.º 36 da Atenção Básica, Ano VII, junho/agosto de 2006, *Saúde da Família e a Atenção Pré-Natal e Puerperal*, enfoca os princípios e diretrizes da atenção pré-natal e puerperal e as medidas para a prevenção da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV. Esse informe é distribuído para as equipes de Saúde da Família.

Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada Baseada em Evidências Científicas

A humanização da atenção ao parto e ao nascimento deve ter como base os seguintes princípios e diretrizes: (a) o resgate dos processos de gestação, do parto, do puerpério e do nascimento como experiências humanas das mais significativas, que envolvem não só a mulher, mas o seu parceiro, sua família e a própria comunidade; (b) a mulher e sua família como centros da atenção; (c) o respeito e o fortalecimento da autonomia da mulher e a preservação da sua privacidade; (d) o respeito às características fisiológicas da gestação, do parto, do nascimento e do puerpério; (e) estímulo ao parto normal e ao aleitamento materno, com alojamento conjunto; (f) adoção de práticas e rotinas cujos benefícios estejam comprovados por evidências científicas, evitando-se manobras e intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas.

Em 2004, a Área Técnica de Saúde da Mulher reconheceu serem insuficientes e com abrangência limitadas às ações para a humanização do parto e do nascimento, particularmente, no que dizia respeito à sensibilização e à capacitação de gestores e dos profissionais de saúde. Considerou ainda que 65% dos óbitos maternos ocorrem no momento do parto. A partir dessas constatações, procurou ampliar a sua atuação nessa área, propondo a realização dos *Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada Baseada em Evidências Científicas*, que são desenvolvidos em estreita parceria com as Áreas Técnicas de Saúde do Adolescente e do Jovem, assim como a da Criança, e com as secretarias estaduais de saúde.

Em 2004 foram realizados dois seminários nacionais: um em São Paulo (SP), na maternidade Vila Nova Cachoeirinha, e outro em Belo Horizonte (MG), no Hospital Sofia Feldman. Para tanto, contou com o apoio do DFID (Department for International Development), da Opas (Organização Pan-Americana da Saúde), da Febrasgo (Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia) e da Abenfo (Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiras Obstétricas), e orientou-se pelas experiências de boas práticas das instituições que sediaram os seminários. Os participantes desses seminários foram diretores técnicos, chefias de obstetrícia, de neonatologia e de enfermagem das maiores maternidades do País, selecionadas pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias estaduais de saúde.

Os dois seminários nacionais contaram com instrutores provenientes das seguintes instituições: Ministério da Saúde, Clap (Centro Latino-americano de Perinatologia da Opas/OMS), Febrasgo, Sociedade Brasileira de Pediatria, Abenfo, Centro de Humanização das Práticas Terapêuticas (CHPT) do Hospital São Pio X, de Ceres (GO), Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha, Hospital Santa Marcelina do Itaim Paulista e Hospital Sofia Feldman.

Diante da pertinência e relevância desses seminários e da avaliação positiva feita pelos participantes e organizadores, o Ministério da Saúde decidiu apoiar a reprodução dos mesmos nos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, durante os anos de 2005 e 2006.

Esses seminários têm a finalidade de contribuir para a redução da mortalidade materna e neonatal por meio do fortalecimento da capacidade técnica dos profissionais que trabalham nas principais maternidades do País, para a implementação local de estratégias de humanização da atenção obstétrica e neonatal e para a incorporação das boas práticas. Seus objetivos específicos consistem em discutir com os profissionais de saúde a necessidade do desenvolvimento de habilidades relacionais que favoreçam a evolução fisiológica do ciclo gravídico-puerperal, enfatizando os vínculos e afetos como a base para a humanização da assistência. Para tanto, adota-se uma matriz pedagógica humanizada, baseada em evidências científicas, epidemiologicamente adaptada, contemplando as peculiaridades regionais e com os recortes de raça e etnia.

Os seminários estaduais têm uma carga horária de 40 horas e sua programação consiste em apresentações seguidas de debate sobre as políticas do Ministério da Saúde para a redução da mortalidade materna e neonatal; os fundamentos éticos e filosóficos da humanização da atenção e das práticas baseadas em evidências científicas na atenção obstétrica e neonatal; a avaliação crítica do tipo de parto; a assistência ao parto em seus diferentes períodos; a assistência no puerpério; as três principais causas de morte materna; medidas para a redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis e a atenção à gestante HIV positiva; a assistência imediata ao recém-nascido normal e de risco; a atenção humanizada à mulher em situação de abortamento e no pós-aborto; a isoimunização materna e fetal; gravidez na adolescência e atenção à mulher com anemia falciforme. Contam com instrutores locais, consultores indicados pelo Ministério da Saúde e técnicos do Ministério da Saúde.

Quadro 5. Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada Baseada em Evidências Científicas - 2004 a 2006.

Capacitação de Trabalhadoras (es) da Saúde					
Tipo	Local	Nº de Hos- pitais	Nº de Participantes	Ano	Total de Seminários
Nacionais	São Paulo (AL, BA, PB, PE, SE, DF, MS, ES, RJ, SC, RS, PR, SP)	15	68	2004	2
	Minas Gerais (AC, AP, AM, PA, RO, RR, TO, RN, MA, PI, CE, MT, GO, MG)	16	64		
Estaduais	AL	15	77	2005	8
	DF	12	52		
	BA	13	52		
	PA	11	43		
	PB	7	52		
	PR	8	30		
	SC	17	41		
	RR	13	40		
	RN	19	54	2006	20
	SP	17	60		
	PE	21	60		
	AP	11	60		
	RS	13	49		
	RJ	20	75		
	PI	11	53		
	MA	22	67		
	AM	13	112		
	RO	9	52		
	MG	32	65		
	MT	14	67		
	AC	9	25		
	CE	19	73		
	BA	17	104		
	TO	18	63		
	SE	10	69		
	ES	10	76		
	GO	25	84		
	MS	20	70		
TOTAL		457	1.857	2004/2006	30

Fonte: Área Técnica Saúde da Mulher /MS

Em cada estado, como parte das atividades dos seminários, realizam-se reuniões com as secretarias de saúde estadual e municipal de capitais, diretores de maternidades e representações da sociedade civil organizada para definir mecanismos de monitoramento, assim como a reprodução dos mesmos em outros municípios, com o apoio da ATSM. Para estimular a construção de projetos estaduais e municipais de humanização da atenção ao parto e nascimento,

o Ministério da Saúde disponibilizou recursos financeiros para os projetos apresentados pelas maternidades, distribuiu material técnico e instrucional a todas as maternidades participantes, assim como assegurou aos estados e às maternidades o acompanhamento desses projetos por consultores. Neste momento, encontra-se em processo de formalização de convênios 27 projetos apresentados pelas maternidades de 7 estados, sendo eles Piauí (11 maternidades), Ceará (1), Rio de Janeiro (9), Roraima (2), Amazonas (1), Minas Gerais (2) e Mato Grosso (1).

No período de 2004 a 2006 foram realizados 30 seminários, com o envolvimento de 457 maternidades e a participação de 1.857 profissionais de saúde, conforme demonstra o quadro 5.

Atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento

A iniciativa da atenção humanizada ao abortamento, uma das prioridades para essa gestão, visa qualificar o atendimento de mulheres que chegam aos serviços de saúde em processo de abortamento espontâneo ou inseguro, contribuindo assim para reduzir a mortalidade materna. Para apoiar e incentivar o processo de organização dos serviços foi elaborada a cartilha *Aspectos jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde* (BRASIL, 2005p) e o documento *Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica* (BRASIL, 2005n) que orienta os profissionais de saúde sobre os procedimentos adequados ao atendimento das mulheres nesta situação. Esta norma oferece subsídios para que eles possam não apenas prestar cuidados imediatos e integrais, mas também disponibilizar alternativas contraceptivas para mulheres que não queiram engravidar imediatamente após o aborto e oferecer o teste para o HIV (BRASIL, 2005n).

Com a Norma Técnica o governo brasileiro reconhece que o aborto realizado em condições inseguras é uma importante causa de morte materna; que as mulheres em processo de abortamento, espontâneo ou induzido, que procuram os serviços de saúde devem ser acolhidas, atendidas e tratadas com dignidade; e que a atenção tardia ao abortamento inseguro e às suas complicações pode ameaçar a vida, a saúde física e mental das mulheres (BRASIL, 2005n). Para disseminar os procedimentos preconizados nessa Norma Técnica, a atenção humanizada à mulher em situação de abortamento foi incluída no conteúdo programático dos seminários nacionais e estaduais de *Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada Baseada em Evidências Científicas*.

A atenção humanizada às mulheres em abortamento merece abordagem ética e reflexão sobre os aspectos jurídicos, tendo como princípios norteadores a igualdade, a liberdade e a dignidade da pessoa humana, não se admitindo qualquer discriminação ou restrição do acesso à assistência à saúde. Esses princípios incorporam o direito à assistência ao abortamento no marco ético e jurídico dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos afirmados nos planos internacional e nacional de direitos humanos.

Os Programas e as Plataformas de Ação das Conferências das Nações Unidas – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada na cidade do Cairo, em 1994, e IV Conferência Mundial sobre a Mulher realizada em Beijing, em 1995, instam os governos a: (a) considerar o abortamento realizado em condições inseguras como importante problema de saúde pública; (b) organizar serviços para o atendimento adequado a essa situação; (c) reduzir sua prática mediante a prestação de serviços de planejamento reprodutivo, e (d) “*considerar a possibilidade de reformar as leis que prevêm medidas punitivas contra as mulheres que tenham sido submetidas a abortos ilegais*” (§ 106 k, Beijing). O Brasil é signatário dos documentos dessas conferências e de tratados internacionais de direitos humanos, com destaque para a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (ONU, 1979) e para a Convenção Internacional para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (OEA, 1994).

A promulgação pelo Ministério da Saúde da Portaria n.º 1.508/GM, de 1º de setembro de 2005 (BRASIL, 2005e), que dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do SUS, é considerada um avanço significativo na defesa dos direitos da mulher. A Portaria em questão reafirma a não obrigatoriedade do Boletim de Ocorrência para realização da interrupção da gravidez resultante de violência sexual.

No que diz respeito aos serviços que realizam o aborto previsto em lei, o Ministério da Saúde tinha registrado, até o mês de novembro de 2006, o funcionamento de 69 serviços.

Atenção às urgências obstétricas

Houve um avanço considerável na estruturação da atenção às urgências e emergências na área de saúde da mulher, com a instituição da Política Nacional de Atenção às Urgências por meio da Portaria n.º 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003 (BRASIL, 2003e), que tem como um de seus componentes o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192). A Área Técnica de Saúde da Mulher participou intensamente das discussões para definir as habilidades que as equipes do Samu 192 devem possuir, conseguindo incluir as habilidades de manejo das urgências obstétricas (atendimento ao trabalho de parto normal, ao trabalho de parto com distócia, hipertensão na gestante e suas complicações, hemorragias, abortamento, cesárea pós-morte).

Incentivo ao parto normal e redução das cesáreas desnecessárias

Com relação às ações específicas visando à redução da prática abusiva da cesariana, constatou-se que as iniciativas anteriores tiveram efeito pontual, mais no sistema de informações hospitalares do que na prática. Os dados do SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos vivos) mostram que, após uma queda importante imediata em 1998, quando se estabeleceram limites de taxas para pagamento, a partir de 2000 a curva ascendente foi retomada. Assinale-se também que a partir de 2000, quando houve o lançamento do Pacto pela Redução das Taxas de Cesárea, a responsabilidade pelo acompanhamento das taxas hospitalares passou a ser dos estados e do Distrito Federal.

Em 2004, realizou-se uma oficina com a participação dos diferentes atores envolvidos com a questão, para avaliar a situação e definir novas medidas a serem implementadas. Com o objetivo de aperfeiçoar as recomendações emanadas dessa oficina, promoveu-se o Fórum de Escolas Médicas sobre Cesáreas, durante a II Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento, que aconteceu em dezembro de 2005. Esta oficina foi realizada em parceria com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (Segetes) e com os organizadores do evento – a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (Rehuna). Ela contou com a participação de convidados internacionais, incluindo representante da Organização Mundial da Saúde (OMS), e com a presença de representantes de escolas médicas federais e estaduais de todos os estados.

Dessa articulação com os diversos setores e atores, resultou o *Plano pela Redução das Cesáreas Desnecessárias*, que foi levado à apreciação da Comissão Nacional de Mortalidade Materna. Reconhecendo que o problema é nacional e atinge principalmente a população não usuária do SUS, a ATSM estabeleceu uma importante parceria com a Agência Nacional de Saúde Suplementar, com o objetivo de desenvolver atividades conjuntas que reduzam essas taxas nos hospitais e maternidades do setor privado.

Como parte do *Plano de Ação pela Redução das Cesáreas Desnecessárias*, no dia 30 de maio de 2006, o Ministério da Saúde lançou a Campanha pelo Parto Normal e Redução das Cesáreas Desnecessárias, em parceria com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Na campanha foi incorporada a implementação da Lei do Acompanhante, de n.º 11.108, de 7 de abril de 2005 (BRASIL, 2005a), de autoria da Senadora Ideli Salvatti, que foi regulamentada pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria n.º 2.418, de 2 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2005g). Essa Portaria instituiu pagamento na tabela do SUS de R\$ 6,00 por dia para as despesas com o acompanhante e estabelece o prazo de seis meses para os hospitais efetivarem o acolhimento ao acompanhante, como mais uma medida de humanização do atendimento às mulheres. Os materiais iniciais da campanha foram cartazes e dois tipos de *folder*: um destinado às mulheres e suas famílias e o outro voltado para os profissionais de saúde.

O *Plano de Ação pela Redução das Cesáreas Desnecessárias* inclui estratégias específicas dirigidas a profissionais, gerentes de estabelecimentos de saúde e gestores municipais e estaduais, além de orientações sobre organização de sistemas de informação para acompanhamento das taxas nos diferentes níveis de gestão.

Para incentivar o parto normal, o Ministério da Saúde elevou os valores pagos pelo SUS para o parto normal: de R\$ 205,00 em 2002, para R\$ 317, 39, em 2005. E para a cesariana: de R\$ 337,00 em 2002, para R\$ 443, 68, em 2005.

Melhoria da assistência ao parto domiciliar realizado por parteiras tradicionais

Desde o ano 2000, a Área Técnica de Saúde da Mulher vem implementando o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, que se insere entre as estratégias do Ministério da Saúde para a redução da morbimortalidade materna e neonatal. O objetivo do Programa é contribuir para melhorar a gestação, o parto, o nascimento e o puerpério assistidos por parteiras tradicionais, na perspectiva dos direitos de cidadania e da equidade. Busca sensibilizar gestores e profissionais de saúde para que reconheçam as parteiras tradicionais como parceiras na saúde da comunidade e desenvolvam ações para valorizar, apoiar, qualificar e articular o seu trabalho junto ao SUS.

O programa foi elaborado considerando-se a diversidade socioeconômica, cultural e geográfica do País que exige a formulação e a implementação de políticas públicas que contemplem populações que vivem em situação de exclusão social e de isolamento geográfico, bem como populações com especificidades etnoculturais, como as populações quilombolas e indígenas.

É responsabilidade do SUS a melhoria do parto e do nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais, questão que se encontra no âmbito da atenção básica. Sendo assim, o programa propõe as seguintes diretrizes para gestores e profissionais de saúde:

- Fazer levantamento situacional da assistência ao parto e nascimento domiciliar em sua região, incluindo um levantamento das dificuldades enfrentadas pelas parteiras;
- Realizar o cadastramento das parteiras e o seu recadastramento a cada cinco anos;
- Articular o trabalho das parteiras com os serviços de saúde, principalmente com as equipes de saúde da família, sistematizando um acompanhamento e avaliação permanente deste trabalho;
- Promover a capacitação das parteiras e sistematizar um processo de educação permanente;
- Promover a sensibilização e a capacitação dos profissionais de saúde;
- Melhorar os registros das informações relativas ao parto domiciliar;
- Fornecer *kits* para as parteiras, com materiais básicos para a realização do parto domiciliar, com garantia de reposição de insumos e esterilização do instrumental;

- Elaborar e distribuir materiais educativos;
- Propiciar apoio logístico às gestações e aos partos com risco obstétrico, garantir referência para os mesmos, acesso a meios de comunicação, como rádio amador, telefones públicos, acesso a transporte rodoviário, fluvial ou aéreo, conforme as especificidades de cada região;
- Incentivar a participação das parteiras nas instâncias de controle social;
- Buscar alternativas de apoio financeiro para este trabalho;
- Articular com o sistema educacional local para que sejam desenvolvidos programas de alfabetização para as parteiras;
- Buscar parcerias com órgãos governamentais e não-governamentais.

As ações educativas, um dos focos principais do programa, priorizam o poder de intervenção e de mudança das parteiras tradicionais e profissionais de saúde sobre a realidade em que estão inseridas, com vistas a contribuir no processo de produção de saúde e de sujeitos.

Desde a instituição do Programa até outubro de 2006, foram capacitadas 1.373 parteiras tradicionais e 736 profissionais de saúde, estando envolvidos os estados do Acre, Amapá, Amazonas, Alagoas, Bahia, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Pernambuco e Roraima, totalizando aproximadamente 120 municípios. No período de janeiro de 2003 a outubro de 2006, foram capacitados 354 profissionais de saúde e 664 parteiras tradicionais, muitas delas quilombolas e indígenas, dos estados do Acre, Amazonas, Roraima, Paraíba, Maranhão, Goiás, Mato Grosso e Minas Gerais.

Além das capacitações, outros resultados da estratégia de qualificar a assistência ao parto domiciliar realizado por parteiras tradicionais foram: (a) o aumento pelas parteiras capacitadas dos encaminhamentos para a assistência pré-natal; (b) a maior capacidade destas para reconhecer melhor as situações de risco na gestação, no parto e no puerpério, com encaminhamentos oportunos; (c) a melhoria na qualidade da notificação do parto domiciliar em muitos municípios; (d) a aquisição por parte de algumas e as Secretarias Municipais de Saúde de Iranduba (AM), Tefé (AM), Alvarães (AM), Maceió (AL), Imperatriz (MA), Alcântara (MA), pela Funasa e pelo Instituto de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá (IDSM) de materiais básicos para a realização do parto domiciliar – o *kit* da parteira – Secretarias Estaduais de Saúde do Acre, Amapá, Alagoas, Bahia, Maranhão e Minas Gerais.

Em 2005, iniciou-se uma parceria entre a Área Técnica de Saúde da Mulher/MS, o Programa Nacional de DST e Aids/MS, o Departamento de Atenção Básica/MS, a Funasa, o Departamento de Enfermagem da Universidade de Brasília (UnB), o Centro Popular da Mulher (CPM) /GO e a Rede Nacional de Parteiras Tradicionais (RNPT). Estas instâncias se conjugaram para a formação de parteiras tradicionais facilitadoras para a prevenção das DST/HIV/aids e das hepatites virais, com maior ênfase à transmissão vertical dessas doenças.

Como resultados dessa parceria realizaram-se cinco oficinas, com a capacitação de, aproximadamente 174 pessoas, entre parteiras tradicionais e profissionais de saúde e foi elaborado o manual *Prevenção das DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais: manual das parteiras tradicionais facilitadoras*, que se encontra em versão preliminar, mimeografada.

A ATSM/MS, em parceria com os gabinetes das deputadas federais Fátima Bezerra e Luci Choinack, organizou uma audiência pública na Comissão de Legislação Participativa da Câmara dos Deputados, no dia 31 de maio de 2006, para discutir a situação das parteiras tradicionais no Brasil. Houve a apresentação das ações governamentais para a melhoria do parto e do nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais e discutiu-se o Projeto de Lei n.º 2.354/2003, de autoria da ex-deputada federal Janete Capiberibe, que dispõe sobre o exercício da profissão de parteira tradicional e cria a profissão de parteira tradicional.

Centros de Parto Normal

Os Centros de Parto Normal (CPN) constituem uma opção para as mulheres que desejam ter seus filhos em ambiente que não seja caracteristicamente hospitalar, com a garantia de referência para os outros níveis de atenção quando se fizer necessária. Os Centros de Parto Normal contribuem para a humanização da atenção ao parto e ao nascimento e incentivam o parto natural e o aleitamento materno. Foram regulamentados pela Portaria n.º 985/GM, de agosto de 1999 (BRASIL, 1999b).

Em 2004, a Área Técnica de Saúde da Mulher promoveu uma avaliação dos convênios financiados pelo Ministério da Saúde, em 2000, para implantação de 36 Centros de Parto Normal (CPN). Entre as unidades construídas e em funcionamento, a avaliação permitiu identificar duas diferentes situações em que o apoio do Ministério da Saúde não alcançou seus objetivos. A primeira foi relativa aos casos em que os recursos financeiros destinados à construção e/ou reformas dos centros foram utilizados para organização de unidades que realizavam apenas a atenção básica (pré-natal e planejamento reprodutivo), em razão da mudança de direção na instituição governamental responsável pela execução do projeto. A segunda situação diz respeito àquelas unidades que prestam a atenção ao parto no modelo tradicional.

Nas iniciativas bem sucedidas, observou-se que alguns desses centros apresentavam as seguintes dificuldades: não estavam incorporados no sistema de saúde local, de tal forma que dependiam de contatos pessoais para a formalização da referência e contra-referência, não estavam registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde ou não informavam ao SIH/SUS a realização do procedimento “parto normal sem distócia realizado por enfermeiras obstétricas”.

Os CPN como experiências inovadoras apresentaram indicadores de saúde materna e neonatal que demonstraram a elevada qualidade da atenção prestada, reiterada pelo resultado dos inquéritos de satisfação das usuárias, apontando que a continuidade da política de investimento na organização desses centros pode contribuir de forma decisiva para a mudança do modelo de atenção obstétrica e neonatal. A avaliação, contudo, evidenciou uma notável resistência da corporação médica ao trabalho da enfermagem obstétrica na assistência ao parto e na gerência dessas instituições.

Cursos de especialização em enfermagem obstétrica

A enfermagem obstétrica (EO) é uma proposta que se orienta pelo novo paradigma de atenção humanizada ao parto e ao nascimento. Com o aval da Organização Mundial da Saúde, a Área Técnica de Saúde da Mulher apóia financeira e tecnicamente, desde 1999, a realização de cursos de especialização em enfermagem obstétrica, com abrangência nacional, contemplando todas as cinco macrorregiões e todas as unidades da Federação. Esta estratégia contribui para o incentivo ao parto normal e para a redução das cesáreas desnecessárias.

Avaliação empírica realizada pela ATSM para averiguar a participação das enfermeiras obstétricas nas salas de parto revelou que essa inserção está em torno de 10 a 15%. Existem ainda problemas relativos ao papel das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto, mas o Ministério da Saúde vem trabalhando com a categoria médica e a Abenfo, para tentar minorar os conflitos existentes. Durante os *Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal Baseada em Evidências Científicas*, encontrou-se um número razoável de maternidades públicas que já incorporaram a enfermeira obstétrica na sala de parto. A ATSM decidiu realizar uma pesquisa de caráter nacional para avaliar com mais rigor esta situação, de modo a traçar estratégias mais adequadas.

Nesta gestão, o Ministério da Saúde apoiou a realização de 34 cursos de especialização em enfermagem obstétrica, contemplando todas cinco macrorregiões e todas as unidades da Federação, totalizando aproximadamente 640 enfermeiros capacitados. A ATSM também seleciona, anualmente, enfermeiras obstétricas para realizarem estágio nas Casas de Parto do Japão, em cooperação com a Jaica (Cooperação do Governo Japonês).

Formação de doulas comunitárias

Outra ação desenvolvida para humanizar a atenção ao parto e ao nascimento foi o apoio à formação de doulas comunitárias voluntárias, ou seja, mulheres da comunidade que voluntariamente acompanham parturientes, realizando atividades de apoio a elas durante o trabalho de parto.

Doulas são mulheres com experiências positivas de parto, que acompanham parturientes, oferecendo apoio emocional e alguns métodos não farmacológicos de alívio da dor, sendo que as evidências científicas apontam para a efetividade de sua atuação no que diz respeito à redução do tempo do trabalho de parto, da intensidade da dor, do uso de analgesia e mesmo de cesarianas.

O programa apoiado técnica e financeiramente pela ATSM intitula-se *Uma mão na travessia*, em parceria com o Hospital Sofia Feldman (MG), que o havia implantado em 1997 e, portanto, tinha reconhecida experiência prática. Os cursos de 40 horas semanais foram realizados nos estados de Maranhão, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Goiás (3), Roraima, Mato Grosso do Sul, Acre, Pará, Espírito Santo, Minas Gerais, Ceará (2), e Distrito Federal. Além disso, o apoio financeiro possibilitou a realização de estágios de coordenadores de programas de doulas nos estados de Mato Grosso do Sul, Ceará, Acre, Espírito Santo e Pará, assim como a participação de representantes de todos esses cursos no Fórum Nacional de Doulas, que foi realizado durante a II Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento, em dezembro de 2005. No período de 2003 a 2005, foram capacitadas aproximadamente 409 pessoas, sendo 86 delas profissionais de saúde que poderão, atuar como multiplicadoras ou coordenadoras de programas de doulas em suas instituições. Em todos os cursos foram realizadas avaliações, com resultados favoráveis.

Prêmio Professor Galba de Araújo

O Prêmio Professor Galba de Araújo foi criado pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria n.º 2.883/GM, de 4 de junho de 1998 (BRASIL, 1998b), com o objetivo de divulgar e incentivar experiências bem-sucedidas de humanização. Por meio dessa iniciativa são premiadas as unidades de saúde do SUS que se destacam no atendimento humanizado à mulher e ao recém-nascido, e no estímulo ao parto normal e ao aleitamento materno. Pela importância que vem conquistando, tornou-se um sinônimo de qualidade e eficiência no atendimento às gestantes e aos recém-nascidos.

Para participar do Prêmio, as unidades de saúde precisam: (a) permitir a presença de acompanhante no pré-parto, parto e puerpério, de acordo com a Lei n.º 11.108, de 7/4/2005 (BRASIL, 2005a), e com a Portaria do Ministério da Saúde n.º 2.418, de 2/12/2005 (BRASIL, 2005g); (b) ter taxa de cesárea reduzida; (c) ter Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, e (d) permitir a realização de parto de baixo risco por enfermeiro, no caso de instituições que tenham profissionais capacitados para tal. Entre os critérios de avaliação, encontram-se: (a) garantia de visita de familiares e amigos; (b) acomodações adequadas e satisfatórias; (c) horário flexível para alimentação; (d) privacidade no pré-parto; (e) oferta de líquidos durante o trabalho de parto; (f) eliminação do enema e da tricotomia de rotina; (g) usar ocitocina apenas com indicações precisas; (h) evitar episiotomia de rotina; (i) facilitar deambulação da mulher em trabalho de parto, e (j) possibilitar à mulher escolher a modalidade e a posição do parto, entre outros critérios.

A cada edição do Prêmio são premiadas cinco instituições em todo o Brasil, uma por região. Contudo, caso as unidades de saúde de uma mesma região não alcancem a pontuação mínima, essa região não será agraciada com o Prêmio. Na gestão de 2003 a 2006, houve duas edições do Prêmio, a IV edição, realizada em 2004, e a V edição, realizada em 2006. Em 2004, as instituições premiadas foram: a Maternidade Professor Bandeira Filho – Recife (PE) – pela Região Nordeste; o Hospital de Caridade São Pedro D'Alcântara – Município de Goiás (GO) – pela Região Centro-Oeste; Casa de Maria – Hospital Geral Santa Marcelina do Itaim Paulista – São Paulo (SP) – pela Região Sudeste; Maternidade Darcy Vargas – Joinville (SC) – pela Região Sul; não houve instituição premiada na Região Norte. Por sua vez, em 2006, as instituições premiadas foram: maternidade do Hospital Regional Dom Moura – Garanhuns (PE) – pela Região Nordeste; Hospital Santa Marcelina – São Paulo (SP) – e Maternidade Maria Barbosa do Hospital Universitário Clemente de Faria – Montes Claros (MG) – ambas premiadas pela Região Sudeste, por terem atingido pontuação máxima; Maternidade Municipal Lucilla Ballalai – Londrina (PR) – pela Região Sul; não houve instituição premiada na Região Centro-Oeste e nenhum estado da Região Norte indicou instituição para participar do Prêmio.

Vigilância epidemiológica de morte materna

Em 2003, por meio da Área Técnica de Saúde da Mulher, o Ministério da Saúde reativou a Comissão Nacional de Mortalidade Materna. Esta Comissão tem por finalidade oferecer subsídios para aperfeiçoamento das políticas nacionais que visam à redução da mortalidade materna, estabelecendo correlações com os Comitês Estaduais, Regionais e Municipais. Sua reativação se deu de forma articulada com as instituições da sociedade civil organizada que atuam no campo da saúde da mulher, além de incorporar a participação das entidades de classe de medicina e enfermagem, dos Conselhos Nacionais de Secretários de Saúde Estaduais e Municipais e da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.

