

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa  
Departamento de Apoio à Gestão Participativa

# **SAÚDE DA MULHER**

## **Um diálogo aberto e participativo**

Série B. Textos Básicos de Saúde



Brasília – DF  
2010

© 2010 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 B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 1.ª edição – 2010 – 30.000 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Departamento de Apoio à Gestão Participativa

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 4.º andar, sala 421

Cep: 70058-900, Brasília – DF

Tel.: (61) 3306-7454

*E-mail:* [dagep@saude.gov.br](mailto:dagep@saude.gov.br)

*Homepage:* [http:// portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=384](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=384)

*Coordenação:*

Ana Maria Costa

*Redação:*

Ana Maria Costa

Claudia Spinola Leal Costa

Gerlaine Torres Martini

Gisella Garritano

Lena Vânia Peres Carneiro

Lidiane Ferreira Gonçalves

Liliane Brum Ribeiro

Maria da Paz Cintra

Maria Vilma Bonifácio de Almeida

Simione Silva

*Fotos:*

Radilson Carlos

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-2020 / 3233-1774

Fax: (61) 3233-9558

*E-mail:* [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

*Homepage:* [www.saude.gov.br/editora](http://www.saude.gov.br/editora)

*Equipe editorial:*

Normalização: Heloiza Santos

Revisão: Khamila Silva e Fabiana Rodrigues

Capa e Projeto gráfico: Sérgio Ferreira

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

#### Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social.

Saúde da mulher : um diálogo aberto e participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

50 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

ISBN

1. Saúde da mulher. 2. Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher. 3. Participação social. I. Título. II. Série.

CDU 613.99

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2010/0078

*Títulos para indexação:*

Em inglês: Women's health: an open and participative dialogue

Em espanhol: Salud de la mujer: un diálogo abierto y participativo

# SUMÁRIO

Apresentação **5**

1 Introdução **7**

2 A História das Mulheres na Luta pela Saúde **11**

3 A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher como  
Referência para os Serviços do SUS **19**

4 Política de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: assuntos de  
mulheres que merecem ser discutidos por toda a sociedade **39**

5 Considerações Finais **45**

Referências **47**



# APRESENTAÇÃO


Com a intenção de fortalecer a participação e o controle social no Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde apresenta a série de publicações **“Temas Estratégicos para Conselheiros de Saúde”** que contém informações essenciais sobre políticas, programas e outros temas de saúde que são relevantes para fortalecer o debate e a ação nos Conselhos de Saúde.

Os “Temas Estratégicos” são dirigidos especialmente ao conjunto de conselheiras e conselheiros de saúde, podendo também ser utilizados pelas lideranças e integrantes dos movimentos sociais. Este número é dedicado à saúde das mulheres e, tem, portanto, a finalidade de disseminar informações sobre esse tema que contribuirão para que os conselhos possam conhecer e problematizar sobre a situação de saúde das mulheres de sua localidade de atuação.

É importante que esta publicação seja um instrumento de uso tanto coletivo como individual, fazendo com que o tema da saúde da mulher ganhe visibilidade nos conselhos, assim como em todos os movimentos sociais