A Área Técnica de Saúde da Mulher promoveu reuniões da Comissão Nacional de Mortalidade Materna com o objetivo de elaborar o seu Regimento Interno, de redigir uma nota técnica repudiando os dados de mortalidade materna divulgados por organismos da ONU e de discutir propostas para elaboração ou redirecionamento das estratégias de melhoria da atenção obstétrica desenvolvidas pelo Ministério da Saúde.

A Comissão Nacional de Mortalidade Materna colaborou na revisão do *Manual dos Comitês de Morte Materna*, uma atividade empreendida pela Área Técnica de Saúde da Mulher em parceria com a Secretaria de Vigilância em Saúde, com a finalidade de oferecer aos gestores estaduais e municipais subsídios para a criação e o funcionamento dos comitês. Os resultados dessa iniciativa podem ser observados nos quadros a seguir:

Quadro 6. Número de Municípios/Regionais com Atividade de Vigilância do Óbito Materno por Região.

Região	Municípios		Regionais	
	2001	2005	2001	2005
Sul	399	399	28	37
Sudeste	13	10	7	24
Centro-Oeste	2	15	9	30
Nordeste	67	523	11	27
Norte	14	4		2
Total	495	951	55	120

Fonte: Área Técnica de Saúde da Mulher/MS

Quadro 7. Número de comitês de mortalidade materna, por tipo, 2001–2005.

Região	Regionais		Municipais		Hospitalares	
	2001	2005	2001	2005	2001	2005
Norte	14	03	50	11	04	11
Nordeste	49	64	60	191	21	39
Centro-oeste	16	15	0	57	0	20
Sudeste	26	37	19	272	0	56
Sul	33	53	125	217	19	80
Brasil	138	172	254	748	44	206

Fonte: Área Técnica de Saúde da Mulher/MS

A análise dos quadros acima indica que no período de 2003 a 2005 houve um aumento de grande monta no número de estados e municípios que investigam óbitos maternos, tendo sido marcante os avanços nas Regiões Nordeste e Centro-Oeste. A maioria desses estados utiliza a ficha de investigação preconizada pelo Ministério da Saúde. São 22 os estados que investigam todos os óbitos de mulheres em idade fértil. Todos os estados realizam a investigação no domicílio da falecida, nos serviços ambulatoriais e hospitalares. Paradoxalmente, a Região Norte, que tanto por suas características geográficas quanto pelos indicadores de saúde, deve estar mais exposta ao sub-registro e subinformação de óbitos e à baixa qualidade da assistência obstétrica, é aquela que mais resiste à implantação e consolidação de comitês. Minas Gerais, Sergipe, Paraíba, Alagoas, Ceará e Maranhão foram os estados que mais avançaram no processo de implantação dos comitês.

Além da criação e funcionamento eficiente dos comitês, outro objetivo do *Manual dos Comitês de Morte Materna*, na sua versão revista, é orientar os gestores quanto à necessidade de se implantar e implementar a notificação compulsória do óbito materno, estabelecido pela Portaria n.º 653/GM, de 30 de maio de 2003 (BRASIL, 2003d). Neste sentido, a atual versão do *Manual* inclui um capítulo contendo a referida regulamentação, dados de morte materna de mulheres negras, bem como o cálculo de fator de correção.

A notificação compulsória do óbito materno permitirá a investigação dos fatores determinantes e as possíveis causas desses óbitos, assim como a adoção de medidas que possam evitar novas mortes maternas. O aumento do número de Comitês de Mortalidade Materna nesta gestão, conforme indicam os quadros 6 e 7 acima, certamente contribui para a melhoria da notificação do óbito materno e um provável aumento dos casos.

Para promover o intercâmbio de experiências entre comitês, a Área Técnica de Saúde da Mulher periodicamente promove eventos nacionais, tais como o V Fórum Nacional de Mortalidade Materna, que contou com a participação de todas as Coordenações de Saúde da Mulher de estados e capitais, representações da sociedade civil organizada e a Organização Pan-Americana da Saúde/Iniciativa Regional para Redução da Morte Materna.

Enquanto os sistemas de informação não alcançarem as coberturas ideais, a ATSM continua a apoiar a realização de pesquisas com a finalidade de identificar o perfil de mortalidade de mulheres em idade fértil e os fatores de correção.

Plano de Eliminação do Tétano Neonatal

Com relação ao tétano neonatal (TNN), o Ministério da Saúde, por meio das Secretarias de Vigilância em Saúde (SVS) e de Atenção à Saúde (SAS), vem intensificando a articulação intra-setorial, o monitoramento da situação e a assessoria técnica junto às secretarias estaduais de saúde (SES), para implementação das ações com vistas à eliminação do TNN. A Funasa implantou o Plano de Eliminação do Tétano Neonatal em 1992. Nessa ocasião foi adotada a classificação dos municípios de risco para TNN, de acordo com o número de casos ocorridos a cada ano.

Nos últimos 20 anos, vem sendo observada uma tendência consistente de queda no número de casos de TNN no País, passando de 700 casos confirmados em 1983, para 10 casos em 2005. A análise epidemiológica dos casos de TNN ocorridos no País, em 2003 (15 casos), 2004 (14 casos) e 2005 (10 casos), mostra que os casos estão concentrados nas regiões Norte e Nordeste. As coberturas vacinais com a vacina dupla (difteria/tétano) em mulheres em idade fértil estão ainda baixas em todos os municípios do País.

Entre as ações para a eliminação do TNN destacam-se: vacinação adequada de mulheres em idade fértil, com a vacina dupla adulto, oferta de ações e serviços de saúde qualificados para a atenção obstétrica e neonatal, e uso de estratégias adequadas de informação e comunicação em saúde.

Pelo fato de existirem tecnologias de prevenção e controle comprovadamente eficazes, a ocorrência de um único caso de TNN, em qualquer município do País, significa a existência de problemas técnico-gerenciais que precisam ser imediatamente equacionados. Em 2006, o Ministério da Saúde pactuou com as Secretarias Estaduais de Saúde, por meio da Programação Pactuada Integrada (PPI-ECD), a eliminação total da doença em todos os municípios do País.

Plano para redução da transmissão vertical do HIV e eliminação da sífilis na gestação e congênita

O Ministério da Saúde lançou o *Plano Operacional para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis*, em 2006, cujo objetivo é reduzir a transmissão vertical do HIV e eliminar a sífilis na gestação e congênita em todo o território nacional, por meio: (a) do aumento da cobertura de testagem para o HIV e sífilis no pré-natal; (b) do aumento da cobertura de tratamento adequado nas gestantes com sífilis, incluindo o tratamento adequado dos parceiros sexuais e (c) da ampliação da cobertura de ações profiláticas da transmissão vertical do HIV e da sífilis em gestantes/parturientes e em crianças expostas. Na revisão do manual técnico: *Pré-natal e Puerpério – atenção qualificada e humanizada – manual técnico* foram padronizados os procedimentos que devem ser realizados pelos serviços do SUS em relação a essa questão.

Segundo protocolo estabelecido pelo PN DST/Aids são indicadas duas testagens para o HIV e sífilis durante o pré-natal, nos municípios e estados que dispuserem de recursos para tal, sendo uma na primeira consulta e outra próxima a 30ª semana de gestação. Para reduzir as diferenças regionais em relação ao acesso para a realização do teste para o HIV, está sendo progressivamente implantado o teste rápido para o HIV, nos locais de difícil acesso, com prioridade para a Amazônia Legal.

Em 1997, o Ministério da Saúde passou a considerar como meta de eliminação da sífilis congênita o registro de até um caso de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos/ano. Como elementos fundamentais no enfrentamento da transmissão vertical da sífilis e do HIV, as ações de prevenção e de diagnóstico precisam ser reforçadas, especialmente no pré-natal e parto. Porém, essas ações seriam mais efetivas se realizadas com a população em geral, ainda antes de a gestação ocorrer (BRASIL, 2006o).

A Portaria n.º 156/GM, de 19 de janeiro de 2006 (BRASIL, 2006b) dispõe sobre o uso da penicilina na atenção básica à saúde e nas demais unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo esquemas padronizados pela Secretaria de Vigilância em Saúde. Da mesma forma, a Portaria n.º 766/2004 obriga a realização do procedimento VDRL e registro obrigatório na AIH de parto, com inclusão do laudo do resultado no prontuário. Essa portaria também inclui na tabela SIA/SUS o procedimento de teste rápido para triagem de infecção pelo HIV.

Durante a gestão que se encerra e com o propósito de qualificar a assistência obstétrica e neonatal nos estados e municípios e fortalecer o sistema de formação/capacitação de pessoal na área de assistência obstétrica e neonatal, a ATSM elaborou e/ou revisou, imprimiu e distribuiu uma variedade de materiais técnicos e educativos relacionados no anexo B.

Avanços, dificuldades e desafios em relação à Atenção Obstétrica e Neonatal

A análise das estratégias e atividades relacionadas à atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizadas serviu de base para que a ATSM e demais atores sociais e políticos interessados em promover a saúde das mulheres brasileiras identificassem, entre outros, os seguintes desafios que a próxima gestão deverá considerar:

- Manter e fortalecer as estratégias para aumentar a adesão ao *Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal* no País.
- Apoiar pesquisas sobre o impacto das medidas adotadas para a redução da mortalidade materna e neonatal nos níveis regionais, estaduais, municipais e nos hospitais, tanto do ponto de vista epidemiológico quanto político, antropológico, sociológico e de gestão.
- Fortalecer os mecanismos de divulgação dos resultados do avanço da implementação do Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e do Pacto pela Vida nos mais variados campos, desde locais a internacionais, acadêmicos e não acadêmicos, nas mídias comunitárias e de grande alcance, entre outros.
- Definir estratégias para melhorar a qualidade dos registros no SUS e conseqüentemente o conhecimento da morbidade e mortalidade, principalmente quanto ao número de mortes de mulheres por aborto no Brasil, para melhor dimensionamento dessa situação.
- Dar continuidade e reforçar o apoio técnico e financeiro para a melhoria da atenção obstétrica e neonatal nas regiões Norte e Nordeste. Várias avaliações e vários estudos indicam que essas regiões vêm apresentando dificuldades na implantação/implementação de ações para a humanização e qualificação da assistência obstétrica e neonatal. Além disso, essas regiões são as que apresentam os indicadores de saúde mais desfavoráveis.
- Continuar investindo na humanização e qualificação da atenção às mulheres em situação de abortamento, por meio da capacitação dos profissionais de saúde, da ampliação da incorporação de técnicas como a AMIU e da ampliação do número de serviços que realizem o aborto previsto no Código Penal, em todas as unidades da federação.
- Continuar e fortalecer a estratégia de realização dos *Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada e Baseada em Evidências Científicas*, priorizando os eventos regionais e municipais.
- Buscar qualificar a atenção básica para a atenção pré-natal e puerperal, de modo a garantir a realização do elenco mínimo de procedimentos preconizado pelo PHPN, incluindo o incremento das ações educativas, com estímulo ao parto normal e ao aleitamento materno.

- Fortalecer a implementação do PHPN, investindo na sensibilização e na capacitação de gestores e profissionais de saúde em relação aos princípios e diretrizes do Programa e na participação da sociedade civil organizada no acompanhamento e avaliação do mesmo.
- Ampliar e intensificar a *Campanha Nacional pelo Parto Normal e Redução das Cesáreas Desnecessárias*, incluindo a produção de uma campanha publicitária a ser veiculada na grande mídia e o incremento da distribuição de materiais educativos para a população e para os profissionais de saúde – cartazes, folderes.
- Garantir insumos e medicamentos para tratamento das urgências hipertensivas no parto, articulando com o Departamento de Assistência Farmacêutica/MS e com a CIT a inclusão do sulfato de magnésio no elenco de medicamentos estratégicos a serem adquiridos pelo Ministério da Saúde e distribuídos às maternidades e hospitais com leitos obstétricos, dando cumprimento aos objetivos definidos no Pacto pela Vida. Ainda sobre essa questão, produzir lâminas com um resumo dos protocolos para tratamento da pré-eclâmpsia/eclâmpsia e distúrbios hemorrágicos, para serem distribuídas às maternidades e hospitais com leitos hospitalares.
- Continuar a articulação com o Departamento de Atenção Especializada/MS, responsável pelo acompanhamento e implementação do Samu 192, para incrementar a capacitação das equipes do Samu 192 no que diz respeito às urgências e emergências na área de saúde da mulher. Isso significa ampliar essa capacitação para além das urgências obstétricas, incluindo habilidades, tais como a atenção às mulheres e adolescentes vítimas de violência doméstica e sexual.
- Reavaliar os hospitais de referência para gestação de alto risco e repassar recursos a estados e/ou municípios para aquisição de equipamentos, criação de unidades de tratamento intensivo (UTI) maternas e neonatais, unidades de cuidados intermediários (UCI) e reformas de unidades de saúde, conjuntamente com o Departamento da Atenção Especializada/MS.
- Qualificar a atenção básica para que se alcance as metas de redução da transmissão vertical do HIV e eliminação da sífilis na gestação e congênita; realizar esta ação conjuntamente com o Programa Nacional de DST/Aids, o Departamento de Atenção Básica, as Áreas Técnicas de Saúde da Criança e de Saúde do Adolescente e do Jovem e a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.
- Fortalecer e continuar a estratégia de implantação/implementação dos Comitês de Mortalidade Materna estaduais, regionais, municipais e hospitalares e continuar a apoiar técnica e financeiramente a execução de projetos de capacitação de profissionais de saúde para investigação do óbito materno e neonatal.
- Fortalecer e ampliar o programa *Trabalhando com Parteiras Tradicionais* com alocação de maiores recursos financeiros e buscando maior institucionalização do programa nas três esferas de gestão do SUS – federal, estadual e municipal de modo a garantir as responsabilidades do SUS no que diz respeito à melhoria da assistência ao parto e ao nascimento domiciliar realizados por parteiras tradicionais.
- Fortalecer e ampliar a estratégia de formação de doulas comunitárias.
- Fortalecer e ampliar a estratégia de apoio à realização de cursos de especialização em enfermagem obstétrica e da inserção das enfermeiras nas salas de parto.
- Manter e fortalecer o Prêmio Professor Galba de Araújo.
- Revisar a Portaria MS/GM n.º 985/, de 5 de agosto de 1999 (BRASIL, 1999b), que criou o Centro de Parto Normal no âmbito do SUS, articulando e discutindo com o Con-

ass, o Conasems e o Conselho Nacional de Saúde. Definir igualmente novos critérios para o funcionamento desses serviços, a equipe mínima necessária e a sua inserção no sistema de saúde local e como referência para a formação e capacitação de profissionais da saúde na atenção obstétrica.

- Definir a posição do Ministério da Saúde sobre o Projeto de Lei n.º 25 do Senado Federal (PLS) /2002, que trata do Ato Médico, e articular o apoio à posição definida com as instâncias de direção do SUS e instituições de controle social.
- Elaborar o manual do gestor, com orientações sobre organização e funcionamento de Centros de Parto Normal, abrangendo as unidades intra-hospitalares (ligadas física e funcionalmente a um estabelecimento assistencial de saúde) assim como as unidades autônomas (aquelas que não estão ligadas a um estabelecimento assistencial de saúde).
- Articular com o Conass e o Conasems o cadastramento, nos serviços de controle e avaliação das Secretarias Municipais de Saúde, das enfermeiras obstétricas que trabalham na atenção ao parto dos CPN e nas unidades hospitalares, para que possam preencher o laudo de internação, gerando AIH.

Reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina

No campo da morbimortalidade por câncer, desde 2003 a ATSM trabalha em parceria com o Instituto Nacional de Câncer (Inca). As estratégias de prevenção e controle do câncer do colo do útero e da mama têm por objetivo reduzir a incidência, a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais desses tipos de câncer, por meio da oferta de serviços para prevenção e detecção em estágios iniciais da doença e para o tratamento e reabilitação das mulheres.

Desde 1997, o Ministério da Saúde tem realizado ações programáticas para o controle do câncer de colo de útero, mas não foi possível se obter resultados nacionais que tivessem impacto na ocorrência da doença. Para o ano de 2005, a estimativa de incidência de neoplasia maligna da mama é de 49.470 casos novos, com um risco estimado de 53 casos para cada 100 mil mulheres. Quanto ao câncer do colo do útero, a incidência esperada, para 2005, é de 20.690 casos, com um risco estimado de 22 casos para cada 100.000 mulheres. Constatou-se, assim, que as taxas de incidência e mortalidade se têm mantido praticamente inalteradas ao longo dos anos, apresentando-se muito elevadas, se comparadas aos países desenvolvidos.

Essa constatação impôs a necessidade de construir novas estratégias que permitissem alcançar os objetivos definidos. Para este fim, foi composto um grupo de trabalho constituído pela Área Técnica de Saúde da Mulher, o Instituto Nacional de Câncer e outras áreas do Ministério da Saúde, com a participação da sociedade civil, para a construção de um *Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Mama e do Colo do Útero no Brasil 2005–2007*.

O objetivo desse *Plano de Ação* é reduzir a incidência e a mortalidade por câncer do colo do útero e de mama. Para tal foram definidas estratégias de detecção precoce, que permitem tratamentos em estágios pré-malignos, de forma menos agressiva e mutiladora e com maior efetividade, promovendo, com isso, além da cura na maioria dos casos, o aumento da sobrevivência, quando diagnosticado em estágios iniciais.

O *Plano de Ação* está fundamentado na *Política Nacional de Atenção Oncológica*, instituída pela Portaria GM n.º 2.439, de 8 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2005h) e em acordo com os objetivos e metas prioritárias do Pacto pela Vida. Para o controle do câncer de colo de útero, o Pacto pela Vida propõe: cobertura de 80% para o exame preventivo do câncer do colo do útero, conforme protocolo e incentivo para a realização da cirurgia de alta frequência, em ambulatório, com pagamento diferenciado. Para o controle do câncer de mama os objetivos e metas são: ampliar para 60% a cobertura de mamografia, conforme protocolo e realização de punção em 100% dos casos necessários, conforme protocolo. Neste sentido, o *Plano de Ação para o Contro-*

le dos Cânceres do Colo do Útero e de Mama 2005–2007 apresenta as seguintes diretrizes estratégicas a serem desenvolvidas nos distintos níveis de atenção à saúde: aumento da cobertura da população-alvo, a garantia da qualidade, fortalecimento do sistema de informação, desenvolvimento de capacitações, desenvolvimento de pesquisas e mobilização social.

Durante a gestão 2003–2006 a ATSM também participou na elaboração e publicação da *Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas: recomendações para profissionais de saúde* (BRASIL, 2006q). Esta publicação foi elaborada com a finalidade de orientar a atenção às mulheres, subsidiando tecnicamente os profissionais de saúde, disponibilizando-lhes conhecimentos atualizados de maneira sintética e acessível que possibilitem tomar condutas adequadas em relação ao controle do câncer do colo do útero. O Ministério da Saúde, por meio da Área Técnica de Saúde da Mulher e do Instituto Nacional de Câncer, submeteu o referido documento à Consulta Pública, de modo que o texto final retrata a Consulta Pública e a contribuição de especialistas e sociedades científicas. Dessa forma o documento busca estabelecer, com base em evidências científicas, uma nova nomenclatura a ser utilizada nos laudos citopatológicos, no SISCOLO (Sistema de Informação sobre o Colo do Útero) e nas condutas preconizadas de acordo com cada caso, no Sistema Único de Saúde (SUS).

As diretrizes da *Nomenclatura* não têm caráter limitante e sim de recomendações que, à luz do conhecimento científico atual, se aplicam à maioria dos casos clínicos típicos. Apesar disso, cabe sempre ao médico decidir que conduta adotar, baseado em sua experiência profissional e nas melhores evidências científicas, tendo o compromisso com a boa prática clínica.

Considerando a necessidade de incorporar novas tecnologias e conhecimentos clínicos, morfológicos e moleculares, desde 2001 o Instituto Nacional de Câncer promove, em parceria com vários segmentos da sociedade científica, encontros, oficinas, seminários, grupos de trabalho e grupos focais, para ampliar o fórum de discussão e reunir contribuições para seu aperfeiçoamento.

A atenção básica deve implementar ações que visem ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama, considerando a alta incidência e mortalidade dessas doenças. Nessa perspectiva, foi elaborado o *Caderno de Atenção Básica n.º 13: Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama* (BRASIL, 2006l), com a participação da ATSM, com vistas a contribuir à qualificação da atenção básica para a implementação dessas ações.

Quadro 8. Número de exames citopatológicos realizados de 2003 a 2006

2003	2004	2005	2006 (projeção)
10.265.720	10.533.593	11.428.815	11.630.510

Fonte: DATASUS/MS

Quadro 9. Número de cirurgias de alta frequência (CAF) realizadas de 2003 a 2006

2003	2004	2005	2006 (projeção)
30 461	34 993	45 095	62 787

Fonte: DATASUS/MS

Quadro 10. Número de tratamentos cirúrgicos realizados de 2003 a 2006

2003	2004	2005	2006 (projeção)
5 020	4 579	4804	4 681

Fonte: DATASUS/MS

Nessa gestão, houve o aumento progressivo no número de procedimentos para diagnóstico, tratamento e reabilitação, em relação ao câncer de colo do útero, como se observa nos quadros anteriormente apresentados. Esses resultados demonstram uma forte tendência à redução do tratamento cirúrgico mais radical e mutilador, com maiores gastos para o SUS, maiores riscos de complicações e óbitos, e ao aumento do tratamento à base da cirurgia de alta frequência (CAF), que pode ser realizada ambulatorialmente. Esta cirurgia somente é indicada em estágios iniciais, em que ainda não há invasões teciduais, promovendo a cura completa, na quase totalidade dos casos.

Nesta gestão foi aumentado o valor da remuneração para o exame citopatológico (de R\$ 5,37 para R\$ 7,38) e para a cirurgia de alta frequência (CAF), que passou de R\$ 18,86 para R\$ 37,72. Essas medidas visam incentivar a realização daquele exame e da CAF, em ambulatório, e facilitar o acesso ao tratamento às mulheres com indicação desses procedimentos. Foi ainda realizada a atualização e desenvolvimento completo (módulo seguimento) do SISCOLO, com incentivo ao registro do número do cartão SUS, o que permite uma sensível melhoria na avaliação dos dados disponíveis sobre a situação real do câncer do colo do útero no País.

Com relação ao câncer de mama, observa-se nesta gestão um aumento progressivo no número de procedimentos realizados para diagnóstico, tratamento e reabilitação, como indicam os quadros:

Quadro 11. Número de ecografias mamárias realizadas de 2003 a 2006

2003	2004	2005	2006 (projeção)
537.477	593.495	654.606	714.940

Fonte: DATASUS/MS

Quadro 12. Número de biópsias cirúrgicas da mama realizadas de 2003 a 2006

2003	2004	2005	2006 (projeção)
10.108	9.570	9.028	12.143

Fonte: DATASUS/MS

Quadro 13. PAAF

2003	2004	2005	2006 (projeção)
53.366	49.784	49.288	48.761

Fonte: DATASUS/MS

Quadro 14. Número de tratamentos cirúrgicos/outras tratamentos realizados de 2003 a 2006

2003	2004	2005	2006 (projeção)
660.558	708.394	793.118	838.304

Fonte: DATASUS/MS

Desde 2006 estão sendo implantadas as diversas ações preconizadas no *Plano de Ação para o Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama*, desde a atenção básica até o nível da mais alta complexidade, nos centros e unidades de atenção oncológica.

Em 2003, foi realizada a *Oficina de Trabalho para Elaboração de Recomendações ao Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama*, organizada pelo Inca e pela Área Técnica de Saúde da Mulher/MS, com o apoio da Sociedade Brasileira de Mastologia. Dessa Oficina resultou o *Consenso para o Controle do Câncer de Mama*.

Entre as ações e metas prioritárias para o controle do câncer de mama está a estratégia de detecção precoce, que atualmente é realizada por meio do exame clínico das mamas por profis-

sionais capacitados e da mamografia. Foi feita uma pactuação com os estados para aumentar a cobertura dos exames mamográficos. Além disso, nesta gestão, o Ministério da Saúde elevou os valores pagos pelo SUS para mamografia: de R\$ 30,12 em 2002 para R\$ 36,10 em 2004.

Com relação ao câncer de pulmão, o foco é o tabagismo. O tabagismo é o principal fator de risco para o desenvolvimento das principais doenças que acometem as mulheres brasileiras, como é o caso das doenças cardiovasculares, das neoplasias e das doenças respiratórias.

Com o intuito de reduzir o consumo dos produtos do tabaco, foi instituído o grupo de trabalho Tabagismo e Gênero, composto pela ATSM, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, Inca e outras áreas do Ministério da Saúde e a sociedade civil, com os seguintes objetivos:

- Reduzir a prevalência de mulheres fumantes e a morbimortalidade por doenças tabaco-relacionadas.
- Ampliar o leque e parcerias para o desenvolvimento de estratégias específicas de abordagem do tabagismo em mulheres.
- Induzir e apoiar o desenvolvimento de pesquisas sobre tabagismo e seu tratamento, com enfoque de gênero.
- Promover a disseminação do conhecimento sobre tabagismo, com enfoque específico para as mulheres, visando desestimular a iniciação e a experimentação e apoiar a cessação.
- Estratégias relacionadas aos objetivos acima descritos têm sido contempladas transversalmente nas diversas ações desenvolvidas no SUS.
- A ATSM vem dando prioridade ao tema, introduzindo a questão do tabagismo em seus materiais técnicos e na qualificação de profissionais de saúde para atenção à saúde da mulher.

Avanços, dificuldades e desafios em relação à Redução de Câncer na População Feminina

Em relação ao câncer de colo de útero, as seguintes ações vêm sendo desenvolvidas: aumento da cobertura do exame citopatológico na atenção básica, por meio da busca ativa da população-alvo, com oferta diária de coleta sem hora marcada; avaliação da necessidade de aquisição de equipamentos e insumos; qualificação dos profissionais envolvidos na realização dos exames utilizados para diagnóstico, com a implantação do Programa de Capacitação para Atenção Oncológica; organização da média complexidade – Pólos Secundários – com valorização dos procedimentos realizáveis em ambiente ambulatorial – colposcopias, biópsias, CAF; utilização de novo indicador para avaliação da qualidade das amostras – número de amostras de colpocitologias Insatisfatórias; implantação do Monitoramento Interno e Externo dos Laboratórios de Citopatologia; e construção da Rede de Educação Permanente em Atenção Oncológica; desenvolvimento estratégias de mobilização social, como o financiamento de projetos da sociedade civil, voltados para as ações de educação popular em prevenção e detecção precoce do câncer do colo de útero; desenvolvimento de pesquisas, na linha de prevenção e controle, capazes de esclarecer aspectos relativos ao rastreamento na atenção básica, à definição de parâmetros assistenciais na média e na alta complexidade e sobre o custo - efetividade para a incorporação de tecnologias no SUS.

Em relação ao câncer de mama, as seguintes ações vêm sendo desenvolvidas: aumento da cobertura, com a busca ativa da população alvo; qualificação dos profissionais envolvidos com a realização dos exames utilizados para o diagnóstico, como o exame clínico das mamas, e a interpretação do laudo mamográfico, com a implantação do Programa de Capacitação para Atenção Oncológica na realização dos exames envolvidos com o diagnóstico, como o exame clínico das mamas e interpretação do laudo mamográfico; aumento da oferta de mamografia, por meio do aumento do teto financeiro estadual, de forma gradual, a fim de garantir a cobertura ideal da população; organização dos Pólos Secundários de Mama, capazes de conduzir a investigação diagnóstica dos casos suspeitos pela realização de punção/biópsia (PAF/PAG) e outros proce-

dimentos de média complexidade e de realizar o tratamento das doenças benignas das mamas; implantação progressiva do Programa de Qualidade dos Serviços de Mamografia, a partir dos estados em que houver aumento de teto e o desenvolvimento do sismama; construção da Rede de Educação Permanente em Atenção Oncológica, para melhoria da qualidade da atenção nas suas diversas perspectivas; estabelecimento de diretrizes nacionais de condutas clínicas do câncer de mama, que assegurem qualidade à assistência prestada.

Portanto, as estratégias para a detecção precoce do câncer de colo de útero estão sendo implementadas de forma efetiva, promovendo o tratamento e a cura do câncer do colo do útero em números ascendentes, e diminuição da incidência e da mortalidade por este câncer, em cumprimento às metas estabelecidas. Com relação ao câncer de mama, nessa gestão, houve também o aumento progressivo no número de procedimentos realizados para o diagnóstico, tratamento e reabilitação.

A ATSM e demais atores sociais e políticos interessados em promover a saúde das mulheres brasileiras identificam como desafios que a próxima gestão deverá considerar para reduzir a incidência e a mortalidade por câncer do colo do útero e a mortalidade por câncer de mama:

- Efetiva implementação de todas as ações previstas na *Política Nacional de Atenção Oncológica – Plano de Ação para o Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama*.
- Adequação dos procedimentos de tratamento oncológico ao perfil epidemiológico da população de referência, à organização da rede de atenção oncológica e à produção dos serviços de alta complexidade nos estados e municípios.
- Fortalecimento/expansão do Programa de Qualidade da Radioterapia, assegurando qualidade à assistência prestada.

4.2 Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos

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

Em março de 2005, atendendo também às reivindicações da sociedade civil, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Essa Política representa um grande avanço no sentido em que firma os compromissos assumidos pelo governo brasileiro nos acordos assinados na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo (1994) e na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing (1995).

Essa Política foi elaborada em parceria com os Ministérios da Justiça, da Educação, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, do Desenvolvimento Agrário, e com a Secretaria Especial dos Direitos Humanos, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (BRASIL, 2005).

A política do planejamento reprodutivo, que corresponde à anteriormente denominada política de planejamento familiar, vem sendo desenvolvida pelo Ministério da Saúde em parceria com os estados, municípios e sociedade civil organizada, no âmbito da atenção integral à saúde da mulher, do homem e de adolescentes. Ela está de acordo com os preceitos legais estabelecidos na Constituição Federal de 1988 e na Lei Federal n.º 9.263, de 12 de janeiro de 1996 (BRASIL, 1996a), que regulamenta o planejamento reprodutivo.

Um aspecto importante da implementação dessa política é a abordagem da prevenção das DST/HIV/aids junto a usuárias (os) dos serviços de planejamento reprodutivo, com o incenti-

vo à adoção da dupla proteção, ou seja, associação do preservativo masculino ou feminino com algum outro método anticoncepcional.

O Ministério da Saúde, a partir do ano 2000, visando à ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no Sistema Único de Saúde (SUS), retomou a estratégia de compra dos referidos métodos pelo nível federal, com distribuição às secretarias estaduais de saúde. Entretanto, existiram muitas dificuldades logísticas para o envio dos métodos das secretarias estaduais para os municípios (BRASIL, 2005).

Em função disso, em outubro de 2001, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) definiu uma nova estratégia: a aquisição de métodos anticoncepcionais pelo Ministério da Saúde, para cobrir aproximadamente 60% da demanda por estes métodos, com distribuição descentralizada e trimestral para os municípios que atendessem a um dos seguintes critérios:

- Ter pelo menos uma equipe do Programa Saúde da Família (PSF) habilitada; ou
- Estar com o termo de adesão ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) aprovado; ou
- Contar com pelo menos uma equipe do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) (BRASIL, 2005).

Quadro 15. Distribuição de métodos anticoncepcionais nos municípios de 2002 a 2003

Tipo de Kit/Ano	Nº de Municípios		Total de Kits Enviados	
	2002	2003	2002	2003
Kit Básico*	4.568	4.920	40.000	45.210
Kit Complementar**	436	474	2.659	2.782

* Pílula combinada de baixa dosagem, pílula só de progesterona (minipílula) e o preservativo masculino.

** DIU e injetável trimestral.

(Fonte: Área Técnica Saúde da Mulher/Ministério da Saúde)

Entre 2002 e 2003 houve um aumento de aproximadamente 13% no número de *kits* básicos distribuídos aos municípios, e de aproximadamente 5%, em relação aos *kits* complementares.

Em 2004, o Ministério da Saúde enfrentou graves problemas na aquisição dos métodos anticoncepcionais, que refletiam as dificuldades encontradas nos processos de aquisição e contratação de produtos, medicamentos e serviços de um modo geral, só conseguindo concretizar, naquele ano, a compra de um pequeno quantitativo de pílula anticoncepcional de emergência, pílula combinada de baixa dosagem e pílula só de progesterona. Por essa razão, em 2004 foi realizada somente uma distribuição de métodos anticoncepcionais, que abrangeu apenas as capitais estaduais e o Distrito Federal. A pílula anticoncepcional de emergência foi enviada para serviços de atenção às mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual e serviços de referência para atenção aos adolescentes.

Ainda nesse ano, encontrava-se em processo de aquisição DIUs e anticoncepcionais injetáveis trimestrais, por meio de Termo de Cooperação e Assistência Técnica para o Desenvolvimento de Ações de Apoio à Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS, celebrado entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Esses métodos chegaram ao Brasil em junho de 2005 e tiveram que ser submetidos ao controle de qualidade, só concluído em dezembro do mesmo ano. Por esse motivo, só foi possível reiniciar a distribuição desses métodos em 2006.

Em 2005, o Ministério da Saúde propôs para pactuação com a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), composta de representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde e do Governo Federal, a inclusão dos métodos anticoncepcionais no elenco de medicamentos/pro-

dados para a atenção básica, no grupo que seria de responsabilidade do nível federal para aquisição e distribuição (BRASIL, 2005l).

Tal proposta foi pactuada nas reuniões da CIT de fevereiro e março de 2005 e definida na Portaria do Ministério da Saúde n.º 2.084/GM (BRASIL, 2005f), de 26 de outubro de 2005. Esta portaria estabeleceu que os recursos financeiros do financiamento dos medicamentos dos elencos IN (insulina), SM (Saúde da Mulher), NA (Nutrição e Alimentação) e CT (Combate ao Tabagismo), do Componente Estratégico do Elenco da Assistência Farmacêutica Básica, seriam aplicados na aquisição direta e distribuição pelo Ministério da Saúde aos estados, municípios e Distrito Federal.

Em 2005, foram atendidos 5.235 municípios com os métodos anticoncepcionais enviados pelo Ministério da Saúde. Foram distribuídas, aproximadamente: 16,8 milhões de cartelas de pílula combinada de baixa dosagem; 1,5 milhões de cartelas da pílula só de progesterona (minipílula); 352 mil cartelas da pílula anticoncepcional de emergência; e 750 mil ampolas do injetável mensal.

Em 2006, foram atendidos 5.242 municípios com os métodos anticoncepcionais enviados pelo Ministério da Saúde. Foram distribuídas: 18 milhões de cartelas de pílula combinada de baixa dosagem; 1,2 milhões de cartelas da pílula só de progesterona (minipílula); 207 mil cartelas da pílula anticoncepcional de emergência; 542 mil ampolas do injetável mensal; 250 mil ampolas do injetável trimestral; e 176 mil unidades de DIU TCU 380 A. Com relação, especificamente, ao DIU, em 2003, 474 municípios foram atendidos com esse método, em 2006, esse número chegou a 1.335 municípios.

Com base nas decisões da CIT, foi feita uma programação de compra para cobrir os anos de 2006 e 2007, para atender:

- Com a pílula combinada e com a pílula só de progesterona, 5.564 municípios, o total de municípios da federação;
- Com o injetável mensal e trimestral, 4.208 municípios, aqueles com população acima de 5.000 habitantes;
- Com o DIU, aproximadamente 1.500 municípios;
- Com o diafragma, 255 municípios, aqueles com população igual ou maior que 100 mil habitantes.

Para definir esses quantitativos, tomou-se por base a população de mulheres de 10 a 49 anos (60.313.460 mulheres em 2005, segundo o IBGE) usuárias de métodos anticoncepcionais modernos (cerca de 70% deste universo, segundo dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde-PNDS/1996) e que são atendidas na rede SUS (cerca de 74% da população, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 1998). Os parâmetros utilizados definem a necessidade de oferecer, de forma organizada, métodos anticoncepcionais para uma população em torno de 31.242.372 mulheres/ano.

No quadro a seguir podem-se observar os crescentes quantitativos e a evolução dos gastos com a aquisição de métodos anticoncepcionais, nos anos de 2002 a 2006.

Quadro 16. Métodos anticoncepcionais adquiridos e custo – 2002 a 2006

Métodos Anticoncepcionais	2002	2003	2004	2005	*2006
Pílula Combinada de Baixa Dosagem – cartela	5.388.408	8.138.520	3.486.589	32.500.000	50.000.000
Pílula só de progesterona – cartela	800.000	542.568	750.000	1.965.000	2.500.000
Pílula anticoncepcional de emergência – cartela	-	-	393.680	200.000	-
Injetável mensal – ampola	-	-	439.400	800.000	1.600.000
Injetável trimestral – ampola	261.360	-	250.000	-	500.000
DIU – unidade	87.120	41.730	176.700	-	300.000
Diafragma – unidade	-	-	-	-	12.000
Anéis medidores do diafragma – caixa	-	-	-	-	3.000
Custo em R\$	7.927.591,00	10.241.215,36	9.139.950,00	27.358.587,50	40.000.000,00

* Aquisições e custo estimados para 2006, em processo de licitação.

(Fonte: Área Técnica de Saúde da Mulher/ MS)

Com relação à aquisição e distribuição de preservativos, desde 2001 vem sendo implementada a Política de Preservativos Masculinos e Femininos do Ministério da Saúde, por intermédio do Programa Nacional de DST e Aids. O quadro a seguir apresenta dados sobre a distribuição de preservativos, 2000 a 2004:

Quadro 17. Distribuição de Preservativos (em milhões) – 2000 a 2004

Preservativos distribuídos									
Preservativo Masculino					Preservativo Feminino				
2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004
78,4	125,6	138,0	256,7	152,8	1,4	0,5	2,0	2,5	1,6

(Fonte: Programa Nacional de DST/Aids/Ministério da Saúde)

A Área Técnica de Saúde da Mulher, reconhecendo a dificuldade de acesso para homens e mulheres que desejam realizar a esterilização cirúrgica voluntária (laqueadura tubária e vasectomia) no SUS, estabeleceu a meta de aumentar em 50%, no período de 2004 a 2007, em todos os estados, o número de serviços credenciados para a realização desses procedimentos. Esta decisão veio em conformidade com a Lei n.º 9.263 (BRASIL, 1996a), que regulamenta o planejamento reprodutivo. Em 2003, existiam aproximadamente 431 instituições habilitadas no SUS para esses procedimentos; até setembro de 2006, já somavam, aproximadamente, 673 instituições habilitadas.

É importante assinalar que, pelo princípio da descentralização e da responsabilização dos gestores estaduais e municipais pela organização da atenção à saúde, a iniciativa para o credenciamento dos serviços para a realização da esterilização cirúrgica voluntária deve partir das secretarias estaduais ou municipais de saúde. Estas devem encaminhar ao Ministério da Saúde os dados das instituições indicadas para que seja efetivada a habilitação.

Em agosto de 2003, foi instituída a Comissão sobre Acesso e Uso do Genoma Humano, por meio da Portaria n.º 1.679/GM, tendo em vista a necessidade de discussão científica, ética e jurídica acerca do acesso e uso do genoma humano e seus impactos sobre a saúde e a necessidade de implementação dos avanços biotecnológicos nas ações e serviços do SUS.

No período de setembro de 2004 a março de 2005, um grupo de trabalho instituído pelo Ministério da Saúde elaborou a Política de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida. Desse grupo fizeram parte as seguintes sociedades científicas e instituições públicas com serviços de reprodução humana assistida: Centro de Reprodução Humana Assistida do Hospital Regional da Asa Sul/DF, Centro de Referência em Saúde da Mulher/SP (Hospital Pérola Byington), Instituto Materno Infantil de Pernambuco (Imip), Hospital Universitário de Ribeirão Preto/USP/SP, Hospital Universitário da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), Sociedade Brasileira de Reprodução Humana, Núcleo de Bioética da UnB e Sociedade Brasileira de Urologia.

Este grupo elaborou a linha de cuidados para casais com infertilidade conjugal e para portadores de doenças infecto-contagiosas, particularmente os portadores do HIV e das hepatites virais, e portadores de doenças genéticas que possam se beneficiar das técnicas de reprodução humana assistida. O documento define o fluxo de atendimento e as competências dos três níveis de atenção – básica, de média complexidade e de alta complexidade. De acordo com o grupo de trabalho, de 8% a 15% dos casais com infertilidade conjugal, aproximadamente 70% podem ter sua condição solucionada por ações previstas na atenção básica e de média complexidade, com encaminhamento de apenas 30% para as ações de alta complexidade (inseminação artificial e fertilização *in vitro*). Apesar do Ministério da Saúde ter diretrizes claras sobre esse tema, ainda não se concretizou uma política pública nacional.

Para elaborar a proposta de normatização do funcionamento de bancos de células e tecidos germinativos (BCTG) foi constituído um grupo de trabalho coordenado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Esta é uma autarquia inserida no Sistema Único de Saúde que responde pela qualidade de todos os produtos e serviços que podem interferir na saúde da população brasileira. Em 17 de fevereiro de 2006, foi publicada a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n.º 33, que aprova o regulamento técnico para o funcionamento dos BCTG. Segundo a RDC, “Banco de células e tecidos germinativos (BCTG) é o serviço destinado a selecionar doadores, coletar, transportar, registrar, processar, armazenar, descartar e liberar células e tecidos germinativos, para uso terapêutico de terceiros ou do próprio doador”.

No âmbito da qualificação profissional em planejamento reprodutivo, o Ministério da Saúde, em parceria com a Febrasgo (Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia) e as secretarias municipais de saúde de 15 capitais das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste realizou capacitações para médicos e enfermeiras que atuam na atenção básica, nas áreas de planejamento reprodutivo e pré-natal. Participaram profissionais de Rio Branco (AC), Manaus (AM), Macapá (AP), Porto Velho (RO), Palmas (TO), Belém (PA), Teresina (PI), São Luís (MA), Fortaleza (CE), João Pessoa (PB), Recife (PE), Natal (RN), Aracaju (SE), Maceió (AL) e Goiânia (GO). No período de 2003 a 2004, foram realizadas 17 capacitações em planejamento reprodutivo e 18 em pré-natal, com, aproximadamente, 1.000 profissionais capacitados. Ainda como produto dessa parceria, também foi elaborado material instrucional, disponibilizado em CD-ROM, para capacitação em planejamento reprodutivo e pré-natal, que foi distribuído para as coordenações estaduais de saúde da mulher e para as secretarias municipais de saúde envolvidas.

Finalmente, no que diz respeito à produção de materiais educativos, foram elaboradas e distribuídas para as secretarias estaduais e municipais de saúde três cartilhas: *Direitos Sexuais, Direitos Reprodutivos e Métodos Anticoncepcionais* (BRASIL, 2006i), voltada ao apoio das ações educativas em planejamento reprodutivo com as (os) usuárias (os); *Anticoncepção de Emergência – perguntas e respostas para profissionais de saúde* (BRASIL, 2005m), para promover a atualização técnica e contribuir para a superação de tabus e informações distorcidas que muitos profissionais de saúde têm em relação à anticoncepção de emergência; *Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – uma prioridade do governo* (BRASIL, 2005l), que apresenta as diretrizes do Governo para garantir os direitos de homens e mulheres, adultos e adolescentes, em relação à saúde reprodutiva, enfocando, principalmente, o planejamento reprodutivo.

Foram distribuídos, ao longo de toda essa gestão, para as secretarias estaduais e municipais de saúde, os manuais técnicos: *Assistência em Planejamento Familiar – manual técnico* (BRASIL, 2002c) e *Planejamento Familiar – manual para o gestor* (BRASIL, 2002d), que foram produzidos na gestão anterior. É importante enfatizar que o acesso a informações faz parte do direito ao planejamento reprodutivo.

A Área Técnica de Saúde da Mulher, o Departamento de Atenção Básica e o Programa Nacional de DST/aids estão elaborando o *Caderno de Atenção Básica Direitos, Saúde Sexual e Planejamento Reprodutivo*. A publicação, destinada aos profissionais de saúde da atenção básica, especialmente médicos e enfermeiros, visa disseminar a concepção da estreita relação entre saúde, direitos humanos, direitos sexuais e direitos reprodutivos. Pretende também atualizá-los em relação aos métodos anticoncepcionais e à assistência à infertilidade na atenção básica.

Atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva de adolescentes e jovens

A ATSM atua em estreita parceria com a Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem, do Ministério da Saúde, nas questões relacionadas ao planejamento reprodutivo, à prevenção das DST/HIV/aids, à atenção obstétrica e à atenção a adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.

Segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, cabe à atenção básica realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, garantir a atenção à saúde reprodutiva e sexual, incluindo o acesso a métodos contraceptivos e para prevenção das DST/HIV/aids, articular ações de redução da morbimortalidade por causas externas (acidentes e violências) e desenvolver ações educativas com grupos.

A atenção dada à saúde sexual e à saúde reprodutiva é uma das linhas de ação prioritárias da atenção integral à saúde de adolescentes e jovens, com grande relevância para esse grupo populacional. Na adolescência, a sexualidade tem a dimensão especial do amadurecimento sexual e o início da capacidade reprodutiva, concomitante com outras profundas transformações que se processam nos campos biológico, psíquico, erótico e social.

Em novembro de 2004, foi realizada uma oficina para aprofundar o marco teórico-referencial para a atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva de adolescentes e jovens e definir macroestratégias em relação a essa linha prioritária de ação. Essa oficina contou com a participação de profissionais de saúde, gestores, organismos internacionais, sociedades científicas, organizações não-governamentais e forte representação de adolescentes e jovens. Em 2005, foram elaborados dois manuais para apoiar a organização e implementação de ações e serviços para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens, pautados nos princípios da ética, garantia de privacidade, confidencialidade e sigilo: *Saúde Integral de Adolescentes e Jovens – Orientações para a Organização de Serviços de Saúde* (BRASIL, 2005u) e *Marco Legal: Saúde, um Direito de Adolescentes* (BRASIL, 2005v). Além desses manuais, encontra-se em versão preliminar o manual *Marco Teórico e Referencial: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens* (BRASIL, 2006k). Em junho de 2006, foi realizada a oficina *Consenso para Atenção à Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes no Âmbito do SUS: Questões Técnicas, Éticas e Legais*.

Avanços, dificuldades e desafios em relação ao Planejamento Reprodutivo

O período abrangido por este relatório foi particularmente pródigo na elaboração e aprovação de políticas públicas abordando importantes setores da saúde sexual e da saúde reprodutiva, a saber, a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida. De particular relevância foi a elaboração dessas políticas segundo os princípios da transetorialidade e da participação social, incluindo áreas técnicas

do Governo Federal, profissionais, gestores, organizações da sociedade civil e movimentos da juventude. Entretanto, ainda é grande o desafio para tornar essas políticas vivas e concretas no cotidiano dos serviços de saúde.

Tem havido um incremento substancial nos recursos alocados para a compra de métodos anticoncepcionais e de insumos para a prevenção das DST/HIV/aids, indicando a vontade política em responder às necessidades da população e aos compromissos assumidos, tanto com a sociedade civil brasileira como com os acordos internacionais assinados.

Desde 2003, o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, vem desenvolvendo o projeto *Saúde é Prevenção nas Escolas*, que inclui ações voltadas à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos dos jovens, como o acesso à informação e à distribuição de preservativos.

Se por um lado houve um grande avanço com a elaboração das políticas nacionais ligadas à saúde sexual e reprodutiva, várias são as dificuldades para tornar essas políticas vivas e concretas no cotidiano dos serviços de saúde.

Uma grande dificuldade reside na descontinuidade do suprimento de insumos para o planejamento reprodutivo. No nível do Ministério da Saúde verifica-se que os processos de compra não têm sido ágeis, o almoxarifado apresenta problemas infra-estruturais (espaço físico inadequado e insuficiência de recursos humanos, redundando em distribuições, que demoram, em média, de 4 a 6 meses para serem concluídas), além de problemas com relação ao controle de qualidade, particularmente dos preservativos. Estados e municípios também apresentam problemas semelhantes. Tornar as distribuições mais ágeis, o Ministério da Saúde modificou a forma de distribuição para as aquisições de métodos anticoncepcionais que forem concretizadas em 2007: esta passará a ser feita diretamente aos municípios pelas empresas que ganharem os processos licitatórios, com exceção do DIU e do diafragma, cujas distribuições serão feitas pelo Ministério da Saúde aos municípios.

O não cumprimento dos pactos firmados desde 2000 entre as três esferas de gestão, quanto à oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS, constitui outra dificuldade. Este fato exige que o processo de descentralização do financiamento dos medicamentos e produtos do módulo obrigatório mínimo da atenção básica se dê de forma progressiva para não agravar mais ainda a situação de desabastecimento dos insumos para o planejamento reprodutivo. O Ministério da Saúde continua a centralizar a aquisição e a distribuição aos municípios dos métodos anticoncepcionais, enquanto aguarda que os estados e municípios estejam mais bem estruturados e garantam medidas para que tais insumos estejam incluídos entre as prioridades de suas aquisições (em outros momentos isso não se concretizou, apesar de pactuado).

A inclusão dos homens nas questões relacionadas com a saúde sexual e a saúde reprodutiva ainda não foi adequadamente equacionada, pois os serviços ainda tendem a se restringir ao tratamento das DST, à distribuição de preservativos e à oferta de vasectomia, de tal forma que a estratégia de ampliar a participação de homens na saúde sexual e reprodutiva ainda é limitada. Isso sugere que persiste em vários setores governamentais e não-governamentais a concepção de que saúde sexual e saúde reprodutiva são componentes de saúde da mulher apenas.

Ainda observam-se resistências entre profissionais de saúde da rede básica de saúde em prestar atendimento em saúde sexual e reprodutiva à população adolescente e jovem, mesmo após a distribuição dos dois manuais que orientam a organização e implementação de ações e serviços para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens. Compete às autoridades municipais e à sociedade civil monitorar e garantir a efetivação das normas e procedimentos preconizados.

A ATSM e demais atores na área da saúde da mulher consideram que em relação ao planejamento reprodutivo a próxima gestão deverá refletir e definir estratégias para as seguintes questões:

- Concretização da Lei n.º 9.263/96.

- Agilização da compra e distribuição de métodos anticoncepcionais.
- Incremento da qualificação das equipes da atenção básica na assistência à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens, de modo a superar preconceitos e promover o conhecimento sobre os seus direitos constituídos e os instrumentos legais que apóiam a implementação de serviços para esse segmento da população, com garantia de privacidade, sigilo e consentimento informado.
- Ampliação da oferta de ações de saúde sexual e reprodutiva voltadas para os homens que incluem a prevenção do câncer de próstata e de pênis, as disfunções sexuais, entre outros agravos específicos da população masculina.
- Garantir a implementação da Portaria MS/SAS n.º 388, de 6 de julho de 2005, que estabelece os critérios para organizar e implantar as redes – estaduais, municipais e do Distrito Federal – de atenção em reprodução humana assistida e implementar a atenção à infertilidade, buscando garantir o financiamento e a estruturação dos serviços de reprodução humana assistida, nos três níveis de atenção – básica, de média e de alta complexidade.
- Ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária para responder à demanda reprimida nessa área. Para tanto, faz-se necessário rever a legislação que rege essa questão, uma vez que existem determinações legais que limitam os direitos reprodutivos de mulheres e homens no Brasil.
- Ampliação das ações educativas nos serviços de saúde, na perspectiva de contribuir para produzir sujeitos e saúde, uma vez que o acesso à informação faz parte do direito à saúde.
- Incorporação das políticas e orientações dos vários manuais técnicos sobre saúde sexual e saúde reprodutiva às estratégias de qualificação de profissionais da saúde, inclusive as instituições do ensino formal, atentando para que os enfoques críticos de gênero e os princípios do SUS sejam priorizados tanto quanto o são os procedimentos técnicos abordados durante a formação técnica e acadêmica.

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

A Política de Atenção à Saúde da Mulher foi trabalhada na perspectiva do enfrentamento das desigualdades de gênero e da garantia da atenção integrada e humanizada às mulheres e adolescentes nas situações de violência doméstica e sexual. Como objetivos para promover essa atenção foram colocados: organizar redes integradas de atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual; articular a atenção à mulher em situação de violência com ações de prevenção às DST/aids, à hepatite viral e à gravidez indesejada; promover ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual; promover o empoderamento feminino.

A ATSM incorporou na elaboração das suas estratégias de prevenção da violência o Plano Nacional – Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher, da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (2003).

A estratégia utilizada foi a de implantação/implementação das redes de atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. Isto se deu por meio da articulação da ATSM com os diversos setores, serviços e organizações que, direta ou indiretamente, contribuem com a assistência, a exemplo das Delegacias da Mulher e da Criança e Adolescente, Institutos Médico Legais, Ministério Público, as estruturas do Sistema Único de Assistência Social, sociedades médicas, instituições como casas-abrigo, grupos de mulheres, creches,

entre outros. Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher estabeleceu como meta aumentar em 30% o número de serviços dessa natureza.

As ações para a expansão e qualificação da atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual têm como parte importante da agenda a discussão permanente com as seguintes instâncias do Ministério da Saúde: as Áreas Técnicas de Saúde do Adolescente e do Jovem, Saúde Mental, Saúde da Criança, Saúde do Trabalhador, Saúde da Pessoa com Deficiência, Saúde no Sistema Penitenciário, PN-DST/AIDS, Departamento de Atenção Básica, Urgências e Emergências, HumanizaSUS, Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde e Consultoria Jurídica. Também envolve serviços que atendem os aspectos jurídicos e psicossociais por intermédio da Secretaria Nacional de Segurança Pública, do Ministério da Justiça, e das Secretarias Especiais de Políticas para as Mulheres e de Direitos Humanos, da Presidência da República.

A Área Técnica de Saúde da Mulher elaborou importantes documentos técnicos e normatizações que apóiam a qualificação e ampliação dos conhecimentos dos profissionais de saúde que atuam diretamente com os casos de violência sexual e na atenção à interrupção da gravidez prevista em lei, encontrando-se entre esses documentos: *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica – 2ª edição atualizada e ampliada* (BRASIL, 2005o); *Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica* (BRASIL, 2005n); *Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde* (BRASIL, 2005m); *Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde* (BRASIL, 2005p). Além disso, houve a inclusão de capítulos inéditos sobre a violência contra a mulher nas seguintes publicações: *Pré-natal e Puerpério – atenção qualificada e humanizada – manual técnico* (BRASIL, 2006j); *Atenção à Saúde da Mulher no Climatério*, em fase de elaboração; *Atenção à Saúde da Pessoa Idosa*.

Foi elaborada, em 2006, a cartilha *Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual – matriz pedagógica para formação de redes* (BRASIL, 2006g), em parceria com diversos especialistas brasileiros, organizações não-governamentais, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e a Secretaria Nacional de Segurança Pública, do Ministério da Justiça. Trata-se de um conjunto de informações que se ancoram entre o instrumental teórico e o aprimoramento técnico, o perfil e a vocação profissional para as questões da atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. A matriz pedagógica em questão contribui para o alcance do objetivo de personalizar a atenção integrada, considerando que a estruturação de redes locais de atenção à violência é uma resposta positiva para o enfrentamento real das situações de agressão às mulheres.

Outra estratégia desenvolvida, com vista à organização das redes de atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, foi a promoção de 4 Seminários Macrorregionais de Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação ou Risco para Violência Doméstica e Sexual, em 2005 e 2006, que tiveram como objetivo identificar os avanços e as dificuldades de gestores e serviços de saúde de referência que prestam atendimento à violência doméstica e às complicações decorrentes da violência sexual. A ATSM buscou a articulação gerencial, técnica e operacional entre gestores dos três níveis de governabilidade do SUS. Articulou-se também com os hospitais de referência em atenção integral às mulheres e adolescentes em situação de violência sexual de todas as regiões do País para discutir e pactuar a garantia de acolhimento, atendimento, encaminhamentos e a disponibilidade de medicamentos antiretrovirais, vacinas, anticoncepção de emergência, bem como procedimentos previstos em lei.

No que diz respeito à referência para a atenção especializada, o Ministério da Saúde tinha registrado, até novembro de 2006, o funcionamento de 131 hospitais de referência, sendo que 69 deles preparados para a realização do aborto previsto no Código Penal. Esses estabelecimentos de saúde estão distribuídos em todos os estados da federação. Logo, houve um aumento importante do número de serviços, resultado também do esforço do Ministério da Saúde para avançar nas políticas de atenção à violência de gênero.

A ATSM, no período de 2003 a 2006, apoiou técnica e financeiramente 43 instituições, mediante convênios estabelecidos com secretarias estaduais e municipais de saúde e organizações não-governamentais (ONGs). Foi estabelecida uma meta de 5.800 profissionais capacitados para as redes de atenção. Ao final do mês de novembro de 2006, já somavam 8.350 profissionais capacitados, ultrapassando a meta inicial.

Por meio da Portaria n.º 2.406 (BRASIL, 2004b), de 5 de novembro de 2004, o Ministério da Saúde instituiu o Serviço de Notificação Compulsória de Violência contra a Mulher, em conformidade com a Lei n.º 10.778/2003 (BRASIL, 2003c). A portaria estabelece a notificação compulsória, no âmbito dos serviços de saúde, dos casos de violência contra a mulher (e outras violências interpessoais) que forem atendidos em serviços de saúde pública e privados e com o disposto no Decreto n.º 5.099/2004, a respeito dos serviços de referência sentinela para implantação da notificação compulsória da violência contra mulheres.

Em 2005, após pré-teste da Ficha de Notificação Compulsória de Violência contra a Mulher (e outras violências interpessoais), foram realizadas, sob a coordenação da Secretaria de Vigilância em Saúde, cinco oficinas e aproximadamente 20 reuniões técnicas intersetoriais de avaliação. Essas atividades contribuíram para a definição do novo formato da ficha de notificação, considerando as tipologias da violência e suas diversas especificidades, segundo o padrão do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Esse processo contou com a participação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.

Em junho e julho de 2006 foram treinadas 39 Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para implantação desse sistema de notificação. Um aplicativo para o sistema de informações sobre violência foi criado para compilar e analisar os dados de notificação dos casos de violência contra as mulheres. Com o objetivo de produzir conhecimento para a formulação de estratégias de fortalecimento da implementação das redes, foi financiada e encontra-se em andamento uma pesquisa conduzida pelo Centro Materno-Infantil de Campinas (Cemicamp), que irá delinear o perfil do atendimento às mulheres em situação de violência.

Considera-se também um avanço significativo na defesa dos direitos da mulher, a edição pelo Ministério da Saúde da Portaria n.º 1.508/GM, de 2005 (BRASIL, 2005e), que dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei no âmbito do SUS.

Desde 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher, em parceria com o Unicef, apóia o fortalecimento do Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes com a elaboração de uma matriz intersetorial de enfrentamento à exploração sexual comercial de crianças e adolescentes. A ATSM colabora no enfrentamento à pedofilia e pornografia na internet, ações coordenadas pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República. Com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República e Ministério da Justiça, a ATSM colabora na Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas.

A Área Técnica de Saúde da Mulher por meio do Decreto n.º 5.030, de 31.3.2004, participou da elaboração da Lei n.º 11.340 de 7.8.2006 (BRASIL, 2006a), que coíbe a violência doméstica contra a mulher – Lei Maria da Penha. Esta lei propõe em seu Capítulo II – *Da Assistência à Mulher em Situação de Violência Doméstica e Familiar/art. 9º*, que “A Assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar será prestada de forma articulada e conforme os princípios e diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, no Sistema Único

de Saúde, no Sistema Único de Segurança (...). No parágrafo 3º lê-se que “A assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar compreenderá o acesso aos benefícios decorrentes do desenvolvimento científico e tecnológico, incluindo os serviços de contracepção de emergência, a profilaxia em Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) e outros procedimentos médicos necessários e cabíveis nos casos de violência sexual”. A Lei Maria da Penha garante, dessa forma, a atenção integral a saúde da mulher em situação de violência doméstica/sexual nos serviços públicos de saúde.

Avanços, dificuldades e desafios em relação à Violência Doméstica e Sexual

Em fins de 2002, o número de serviços hospitalares que estavam preparados para atender mulheres vítimas de violência sexual chegava a 82 e concentravam-se nas capitais e regiões metropolitanas das Regiões Sul e Sudeste. Hoje, estão implantados 131 serviços hospitalares, abrangendo todas as regiões do País. Houve um aumento em 48% no número de serviços, ultrapassando a meta prevista de 30%. Como já foi dito anteriormente, houve um grande avanço no número de hospitais que realizam o abortamento nos casos de gravidez resultante de estupro e segundo pesquisa da ATSM em parceria com o Cemicamp. Atualmente apenas 50% dos serviços exigem o boletim de ocorrência para a realização desse procedimento.

Entre os desafios que a próxima gestão deverá levar em conta, a ATSM e demais atores sociais e políticos na área da saúde da mulher propõem:

- Dar continuidade à expansão e qualificação dos serviços especializados, estimulando a interiorização da estratégia de Redes de Atenção Integral às Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual.
- Fortalecer as parcerias com conselhos profissionais, federações e associações de ginecologia, que são de grande importância na sensibilização de profissionais médicos e nas pactuações para a atenção ao direito legal de mulheres adultas e adolescentes.
- Implantar a Ficha de Notificação de violência contra mulheres, adolescentes, crianças em todo o País.
- Assegurar a sustentabilidade dos serviços de atenção ao abortamento previsto em lei, por meio da formação de profissionais utilizando os princípios e diretrizes de gestão do SUS.
- Dar continuidade ao fortalecimento das parcerias interinstitucionais para as ações de prevenção às situações de risco e o enfrentamento da violência doméstica e sexual vivenciada por mulheres e adolescentes.
- Acompanhar a implementação de serviços dirigidos ao atendimento dos “agressores”.
- Dar continuidade à realização de encontros, seminários, colóquios e mostras de experiências neste temário.
- Fortalecer as ações da área da saúde contempladas no Plano Nacional de Políticas para as Mulheres no que diz respeito à violência sexual e doméstica.

4.4 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

Na gestão 2003–2006 a ATSM realizou ações integradas com o Programa Nacional de DST/Aids na prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis e HIV/aids nas mulheres. Entre essas ações destacam-se a inclusão do tema sobre controle da transmissão vertical da sífilis e do HIV/aids no conteúdo programático dos *Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada Baseada em Evidências Científicas* e na publicação *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico*. Da parceria da ATSM com o Programa Nacional de DST/Aids resultou também a edição do Caderno de Atenção Básica n.º 18 *HIV/aids, Hepatites e Outras DST* (BRASIL, 2006n) e a capacitação, ao longo do ano de 2005, de parteiras tradicionais para serem facilitadoras na prevenção das DST/HIV/aids e hepatites virais.

A ATSM promoveu reuniões microrregionais para desenhar estratégias de qualificação dos profissionais envolvidos com a vigilância epidemiológica da aids, gestante HIV+ e crianças expostas, sífilis na gestação e sífilis congênita.

Na gestão 2003–2006 constituiu-se um grupo de trabalho para discutir em nível técnico sobre o uso racional da “vacina anti-HPV”, como estratégia de prevenção das lesões condilomatosas em vulva e vagina (DST) e do câncer do colo do útero, com a participação de diversas áreas e setores do Ministério da Saúde.

Em 2006, no Congresso de DST e Aids em Belo Horizonte, a ATSM e o PN-DST/Aids apresentaram o *Plano Operacional para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis* no Brasil. Por meio deste *Plano*, o Ministério da Saúde reforça seu compromisso de reduzir a transmissão vertical do HIV e de eliminar a sífilis na gestação e congênita em todo o território nacional. O Plano tem como estratégias: aumentar a cobertura de testagem para o HIV e sífilis no pré-natal; aumentar a cobertura de tratamento adequado nas gestantes com sífilis, incluindo o tratamento adequado dos parceiros sexuais; ampliar a cobertura das ações de profilaxia da transmissão vertical do HIV e da sífilis em gestantes/parturientes e em crianças expostas. Este compromisso será formalizado e lançado no Dia Internacional da Mulher de 2007.

Avanços, dificuldades e desafios em relação à Prevenção das DST e HIV/Aids

O direito à prevenção das DST e do HIV/aids ainda está pouco pautado nas agendas do movimento social e nas instâncias colegiadas de controle social. Conseguir mudanças no campo da prevenção dependerá dos processos de tomada de decisão em nível local, onde é mais plausível pactuar a prevenção a partir da garantia de direitos. Dependerá também da adoção de modelos de comunicação que considerem a dimensão da vida cotidiana como espaço de produção de subjetividade e, portanto, de busca de novas formas de enfrentamento do HIV e da aids, mais coletivas e menos individualizadas.

A ATSM e demais atores na área da saúde da mulher consideram que em relação ao enfrentamento da expansão das DST e da infecção pelo HIV entre as mulheres, a próxima gestão deverá refletir e definir estratégias para as seguintes questões:

- Prover informações sobre a situação atual da incidência de sífilis e a tendência de feminização da aids para a população em geral e, particularmente, para as mulheres jovens, com menor renda, baixa escolaridade e também para aquelas que estão no climatério, pela maior vulnerabilidade desses grupos. Informar sobre a prevenção e a profilaxia para a redução da transmissão vertical da sífilis e do HIV.

- Fortalecer a atenção à saúde da mulher na rede básica com a realização dos procedimentos essenciais preconizados para a atenção pré-natal e puerperal, do qual fazem parte a solicitação do VDRL e a oferta do teste anti-HIV na primeira consulta e na 30ª semana de gestação.
- Garantir a notificação dos casos de gestantes HIV+, com sífilis e dos casos de sífilis congênita.
- Garantir na atenção básica tratamento da gestante com sífilis e seu parceiro e acompanhamento conjunto da equipe da atenção básica e serviços de referência das gestantes HIV+.
- Apoiar as ações do Programa Saúde e Prevenção na Escola de redução das vulnerabilidades individual, coletiva e política à infecção pelas DST e HIV de adolescentes e jovens, por meio da parceria entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação, o Unicef e a Unesco.
- Garantir a oferta de insumos para a prevenção das DST/HIV/aids na rede SUS.

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

A Política de Atenção à Saúde da Mulher tem como um de seus objetivos específicos a ampliação e a qualificação da atenção clínico-ginecológica nos serviços especializados e na atenção básica, tendo como metas a melhoria da qualidade de vida, a redução da morbimortalidade por doenças crônico-degenerativas na população feminina e a assistência às demais queixas e agravos ginecológicos.

Dentro dessa perspectiva, a Área Técnica de Saúde da Mulher, em ação inédita, está elaborando um manual técnico sobre a atenção clínico-ginecológica, com a participação de diversos departamentos e áreas do Ministério da Saúde. São eles: Departamento de Atenção Básica, Programa Nacional de DST/Aids, Instituto Nacional do Câncer (Inca), Departamento de Alimentação e Nutrição, Departamento de Atenção Especializada, Departamento de Assistência Farmacêutica; as Áreas Técnicas de Saúde do Adolescente e do Jovem, Saúde do Idoso, Saúde da Pessoa com Deficiência, assim como a Coordenação de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis, a Política Nacional de Humanização, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e representantes das sociedades científicas. A ATSM entende que muitas das diretrizes para atenção ginecológica já estão contempladas nos manuais e normas técnicas elaborados em parceria com outras áreas e departamentos do Ministério da Saúde.

Essa publicação focaliza a assistência ampla às mulheres, abordando temas e problemas comuns às mais variadas fases de vida e especificidades da mulher, fundamentando-se especialmente em ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce e em variadas opções de tratamento. A publicação também vai inserir as necessidades especiais relacionadas às mulheres portadoras de deficiências na atenção ginecológica, especialmente nas ações relacionadas ao controle do câncer de mama e do colo uterino e às DST/HIV/aids.

Para apoiar a estratégia de acompanhamento à saúde das mulheres em todos os níveis de atenção, particularmente as estratégias do *Plano de Ação para o Controle do Câncer do Colo do Útero e das Mamas*, foi produzida a *Agenda da Mulher*. Esta publicação é fruto de uma ação integrada da ATSM com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e várias outras áreas do Ministério da Saúde. A *Agenda* pretende informar as usuárias do Sistema Único de Saúde sobre as patologias e agravos mais comuns ou importantes às mulheres, além de permitir que elas acompanhem o seu próprio processo saúde-doença-cuidado mulheres, além dos profissionais de saúde da atenção básica. Para atender a este propósito, a *Agenda* possui espaços para

o registro do histórico de saúde da mulher: dados clínico-ginecológicos básicos, imunizações, planejamento reprodutivo, exames preventivos do câncer do colo do útero e da mama (exame clínico das mamas, mamografia e outros exames) realizados, atenção aos cânceres de pulmão, pele e gastrointestinal, ao climatério, DSTs, cirurgias e internações (com os respectivos procedimentos e resultados anatomopatológicos), além da ocorrência de doenças crônico-degenerativas.

A *Agenda da Mulher* foi lançada em 28 de maio de 2006, Dia Internacional de Luta pela Saúde da Mulher.

Avanços, dificuldades e desafios em relação à Atenção Clínico-Ginecológica

A iniciativa de elaborar um manual técnico sobre uma das áreas de intervenção mais tradicionais na prática médica demonstra a decisão política de propiciar condições para que as práticas de saúde na atenção clínico-ginecológica se tornem cada vez mais coerentes com as necessidades de saúde, com os interesses estratégicos das mulheres e com os princípios e diretrizes das políticas contemporâneas de saúde no Brasil.

A Área Técnica da Saúde da Mulher trabalhou no sentido de diversificar estratégias para que no cotidiano da atenção clínico-ginecológica se incorpore uma concepção mais abrangente do processo saúde-doença, uma relação sujeito-sujeito entre os profissionais de saúde e as usuárias, com valorização dos aspectos subjetivos. Isto significa incorporar às práticas de atenção à saúde os conhecimentos produzidos na práxis de muitos movimentos sociais, sobretudo os feministas, os conhecimentos produzidos no campo das assim chamadas práticas integrativas e complementares e os princípios do SUS.

Existe a necessidade de expandir e qualificar a atenção clínico-ginecológica nos termos definidos pela presente gestão. Entre as perspectivas para a próxima gestão, a ATSM e demais atores na área da saúde da mulher propõem:

- Incorporar as orientações do manual técnico sobre a atenção clínico-ginecológica às estratégias de qualificação de profissionais da saúde, inclusive nas instituições do ensino formal, atentando para que os enfoques de gênero e os princípios do SUS sejam priorizados tanto quanto o são os procedimentos técnicos abordados durante a formação técnica e acadêmica.
- Desenvolver estratégias para fortalecer a atenção à saúde da mulher na atenção básica. Nesse aspecto, uma ação importante é a capacitação das equipes de saúde da família. Faz-se necessário discutir e articular com o Departamento de Atenção Básica/MS e a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) uma estratégia para educação permanente dos profissionais de saúde.
- Estruturar a atenção clínico-ginecológica nos três níveis de atenção (básica, de média e de alta complexidade) e garantir insumos básicos necessários, equipamentos para apoio diagnóstico e tratamento, qualificação técnica, entre outros aspectos a serem considerados.

4.6 Promover a atenção à saúde das mulheres em situação de prisão

Em 2003, o Ministério da Saúde, por intermédio da Área Técnica de Atenção à Saúde da População Penitenciária, lançou a Política Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Esta política foi instituída pela Portaria Interministerial n.º 1.777, de 9 de setembro de 2003, que contempla ações específicas relacionadas à atenção ginecológica, ao controle do câncer de mama e do colo uterino e às DST/HIV/aids, para as mulheres em situação de prisão.

A ATSM contribuiu com a elaboração da Política de Saúde no Sistema Penitenciário baseada nas informações e conhecimentos disponíveis, considerando que as condições sociais, culturais e econômicas em que vivem expõem as mulheres institucionalizadas a situações de vulnerabilidade a diversos riscos e agravos à sua saúde.

Dez estados estão qualificados à Política Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário: Bahia, Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Minas Gerais, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rondônia, São Paulo, Tocantins. Estes estados possuem equipes multiprofissionais atuando em unidades de saúde de estabelecimentos prisionais, desenvolvendo ações de atenção básica, entre estas, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão, controle da *diabetes mellitus*, ações de saúde bucal, ações de saúde da mulher; acrescidas de ações de saúde mental, DST/HIV/aids, ações de redução de danos, repasse da farmácia básica e realização de exames laboratoriais.

Avanços, dificuldades e desafios em relação à Saúde das Mulheres em Situação de Prisão

É necessário qualificar a atenção à saúde das mulheres em situação de prisão. Entre as perspectivas para a próxima gestão, a ATSM e demais atores na área da saúde da mulher propõem:

- Expandir o número de equipes multiprofissionais existentes e garantir sua capacitação, com ênfase na articulação entre direitos humanos e saúde, apoio e condições de trabalho seguras para essas equipes.
- Garantir para as mulheres em situação de prisão acesso aos insumos para proteção das DST/HIV/aids, aos métodos anticoncepcionais, ao exame citopatológico para prevenção do câncer de colo de útero, entre outros procedimentos e insumos considerados prioritários na área da saúde da mulher.

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

A ATSM se articulou com a Área Técnica de Saúde Mental para que estas duas Coordenações produzissem condições de intervir no modelo vigente de atenção à saúde mental das mulheres. O propósito desta ação integrada era o de propiciar um atendimento mais justo, mais humano, eficiente e eficaz, onde a integralidade e as questões de gênero se incorporem como referência na formação dos profissionais que atendem este grupo populacional.

A ATSM introduziu nos seminários de atenção obstétrica e neonatal, baseada em evidências científicas, a discussão da depressão puerperal, considerando que este é um problema de saúde comumente não diagnosticado e não tratado.

A Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde desenvolve o Programa “De Volta Para Casa”, que é uma das estratégias da luta anti-manicomial. Neste programa os dispêndios com reabilitação psicossocial destinado a mulheres com histórico de longas internações psiquiátricas apresentaram um importante percentual de crescimento (ver o relatório financeiro nesse relatório).

Avanços, dificuldades e desafios em relação à Saúde Mental das Mulheres sob o enfoque de gênero

Constata-se na gestão 2003–2006 a vontade política do Governo Federal em apoiar a luta anti-manicomial. No entanto, como o processo de fechamento desses hospitais psiquiátricos está no início, a saúde das mulheres aí institucionalizadas necessita respostas urgentes. Neste sentido, a ATSM e demais atores sociais e políticos propõem para a próxima gestão:

- Dar prosseguimento às ações integradas já em curso.
- Buscar aproximações com os demais atores sociais na área da saúde mental para ampliar os debates em torno da inserção da abordagem crítica de gênero nos currículos dos cursos que preparam os profissionais que atuam nos CAPS e hospitais psiquiátricos do SUS.

4.8 Promover a atenção à saúde das mulheres negras

Em 21 de março de 2003, o Governo Federal criou a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), diretamente ligada à Presidência da República, tornando explícitas as balizas para o enfrentamento da problemática racial e inaugurando uma nova era no tratamento dispensado pelo Estado brasileiro às iniquidades resultantes do racismo, do preconceito e da discriminação racial.

Nesta gestão, o Ministério da Saúde criou o Comitê Técnico Saúde da População Negra – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, que conta com a participação da ATSM. Este comitê tem a função de formular uma proposta de política nacional para essa parcela da população contemplando ações específicas para as mulheres.

A ausência da variável cor na maioria dos sistemas de informação da área de saúde inviabiliza uma análise mais consistente sobre a saúde das mulheres negras no Brasil e dificulta a elaboração de estratégias voltadas para essa parcela da população. Por isso a Área Técnica de Saúde da Mulher articulou com vários parceiros a inclusão do quesito raça/cor em alguns serviços e pesquisas.

Em parceria com o DATASUS, foi realizada a inclusão do quesito raça/cor no SISPRENATAL, sistema de informação que consolida os dados provenientes da atenção pré-natal prestada pelos serviços do SUS. Com o Instituto Nacional de Câncer (Inca), o quesito raça/cor foi incluído no SISCOLO. Na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, financiada pelo Ministério da Saúde e que tem o objetivo de produzir informações para a elaboração de indicadores demográficos, de saúde e nutrição em relação a mulheres e crianças, foi articulado o levantamento, tabulação e análise dos dados, levando em conta o quesito raça/cor.

Em 2005, a ATSM produziu o livreto *Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: atenção à saúde das mulheres negras* (BRASIL, 2005q). Este material destina-se a gestores e profissionais de saúde, destaca algumas especificidades da população negra na área da saúde, com olhar especial para as mulheres negras, e ainda aponta algumas estratégias que poderão ser incorporadas pelos gestores municipais e estaduais. A ATSM incluiu ainda o recorte étnico-racial no manual técnico *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico* (BRASIL, 2006j). O quesito raça/cor está contemplado na *Agenda da Mulher* e no livreto especial para mulheres Lésbicas e Mulheres Bissexuais.

Nesta gestão, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Anemia Falciforme (PAF) e outras Hemoglobinopatias, enfatizando as especificidades das mulheres em idade fértil e no ciclo gravídico-puerperal. Cinco municípios realizam experiências-piloto de implantação do Programa.

A anemia falciforme foi incluída no conteúdo programático dos *Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada Baseada em Evidências Científicas*, que são implementados nos estados e municípios em parceria com a ATSM, para a qualificação da atenção ao parto prestada pelos profissionais de saúde às mulheres negras.

Com relação à atenção ao parto domiciliar, a Área Técnica de Saúde da Mulher, em parceria com o Departamento de Atenção Básica, com o Programa Nacional de DST/Aids e a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), da Presidência da República, rearticulou o projeto de capacitação de parteiras quilombolas Kalungas e envolveu a Secretaria Estadual de Saúde de Goiás e as prefeituras das cidades de Monte Alegre (GO), Cavalcante (GO) e Teresina de Goiás (GO) no apoio e acompanhamento das ações dessas parteiras. Foi também realizada articulação semelhante envolvendo parteiras quilombolas da comunidade Gurutuba (MG), abrangendo a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais e os municípios de Porteirinha (MG), Pai Pedro (MG), Riacho (MG), Jaíba (MG), Catuti (MG), Varzelândia (MG) e Janaúba (MG). Isto porque se pretende multiplicar essas experiências para as demais comunidades quilombolas em nível nacional.

A Área Técnica de Saúde da Mulher realizou convênios com a Universidade Federal do Maranhão e a Fundação de Apoio à Pesquisa e Extensão da Universidade Federal da Bahia com o objetivo de qualificar os profissionais da rede pública de saúde nas ações e procedimentos para a atenção às mulheres negras.

Foi também realizada, em conjunto com a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde, uma reunião para analisar os dados disponíveis sobre a saúde das mulheres negras e organizar um Seminário Nacional sobre Saúde da Mulher Negra. Com a participação de gestores estaduais e municipais, pesquisadores e representantes do movimento organizado de mulheres, este seminário terá o objetivo de direcionar o planejamento de ações estratégicas da saúde da mulher considerando as especificidades das mulheres negras.

Avanços, dificuldades e desafios em relação à saúde das mulheres negras

Um dos principais avanços em relação a este objetivo específico foi a introdução do quesito raça/cor nos sistemas de informação em saúde, tanto no SISPRENATAL como no SISCOLO, o que permitirá análises mais precisas da situação de saúde das mulheres negras. Outro foi o lançamento do Programa Nacional de Anemia Falciforme (PAF) e outras hemoglobinopatias.

A produção de material sobre saúde das mulheres negras e a inserção de temas relacionados com esta população na formação/capacitação de profissionais de saúde alinham-se com a vontade política do governo de eliminar quaisquer formas de discriminação por conta das diferenças de raça/cor.

Entre os desafios que a próxima gestão deverá levar em conta, para responder às necessidades e demandas em atenção à saúde da mulher negra, a ATSM e demais atores sociais e políticos na área da saúde da mulher propõem:

- Expandir o Programa Nacional de Anemia Falciforme e outras Hemoglobinopatias, por intermédio do apoio à capacitação de gestores estaduais e municipais, elaboração e distribuição de fôlder sobre gravidez da mulher com anemia falciforme.

- Incentivar a criação de cursos de especialização e/ou mestrados em saúde da mulher negra, em universidades federais.
- Dar continuidade ao processo de capacitação de parteiras quilombolas, por meio do programa *Trabalhando com Parteiras Tradicionais*.
- Incluir o debate sobre o racismo no processo de organização das Redes de Atenção Integral à Saúde das Mulheres em Situação de Violência Doméstica e Sexual.
- Disponibilizar e publicizar, até final de 2007, a apresentação de dados desagregados por raça/cor incluídos nos relatórios e outros documentos dos Comitês de Morte Materna, Morte Infantil e Neonatal e dos serviços relacionados com a situação de violência doméstica e sexual.

4.9 Promover a atenção à saúde das mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais

O Ministério da Saúde criou, em 14 de outubro de 2004, por meio da Portaria n.º 2.227/GM (BRASIL, 2004a), o Comitê Técnico para a formulação de proposta da Política Nacional de Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais (GLTB), que se encontra na Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A Área Técnica de Saúde da Mulher participa desse Comitê.

Em parceria com o Programa Nacional de Hepatites Virais e o Programa Nacional de DST/Aids, a ATSM produziu um material denominado *Chegou a Hora de Cuidar da Saúde*. Este livreto destina-se promover a saúde das mulheres lésbicas, bissexuais e mulheres que fazem sexo com mulheres, abordando temas de direitos humanos (legislação brasileira, discriminação e racismo), saúde (alimentação, gravidez, uso de drogas e menopausa) e sexualidade. O livreto também está sendo distribuído para as ONGs para utilização em oficinas que desenvolvem ações com essas mulheres.

O Programa Nacional de DST e Aids, em parceria com a Área Técnica de Saúde da Mulher, o Programa Nacional de Hepatites Virais, o Comitê Técnico de Saúde da População GLBT e lideranças do Movimento de Lésbicas estão implementando o projeto-piloto “Chegou a Hora de Cuidar da Saúde”. O propósito desse projeto é melhorar o acesso das Mulheres que fazem Sexo com Mulheres (MSM) ao atendimento ginecológico, uma vez que muitas dessas mulheres não procuram os serviços de saúde, pois não há acolhimento para sua orientação sexual. Este projeto pretende capacitar alguns serviços de saúde, no atendimento à saúde dessas mulheres. Haverá um serviço em um estado de cada uma das regiões do País, sendo a exceção a Região Sudeste, pois o Estado de São Paulo deverá implantar quatro serviços experimentais. O livreto foi incorporado a esse projeto-piloto, que prevê ainda a produção de manual técnico, cartazes e a capacitação de profissionais de saúde, além de articulação direta com o movimento social de lésbicas.

O Ministério da Saúde também constituiu grupo de trabalho para o estudo da incorporação da cirurgia de transexualização entre os procedimentos remunerados pelo SUS, do qual faz parte a ATSM. Esse grupo de trabalho tem a finalidade de elaborar os critérios de indicação e os procedimentos necessários para candidatos, uma vez que, por ser cirurgia definitiva, a indicação e a realização devem ser muito criteriosas.

Na atenção ginecológica, especialmente nas ações relacionadas ao controle do câncer de mama e do colo uterino e à prevenção das DST/HIV/aids, foram inseridas as necessidades especiais de mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais. Por sugestão da Área Técnica da Saúde da Mulher, também foi inserido o campo “Práticas Sexuais” na ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais.

Avanços, dificuldades e desafios em relação à saúde das mulheres lésbicas e bissexuais e transexuais

A oferta organizada de serviços preconizada pelas propostas na área da saúde mais comprometidas com os princípios e diretrizes do SUS supõe a existência de informações que orientem as políticas e demais dispositivos de efetivação dos direitos e deveres assegurados por lei. E na área da saúde das mulheres lésbicas e bissexuais a inexistência dessas informações aparece como um problema grave. Não existe um campo de preenchimento sobre orientação sexual nas fichas de atendimento dos serviços de saúde governamentais e suplementares, o que dificulta a identificação e a análise dos agravos de saúde que afetam essas mulheres.

Esta invisibilidade das mulheres lésbicas e bissexuais no sistema de informação da saúde co-existe – está relacionada – com muitas lacunas em relação à saúde por parte dessas mesmas mulheres: apesar da pouca disponibilidade de estudos, sabe-se que muitas mulheres lésbicas negam o risco de infecção por DST porque desconhecem como estas são transmitidas e acreditam que a transmissão jamais poderá ocorrer no relacionamento entre mulheres.

Pesquisas apontam que a consequência dessa situação é a menor frequência de realização de exames nesse grupo populacional quando comparadas às heterossexuais, assim como a menor demanda por cuidados, que são buscados quando sugerem sérios problemas e em períodos de maiores agravos à saúde.

O principal desafio em relação à saúde das lésbicas e bissexuais é, portanto, o acesso dessas e outras mulheres que fazem sexo com mulheres aos serviços públicos de saúde e a maneira como direcionar as estratégias para enfrentá-lo. Semelhante situação ocorre entre os outros grupos da população GLBT, particularmente os grupos de homens e mulheres travestis, transexuais e transgêneros.

Em face desses problemas, a ATSM e demais atores sociais e políticos na área da saúde da mulher apresenta à próxima gestão algumas perspectivas específicas em relação à população GLTB, particularmente às lésbicas e bissexuais:

- Apoiar e/ou desenvolver pesquisas em nível nacional que demonstrem as principais especificidades e agravos à saúde da população GLTB, particularmente as mulheres lésbicas e bissexuais.
- Avançar na política de planejamento reprodutivo, no que diz respeito à reprodução humana assistida, para a população GLTB, inclusive com estudos sobre custos para o SUS, especialmente para as mulheres lésbicas.
- Rearticular o grupo de trabalho designado para elaborar a política nacional de saúde da população GLTB a ser implantada na próxima gestão.
- Promover campanhas publicitárias de combate à discriminação por orientação “Discriminação faz mal à saúde”.
- Implementar, avaliar e ampliar o Projeto “Chegou a Hora de Cuidar da Saúde” nos cinco estados de referência.
- Inserir atenção à saúde das MSM no próximo Plano de Ação para Reduzir a incidência de DST entre as Mulheres que Fazem Sexo com Mulheres
- Apoiar a visibilidade das mulheres lésbicas e bissexuais por meio da inserção desse grupo populacional em todas as ações desenvolvidas pela ATSM e pelo Ministério da Saúde.

- Incentivar ações de promoção à saúde das mulheres lésbicas e bissexuais, inclusive com apoio técnico e financeiro a projetos que tenham esse enfoque.
- Promover o I Seminário Nacional sobre Saúde das Mulheres Lésbicas, Bissexuais e outras Mulheres que Fazem Sexo com Mulheres.
- Apoiar a formação continuada dos trabalhadores da saúde para uma práxis humanizada, enfocando temas tais como: sexualidade, ética, cidadania e Direitos Humanos, para melhorar a qualidade da inter-relação entre a população GLTB e os profissionais da saúde.
- Sensibilizar as pessoas que trabalham com a notificação de violência para atenção ao campo de práticas sexuais.
- Contribuir na formação do movimento social de lésbicas e outros movimentos da população GLTB para exercerem o controle social, recorrendo a experiências exitosas em curso, a exemplo dos projetos TULIPA e SOMOS.
- Participar ativamente de ações do Programa de Enfrentamento à Homofobia.

4.10 Promover a atenção à saúde da mulher índia

O Ministério da Saúde assumiu desde agosto de 1999, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), a responsabilidade pela atenção à saúde dos povos indígenas. Nessa ocasião articulou o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena ao SUS e implantou 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei), segundo um modelo de serviços baseado num espaço etnocultural, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que não coincide necessariamente com os limites de estados e municípios onde se localizam as terras indígenas. Os Dsei são divididos em números variáveis de pólos-base e compreendem um número variável de aldeias, onde existe equipe de saúde multidisciplinar que atua como referência primária para as diversas aldeias.

Em 2003, iniciou-se a parceria entre a Área Técnica de Saúde da Mulher e a Fundação Nacional de Saúde por meio do seu Departamento de Saúde Indígena (Dsai) com a finalidade de melhorar a qualidade de vida das índias, reduzir sua morbimortalidade e implementar a atenção à saúde da mulher indígena nos 34 Dseis. Realizou-se então na cidade de Rio Branco a 1ª Oficina para Atenção à Saúde da Mulher Indígena dos Dseis de Alto Juruá (AC) e Alto Purus (AC), seguida do 1º Encontro Estadual de Parteiros Tradicionais Indígenas de Roraima, que foi organizado pelo Conselho Indígena de Roraima (CIR).

A ATSM apoiou a constituição do grupo de trabalho que elabora uma política de atenção integral à saúde da mulher e da criança índia e em 2004 participou da I Conferência Nacional das Mulheres Indígenas, em Brasília/DF. Um dos eixos temáticos da conferência foi a questão da saúde da mulher índia, seus direitos reprodutivos e direitos sexuais.

No ano de 2005 foi realizada em Brasília a Pré-Oficina de Lideranças de Mulheres Índias para a Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança Índia. Nesse mesmo ano, a ATSM participou da oficina realizada no município de Dourados (MS) onde foi discutida a reorganização da atenção e da gestão em saúde naquele município diante da gravidade da situação de desnutrição e da mortalidade infantil no Dsei de Mato Grosso do Sul/ Pólo-Base de Dourados.

Ainda em 2005, a ATSM celebrou convênios com outras organizações governamentais e não-governamentais para capacitar parteiras índias e profissionais de saúde das equipes de saúde indígena e implementar a atenção à saúde da mulher índia. Por meio do convênio celebrado com o Grupo Curumim Gestação e Parto e com a Secretaria Estadual de Saúde do Acre foram capacitadas as parteiras das etnias Xavante (Dsei Xavante/MT), Maxacali (Dsei Minas Gerais/Espírito Santo) e aquelas que vivem na região do Alto Juruá (AC). Do convênio com o Cen-

tro de Humanização das Práticas Terapêuticas (CHPT) do Hospital São Pio X, de Ceres (GO), resultaram 40 profissionais de saúde das equipes de saúde indígena formados em questões de saúde da mulher.

Em 2006, a ATSM participou com indicação de delegada da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena em Caldas Novas (GO) cujo tema central foi “Distrito Sanitário Especial Indígena: território de produção de saúde, proteção da vida e valorização das tradições”.

Avanços, dificuldades e desafios em relação à saúde da mulher índia

Os problemas relacionados aos recursos humanos constituem sérios obstáculos à implantação/implementação da atenção integral à saúde das mulheres índias. São eles: equipes de saúde indígena incompletas, alta rotatividade e dificuldade de fixação dos profissionais, principalmente de médicos e enfermeiros, reduzida capacidade técnica com enfoque antropológico, de direitos humanos e de gênero, precariedade dos vínculos contratuais e das condições de trabalho, marcadas pela insalubridade e insegurança. Além destes, há dificuldades relacionadas à infra-estrutura: transporte para acesso às aldeias, falta de equipamentos básicos para prestar a assistência e problemas de aquisição e de uso racional dos medicamentos.

Ao lado dessas dificuldades, somam-se: a inexistência de protocolos de atenção, que contemplem as especificidades dessa população; a falta de padronização de prontuários e a insuficiente organização de arquivos, dificultando o registro adequado e o armazenamento das informações, perdendo-se, em muitos casos, as histórias clínicas, o que dificulta o adequado acompanhamento; a falta de valorização e resgate, por parte das equipes de saúde indígena, das práticas de saúde tradicionais das comunidades indígenas, não havendo a articulação dos agentes dessas práticas (pajés, parteiras) com as equipes; a precária estruturação do sistema de informação, traduzindo-se na insuficiência de dados sobre a saúde indígena e na produção de dados pouco qualificados, entre outras dificuldades.

Diante desse quadro de assistência ainda insuficiente e desqualificada à saúde dos povos indígenas, a ATSM e demais atores sociais e políticos na área da saúde da mulher propõem:

- Garantir às índias o acesso a ações de atenção pré-natal e puerperal, prevenção do câncer de colo de útero e de mama, abordagem sindrômica das DST, atenção em planejamento reprodutivo (uma reivindicação crescente das mulheres índias), prevenção das DST/HIV/aids e atenção às mulheres índias vítimas de violência.
- Valorizar as parteiras indígenas e suas práticas tradicionais, fortalecendo a auto-estima e a identidade cultural para garantir a sobrevivência dos povos indígenas.

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

Em 2004, por meio da Portaria n.º 719/GM, de 16 de abril de 2004, o Ministério da Saúde instalou o Grupo Terra com o objetivo de: acompanhar a implantação da Política de Saúde para a População do Campo e detalhar as ações a serem implementadas; monitorar os acordos das pautas de reivindicações negociadas com os movimentos sociais organizados no campo; encaminhar demandas junto às respectivas secretarias e órgãos; e participar das iniciativas intersectoriais relacionadas à saúde da população do campo.

Com a finalidade de promover a atenção à saúde das trabalhadoras do campo e da cidade, a ATSM inseriu, na Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, atividades relacionadas com a formação em “Gênero, Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos” de agentes comunitários de saúde em zonas rurais, apoiada por materiais educativos produzidos com este fim. O propósito desta iniciativa é potencializar o movimento sindical de trabalhadores rurais no exercício do direito à saúde e sua atuação na formulação da *Política de Saúde para a Popula-*

ção do Campo, com a perspectiva da territorialidade e da igualdade de gênero, articulada com as dimensões de geração, raça e etnia.

As necessidades especiais de mulheres trabalhadoras e residentes em áreas rurais também foram inseridas nas ações relacionadas ao controle do câncer de mama e do colo uterino e às DST/aids.

Na 3ª Conferência de Saúde do Trabalhador, realizada em novembro de 2005, em Brasília, em parceria com a Área Técnica de Saúde do Trabalhador, a ATSM realizou a mesa-redonda *Relações de Gênero, Raça e Etnia no Mundo do Trabalho* para debater as questões específicas da mulher trabalhadora, contemplando um recorte de raça e etnia.

Avanços, dificuldades e desafios em relação à Saúde das Trabalhadoras do Campo e da Cidade

Durante a gestão 2003-2006, cerca de 60 agentes multiplicadores foram capacitados em “Gênero, Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos”, por intermédio do convênio entre o Ministério da Saúde e a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag). Registra-se ainda a qualificação de parteiras tradicionais e a articulação do seu trabalho com os serviços locais de saúde, por meio do programa *Trabalhando com Parteiras Tradicionais*, do Ministério da Saúde.

A ATSM e demais atores sociais e políticos na área da saúde da mulher apresentam à próxima gestão algumas perspectivas específicas em relação à saúde das mulheres trabalhadoras:

- Continuar a participar das iniciativas intersetoriais relacionadas à saúde das trabalhadoras do campo e da cidade, fortalecendo a perspectiva da igualdade de gênero, articulada com as dimensões de geração, raça e etnia.
- Apoiar as atividades relacionadas com a formação de parteiras tradicionais e de agentes comunitários de saúde em zonas rurais nos conteúdos relacionados à “Gênero, Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos”.

4.12 Promover a atenção à saúde das mulheres residentes em municípios ao longo da Rodovia BR-163 e em regiões de construção de usinas hidrelétricas na bacia do Rio Tocantins

A BR-163 atravessa uma das regiões mais importantes da Amazônia do ponto de vista da diversidade social, biológica e das potencialidades econômicas dos recursos naturais. Não se pode ignorar que os métodos convencionais de construção de grandes empreendimentos de infra-estrutura no Brasil têm causado grandes impactos desestruturadores das economias locais. Grande parte desses impactos já está em pleno curso, com a intensificação da grilagem de grandes áreas de terras públicas, da violência e da conversão acelerada de florestas e cerrados em monocultivos que empobrecem as oportunidades econômicas da região. Essas dinâmicas ocorrem de forma articulada nos dois estados abrangidos pela rodovia, Mato Grosso e Pará.

O asfaltamento da BR-163 agravou problemas estruturais já existentes e motivou uma ampla mobilização de organizações representativas do movimento social (indígenas, produtores familiares, extrativistas, entre outros), de ONGs, de órgãos governamentais e de instituições de pesquisa, em quatro pólos regionais, nos Estados do Pará e Mato Grosso. Esse processo participativo produziu diagnósticos e propostas para o estabelecimento das diretrizes do *Plano de Desenvolvimento Territorial Integrado e Sustentável da Região de Influência da BR-163*, que abrange 84 municípios dos estados do Pará e do Mato Grosso e envolve aproximadamente dois milhões de habitantes. O *Plano* prevê investimentos na infra-estrutura e nos serviços básicos.

Por sua vez, a construção de hidrelétricas na bacia do rio Tocantins vai transformar este rio em um grande lago e gerar um importante impacto ambiental, social e cultural. É prevista uma extensa e grave modificação dos ecossistemas ao longo dos rios Araguaia, das Mortes e Tocantins, com repercussão direta no estoque pesqueiro, inclusive com possibilidade de extinção de espécies, e indiretamente na rica avifauna que dele depende. O reflexo na alimentação e saúde das populações indígenas e ribeirinhas também poderá ser considerável, havendo ainda o impacto negativo sobre a cultura dos grupos indígenas que vivem em estreita ligação espiritual e prática com os rios, além da dependência alimentar.

Como impactos indiretos e cumulativos desse projeto de construção de hidrelétricas na bacia do rio Tocantins prevê-se a atração de levas de migrantes para a região, em busca de oportunidades de trabalho e melhoria de vida. Isso pressionará a infra-estrutura social das cidades, fazendo cair ainda mais a qualidade do atendimento à saúde e à educação. Como consequência, aumentará a demanda por serviços básicos, por habitação, entre outras demandas, sendo necessário realizar avaliações, proposições e a implementação de políticas públicas capazes de enfrentar essas questões.

Em atenção a esse processo, a Área Técnica de Saúde da Mulher elaborou em 2005 um projeto para a atenção integral à saúde da mulher. O projeto abrange municípios situados ao longo ou em área de influência da Rodovia BR-163 (Cuiabá-Santarém) e em regiões de construção de usinas hidrelétricas na bacia do rio Tocantins que estão recebendo ou receberão os trabalhadores das hidrelétricas, previstas para as regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte. Com o projeto, a ATSM cria uma estratégia para a capacitação de profissionais de saúde na atenção integral em saúde da mulher e a organização de redes de atenção para essas populações específicas. Até o momento foram apoiados financeiramente sete convênios com as Secretarias Municipais de Saúde de Santarém (PA), Lucas do Rio Verde (MT), Rurópolis (PA), Guarantã do Norte (MT) e Peixoto de Azevedo (MT) e com as Secretarias Estaduais de Saúde dos Estados do Mato Grosso e do Tocantins.

Avanços, dificuldades e desafios em relação à saúde das mulheres residentes nessas áreas

Em face da tendência de aumento da demanda por serviços de saúde de qualidade nessas regiões, propõe-se que na próxima gestão sejam definidas estratégias para a continuidade das atividades de:

- Organização das redes de atenção à saúde dessas populações específicas.
- Capacitação em atenção integral em saúde da mulher para os profissionais de saúde que atuam junto à população nessas regiões.

4.13 Implantar e implementar a atenção à saúde das mulheres no climatério

O climatério não é uma doença e sim um momento na vida da mulher. Estudos têm mostrado que o aumento dos sintomas e problemas na mulher de meia idade reflete circunstâncias sociais e pessoais, não somente eventos endócrinos.

Considerando essas premissas, em 2004 a ATSM constituiu um grupo de trabalho formado por diversas áreas técnicas e departamentos do Ministério da Saúde, especialistas, representantes de sociedades científicas e da sociedade civil, para elaborar o *Manual de Atenção à Mulher no Climatério*, voltado para os profissionais da atenção básica e para especialistas na atenção à

saúde das mulheres.

O principal desafio para a próxima gestão será:

- Implementar nos serviços de saúde um acompanhamento sistemático das mulheres no climatério, com base no documento técnico produzido e na perspectiva da promoção da saúde, do diagnóstico precoce, do tratamento imediato de agravos e da prevenção de danos, com a menor medicalização possível.

4.14 Promover a atenção à saúde da mulher na terceira idade

A promoção da atenção à saúde da mulher na terceira idade foi trabalhada pela ATSM em conjunto com a Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa, por meio da elaboração do *Caderno de Atenção Básica n.º19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*, em 2006. Nessa publicação, estão sendo abordados os principais agravos que podem acometer as mulheres nessa fase da vida e as mudanças fisiológicas inerentes ao processo de envelhecimento. Ao mesmo tempo, foram elaborados e lançados em 2006, a *Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa* e o *Manual de Preenchimento para o Profissional de Saúde*.

A ATSM e demais atores sociais e políticos na área da saúde da mulher recomendam para a próxima gestão:

- Manter a participação nas iniciativas intersetoriais relacionadas à saúde da mulher na terceira idade.
- Divulgar os materiais elaborados relativos à saúde da mulher na terceira idade.

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

Em parceria com a Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, a ATSM apoiou em 2003 e 2004 a realização do projeto “Capacitação de mulheres para o controle social das políticas de saúde, nas cinco macrorregiões do País”. O projeto consistia em capacitar para o monitoramento das políticas de saúde 200 mulheres – líderes populares e ativistas – de todas as regiões brasileiras. Com esta qualificação, pretendia-se que essas mulheres atuassem em suas cidades/localidades como referências no debate e na ação política, nas diferentes instâncias do controle social existentes na área da saúde e em defesa do SUS. Pelas vias deste projeto a ATSM identificou as necessidades e demandas sociais específicas das trabalhadoras rurais.

A ATSM participa dos diversos comitês compostos pela sociedade civil que foram implantados pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa e visam o monitoramento das políticas de saúde para essas populações específicas.

A ATSM entende que é fundamental a participação da sociedade civil organizada, sobretudo, o movimento de mulheres, na elaboração, implementação e monitoramento das políticas de saúde da mulher nos estados e municípios.

O desafio para a Área Técnica de Saúde da Mulher na próxima gestão consiste em:

- Propiciar apoio a projetos de fortalecimento da participação das mulheres nos níveis locais de decisão do sistema de saúde.

5 Qualificação de Trabalhadores da Saúde para a Atenção Integral à Saúde da Mulher

A Política de Atenção à Saúde da Mulher estabelece em uma das suas diretrizes que o SUS “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”. Além disso, todos os objetivos específicos da Política de Atenção à Saúde da Mulher prevêm estratégias de qualificação das pessoas que, nas suas práticas de saúde cotidianas, interagem diretamente com as mulheres.

Durante esta gestão a ATSM esteve envolvida na implementação de capacitações direcionadas para a qualificação do trabalho na área da saúde da mulher, tendo realizado pelo menos um tipo de capacitação para a maioria dos objetivos específicos incluídos na Política de Atenção à Saúde da Mulher. A ATSM também organizou seminários, consultas públicas, conferências e fóruns na perspectiva de implementar a Política de Atenção à Saúde da Mulher, particularmente os seus objetivos de garantir a integralidade na atenção e a participação e o controle social na definição e implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres. Essas atividades representaram oportunidades para avaliar o processo, definir rotas, decidir sobre novas estratégias e procedimentos, tanto do ponto de vista político como técnico e/ou de organização do trabalho.

Avanços, dificuldades e desafios em relação à capacitação de trabalhadores da saúde

Os objetivos específicos aos quais corresponderam mais atividades de capacitação e maior número de pessoas qualificadas foram os concernentes à atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual (aproximadamente 8.350 pessoas capacitadas) e à atenção obstétrica e neonatal (qualificação de cerca de 4.600 pessoas, entre profissionais de saúde, parteiras tradicionais enfermeiras obstétricas e doulas comunitárias).

Não se pode esquecer, enfermeiras obstétricas que o objetivo relacionado com a atenção obstétrica e neonatal esteve associado a uma ampla mobilização política e social para a adesão ao Pacto pela Redução da Mortalidade Materna. Esta mobilização animou muitas secretarias de saúde, estaduais e municipais a estabelecerem convênios com a ATSM solicitando apoio técnico para capacitar seus respectivos quadros nas boas práticas na atenção obstétrica e neonatal. A mobilização política e social em torno do Pacto pela Redução da Mortalidade Materna também motivou organizações do movimento social e de cooperação multi e bilaterais a apoiarem os seminários em Atenção Obstétrica e Neonatal nas suas áreas de intervenção específicas.

Foram implementadas mais capacitações do que as previstas para a gestão 2003–2006, o que indica uma resposta positiva da ATSM em honrar seus compromissos com a implementação da Política de Atenção à Saúde da Mulher.

Para a próxima gestão fica o desafio de:

- Apoiar estados e municípios na implementação de mecanismos formais de seguimento das ações de formação, que devem contar com a parceria da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.

6 Apoio e Desenvolvimento de Pesquisas

Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher avaliou a necessidade de recorrer a estudos e pesquisas que indicassem os avanços e dificuldades da implementação das ações de saúde e contribuíssem para melhorar o diagnóstico da situação de saúde da mulher, incluindo os aspectos assistenciais.

Estudo da Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 Anos, com Ênfase na Mortalidade Materna

Esta pesquisa foi realizada pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) por meio de convênio firmado em 2002, pela Área Técnica de Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde. Foi coordenada pelo professor Ruy Laurenti e contou com a colaboração das professoras Maria Helena Prado de Mello Jorge e Sabina Léa Davidson Gotlieb. Foram investigados óbitos de mulheres em idade fértil (mulheres de 10 a 49 anos) residentes em 24 capitais de estado e no Distrito Federal. O estudo investigou óbitos ocorridos em hospitais ou domicílios no primeiro semestre de 2002 e encontrou que as dez primeiras causas de morte são em ordem decrescente: (1) acidente vascular cerebral, (2) aids, (3) homicídios, (4) neoplasia de mama, (5) acidentes de transporte, (6) doença hipertensiva, (7) neoplasia de órgãos digestivos, (8) diabetes, (9) doença isquêmica do coração, (10) neoplasia de colo de útero. Entre outros, o estudo encontrou 97 mortes por suicídio associado à depressão, inclusive relacionada ao pós-parto (BRASIL, 2006). Os resultados do estudo foram debatidos na Comissão Nacional de Mortalidade Materna e no V Fórum Nacional de Mortalidade Materna.

Avaliação Nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento

Esta pesquisa foi realizada pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no ano de 2003, por meio de convênio firmado em 2002. Ela foi coordenada pelos professores: Oswaldo Tanaka e Ana Cristina D'Andretta Tanaka. Suas conclusões orientaram as discussões e decisões do grupo de trabalho criado com a finalidade de analisar e elaborar propostas para a melhoria da qualidade da atenção obstétrica e neonatal. Muitas propostas definidas na Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, sobretudo aquelas referentes ao PHPN, resultaram dos dados dessa pesquisa. Os dados serviram ainda como base para a reunião promovida com coordenadores estaduais e municipais de saúde da mulher com o mesmo propósito.

Avaliação da Estratégia de Distribuição de Métodos Anticoncepcionais no Brasil pelo Ministério da Saúde

A Área Técnica de Saúde da Mulher promoveu, em parceria com o Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas (Cemicamp), por meio de convênio firmado em 2002, a pesquisa: *Avaliação da Estratégia de Distribuição de Métodos Anticoncepcionais no Brasil pelo Ministério da Saúde*.

A primeira etapa dessa pesquisa foi feita em 2002, tendo por objeto geral verificar se os métodos anticoncepcionais distribuídos pelo Ministério da Saúde aos municípios estavam disponíveis nas unidades básicas de saúde e identificar possíveis obstáculos a essa disponibilidade.

A segunda etapa foi realizada em 2004, por meio de estudo de casos, em quatro capitais brasileiras (Belém, Salvador, Goiânia e Curitiba), enfocando a inserção da atenção em planejamento reprodutivo no contexto mais amplo da atenção à saúde, bem como no contexto da Estratégia de Saúde da Família. A pesquisa, também, abordou o atendimento aos adolescentes.

A pesquisa em questão, na sua segunda etapa, indicou que, de um modo geral, ainda que os gestores municipais tenham dito que as atividades de planejamento reprodutivo recebiam a mesma prioridade que as demais atividades relativas à saúde da mulher, observou-se que, na prática, nas entrevistas com os profissionais de saúde, o planejamento reprodutivo tendia a ser visto como atividade não prioritária. A maior ênfase continuava sendo o ciclo gravídico-puerperal. Além disso, os profissionais de saúde não se sentiam devidamente capacitados para atuarem em planejamento reprodutivo.

Em relação ao suprimento dos insumos para o planejamento reprodutivo, embora essa responsabilidade, na época da pesquisa, fosse compartilhada entre os municípios, os estados e o nível federal, a maioria dos gestores e profissionais de saúde entende que era responsabilidade do Ministério da Saúde essa provisão. Revelaram-se problemas de comunicação na relação entre os municípios e o Ministério da Saúde. Ao mesmo tempo, os gestores manifestaram a existência de dificuldades para planejar a compra de insumos por parte do município, pois não sabiam se e quando chegariam as remessas dos contraceptivos do Ministério da Saúde. No que se refere à esterilização cirúrgica voluntária (laqueadura tubária e vasectomia), de um modo geral, os gestores entrevistados consideraram que havia uma demanda reprimida para esses procedimentos, que vinha se acumulando desde a entrada em vigor da sua regulamentação.

Sobre o atendimento dos adolescentes, nesta pesquisa também foi identificada a dificuldade dos serviços de saúde para a atenção à saúde sexual e reprodutivas de adolescentes e jovens, particularmente no que se refere à prescrição de métodos anticoncepcionais, questão que gera muita polêmica entre os profissionais de saúde quanto aos seus aspectos éticos e legais.

Avaliação dos Centros de Parto Normal

Este estudo de 2004 avaliou os convênios financiados pelo Ministério da Saúde em 2000 para a implantação de 36 Centros de Parto Normal (CPN). A avaliação indicou que nos Centros com experiências inovadoras, que foram implantados respeitando as diretrizes e os objetivos definidos nos convênios em questão, os indicadores de saúde materna e neonatal demonstravam elevada qualidade da atenção prestada, reiterada pelo resultado dos inquéritos de satisfação das usuárias. A avaliação aponta que a continuidade desses centros, assim como a manutenção da política de investimento correspondente, poderá contribuir para a mudança do modelo de atenção obstétrica e neonatal. Por outro lado, a mesma avaliação evidencia uma notável resistência da corporação médica ao trabalho da enfermagem obstétrica na assistência ao parto ou na gerência dessas instituições.

Pesquisa – Contracepção e Planejamento Reprodutivo na Percepção de Usuárias do Sistema Único de Saúde

Essa pesquisa foi realizada por meio de convênio firmado em 2004 entre a ATSM e o SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia, com o apoio do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que tem o objetivo de avaliar o acesso e a qualidade do atendimento em planejamento reprodutivo na rede pública de saúde, na perspectiva de usuárias residentes em áreas urbanas e rurais. Enfocou cinco estados: Pernambuco, Amazonas, Goiás, Rio de Janeiro e Santa Catarina, um estado em cada região brasileira. Foram realizadas entrevistas com 300 mulheres, de 18 a 49 anos, em dez municípios. Em cada estado, a pesquisa foi realizada na capital e em um município com população rural. Os resultados finais estão em fase de conclusão.

Estudo Comparativo sobre Segurança, Efetividade e Satisfação na Assistência ao Parto em Hospitais e Centros de Parto Normal

Este estudo está sendo financiado pelo Ministério da Saúde a partir de 2005, sendo realizado pelo Centro de Educação Permanente em Saúde Pública – Universidade de São Paulo. Tem o objetivo de avaliar comparativamente a segurança, efetividade e satisfação com a qualidade da assistência oferecida em centros de parto normal e hospitais brasileiros, em populações de mulheres de baixo risco atendidas por hospitais do SUS. Entre os resultados serão avaliados: mortalidade materna e neonatal, morbidade materna e neonatal, facilidade de acesso aos leitos, integridade corporal materna, taxa de procedimentos e satisfação das usuárias e acompanhantes.

Pesquisa – Diagnóstico Inserção dos Homens nos Serviços de Saúde Pública

Esta pesquisa-diagnóstico está sendo desenvolvida pelo Instituto Papai-PE, por meio de convênio firmado pelo Ministério da Saúde em 2005. Tem o objetivo de diagnosticar o envolvimento dos homens no contexto da saúde reprodutiva e saúde integral, buscando contribuir para melhorar os resultados da inserção dos homens nos programas voltados à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, ao controle da violência de gênero e ao planejamento reprodutivo.

Estudo do Impacto da Legislação Brasileira (Portaria n.º 144 de novembro de 1997) sobre a Esterilização Voluntária de Mulheres na Idade Reprodutiva

Este estudo foi financiado pelo Ministério da Saúde no ano de 2005 e está sendo desenvolvido pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento em São Paulo. O estudo se realiza na perspectiva de dar ao Ministério da Saúde subsídios para avaliação das Políticas de Saúde no sentido de garantir às mulheres o direito reprodutivo.

Os resultados deste estudo serão comparados aos de outro estudo multicêntrico realizado em 2000 e que teve como objetivo conhecer o processo de implementação da lei n.º 9.263 de 1996 (BRASIL, 1996a), sobre o planejamento reprodutivo na rede SUS. Passados cinco anos, o estudo atual visa avaliar eventuais mudanças em relação a: implementação da esterilização voluntária nos serviços públicos de saúde; percepção dos profissionais da área de saúde sobre a esterilização voluntária; suas opiniões e práticas com relação aos critérios estipulados na lei do planejamento reprodutivo; chance de conseguir a esterilização e tempo de espera para a esterilização.

Pesquisa Magnitude do Aborto no Brasil

Em 2005, o Ministério da Saúde financiou a pesquisa sobre a magnitude do aborto no Brasil, desenvolvida pelo Ipas – BRASIL, que fornece subsídios e informações consistentes para que gestores e profissionais da área da saúde possam prestar atenção adequada, segura e humanizada a mulheres em situação de abortamento e incentivar o uso de alternativas contraceptivas, evitando o recurso a abortos repetidos.

Os resultados mostram que houve uma redução de 38% no número de abortamentos induzidos no Brasil: de 1.455.283 abortamentos induzidos em 1992 (estimativa muito próxima à do Alan Guttmacher Institute em 1991) para 1.066.993 em 1996, mantendo-se neste patamar até 2005 (1.054.242 abortamentos induzidos). A grande maioria (3 em cada 4, em 2005) destes abortamentos induzidos ocorreu nas regiões Nordeste e Sudeste. A taxa anual de abortamentos induzidos por 100 mulheres de 15 a 49 anos no Brasil se reduz de 3,69 em 1992 para 2,07 em 2005, e o maior risco ocorre na Região Nordeste com uma taxa de 2,73 em 2005, correspondendo, no entanto, a uma redução de 50% em relação a 1992. A taxa mais baixa em 2005 (1,28/100) ocorreu na Região Sul.

Pesquisa Subjetividade de Mulheres Vítimas de Violência Doméstica Infectadas pelo Vírus HIV Frente Adesão ao Tratamento para Aids

O Ministério da Saúde financiou em 2005 o projeto de estudo qualitativo “Subjetividade de Mulheres Vítimas de Violência Doméstica Infectadas pelo Vírus HIV Frente Adesão Ao Tratamento para Aids” desenvolvido pela Organização de Mulheres Negras – Maria Mulher. O objetivo da pesquisa era identificar, em mulheres vítimas de violência doméstica infectadas pelo vírus HIV, alterações psicológicas que possam influenciar na adesão do tratamento de saúde contra a aids. A relevância da pesquisa foi a de dar visibilidade social à magnitude da epidemia da aids e suas diferentes facetas por meio de comprovação científica.

Pesquisa Nacional de Opinião Pública

Em junho de 2005, por meio da agência Criterium Assessoria em Pesquisas, o Ministério da Saúde realizou uma pesquisa nacional de opinião pública para aferir o conhecimento e o grau de aceitação da população à Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Foram feitas 2.100 entrevistas pessoais e domiciliares, em 131 municípios de 25 estados, de todas as regiões do país. Esse levantamento validou a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.

A pesquisa apontou que os entrevistados abordam com naturalidade os temas relacionados ao planejamento reprodutivo, inclusive aqueles que provocam maior polêmica, como a oferta na rede pública da pílula anticoncepcional de emergência: 77% das pessoas ouvidas acham positivo ter acesso ao método (apenas 10% dizem ser negativo). O mesmo acontece com a distribuição de preservativos para adolescentes com 13 anos de idade ou mais que participam do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas: 74% dos ouvidos aprovam e 16% desaprovam a ação. A pesquisa mostrou também o desconhecimento das ações que estão em andamento (70% não sabiam que o governo está ampliando a oferta de métodos anticoncepcionais) e 42% dizem que o principal problema para evitar filhos é a falta de informação sobre os métodos anticoncepcionais.

Perfil do Atendimento à Violência Sexual no Brasil

O Ministério da Saúde financiou, em 2005, a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) para desenvolver o projeto de pesquisa “Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil”, que está sendo conduzida pelo Centro Materno-Infantil de Campinas (Cemicamp). O objetivo dessa pesquisa é avaliar a situação atual do atendimento nos serviços públicos de saúde às mulheres vítimas de violência sexual no Brasil, visando descrever as necessidades de ampliação e qualificação desse atendimento. Ela busca determinar a prevalência e descrever as características de programas ou serviços municipais de atenção de rotina e/ou de emergência às mulheres que sofrem violência sexual nos municípios brasileiros; identificar as principais barreiras à implementação de atendimento às mulheres que sofrem violência sexual em municípios onde esses serviços não existam e analisar a articulação institucional dos programas municipais de atenção às mulheres vítimas de violência sexual.

A pesquisa também delineará o perfil do atendimento às mulheres em situação de violência com o objetivo de produzir conhecimento para a formulação de estratégias de implementação das redes de atendimento a mulheres e jovens em situação de violência. Com esta pesquisa se busca levantar subsídios para formulação de estratégias de fortalecimento da implementação dessas redes.

Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

Desde 1996, a ATSM tem apoiado técnica e financeiramente a realização da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde para identificar indicadores de cobertura das ações de saúde da criança, de atenção obstétrica e ao planejamento reprodutivo. Trata-se de uma atuação conjun-

ta com a Secretaria de Ciência e Tecnologia (SCT) do Ministério da Saúde, com a Coordenação- Geral de Planejamento e Nutrição e a Coordenação de Saúde da Criança.

Pesquisa Utilizando Os Direitos Humanos para a Saúde Materna e Neonatal: um Instrumento para Fortalecimento de Leis, Políticas e Normas de Cuidado

A pesquisa “Utilizando os Direitos Humanos para a Saúde Materna e Neonatal: um instrumento para fortalecimento de leis, políticas e normas de cuidado” é uma proposta do Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa da OMS, sendo o Ministério da Saúde, por meio da Área Técnica Saúde da Mulher, a instituição responsável pelo projeto no Brasil. As Instituições responsáveis pela pesquisa de campo foram o SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia e o Grupo Curumim. Nessa pesquisa colaboraram a Dra. Ana Cristina Tanaka, para as questões relacionadas à saúde materna e neonatal, e a advogada Beatriz Galle, do IPAS, para as questões legais.

A inclusão do Brasil nesse processo teve como objetivo avaliar se a metodologia de aplicar a abordagem de direitos humanos a uma análise de situação e das políticas nas áreas de saúde materna e neonatal pode adequar-se a realidades sociais e econômicas distintas.

Trata-se de uma pesquisa documental, com base no levantamento de dados secundários, oriundos de fontes oficiais do governo brasileiro e de instituições que realizam pesquisa no Brasil, dentro e fora das universidades, como, Bemfam e a Rede Feminista de Saúde, entre outras.

Uma análise preliminar dos dados coletados foi conduzida a partir de cada direito e de cada grupo de direitos. Para cada direito, três elementos foram identificados: um tema chave de saúde; os grupos vulneráveis e uma revisão das leis e regulamentos analisando em que medida tais leis e regulamentos estão sendo implementados para a melhoria da saúde materna e neonatal. As leis e políticas foram analisadas em suas discrepâncias com os compromissos internacionais em matéria de direitos humanos assumidos pelo Brasil.

O Fundo de População das Nações Unidas (Unfpa) e (Ipas) contribuíram para a realização da pesquisa.

Avanços, dificuldades e desafios em relação a Pesquisas

Sempre que estabeleceu parcerias para a realização de pesquisa, a ATSM o fez para embasar suas ações estratégicas ou quando se defrontou com a indisponibilidade de informações para tomar as decisões necessárias à implementação da Política de Atenção à Saúde da Mulher. A importância que a ATSM atribui à produção e a análise de dados epidemiológicos de qualidade e à sua influência para as políticas públicas se manifesta nas conquistas que essa área técnica obteve quanto à inserção do quesito raça/cor no sistema de informação da saúde.

Para a próxima gestão, colocam-se os desafios de:

- Incentivar a realização de estudos enfocando os problemas de saúde da mulher residente e trabalhadora rural, sobretudo nos assentamentos e acampamentos rurais, visando subsidiar a proposição de ações adequadas a essa realidade.
- Apoiar pesquisas que analisem o impacto das medidas adotadas em favor da redução da mortalidade materna nos níveis regionais, estaduais, municipais e nos hospitais, tanto do ponto de vista epidemiológico quanto político, antropológico, sociológico e de gestão.
- Apoiar a realização de estudo retrospectivo para avaliar o atendimento dos CPN existentes e a realização de ensaio clínico randomizado sobre a eficácia da assistência

ao parto e nascimento em CPN, envolvendo as Áreas Técnicas de Saúde da Mulher, Criança, Departamento de Atenção Especializada, Clap, Abenfo, Febrasgo e outras organizações afins.

- Apoiar e/ou desenvolver pesquisas em nível nacional que demonstrem as principais especificidades e agravos à saúde das mulheres negras e da população GLBT, particularmente as mulheres lésbicas e bissexuais.
- Apoiar estudo sobre custos para o SUS na realização de planejamento reprodutivo para a população GLBT, especialmente para as mulheres lésbicas. Um estudo desta natureza permitiria que a Política avançasse em relação à reprodução assistida.

7 Ações Integradas e Parcerias

Este capítulo do Relatório de Gestão 2003 – 2006 apresenta as atividades da ATSM sob o crivo das ações integradas e parcerias desta com os Departamentos da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), iniciando pelo Departamento de Ações Programáticas e Estratégias (Dape), onde a ATSM se localiza e o Departamento de Atenção Básica (DAB). Em seguida, apresentam-se as ações integradas com outras secretarias do Ministério da Saúde e logo depois as parcerias com os órgãos vinculados ao Ministério da Saúde. A seguir o capítulo aborda as ações com as Secretarias Especiais da Presidência da República. Finalmente são apresentadas as parcerias com outras instituições e movimentos sociais que atuam na área da saúde, particularmente a saúde da mulher.

As ações integradas com outras instâncias do governo e as parcerias estabelecidas pela ATSM foram valiosas para a construção e implementação das políticas nacionais no decorrer da gestão 2003 – 2006. A ATSM participou da elaboração e vem acompanhando a implementação das várias Políticas Nacionais de Saúde e sua implementação nos estados e municípios.

Ações integradas, parcerias e convênios da ATSM com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ajudaram a fortalecer processos de descentralização e se realizaram em ações vinculadas à implementação: do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, de projetos estaduais de humanização da atenção ao parto e nascimento, projetos de capacitação de profissionais de saúde na atenção integral em saúde da mulher em várias regiões e outras ações propostas pela política.

Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Dape/SAS)

A ATSM valeu-se das ações integradas com praticamente todas as demais áreas técnicas do Dape/SAS/MS para dar conta da maioria dos objetivos específicos da Política de Atenção à Saúde da Mulher. Essas ações vão da elaboração de material técnico para profissionais da atenção básica, à organização de mesa-redonda na Conferência Nacional Saúde do Trabalhador, passando pela redação de um documento que apresenta diretrizes para uma atenção com enfoque de gênero nos Centros de Atenção Psicossociais e nos hospitais que acolhem usuárias do SUS em processo de sofrimento mental.

Da articulação com as Áreas Técnicas da Saúde de Adolescentes e Jovens e da Saúde da Criança (além de outras ações integradas e parcerias) resultou a implantação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, da Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional e a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal.

A ATSM esteve envolvida com a Área Técnica da Saúde de Adolescentes e Jovens na construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens.

A Área Técnica da Saúde de Adolescentes e Jovens e outras áreas técnicas do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Mental, Criança, Trabalhador, Portadores de Necessidades Especiais, Sistema Penitenciário) estiveram envolvidas na ampliação e qualificação da atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.

Das estratégias relacionadas com a atenção integral às mulheres e crianças em situação de violência doméstica e sexual, além das Áreas Técnicas participaram também outras instâncias federais, sobretudo a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, a Secretaria Nacional de Segurança Pública e a Secretaria Especial de Direitos Humanos.

Departamento de Atenção Básica (DAB)

As ações integradas entre a ATSM e o Departamento de Atenção Básica (DAB) contribuíram para o processo de implementação de quatro dos objetivos específicos que constam da Política de Atenção à Saúde da Mulher, especialmente durante o processo de definição e implementação das prioridades do Pacto pela Vida, uma das dimensões do Pacto pela Saúde.

Na área da promoção da saúde a ATSM e o DAB se articularam para a mudança de estilos de vida que reduzam o risco de doenças crônico-degenerativas, como no caso da Campanha Nacional Sobre Tabagismo e Gênero, em relação à qual a ATSM teve participação no Grupo de Trabalho que discutiu a Campanha.

Na área da melhoria da assistência ao parto domiciliar, a ATSM articulou-se ao DAB na capacitação de parteiras tradicionais e profissionais de saúde. Esta articulação também esteve presente na implantação/implementação da atenção integral à saúde da mulher e da criança índia.

Na área da clínica ginecológica a ATSM e o DAB se articularam para a produção do manual técnico *Caderno de Atenção Básica n.º 13: Controle dos Cânceres do Colo de Útero e da Mama* (BRASIL, 2006). Além do DAB, na produção deste Caderno também participaram o Inca, representantes das sociedades científicas, as áreas técnicas do Ministério da Saúde referentes à Saúde dos Adolescentes e dos Jovens, o PN-DST/Aids e a Coordenação Nacional de Humanização no SUS. Na atenção clínico-ginecológica também é de se notar o compromisso do DAB em aumentar a oferta e o acesso a serviços da atenção básica para as mulheres lésbicas e bissexuais, buscando diminuir a homofobia que, todavia, resiste no nível da atenção básica.

A ATSM contribuiu em várias fases do Pacto da Atenção Básica, anualmente atualizado, tendo acompanhado a pactuação do Governo Federal com os governos estaduais e entre estes e as gestões municipais, principalmente no processo de reformulação dos indicadores pactuados em 2005, cujo número foi considerado excessivo pelos estados. A ATSM envolveu-se nessa reformulação porque de 20 indicadores principais, quatro referiam-se à saúde da mulher e dos 14 complementares, três eram também dessa área. Ao final da pactuação em torno dos indicadores restaram 19 indicadores principais e 11 complementares, dos quais seis versam sobre saúde da mulher, sendo três em cada grupo.

A ATSM também teve participação técnica na elaboração de materiais do projeto Avaliação para Melhoria de Qualidade da Estratégia Saúde da Família, da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica, que tem financiamento do Banco Mundial.

Programação Pactuada Integrada (PPI), centrada na Atenção Básica

A Programação Pactuada Integrada (PPI) foi objeto de reformulação em todos os seus parâmetros, com definições de novas atividades e redefinição de antigas. Em termos de Saúde da Mulher, a PPI abrange principalmente a atenção pré-natal e a prevenção de câncer de colo uterino e de câncer de mama. A nova formulação foi objeto de ampla consulta às áreas técnicas e também aberta à consulta pública, tendo-se incorporado modificações surgidas nessas várias instâncias.

Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)

A articulação entre a ATSM e o PN-DST/Aids se deu principalmente na implementação dos objetivos específicos referentes à atenção obstétrica e neonatal, planejamento reprodutivo, prevenção das DST e HIV/aids, violência doméstica e sexual, atenção clínico-ginecológica e saúde das mulheres negras e dos grupos GLTB.

Dessas ações integradas resultaram manuais técnicos para a atenção básica (um sobre controle de câncer do colo do útero e da mama e outro sobre prevenção destas doenças para parceiras tradicionais facilitadoras para a prevenção das DST/HIV/aids e hepatites virais, com ênfase na transmissão vertical), além dos folhetos educativos para lésbicas e bissexuais. Resultou também na capacitação de parceiras tradicionais facilitadoras para a prevenção destas doenças. Na perspectiva do enfrentamento da tendência de feminização da aids houve integração de ações, no desenho conjunto de um plano de enfrentamento à feminização da aids a ser lançado em março de 2007 e no desenho de estratégias de prevenção de lesões vaginais e câncer do colo do útero (vacina anti-HPV).

Outra interação maior da ATSM com a Secretaria de Vigilância em Saúde ocorreu durante a revisão do *Manual dos Comitês de Morte Materna*. Nesta revisão foi incluído um capítulo sobre a notificação compulsória dos óbitos maternos, regulamentação em vigor, dados de morte materna de mulheres negras e cálculo de fator de correção.

A ATSM desenvolveu uma estreita parceria com a Secretaria de Vigilância em Saúde no que diz respeito à regulamentação da lei que obriga os serviços de saúde a notificarem a violência contra a mulher e todo o processo dela decorrente.

Secretaria-Executiva (SE)

Departamento de Informática do SUS (DATASUS)

Com a Secretaria-Executiva (SE) as articulações da ATSM resultaram, na inclusão do quesito raça/cor no SISPRENATAL do DATASUS, entre outras providências.

O SISPRENATAL é um dos *softwares* desenvolvidos pelo DATASUS, departamento subordinado à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde. O SISPRENATAL define o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada, permite o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no PHPN, desde o início da gravidez até a consulta de puerpério. É também no DATASUS que se encontra o Programa de Avaliação Nacional de Serviços Hospitalares (PNASH) cuja elaboração contou com a participação da ATSM.

Departamento de Apoio a Descentralização – DAD (PSAL e Prosar – PI)

Plano de Saúde Amazônia Legal (PSAL) – Este plano está empenhado em priorizar as questões estratégicas do SUS a serem enfrentadas na região, em resposta às reivindicações da sociedade amazônica. Faz parte do PSAL outro plano em relação ao qual a ATSM tem atuado ativamente: o Plano de Desenvolvimento Sustentável para a Área de Influência da BR-163.

Programa de Saúde e Saneamento Básico na Área Rural do Piauí (Prosar – PI) – Este programa, resultante da Cooperação Financeira Oficial Brasil/Alemanha tem seu trabalho focado na região do semi-árido piauiense. Seu objetivo geral é contribuir para a melhoria das condições de saúde na área rural do Piauí. Os objetivos específicos são: o atendimento da população com água potável e esgotamento sanitário; a garantia da continuidade do funcionamento do sistema dentro de um modelo sustentável; e a melhoria dos hábitos de higiene e de saúde preventiva da população.

Rede Integrada de Informações para a Saúde (Ripsa) – A ATSM representa a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) como suplente na Ripsa, que surgiu sob a coordenação da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, fruto de uma ação conjunta do Ministério da Saúde com o escritório da Opas/OMS no Brasil. A Ripsa integra entidades representativas dos segmentos técnicos e científicos nacionais envolvidos na produção e análise de dados (produtores de informações estrito senso, gestores do sistema de saúde e unidades de ciência e tecnologia) e

viabiliza parcerias para a disponibilização de informações sobre a realidade sanitária brasileira. Vem com o propósito de se aperfeiçoar a capacidade de formulação, coordenação, gestão e operacionalização de políticas e ações públicas dirigidas à qualidade de saúde e de vida da população. Para tal, a Rede disponibiliza dados básicos, indicadores e análises de situação sobre as condições de saúde e suas tendências no País. Em 2004, essa participação resultou na elaboração conjunta do boletim da Ripsa com dados nacionais sobre o panorama da saúde da mulher no Brasil.

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE)

Em parceria com o Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit), a ATSM participou da definição de linhas de pesquisa para o Programa Pesquisa para o SUS e aí inclui os temas relacionados com Trauma e Violência e com Morte Materna. Participa da realização da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS).

A ATSM tem intensa articulação com o Departamento de Assistência Farmacêutica, principalmente no que diz respeito à logística dos métodos anticoncepcionais.

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP)

Em parceria com o Departamento de Apoio à Gestão Participativa da SGEP, temos trabalhado na consolidação dos processos de qualificação e efetivação do controle social do SUS.

A ATSM tem representação no Comitê Técnico de Saúde da população GLBT, no Comitê Técnico de Saúde da População Negra, buscando trabalhar a equidade na atenção à saúde da população usuária do SUS, especificamente na saúde das mulheres.

Órgãos Vinculados ao Ministério da Saúde

Conselho Nacional de Saúde (CNS) – A ATSM tem assento na Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher, Cismu, com a qual vem discutindo as suas ações e estratégias.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – Com a Agência Nacional de Saúde Suplementar, a ATSM tem trabalhado na elaboração da sistemática de avaliação do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar. A ATSM também participou da definição dos indicadores de saúde materno-infantil, da formulação das respectivas fichas técnicas, assim como na oficina de organização de redes assistenciais na Saúde Suplementar. Destaca-se ainda a parceria com a ANS como estratégia de maior relevância para a redução da taxa nacional de cesariana.

Instituto Nacional de Câncer (Inca) – A ATSM estabeleceu uma parceria muito frutífera com o Instituto Nacional de Câncer (Inca) para a implementação das ações de quatro dos objetivos específicos da Política de Atenção à Saúde da Mulher. Destaca-se inicialmente como resultado dessa parceria a elaboração do documento *Diretrizes Estratégicas – Plano de Ação para o Controle dos Cânceres do Colo de Útero e da Mama*, do documento *Consenso para o Controle do Câncer de Mama* e dos materiais técnicos *Caderno de Atenção Básica n.º 13: Controle dos Cânceres de Colo do Útero e da Mama*, *Manual de Atenção à Mulher no Climatério*, *Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas: recomendações para profissionais de saúde*. Porém, com essa parceria foi possível avançar em uma questão que está desde há muito tempo na pauta do movimento das mulheres negras: o de colocar em prática medidas que tornarão melhor a qualidade da informação sobre a saúde das mulheres negras, como é o caso da introdução do quesito raça/cor no SISCOLO.

Fundação Nacional de Saúde (Funasa) – A parceria com a Funasa se deu sempre no sentido da implantação/implementação da atenção integral à saúde da mulher índia, principalmente por meio da qualificação das equipes de saúde que prestam assistência à população índia como com

o trabalho com as parteiras índias. Além disso, essa parceria tem sido de grande relevância para a qualificação das lideranças femininas índias em ações de participação e controle social, envolvendo-as na construção da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança Índia.

Parcerias com Ministérios e Secretarias do Governo Federal

A ATSM vem trabalhando em estreita parceria com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM), com destaque para as ações relativas à violência contra a mulher. A Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres promoveu em 2004 a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (CNPMM) que envolveu em seu processo, diretamente, mais de 120 mil mulheres de todos os 26 estados e Distrito Federal e mais de dois mil municípios do País. Desta, resultou o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) que vem sendo colocado em prática sob a Coordenação da SPM. A ATSM teve participação ativa na elaboração de dois dos cinco capítulos do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres: o capítulo 3 - Saúde das Mulheres, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – e o capítulo 4 – Enfrentamento à Violência. A ATSM atua na efetivação das prioridades do PNPM e é membro da Comissão de Monitoramento da implementação desse Plano.

As ações integradas da ATSM com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e a Secretaria Especial de Direitos Humanos permitiram avanços em relação ao objetivo específico relacionado com a atenção às mulheres em situação de violência doméstica e sexual. Elas ocorreram na capacitação de profissionais e na publicação de material técnico - *Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual – matriz pedagógica para formação de redes* – para o qual contou também com a colaboração da Secretaria Nacional de Segurança Pública/MJ. Além da articulação com Secretarias Especiais, avançou-se neste objetivo relacionado com a violência doméstica e sexual por meio da atuação integrada com outros dispositivos governamentais: Delegacias da Mulher e da Criança e Adolescente, Institutos Médicos Legais, Ministério Público e estruturas do Sistema Único de Assistência Social. Nesta questão, a ATSM também se articulou com sociedades médicas, casas-abrigo, grupos de mulheres e creches para a criação e efetivação das Redes de Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual.

A Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres coordena o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, onde a ATSM tem assento. A Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República coordena o Projeto “Presidente Amigo da Criança”, em relação ao qual a ATSM participou da elaboração e vem acompanhando a sua implementação.

As ações integradas da ATSM com as Secretarias Especiais da Presidência da República – a de Direitos Humanos, a de Políticas para as Mulheres, a de Promoção da Igualdade Racial – resultaram na Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, uma grande conquista do movimento de mulheres. Para esta Política a ATSM contou também com outros Ministérios (Justiça, Educação, Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Desenvolvimento Agrário).

Outros parceiros do Governo Federal são o Ministério da Justiça, por meio da Secretaria Nacional de Segurança Pública (Senasp) e Secretaria Nacional de Justiça (SNJ); o Ministério da Educação, a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir) e a Subsecretaria de Direitos Humanos da Secretaria Geral da Presidência da República.

A Comissão Nacional de População e Desenvolvimento – A ATSM tem assento na referida comissão sediada no Instituto de Pesquisas Econômicas e Sociais (Ipea).

Outras Parcerias

Para a implementação de algumas atividades inscritas nos objetivos específicos relacionados com o planejamento reprodutivo e com a atenção obstétrica e neonatal foi fundamental a parceria da ATSM com a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia

(Febrasgo). Parceira já há algum tempo em certas ações estratégicas dos movimentos feministas no País, a Febrasgo esteve envolvida, nesta gestão, nas atividades de qualificação profissional em planejamento reprodutivo e pré-natal e muito particularmente no desenvolvimento dos Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada Baseada em Evidências Científicas.

Nos Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada Baseada em Evidências Científicas, além da Febrasgo, a ATSM fez parceria também com: Maternidade Vila Nova Cachoeirinha (SP), Hospital Sofia Feldman (BH), Hospital Santa Marcelina do Itaim Paulista, DFID, Opas, Abenfo, CLAP (Centro Latino-americano de Perinatologia/Opas/OMS), Sociedade Brasileira de Pediatria e Centro de Humanização das Práticas Terapêuticas (CHPT) do Hospital São Pio X (Ceres/GO). Para a realização destes seminários, a ATSM realizou convênios com as secretarias da saúde dos estados e municípios que se interessaram em ampliar e qualificar a atenção obstétrica e neonatal por meio desta estratégia.

A parceria com a Febrasgo tem sido importante também para as questões relacionadas com a reprodução humana assistida, uma vez que esta instituição participou na elaboração da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, a ser aprovada em breve. Outras instituições parceiras envolvidas na elaboração dessa Política foram: Centro de Reprodução Humana Assistida (Hospital Regional da Asa Sul/DF), Centro de Referência em Saúde da Mulher (Hospital Pérola Byington/SP), Instituto Materno Infantil de Pernambuco, Hospital Universitário de Ribeirão Preto/USP/SP, Hospital Universitário da Universidade Federal de São Paulo, Sociedade Brasileira de Reprodução Humana, Núcleo de Bioética da UnB, Sociedade Brasileira de Urologia e a Anvisa.

A parceria da ATSM com o Centro Materno-Infantil de Campinas (Cemicamp) tem sido importante na realização de pesquisas na área de saúde da mulher. Nesta gestão, este Centro foi envolvido na produção de conhecimentos relacionados com o planejamento reprodutivo e com a atenção à saúde das mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. Este Centro realizou o estudo de caso em quatro capitais brasileiras para avaliação da inserção do planejamento reprodutivo na atenção básica. Por sua vez, a pesquisa sobre o perfil dos serviços de violência sexual mostrou-se fundamental para a produção de conhecimentos que embasaram a formulação de estratégias de fortalecimento da implementação das redes de atenção às vítimas da violência, em conformidade com o previsto no quarto objetivo específico da Política de Atenção à Saúde da Mulher.

Organismos das Nações Unidas apoiaram a implementação das ações integradas e das parcerias realizadas pela ATSM. A Organização Mundial da Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde participaram da implantação dos Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada Baseada em Evidências Científicas. O Unicef apoiou ações de fortalecimento do Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. Este Fundo e a Unesco apoiaram a elaboração do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) e sua implementação por meio da realização das oficinas macrorregionais e da produção do Guia de Formação dos Profissionais de Saúde e de Educação e o Guia de Formação dos adolescentes. A ATSM participou também da seleção dos projetos da saúde para o Prêmio “Objetivos do Milênio”, promovido pela Presidência da República.

O Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) apoiou, nesta gestão, a ATSM em projetos referentes à atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, na qualificação da atenção às mulheres negras e nos Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal Baseada em Evidências Científicas. Apoiou também na contratação de consultores/as para as áreas de prevenção à violência de gênero e atenção obstétrica.

As parcerias com movimentos sociais foram importantes para o objetivo específico de fortalecimento de ações de controle social e de participação na definição de políticas públicas. Particular destaque se dá à articulação da ATSM com esses movimentos na qualificação de lideranças populares ativistas em saúde da população negra, das mulheres índias, em saúde das

trabalhadoras rurais e em pesquisas e documentos conceituais sobre saúde sexual e reprodutiva. Menciona-se aqui, entre outras, as parcerias com a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag), a Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, o Ipas, o SOS Corpo, o Grupo Curumin o grupo Maria Mulheres, o Instituto Patrícia Galvão e o Instituto Papai.

Avanços, dificuldades e desafios em relação às Ações Integradas e Parcerias

Na gestão 2003–2006 a ATSM intensificou a realização de ações integradas junto a outras instâncias do Ministério da Saúde e de outros ministérios, assim como com as Secretarias de Governo, especialmente as Secretarias Especiais de Políticas para as Mulheres, de Direitos Humanos e da Promoção da Igualdade Racial, todas ligadas à Presidência da República.

Para a próxima gestão coloca-se o desafio de:

- Implementar ações integradas e parcerias que efetivem as estratégias e ações prioritárias à Saúde da Mulher para o período 2007–2010.

8 Articulações no Âmbito Internacional

No cenário internacional durante a gestão 2003–2006, a ATSM teve atuação marcante para validar e fortalecer os marcos internacionais que norteiam as políticas públicas para a saúde das mulheres.

Mercosul

A Área Técnica de Saúde da Mulher protagonizou várias iniciativas no âmbito do SGT-11/Saúde – Mercosul, desde a criação da Comissão Intergovernamental para Promover a Saúde Sexual e Reprodutiva (CISSR) nos Estados Partes – Brasil, Argentina, Uruguai, Paraguai e Venezuela – e nos Estados Associados – Bolívia, Peru, Chile, Equador e Colômbia. Esta Comissão foi criada em 2004, por meio de acordo dos Ministros de Saúde do Mercosul, durante a presidência *Pró Tempore* do Paraguai.

A Área Técnica de Saúde da Mulher coordena a referida CISSR. Como atividade inicial, elaborou-se em 2004 o documento de trabalho “Diretrizes para Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva de Homens e Mulheres nos Países do Mercosul”, que contém o Plano de Trabalho da Comissão e foi aprovado durante reunião dos Ministros de Saúde do Mercosul, em dezembro de 2004, no Rio de Janeiro. Este documento introduz na pauta do Mercosul os Direitos Sexuais e Reprodutivos como Direitos Humanos de homens, mulheres e adolescentes e insta os governos a implementarem políticas públicas que garantam esses direitos, contemplando as especificidades dos diversos segmentos sociais.

A Coordenação do SGT-11/Saúde – Mercosul (Brasil) apoiou a Área Técnica de Saúde da Mulher no cumprimento do acordo da CISSR, que garante à sociedade direito a voz nas suas reuniões, sendo este um fato pioneiro nas instâncias do Mercosul. Assim, na Presidência *Pró-Tempore* do Brasil, no segundo semestre de 2004, a Coordenação Nacional do SGT/-11/ Saúde apoiou financeiramente a participação da sociedade civil na reunião da referida Comissão, realizada em Brasília. A Área Técnica de Saúde da Mulher criou uma Comissão Nacional da sociedade civil, que vem contribuindo para os avanços conceituais do Plano de Trabalho da CISSR.

Entre as atividades mais importantes realizadas pela CISSR até novembro de 2006, destacamos:

- Apoio ao seminário “Políticas Públicas de Saúde Sexual e Reprodutiva no Mercosul”, realizado no primeiro semestre de 2005, em Montevideu, sob o auspício da Organização Mundial da Saúde (OMS). Participaram 85 profissionais de diversas categorias, pertencentes aos Ministérios da Saúde, Ministérios da Mulher, Sociedades Científicas ligadas à Saúde Sexual e Reprodutiva, Sociedade Civil e o Clap/OPS/OMS.
- Coordenação pela ATSM da mesa-redonda sobre as atividades dos Ministérios da Saúde, durante a oficina “A Saúde no Mercosul – estágio atual, desafios da integração e perspectivas” durante o 11º Congresso Mundial de Saúde Pública e 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, que se realizaram conjuntamente no Rio de Janeiro, em setembro de 2006.
- Introdução dos métodos contraceptivos aprovados pelos Ministérios da Saúde na lista de medicamentos essenciais do Mercosul, que representa um dos avanços do trabalho da CISSR. Além disso, existe a troca de informações entre os Programas de Saúde da Mulher, sobre as experiências positivas na implementação de serviços de saúde reprodutiva.

- As normas técnicas sobre “Atenção Humanizada ao Abortamento” e “Atenção aos Agravos Resultantes da Violência Sexual”, elaboradas pela Área Técnica de Saúde da Mulher, bem como o Programa de Formação das Maternidades na Atenção Obstétrica Humanizada Baseada em Evidências Científicas, vem servindo de referência para o desenvolvimento de ações nos Ministérios da Saúde do Uruguai, Argentina e Chile.
- A CISSR elaborou projeto com o objetivo de integrar os trabalhos do Brasil, Uruguai e Argentina na tríplice fronteira de Bella Union, Quaraí e Monte Caseros, região com graves problemas na área de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens, relacionados à violência sexual, gravidez indesejada, e doenças sexualmente transmissíveis. Este projeto insere-se em projeto mais amplo de apoio da OPS às atividades do SGT-11/Saúde Mercosul.
- Seminário para o intercâmbio de experiências exitosas na implementação de políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva, a ser realizado em 2007 durante a presidência *Pro Tempore* do Uruguai. A Área Técnica de Saúde da Mulher é responsável pela elaboração do projeto e busca de fundos, junto à cooperação técnica internacional. Esse projeto contempla também estágios de profissionais de saúde em serviços humanizados e qualificados de saúde reprodutiva.
- Cada uma das Comissões de Saúde Sexual e Reprodutiva desenvolveu, nos seus respectivos países, atividades relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, que podem ser encontradas nas páginas eletrônicas do SGT-11 – Saúde/Mercosul ou diretamente nos Ministérios da Saúde.
- Como parte das atividades dessa Comissão de Saúde Sexual e Reprodutiva do Mercosul, a ATSM desenvolveu uma importante parceria com o Programa Gênero e Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde do Uruguai, na implementação da Política de Atenção Obstétrica Humanizada Baseada em Evidências Científicas. Nesse sentido, participou, em 2006, do Seminário Nacional em Montevidéu onde apresentou a experiência do hospital Sofia Feldman (Belo Horizonte/MG) que é uma das referências do Ministério da Saúde do Brasil na atenção ao parto humanizado. O Ministério da Saúde do Uruguai criou um prêmio semelhante ao Prêmio Galba de Araújo que reconhece as melhores maternidades do país na atenção obstétrica humanizada e de qualidade

Cooperação Internacional

Nessa gestão a ATSM assumiu um papel incisivo nas ações de cooperação técnica com outros países. A ATSM (pelo Ministério da Saúde) e a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres estão apoiando o Governo do Haiti na implementação de serviços de atenção às mulheres em situação de violência sexual e doméstica. O Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA) e a Agência Brasileira de Cooperação (ABC) apóiam o projeto como parte da cooperação SUL-SUL.

A equipe brasileira apoiou a realização de seminário dirigido a profissionais de diversas áreas que trabalham com violência, visando a implementação no Haiti de uma rede de atenção. Em parceria com a Superintendência de Políticas para as Mulheres do Município de Salvador propiciou a vinda de uma equipe multiprofissional Haitiana para conhecer a rede de atenção à violência dessa cidade.

Ainda como parte da cooperação entre os países, a Área Técnica de Saúde da Mulher está apoiando a vinda de profissionais Cubanos para conhecerem as redes de atenção à violência de gênero. Nessa atividade contou com a colaboração, mais uma vez, da Superintendência de Políticas para as Mulheres do Município de Salvador.

A ATSM também organizou e realizou o Seminário Internacional sobre Políticas Públicas para as Mulheres na Área da Saúde: experiências da América Latina e Caribe, que resultou na integração dos Programas de Saúde da Mulher e Movimentos Sociais na América Latina e Caribe. O seminário representou um espaço de debates sobre as políticas macroeconômicas, a

reforma do setor Saúde e as novas tendências políticas e sobre as formas de influenciar as políticas públicas, para que respondam às necessidades em saúde e interesses estratégicos das mulheres. O seminário reuniu cerca de 160 profissionais (planejadores e gestores) de 18 países, que coordenam os programas de saúde da mulher nos Ministérios da Saúde e nos organismos de Políticas para Mulheres, além de parlamentares, representantes de movimentos, de organizações e de redes feministas que atuam na área de saúde da mulher.

Durante este Seminário Internacional, a Área Técnica de Saúde da Mulher realizou outros eventos como o lançamento da Política de Atenção à Saúde da Mulher que comemorou o Dia Internacional de Luta Pela Saúde da Mulher contra a Mortalidade Materna – 28 de Maio.

No plano das relações internacionais do governo brasileiro, particularmente nas estratégias de acompanhamento estabelecidas pelas Nações Unidas junto aos países que ratificaram as resoluções de Conferências ou Pactos de âmbito mundial, a ATSM participou da elaboração dos Relatórios Brasileiros referentes ao Pacto dos Direitos Econômicos e Sociais e às deliberações consubstanciadas pelas Metas do Milênio. Nas ações de preparação para a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, a ATSM participou de reuniões em Porto Rico e Chile onde se avaliaram os avanços na implementação do Plano de Ação sobre População e Desenvolvimento. Participou também de reunião da Organização Mundial da Saúde (OMS) em março de 2005, para debater e sugerir questões de saúde reprodutiva no relatório mundial sobre a saúde, lançado no Dia Mundial da Saúde, 7 de abril.

Avanços, dificuldades e desafios em relação às Articulações Internacionais

Durante a gestão 2003–2007, as articulações internacionais da ATSM caminharam na mesma direção do que foi deliberado, em agosto de 2006, ao final do 11º Congresso Mundial de Saúde Pública e 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Esses congressos, realizados conjuntamente, trataram do tema “Saúde Coletiva no Mundo Globalizado: Rompendo Barreiras Sociais, Econômicas e Políticas”. A Declaração do Rio votada nesse evento é uma chamada à solidariedade e à responsabilidade global para o enfrentamento dos enormes desafios sanitários contemporâneos. Nessa Declaração está premente o desafio de se vencer as barreiras políticas, sociais e econômicas da Saúde Pública no mundo globalizado e de se garantir que todos tenham acesso efetivo à saúde.

A visibilidade da ATSM no plano internacional, fruto da sua capacidade de agenciar o local e o global, tem sido mais um exemplo da capacidade brasileira de pensar a saúde e de construir local e globalmente uma agenda em torno da saúde coletiva que reconheça, na prática, a desvantagem social das mulheres e admita que a equidade em saúde exige a implementação de políticas específicas para este segmento.

A ATSM e demais atores sociais e políticos na área da saúde da mulher propõem à próxima gestão:

- Dar continuidade e reforçar a implementação do Plano de Trabalho da Comissão Intergovernamental para Promover a Saúde Sexual e Reprodutiva (CISSR) nos países do Mercosul.
- Fortalecer as ações de cooperação técnica com outros países.

9 Gestão Orçamentária e Evolução dos Principais Gastos

Período 2003–2006

9.1 Financiamento das Ações de Atenção à Saúde da Mulher

A distribuição do gasto público com a saúde se dá a partir das capacidades de arrecadação dos estados e municípios e também pelas transferências efetuadas pela esfera federal.

O orçamento do Ministério da Saúde é composto de diversas fontes de financiamento. As Contribuições Sociais, especialmente a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), e a Contribuição Sobre o Lucro Líquido de Empresas (CSLL), são responsáveis pelo maior volume de recursos.

Além de outras fontes suplementares, a Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira (CPMF), criada em 1996, também passa a adicionar mais recursos para o financiamento do Setor Saúde.

A partir de 2000, com a edição da Emenda Constitucional n.º 29, assegura-se um grande avanço no financiamento da saúde com o estabelecimento de percentuais mínimos das receitas da União, dos estados e dos municípios a serem aplicados em ações e serviços de saúde, assegurando-se a efetiva co-participação das três esferas de governo.

Com relação ao aporte de recursos financeiros do Ministério da Saúde direcionados para a atenção à saúde da mulher, é importante salientar que ele não está, em sua maior parte, vinculado à Unidade Orçamentária do PPA e da LOA identificados como “Atenção à Saúde da Mulher”, podendo ser contabilizado em várias áreas da estrutura do Ministério, de acordo com as diretrizes e regras de financiamento do SUS.

Muitas ações que geram dispêndio financeiro direto aos estados e municípios, entre elas as de atenção à saúde da mulher, são custeadas com recursos transferidos pela esfera federal, seja pelos repasses fundo a fundo, seja pela remuneração de serviços produzidos ou ainda pelos incentivos aos Programas de Atenção Básica, Média e Alta Complexidade.

Em relação aos recursos transferidos pelo Programa de Atenção Básica, destinados ao custeio dos procedimentos de responsabilidade municipal, não é possível, atualmente, identificar a partir da esfera federal, qual o montante de recursos que foram aplicados especificamente em Saúde da Mulher, em determinado período.

Esses recursos, cujo montante é obtido a partir da multiplicação de um valor *per capita* pela população da cada município, são transferidos direta e automaticamente pelo Fundo Nacional de Saúde e contemplam ações básicas de vigilância sanitária, assistência farmacêutica básica, combate às carências nutricionais, o Programa Saúde da Família, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão, as ações de saúde da criança, as ações de saúde da mulher, as ações de saúde bucal, entre outros.

Somente os gestores municipais podem identificar o volume de dispêndios financeiros desses Programas que foram destinados especificamente para a atenção à saúde da mulher.

Também os recursos destinados ao custeio da média e alta complexidade são repassados automaticamente pelo Fundo Nacional de Saúde, de acordo com os tetos financeiros de cada esta-

do. Para estes níveis da atenção existe ainda o Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC), criado para atender os pacientes com referência interestadual ou para financiar ações consideradas estratégicas.

Há uma série de áreas assistenciais do SUS que, pela remuneração dos serviços produzidos ou repasses diretos, geram um volume significativo de recursos financeiros aplicados, como o atendimento de urgências e emergências, o sistema nacional de transplantes, a assistência oncológica, a assistência neurocirúrgica, a assistência em unidade de terapia intensiva, a assistência farmacêutica, além de áreas formuladoras e indutoras de políticas de saúde como a atenção à saúde da criança, atenção à saúde mental, atenção à saúde do idoso, atenção à saúde do adolescente, atenção à saúde do trabalhador, atenção à saúde da pessoa com deficiência, atenção à saúde da população penitenciária e muitas outras áreas.

Logicamente que um percentual desses recursos é aplicado para atendimento de mulheres usuárias do sistema e somente um estudo específico forneceria dados confiáveis para uma análise de custo/mulheres atendidas/área/ano.

A celebração de convênios entre a União e estados e municípios, de acordo com as regras de cooperação técnica e financeira estabelecidas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), também se constitui em importante mecanismo de financiamento de projetos demandados pelas instâncias municipal e estadual.

No entanto, o investimento de capital para a estruturação da rede básica e da rede especializada de atenção à Saúde, também deve ser objeto de estudo separado, caso se pretenda obter dados consistentes que relacionem a aplicação desses recursos em benefício das mulheres. Muitos desses investimentos são viabilizados pela celebração de convênios para financiar projetos que envolvem melhorias em várias áreas de atendimento de um mesmo estabelecimento de saúde ou da própria Rede, seja pela aquisição de equipamentos, reformas ou ainda com novas construções.

9.2 Gestão Financeira da Área Técnica de Saúde da Mulher

Apresentamos abaixo a síntese da execução orçamentária do período de 2003 a 2006, com recursos aprovados no PPA e LOA.

2003 – No exercício de 2003 a Saúde da Mulher estava inserida no grupo de Programas Governamentais que compunham o PPA-Plano Plurianual 2000–2003, com quatro ações orçamentárias distintas: Campanha Educativa em Atenção à Saúde da Mulher; Promoção de Eventos Técnicos sobre Saúde da Mulher; Capacitação de Recursos Humanos para Promoção do Planejamento Reprodutivo e da Saúde da Mulher e Estudos e Pesquisas.

O total de recursos orçamentários aprovados para aquele exercício, de acordo com a LOA, foi de R\$12.330.000,00. No entanto, a aplicação integral desse valor em ações promotoras da Atenção Integral à Saúde da Mulher foi impossibilitada pelas alterações introduzidas no período, destacando-se, entre elas, a criação da Secretaria de Gestão e Educação do Trabalho em Saúde (SGETS), para onde foi transferida grande parte dos recursos da Área que se destinavam ao apoio de projetos de capacitação de profissionais para a atenção à Saúde da Mulher.

Outra modificação importante foi a criação e reorganização de alguns Programas de Governo que passariam a compor o PPA do período 2004–2007.

No âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, criou-se o “Programa Atenção à Saúde das Populações Estratégicas em Situações Especiais de Agravos”, vinculando-se a ele várias Ações Orçamentárias, entre elas a Atenção à Saúde da Mulher, que deixa de se configurar como um Programa.

Nesse mesmo período a Área Técnica de Saúde da Mulher formalizou oito convênios de repasses financeiros, de acordo com as Normas de Cooperação Técnica e Financeira do Fundo Nacional de Saúde (FNS), com o objetivo de apoiar a implementação de projetos em sistemas locais de saúde para a melhoria da qualidade da atenção ao parto (hospitalar e domiciliar), a estruturação de rede de atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual e também a capacitação de mulheres para o controle social das políticas de saúde.

Esses repasses totalizaram R\$1.317.930,00, indicando 10,7% de execução orçamentária com relação ao valor original aprovado na LOA 2003.

2004 – Em 2004, os recursos financeiros alocados para a Ação Orçamentária Atenção à Saúde da Mulher totalizaram R\$7.000.000,00. A proposta de execução orçamentária elaborada pela Área Técnica previu a produção de normas e materiais técnicos, a realização de estudos e pesquisas, o apoio à formação de redes de atenção às mulheres e adolescentes vítimas de violência doméstica e sexual em municípios previamente selecionados, a realização de cursos de especialização em enfermagem obstétrica em todos os estados e a organização do IV Prêmio Nacional Professor Galba de Araújo.

Os R\$7.000.000,00 alocados para a Saúde da Mulher foram aplicados nas ações previstas. As ações de execução descentralizada foram viabilizadas por meio de convênios de repasses financeiros com as instituições executoras.

Deve-se ressaltar que alguns materiais técnicos elaborados para a melhoria da qualidade da atenção obstétrica e da atenção ao planejamento reprodutivo na rede SUS não foram publicados e impressos no período previsto por dificuldades em procedimentos de gestão da administração pública.

A aplicação dos recursos orçamentários da Ação Atenção à Saúde da Mulher, no exercício 2004, foi de R\$5.678.112,00, apresentando índice de execução orçamentária de 81,1%.

2005 – No exercício de 2005 os recursos aprovados para a unidade orçamentários Atenção à Saúde da Mulher totalizaram R\$7.500.000,00. De acordo com o planejamento da Área Técnica, tais recursos seriam aplicados priorizando-se as seguintes linhas de ação: Promoção da atenção integral à saúde da mulher em municípios ao longo ou de influência da Rodovia BR-163 (Cuiabá-Santarém) e regiões de construção de usinas hidrelétricas na bacia do rio Tocantins; Prevenção dos agravos decorrentes da violência doméstica e sexual contra mulheres e adolescentes; Organização da vigilância do óbito materno; Elaboração, impressão, publicação e distribuição de normas e materiais técnicos na rede SUS e; Estudos e pesquisas de suporte à formulação de estratégias de alcance dos objetivos da Política de Atenção à Saúde da Mulher.

Do total de recursos aprovados para o período, 45% foi aplicado em ações descentralizadas, realizadas com a celebração de 48 convênios de repasses financeiros com diversas instituições (secretarias estaduais de saúde, prefeituras e organizações não-governamentais), atendendo as ações previstas, totalizando R\$3.398.319,30.

Para a produção e impressão de materiais técnicos de grandes tiragens (*Kit* Pré-Natal, Cartão da Gestante e Manual Técnico Atenção Qualificada e Humanizada ao Pré-natal e Puerpério, Cartilha Direitos Sexuais, Direitos Reprodutivos e Métodos Anticoncepcionais) foram reservados 55% dos recursos orçamentários.

Os recursos financeiros para as ações descentralizadas foram empenhados e pagos no final daquele exercício e início do exercício seguinte. Os recursos financeiros reservados para a produção/impressão de materiais técnicos, ação centralizada, não foram empenhados dentro do exercício de 2005 por dificuldades em procedimentos de gestão da administração pública.

Naquele exercício houve ainda a liberação de valores complementares do IV Prêmio Professor Galba de Araújo, que teve seu processo organizacional em 2004 e a premiação efetivada em 2005, e a liquidação de “restos a pagar” de alguns convênios empenhados em 2004.

No exercício de 2005, as aplicações dos recursos da Ação Atenção à Saúde da Mulher foram de R\$3.560.214,00 com índice de execução orçamentária de 47,4%.

2006 – De acordo com a LOA 2006, os recursos alocados na Ação Atenção à Saúde da Mulher totalizam R\$7.806.950,00. O planejamento da Área Técnica para este exercício definiu como prioritárias as seguintes ações: Organização da 5ª edição do Prêmio Nacional Professor Galba de Araújo; Elaboração, publicação e impressão de normas e materiais técnicos para profissionais e usuários da rede SUS; Apoio à estruturação de redes especializadas de atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual e; Apoio a cursos, estudos, pesquisas e projetos locais de promoção da atenção integral à saúde da mulher.

Até o fechamento deste relatório (novembro de 2006), já estavam empenhados R\$ 3.692.020,30 aplicados especificamente nas ações previstas, sendo que deste valor, a maior parte (76,5%) foi para a publicação e impressão dos materiais técnicos de grandes tiragens, pendentes dos exercícios anteriores. Os 23,5% restantes foram empenhados para convênios de repasse financeiro de apoio a projetos de capacitação de profissionais da assistência obstétrica (Projeto Also), para pagamento de empresa especializada em eventos para a realização de cinco dos 27 Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal realizados no País, e para aditivo ao convênio da pesquisa sobre o perfil do atendimento à violência sexual no Brasil, realizada pelo Cemicamp, para a Área Técnica de Saúde da Mulher/MS.

Até o encerramento deste exercício (31/12/06), a previsão é de que a execução orçamentária da Ação Atenção à Saúde da Mulher com as ações previstas seja de 60,1%. O restante dos recursos, equivalente a 39,9%, foi direcionado para transferências internas no âmbito do Programa de Atenção às Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravos.

9.3 Evolução dos Principais Gastos com Saúde da Mulher

A seguir são apresentadas informações sobre os dispêndios financeiros federais de um grupo selecionado de ações voltadas para a Saúde da Mulher.

O total apresentado no quadro 18 não tem a pretensão de esgotar todos os repasses dos diversos Departamentos e Áreas do Ministério da Saúde que, direta ou indiretamente, em maior ou menor grau, se relacionem com ações de atenção à saúde da mulher. Esse quadro foi elaborado com dados disponíveis nos sistemas de informação do nível federal, sem informações provenientes de estados e municípios. Não constam dados de gastos com saúde da mulher, provenientes dos repasses para a Atenção Básica, como exemplo os valores pagos para consultas em ginecologia e obstetrícia.

As totalizações dos pagamentos por serviços produzidos foram projetadas até dezembro de 2006, com base no registro de dados levantados até agosto de 2006.

Quadro 18. Evolução dos Principais Gastos com Saúde da Mulher/Ministério da Saúde/SUS – Brasil – 2003-2006.

ESPECIFICAÇÃO		2003	2004	2005	2006
		Valores em R\$	Valores em R\$	Valores em R\$	Valores em R\$
1	ATENÇÃO AO PARTO	773.491.567,44	980.991.787,62	1.047.575.737,17	1.067.367.835,68
1.1	Internações por parto – pagamento por serviços produzidos (1)	669.621.294,33	850.083.136,89	904.178.715,36	937.281.468,47
1.2	Assistência obstétrica – exames – pagamento por serviços produzidos (1)	83.321.844,38	101.644.998,73	105.980.182,75	106.506.668,79
1.3	PHPN** Incentivo ao pré-natal, parto e puerpério. (1)	19.167.348,00	25.377.222,00	31.087.696,00	15.561.684,00
1.4	Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal ações estruturantes em estados e municípios. (1)			2.071.150,00	5.833.415,00
1.5	Seminários sobre Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada Baseada em Evidências Científicas – abrangência nacional (1)	0	189.364,00	1.250.000,00	1.067.842,00
1.6	Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica.		3.258.824,00		
1.7	Prêmio Professor Galba de Araújo – Incentivo à humanização da assistência ao parto (1)	0	221.283,00	0	76.032,16
1.8	Promoção da melhoria da qualidade da atenção ao parto domiciliar, (convênios + parceria CN. DST. Aids)	557.690,00		815.331,68	
1.9	Apoio à implantação de Comitês de Estudo e Monitoramento da Mortalidade Materna (convênios) – Região Norte			207.000,00	
1.10	Apoio à implementação de projetos em sistemas locais de saúde, por meio de convênios de repasse financeiro, segundo normas do FNS	446.015,00	216.959,00	1.977.210,00	621.290,88
1.11	Produção de material técnico: manual + cartão da gestante + gestograma + cartazes + fôlderes, parto normal + fôlderes pacto			8.451,38	419.434,38
1.12	Promoção da atenção humanizada ao parto – apoio a projetos de formação de “Doulas”	292.225,00			
1.13	Evento: V Fórum Nacional de Mortalidade Materna – MS/Opas	85.150,73			
2	ATENÇÃO GINECOLÓGICA	126.018.913,38	142.026.061,91	135.319.083,94	135.741.498,87
2.1	Exames e tratamentos – pagamento por serviços produzidos (1)	126.018.913,38	142.026.061,91	135.319.083,94	135.741.498,87
3	PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER GINECOLÓGICO	385.096.743,63	425.975.082,41	466.616.260,72	490.293.561,65

continua

continuação

ESPECIFICAÇÃO		2003	2004	2005	2006
		Valores em R\$	Valores em R\$	Valores em R\$	Valores em R\$
3.1	Câncer de mama – exames e tratamentos – pagamento por serviços produzidos (1)	226.163.758,63	254.450.294,41	285.486.505,72	308.100.398,65
3.2	Câncer do colo do útero – exames e tratamentos – pagamento por serviços produzidos (1)	71.580.369,00	73.351.612,00	79.090.896,00	79.965.153,00
3.3	Câncer ginecológico (vulva, endométrio, ovário) – exames e tratamentos – pagamento por serviços produzidos (1)	87.352.616,00	98.173.176,00	102.038.859,00	102.228.010,00
4	PROMOÇÃO DAS AÇÕES DE PLANEJAMENTO REPRODUTIVO	10.241.215,36	9.139.950,00	27.358.587,50	2.405.700,00
4.1	Aquisição e distribuição de métodos anti-concepcionais (1)	10.241.215,36	9.139.950,00	27.358.587,50	0
4.2	Produção de material técnico: cartilha sobre direitos sexuais e métodos	0	0		2.405.700,00
5	PROMOÇÃO DA ATENÇÃO ÀS MULHERES E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL	22.000,00	690.000,00	839.508,00	169.562,94
5.1	Convênios com municípios para implantação de redes de atenção	22.000,00	690.000,00	839.508,00	0
5.2	Seminários regionais para apoio à estruturação de serviços	0	0	0	169.562,94
6	IMUNIZAÇÃO	4.024.516,00	4.190.703,00	8.807.909,10	4.310.740,20
6.1	Vacina Dupla Bacteriana (Difteria e tétano) + Vacina Tríplice Viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola) - Mulheres em idade fértil. (1)	4.024.516,00	4.190.703,00	8.807.909,10	4.310.740,20
7	ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL	25.920,00	577.440,00	1.494.000,00	2.059.200,00
7.1	Auxílio reabilitação psicossocial – mulheres acima de 14 anos	25.920,00	577.440,00	1.494.000,00	2.059.200,00
TOTAL		1.298.920.875,81	1.563.591.024,94	1.688.011.086,43	1.702.348.099,34

Fontes: SIH-SUS; SIA-SUS; FNS; Siaf; CGPNI – SVS – MS; DAF/ SCTIES / MS; ATSM /Dape / SAS / MS; Área Técnica de Saúde Mental /Dape/SAS/MS; DAB – Proesf

NOTAS

Bloco 1 Para totalizar os pagamentos por serviços produzidos em 2006 utilizou-se projeção de valores com base em dados registrados até agosto do mesmo ano.

PHPN – ano de 2006 com valores registrados até agosto.

Pacto Nacional Redução da Mortalidade Materna e Neonatal – ações implementadas com recursos do DAB/Proesf/ Empréstimo / Banco Mundial. Foram disponibilizados, em 2004, 10 milhões de dólares para as ações estruturantes nos municípios. Na época, com a cotação do dólar a US\$3,1, o volume total de recursos atingiu R\$31.000.000,00. Já em 2005, com a cotação do dólar em US\$ 2,1, o valor global disponibilizado passou para R\$21.000.000,00. Os dados apresentados no quadro 18 referem-se aos valores repassados aos municípios.

Seminários Atenção Obstétrica e Neonatal – custeados com recursos de convênios com a Fiocruz – Portarias n.º 398/2005 (R\$1.250.000,00) e n.º 074/2006(R\$500.000,00), além do pagamento de serviços de terceiros para estruturação de eventos (empresa Aplauso). Valores registrados pelo ano de referência dos repasses.

Prêmio Professor Galba de Araújo – ano 2006 – custos relativos à organização/produção de materiais/deslocamentos para avaliação nacional. Repasse do prêmio em dinheiro encontra-se em fase processual (R\$100.000,00: quatro instituições).

Bloco 4 Aquisição de métodos anticoncepcionais – novembro / 2006 – encontra-se em fase de licitação.

Bloco 6 Vacinação – ano 2006 – com valores registrados até agosto.

Análise

Os dados do quadro 18 apontam crescimento de 31,05 % nos gastos com as principais ações de atenção à saúde da mulher, do Ministério da Saúde, no período de 2003 a 2006.

Comparando-se os blocos de ações, verifica-se que a maior concentração de gastos está na Atenção ao Parto, com a proporção de 61,7% (média anual do período). Dentro deste bloco, a remuneração dos serviços produzidos com internações por parto evolui, ano a ano, como o maior volume de despesas, representando 86,8% do valor total deste bloco.

Cabe ressaltar que o grupo de procedimentos da assistência direta ao parto teve aumento médio de 16,6% no período entre 2003 e 2006. Como exemplo, o procedimento “parto normal” que custava R\$263,49 em 2003, hoje custa R\$317,39 pela tabela SUS. A “cesariana em gestante de alto risco”, que custava R\$610,05 em 2003, atualmente custa R\$689,84.

A prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer ginecológico são responsáveis pelo segundo maior volume de dispêndios financeiros em relação aos principais gastos com saúde da mulher. Também neste bloco nota-se o crescimento anual dos gastos, destacando-se os dispêndios com exames e tratamentos do câncer de mama que representam 60,5% do total gasto com câncer Ginecológico (média anual do período).

A assistência ginecológica representa o terceiro maior volume de gastos, concentrados em exames e tratamentos. Representa 8,7% dos dispêndios globais (média anual do período). Neste bloco estão inseridos os gastos dos procedimentos com o atendimento às mulheres em processo de abortamento.

Como mostra o quadro 18, a concentração de gastos por ação, dentro de cada bloco se divide entre a remuneração por serviços produzidos (repasse automático fundo a fundo) e outras ações que são implementadas pela Área Técnica de Saúde da Mulher e/ou outras áreas do Ministério da Saúde.

Entre as ações implementadas no período destacam-se: a melhoria da qualificação profissional em maternidades de todos os estados, com a realização dos Seminários Sobre Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada, Baseada em Evidências Científicas e as ações indutoras de políticas locais para a redução da mortalidade materna e neonatal, promovidas a partir do lançamento do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

Observa-se também um incremento financeiro para a promoção das ações de planejamento reprodutivo com aquisição de métodos anticoncepcionais e produção de material educativo para distribuição aos municípios.

Com relação à imunização de mulheres em idade fértil, os dados disponibilizados indicaram um aumento de 70% no custo unitário/dose da vacina tríplice viral, entre 2004 e 2005. A cobertura vacinal do grupo populacional selecionado para este levantamento de dispêndios financeiros permaneceu estável no período.

No bloco de atenção à saúde mental, os dispêndios com o auxílio reabilitação psicossocial destinado às mulheres com histórico de longas internações psiquiátricas (dois ou mais anos), apresentam um elevado crescimento no período, indicando um bom nível de implementação do incentivo já que o valor *per capita* se manteve estável: R\$240,00.

Os dispêndios com as ações promotoras de melhoria da qualidade da assistência às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual também evoluíram no período 2003 a 2005. Os convênios de repasse financeiros firmados com Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para esta linha de ação financiaram projetos de qualificação dos serviços nas redes locais. Até o fechamento deste relatório os convênios propostos para 2006 não estavam empenhados, impossibilitando o registro dos valores para esse ano.

Considerações Finais

Comparando-se os principais dispêndios financeiros identificados como atenção à saúde da mulher, do Ministério da Saúde, período de 2003 a 2006 (quadro 18), aos gastos totais do Ministério, no mesmo período, obtém-se uma participação relativa em torno de 4,12% (valor médio), conforme mostra o quadro 19, a seguir.

Uma consolidação global dos gastos com saúde da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde, seria possível a partir da adoção de metodologia única para as três esferas de governo. Seja um levantamento realizado com base na origem dos recursos, evitando-se a dupla contagem nos casos de transferências intergovernamentais, ou com base na responsabilidade por aplicação dos recursos/finalidade dos gastos, de cada esfera de governo. Trata-se de estudo complexo que requer o estabelecimento de vários critérios para a compilação dos dados.

Quadro 19. Participação Relativa dos Gastos.

DENOMINAÇÃO	R\$ Milhões			
	2003	2004	2005	2006
Ministério da Saúde – Total Executado *	30.226,2	36.538,0	40.794,2	45.139,7
Dispêndios financeiros com Saúde da Mulher (quadro 18)	1.298,9	1.563,5	1.688,0	1.702,3
Participação relativa dos gastos com saúde da mulher nos gastos totais do Ministério	4,30 %	4,28%	4,14%	3,77%

* Orçamento detalhado no anexo C

A Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde ao levantar e fornecer estas informações sobre os principais gastos por áreas de aplicação tem por objetivo contribuir para o aprimoramento do planejamento, da gestão e da avaliação dos recursos financeiros vinculados à oferta das ações e dos serviços para a atenção à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

O Ministério da Saúde garantiu recursos no valor de R\$31,17 milhões para intensificação de ações de qualificação da atenção à mulher e ao recém-nascido previstas no Pacto Nacional Pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Entre os 71, municípios apresentaram projetos com intervenções para redução da mortalidade materna e neonatal. Em 2005, também, houve um aumento de 41,23% no incentivo ao parto, conforme o quadro a seguir:

Quadro 20. Incentivo ao Parto Componente I – Incentivo à Assistência Pré-Natal.

Ano	Valor do Ato	%
2003	10.661.398,00	24,46
2004	14.953.042,00	34,31
2005	17.968.396,00	41,23
Total	43.582.836,00	100,00

Fonte: SISPRENATAL – DATASUS – MS

Após a celebração do Pacto houve também um aumento marcante no incentivo financeiro repassado aos municípios. O aumento, no ano de 2005, foi de aproximadamente 28,68% em relação ao total repassado no ano anterior, como se pode observar no quadro abaixo.

Quadro 21. Total Anual de Repasse do Incentivo Financeiro ao Pré-Natal do PHPN.

Ano	Adesão	Conclusão	Total	%
2001	971.440,00	9.400,00	980.840,00	2,14
2002	3.878.790,00	1.044.440,00	4.923.230,00	10,76
2003	5.614.550,00	2.891.400,00	8.505.950,00	18,59
2004	6.277.540,00	4.146.640,00	10.424.180,00	22,79
2005	7.770.620,00	5.348.680,00	13.119.300,00	28,68
2006*	4.074.990,00	3.715.200,00	7.790.190,00	17,03
Total	28.587.930,00	17.155.760,00	45.743.690,00	100,00

*até junho de 2006

Fonte: SISPRENATAL – DATASUS – MS

No que se refere às ações relacionadas com o planejamento reprodutivo, no ano de 2004 foram gastos R\$9.39.950,09 com a aquisição de métodos anticoncepcionais. Em 2005, foi gasto com esta aquisição R\$27.358.587,50 e o valor estimado para 2006 foi em torno de R\$ 40.000.000,00.

Referências

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS/DST. Brasília: Ministério da Saúde, ano 3, n. 1 – 1ª a 26ª semanas epidemiológicas – janeiro a junho de 2006, nov. 2006.

BRASIL. *Constituição 1988*. Constituição da República Federativa do Brasil: 1988 – texto constitucional de 5 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais n. 1/92 a 19/98 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão n. 1 a 6/94. 10. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 1998. 360 p. (Série textos básicos, n. 16).

_____. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. 1990a.

_____. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990b.

_____. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990c.

_____. Lei n.º 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 1996a.

_____. Lei n.º 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 nov. 2003c.

_____. Lei n.º 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 abr. 2005a.

_____. Lei n.º 11.340, de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Internacional para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 ago. 2006a.

_____. Ministério da Saúde. *Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27 p., il. (Série B. Textos básicos de saúde, 6).

_____. Ministério da Saúde. *Gestão financeira do Sistema Único de Saúde*. Brasília. 2003b.

_____. Ministério da Saúde. *Planejamento familiar: manual para o gestor*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002d. 80 p., il. (Série A. Normas e manuais técnicos).

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

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 33, de 14 de julho de 2005. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional e Regional. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jul. 2005d.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 48, de 11 de fevereiro de 1999. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 fev. 1999a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 156, de 19 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o uso da penicilina na atenção básica à saúde e nas demais unidades do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 jan. 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 373, de 28 de fevereiro de 2002. Aprova, na forma do anexo desta portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 fev. 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 426, de 22 de março de 2005. Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 mar. 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 466, de 14 de junho de 2000. Estabelece como competência dos Estados e do Distrito Federal a definição de limite, por hospital de percentual máximo de cesarianas em relação ao número total de partos realizados e ainda a definição de outras estratégias para a obtenção de redução destes procedimentos no âmbito do estado. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jun. 2000a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 569, de 1º de junho de 2000. Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 jun. 2000b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 570, de 1º de junho de 2000. Institui o componente I do programa de humanização no pré-natal e nascimento – incentivo a assistência pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 jun. 2000c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 571, de 1º de junho de 2000. Institui o componente II do programa de humanização no pré-natal e nascimento – organização, regulação e investimento na assistência obstétrica e neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 jun. 2000d.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 572, de 1º de junho de 2000. Institui o componente III do programa de humanização no pré-natal e nascimento – nova sistemática de pagamento a assistência ao parto. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 jun. 2000e.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 mar. 2006d.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 649, de 28 de março de 2006. Define valores de financiamento para o ano de 2006, com vistas à estruturação de unidades básicas de saúde para as equipes saúde da família, como parte da política nacional de atenção básica. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 mar. 2006e.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 650, de 28 de março de 2006. Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia de saúde da família e para o programa de agentes comunitários de saúde, instituídos pela política nacional de atenção básica. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 de mar. 2006f.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 653, de 28 de maio de 2003. Estabelece que o óbito materno passe a ser considerado evento de notificação compulsória para a investigação dos fatores determinantes e as possíveis causas destes óbitos, assim como para adoção de medidas que possam evitar novas mortes maternas. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 maio 2003d.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 985, de 5 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal – CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para atendimento à mulher no período gravídico-puerperal. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 ago. 1999b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.067, de 4 de julho de 2005. Institui a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 jul. 2005c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.339, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de Epidemiologia e Controle de Doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 dez. 1999c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.508, de 1º de setembro de 2005. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 set. 2005e.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 de out. 2003e.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.084, de 26 de outubro de 2005. Estabelece os mecanismos e as responsabilidades para o financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 nov. 2005f.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova nos termos do texto a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível a viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do sistema. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 nov. 1996b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.227, de 14 de outubro de 2004. Dispõe sobre a criação do Comitê Técnico para a formulação de proposta da Política Nacional de Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais – GLTB. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 out. 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.406, de 5 de novembro de 2004. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, aprova instrumento de coleta de informações e o fluxo para a notificação. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 nov. 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.418, de 2 de dezembro de 2005. Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei n.º 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 dez. 2005g.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.439, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 dez. 2005h.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.816, de 29 de maio de 1998. Determina que o programa de digitação de autorização de internação hospitalar, SISAIH01, seja implantado visando o pagamento do percentual máximo de cesarianas, em relação ao total de partos por hospital. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 jun. 1998a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.883, de 4 de junho de 1998. Institui o prêmio nacional Prof. Galba de Araújo, destinado ao reconhecimento do estabelecimento de saúde integrante da rede SUS, com destaque no atendimento obstétrico e neonatal. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 jun. 1998b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Anais dos seminários nacionais sobre assistência obstétrica e neonatal humanizada baseada em evidências científicas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005k. 88 p. (Série D. Reuniões e conferências).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005m. 20 p., il. (Série F. Comunicação e educação em saúde) (Série direitos sexuais e direitos reprodutivos. Caderno, n. 3).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005p. 20 p., il. (Série F. Comunicação e educação em saúde) (Série direitos sexuais e direitos reprodutivos. Caderno, n. 7).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Atenção humanizada ao aborto: norma técnica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005n. 36 p., il. (Série A. Normas e manuais técnicos) (Série direitos sexuais e direitos reprodutivos. Caderno, n. 4).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005l. 24 p., il. (Série A. Normas e manuais técnicos) (Série direitos sexuais e direitos reprodutivos. Caderno, n. 1).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005q. 20 p., il. (Série F. Comunicação e educação em saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da mulher. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006j. 160 p., il. (Série A. Normas e manuais técnicos) (Série direitos sexuais e direitos reprodutivos. Caderno, n. 5).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica*. 2. ed. atual. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2005o. 68 p., il. (Série A. Normas e manuais técnicos) (Série direitos sexuais e direitos reprodutivos. Caderno, n. 6).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006g. 64 p., il. (Série B. Textos básicos de saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006h. 126 p., il. (Série C. Projetos, programas e relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006i. 52 p., il. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) (Série direitos sexuais e direitos reprodutivos. Caderno n. 2).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006k. 56 p., il. (Série B. Textos básicos de saúde). Mimeografado e versão preliminar.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004–2007*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d. 48 p., il. (Série C. Projetos, programas e relatórios).

_____. 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*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. 82 p., il. (Série C. Projetos, programas e relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005u. 44 p., il. (Série A. Normas e manuais técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Seminário internacional políticas públicas para as mulheres na área de saúde: experiências da América Latina e Caribe: relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005j. 60 p., il. (Série D. Reuniões e conferências).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Controle dos cânceres do colo do útero e da mama*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006l. 132 p., il. (Cadernos de atenção básica, n. 13) (Série A. Normas e manuais técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *HIV/Aids, hepatites e outras DST*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006n. 196 p., il. (Cadernos de atenção básica, n. 18) (Série A. Normas e manuais técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006m. 56 p., il. (Cadernos de atenção básica, n. 14) (Série A. Normas e manuais técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal*. Brasília, 2005r. 60 p., il. (Série A. Normas e manuais técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2005i. 94 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2006q. 56 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Assistência em planejamento familiar: manual técnico*. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c. 150 p., il. (Série A. Normas e manuais técnicos, n. 40).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Manual dos comitês de mortalidade materna*. 2. ed. Brasília: Área Técnica de Saúde da Mulher, 2002b. 75 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília: Área Técnica de Saúde da Mulher, 2001. 199 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000f. 18p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005t. 822 p., il. (Série C. Projetos, programas e relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Diretrizes para o controle da sífilis congênita*. Brasília: Programa Nacional de DST e Aids, 2005s. 52 p. (Série manuais, n. 62).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/aids. *Diretrizes para o controle da sífilis congênita: manual de bolso*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006o. 72 p., il. (Série manuais, 24).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2004e. 60 p., il. (Série B. Textos básicos de saúde).

GIOVANNI, Geraldo; NEGRI, Barjas. *Brasil radiografia da saúde*. [S.l.]: Instituto de Economia Unicamp, 2001.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE); FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A POPULAÇÃO (FNUAP). *A situação da população brasileira 2001*. Rio de Janeiro: IBGE; FNUAP, 2001. 20 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA; FUNDO DA POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *A situação da população brasileira 2002*. Rio de Janeiro: IBGE; UFPA, 2002. 20 p.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Assistência ao parto normal: um guia prático: relatório de um grupo técnico*. Genebra: [s.n], 1996. 53 p.

_____. *Pesquisa violência sexual*. [S.l.: s.n.], [2002].

PORTELLA, A. P. Estratégias, desafios e limites na formação em gênero e saúde: reflexões a partir de uma experiência feminista. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. (Org). *Gênero e saúde: programa saúde da família em questão*. Rio de Janeiro: Abrasco; UNFPA, 2005.

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL. *Pesquisa nacional sobre demografia e saúde, 1996*. Rio de Janeiro: Bemfam, 1997.

THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. *Sharing responsibility: women, society and abortion: worldwide*. [S.l.]: Special report, 1999. 57 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Sexual relations among young people in developing countries: evidence from who case studies*. Geneva: World Health Organization, 2001.

WORTHEN, Blaine; SANDERS, James; FITZPATRICK, Jody. *Avaliação de programas: concepções e práticas*. [S.l.]: Universidade de São Paulo. 2004.

Anexos

Anexo A – Qualificação dos Trabalhadores em Saúde

Quadro A – Capacitações realizadas

Capacitações	Número de pessoas capacitadas	Data
1. Atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada		
30 Seminários de Atenção Obstétrica Neonatal Humanizada Baseada em Evidências Científicas	1.857 profissionais de saúde, de 457 maternidades.	2004 a 2006
Capacitações para melhoria da assistência ao parto domiciliar	664 parteiras tradicionais, incluindo parteiras quilombolas e índias e 354 profissionais de saúde.	2003 a 2006
34 cursos de especialização em enfermagem obstétrica	640 enfermeiras	2004 a 2006
Capacitações em atenção humanizada ao parto e ao nascimento, realizadas por meio de convênio com o CHPT, do Hospital São Pio X, de Ceres/GO	403 profissionais de saúde capacitados	2003 a 2006
Cursos de Formação de Doulas Comunitárias	323 doulas comunitárias 86 profissionais de saúde	2004 a 2005
2. Planejamento reprodutivo e pré-natal		
17 capacitações em planejamento reprodutivo 18 capacitações em pré-natal	1.000 médicos e enfermeiras da atenção básica	2003 a 2004
3. Atenção a mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual		
4 Seminários Macrorregionais de Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação ou Risco para Violência Doméstica e Sexual	440 profissionais de serviços e organizações que direta ou indiretamente, contribuem com a assistência nessa área	2005 e 2006
Capacitação em redes de atenção em violência doméstica e sexual	8.350 profissionais de 43 instituições	2003 a 2006
5 oficinas para capacitação sobre implantação do novo sistema de notificação	39 Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde capacitadas	2006
4. Prevenção e o controle das DST/HIV/aids		
5 oficinas para formação de parteiras tradicionais facilitadoras para a prevenção das DST/HIV/aids e hepatites virais	174 pessoas capacitadas, entre parteiras tradicionais e profissionais de saúde	2005 a 2006

continua

5. Atenção à saúde da mulher indígena		
2 oficinas para capacitação de profissionais de saúde das equipes de saúde indígena em atenção integral à saúde da mulher	40 profissionais de saúde capacitados, em parceria com o CHPT, do hospital São Pio X, de Ceres/GO.	2005-2006
6. Participação e controle social das políticas de saúde		
5 capacitações de mulheres para o controle social das políticas de saúde nas cinco macrorregiões do País	200 mulheres capacitadas, de todas as regiões brasileiras	2003 e 2004
7. Capacitações realizadas por meio do convênio com a sociedade civil Mimirauá, para atenção à saúde sexual e reprodutiva de adultos e adolescentes da população das Reservas de Desenvolvimento Sustentável Mimirauá e Amanã		
9 capacitações realizadas	344 pessoas capacitadas, entre profissionais de saúde e parteiras tradicionais	2004 a 2006

Quadro B – Produção e Distribuição de Materiais Técnicos e Educativos por Objetivo Específico

1. Material Técnico e Educativo		
Publicações	Quantidade	Data
Objetivo Geral – Atenção Integral à Saúde da Mulher		
1. <i>Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes</i>	5.000	2004
2. <i>Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: plano de ação 2004–2007</i>	2.000	2004
3. <i>Seminário Internacional Políticas Públicas para as Mulheres na Área da Saúde: experiências da América Latina e Caribe: relatório final</i>	500	2005
4. <i>PAISM: 21 Anos Depois (fôlder)</i>	20.000	2005/2006
Atenção Obstétrica e Neonatal Qualificada e Humanizada		
5. <i>Estudo da Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 Anos, com Ênfase na Mortalidade Materna: relatório final</i>	30.000	2006
6. <i>Anais dos Seminários Nacionais sobre Assistência Obstétrica e Neonatal Humanizada Baseada em Evidências Científicas</i>	1.000	2005
7. <i>Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica</i>	40.000	2005
8. <i>Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher (reimpressão).</i>	30.000	2003
9. <i>Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico (reimpresso e revisado)</i>	115.000	2006
10. <i>Comitês de Morte Materna</i>	50.000	2006
11. <i>Parto natural e Presença de Acompanhante São Direitos de Toda Mulher (cartaz da Campanha pelo Parto Normal e Redução das Cesáreas Desnecessárias)</i>	50.000	2006
12. <i>Parto natural e Presença de Acompanhante São Direitos de Toda Mulher (fôlder para profissionais de saúde)</i>	40.000	2006
13. <i>Parto natural e Presença de Acompanhante São Direitos de Toda Mulher (fôlder para a população)</i>	100.000	2006
14. <i>Um Dia de Vida (Vídeo)</i>	800	2003
15. <i>Proximidade e Cuidado (Vídeo)</i>	300	2006
16. <i>Atenção Humanizada: Parto e Nascimento (CD-ROM)</i>	300	2003
17. <i>Cartões da Gestante</i>	1.500.000	2006

continua

continuação

1. Material Técnico e Educativo		
Publicações	Quantidade	Data
18. <i>Ficha Clínica de Pré-Natal</i>	1.500.000	2006
19. <i>Disco gestograma</i>	115.000	2006
Planejamento Reprodutivo		
20. <i>Assistência em Planejamento Familiar: manual técnico (produzido em 2002 e distribuído ao longo de 2003–2006)</i>	50.000	2002
21. <i>Assistência em Planejamento Familiar: manual para o gestor (produzido em 2002 e distribuído ao longo de 2003–2006)</i>	30.000	2002
22. <i>Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde</i>	10.000	2005
23. <i>Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais</i>	1.500.000	2006
24. <i>Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo</i>	1.000	2005
25. <i>Capacitação em Planejamento Reprodutivo e Pré-Natal (CD-ROM)</i>	200	2003
Atenção às Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual		
26. <i>Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica. 2ª ed. atualizada e ampliada</i>	40.000	2005
27. <i>Aspectos jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde</i>	10.000	2005
28. <i>Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual: matriz pedagógica para formação de redes</i>	2.500	2006
Atenção Clínico-Ginecológica		
29. <i>Agenda da Mulher</i>	37.000	2006
Atenção à Saúde da Mulher Negra		
30. <i>Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: atenção à saúde das mulheres negras</i>	40.000	2005/2006
Atenção à Saúde das Mulheres Lésbicas e Bissexuais		
31. <i>Chegou a Hora de Cuidar da Saúde</i>	10.000	2006

continua

continuação

1. Material Técnico e Educativo		
Publicações	Quantidade	Data
Fortalecimento da participação e do controle social		
32. <i>Boletim Eletrônico Saúde Mulher – (Trimestral)</i>		2005/2006

Quadro C – Produção e Distribuição de Materiais Técnicos e Educativos sob Responsabilidade de Outras Áreas e Órgãos do MS, com Participação da ATSM na Elaboração.

2. Material Técnico e Educativo		
Publicações	Quantidade	Data
Departamento de Atenção Básica/SAS/MS		
1. <i>Controle dos cânceres do colo do útero e da mama</i> (Cadernos de Atenção Básica – nº 13)	10.000	2006
2. <i>HIV/aids, hepatites e outras DST</i> (Cadernos de Atenção Básica – nº 18)	20.000	2006
3. <i>Saúde da Família e a Atenção Pré-Natal e Puerperal</i> (Informe da Atenção Básica, nº 36, ano VII, julho/agosto de 2006)	30.000	2006
Instituto Nacional de Câncer – Inca		
4. <i>Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas: recomendações para profissionais de saúde</i>	50.000	2006
5. <i>Documento Técnico – Consenso de Mama</i>	10.000	2004

Anexo B – Parcerias

Relação das parcerias estabelecidas no período 2003–2006, mediante a celebração de convênios, de acordo com as normas de financiamento de projetos do Fundo Nacional de Saúde (FNS)
2003
Secretaria Estadual de Saúde do Acre
Hospital Sofia Feldman
Sociedade Civil Mamirauá
Hospital São Pio X
Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos
Grupo Curumim Gestação e Parto
Secretaria Municipal de Recife
Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina
2004
Secretaria Municipal de Rio Branco
Secretaria Municipal de Manaus
Secretaria Municipal de Macapá
Secretaria Municipal de Fortaleza
Secretaria Municipal de Vitória
Secretaria Municipal de São Luís
Secretaria Municipal de Campo Grande
Secretaria Municipal de Corumbá
Secretaria Municipal de Cuiabá
Secretaria Municipal de Campina Grande
Secretaria Municipal de Curitiba
Secretaria Municipal de Porto Velho
Secretaria Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Palmas
Secretaria Municipal de Feira de Santana
Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
Maria Mulher Organização de Mulheres Negras
Universidade de São Paulo (USP)
Universidade Federal do Para (UFPA)
Fundação de Apoio à Pesquisa e Cultura da Unifap e do Estado Amapá (Fundap)
Fundação Universidade Federal do Amazonas (EEUFAM)
Fundação de Apoio Institucional Rio Solimões (UNI-Sol) e Escola de Enfermagem de Manaus
Fundação Universidade de Rondônia – Unir, Fundação Rio Madeira Riomar
Faculdade de Imperatriz (Facimp)

Universidade Federal do Maranhão
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)
Instituto de Apoio a Fundação Universidade de Pernambuco Iaupe
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)
Universidade Federal de Alagoas (Ufal)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
Fundação Universidade Federal de Sergipe (UFSE)
Instituto Filadélfia de Londrina (Unifil)
Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)
Universidade Estadual de Maringá (UEM)
Fundação Universidade Vale do Itajaí
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)
Universidade Caxias do Sul (UCS)
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP)
Fundação Educacional Dr. Raul Bauab
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EEUSPRP)
Centro Adventista de São Paulo (FAE-Unasp)
Universidade Estadual Paulista (Unesp) - Departamento de Enfermagem
Fundação Apoio IDCT São Carlos - (Faiufscar)
Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes)
Universidade Federal do Acre
Escola de Enfermagem Wenceslau Braz (EEWB)
Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG)
2005
Sociedade Civil Mamirauá
Secretaria Municipal de Serra
Secretaria Municipal de Sto. Antonio do Descoberto.
Secretaria Municipal de Belo Horizonte
Secretaria Municipal de Londrina
Secretaria Municipal de Nova Iguaçu
Secretaria Municipal de Rio de Janeiro
Secretaria Estadual de Saúde de Roraima
Secretaria Municipal de Aracaju
Secretaria Municipal de Guarulhos
Secretaria Municipal de Jarinu
Secretaria Municipal de Praia Grande
Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo
Secretaria Estadual de Saúde de Tocantins
Secretaria Estadual de Saúde do Acre
Secretaria Municipal de Manaus
Secretaria Estadual de Saúde do Amapá

Secretaria Municipal de Recife
Secretaria Municipal de São Paulo
Secretaria Municipal de Salvador
Secretaria Municipal de Pernambuco
Secretaria Municipal de Belém/PA
Secretaria Municipal de Santarém/PA
Secretaria Municipal de Petrolina/PE
Secretaria Estadual de Saúde do Pará
Secretaria Municipal de Campo Grande
Secretaria Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Goiânia
Secretaria Municipal de Ceres
Secretaria Municipal de Dourados
Secretaria Municipal de Luziânia
Secretaria Municipal de Ladario
Secretaria Municipal de Natal
Secretaria Municipal de Juazeiro
Secretaria Municipal de Diadema
Secretaria Municipal de Curitiba
Secretaria Municipal de Lucas do Rio Verde
Secretaria Municipal de Governador Valadares
Secretaria Municipal de São Gonçalo
Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso
Secretaria Municipal de Guarantã do Norte
Secretaria Municipal de Peixoto de Azevedo
Secretaria Municipal de Ceará Mirim
Ipas/ RJ
Cebrap/SP
Hospital Santa Marcelina/SP
Instituto Papai/PE
Grupo Curumim/PE
Grupo Mamirauá/AM

Anexo C – Posição Financeira em Novembro de 2006

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA-EXECUTIVA
SUBSECRETARIA DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO
COORDENAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

Posição em Novembro

R\$ Milhões

DENOMINAÇÃO	Valor Executado			Orçamento (Lei + Crédito)
	2003	2004	2005	2006
1 Ações Básicas	5.543,5	6.977,3	9.152,5	8.196,2
PISO da Atenção Básica (PAB)	1.891,5	2.089,7	2.332,6	2.490,0
PROGR. AGENTES COMUNITÁRIOS SAÚDE (PACS/PSF)	1.624,1	2.161,9	2.635,5	3.249,0
* COMBATE ÀS CARÊNCIAS NUTRICIONAIS	366,2	830,2	2.091,9	20,4
FARMÁCIA BÁSICA	176,6	186,0	226,9	290,0
VACINAS E VACINAÇÃO	438,2	511,1	531,0	786,7
COMBATE ÀS ENDEMIAS	910,1	1.000,5	1.087,0	1.040,0
MANUTENÇÃO DE UNIDADES INDÍGENAS	136,8	197,9	247,5	320,1
2 Atendimento de Média e Alta Complexidade	13.795,5	15.732,4	16.843,5	18.578,0
AIH / SIA / SUS	13.253,6	14.981,0	15.958,6	17.507,0
HOSPITAIS PRÓPRIOS, SARAHE, GHC E NASH	541,8	751,3	884,9	1.071,0
3 Medicamentos	1.551,5	2.243,1	2.565,8	3.204,0
MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS	516,0	825,6	1.147,4	1.363,0
ESTRATÉGICOS	222,5	645,7	665,0	637,0
DST/AIDS	551,0	564,0	549,8	960,0
COAGULOPATIAS	262,0	207,8	203,6	244,0
4 Saneamento	100,8	470,8	534,0	826,6
SANEAMENTO BÁSICO	100,8	470,8	534,0	826,6
5 Manutenção	326,3	349,0	408,9	403,0
MANUTENÇÃO ADMINISTRATIVA	326,3	349,0	408,9	403,0
6 Pessoal	5.959,8	6.829,4	7.109,1	7.692,5
PESSOAL ATIVO	3.335,7	3.810,0	3.902,8	4.501,0
PESSOAL INATIVO	2.624,1	3.019,4	3.206,3	3.191,5
7 Amortização	421,0	485,8	338,1	445,9
AMORTIZAÇÃO DA DÍVIDA	421,0	485,8	338,1	445,9
SUBTOTAL (1+2+3+4+5+6+7)	27.698,3	33.087,8	36.952,0	39.346,2
8 Demais	2.234,40	3.439,90	3.842,2	5.793,5
MS - TOTAL EXECUTADO	30.226,2	36.538,0	40.794,2	45.139,7

Fonte: SIAFI

* O valor deste item diminuiu em 2006 devido à retirada do Bolsa Família do Orçamento do Ministério da Saúde

Anexo D – Demonstrativo da Aplicação dos Recursos de Projetos de Cooperação Internacional

Atenção à Saúde da Mulher		
Demonstrativo da Aplicação dos Recursos de Projetos de Cooperação Internacional		
Gestão 2003 a 2006		
A Área Técnica de Saúde da Mulher realizou, nos últimos quatro anos, importantes parcerias com organizações internacionais pertencentes ao Sistema das Nações Unidas, entre as quais se destacam a Opas/OMS, Unfpa e a Unifem, e com as organizações não-governamentais.		
Projeto / Evento / Ação	Valor	Parceria
V Fórum Nacional de Mortalidade Materna – Brasília/DF junho/2003	US5,2 mil	Opas/OMS
1º Seminário Nacional sobre Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada Baseada em Evidências Científicas – São Paulo/SP – Centro de Estudos Maternidade Escola Nova Cachoeirinha – Out/2004.	US10,3 mil	Opas/OMS
2º Seminário Nacional sobre Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada Baseada em Evidências Científicas – Belo Horizonte/MG – Fundação de Assistência Integral à Saúde – Nov/2004.	US36,6 mil	DFID
Seminários Estaduais sobre Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada Baseada em Evidências Científicas – Alagoas/AL e Brasília/DF – Execução Financeira: Cesex – Centro de Sexologia de Brasília – Ago/2005.	US19,2 mil	UNFPA
Projeto de Cooperação Internacional – Área Técnica – UNFPA/2004 a 2006	US130 mil	UNFPA
Seminário Internacional de Políticas Públicas para as Mulheres na Área da Saúde – Experiências da América Latina e Caribe/2004	US105 mil	Unifem/Opas/Unfpa/IWHC/Ipas / IPPF
Pesquisa OMS/2005 – Instituição Executora: SOS Corpo	US130 mil	OMS/UNFPA/Ipas
TOTAL	US 436,3 mil	

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

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

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde
pode ser acessado 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) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Brasília – DF, dezembro de 2007

OS 0484/2007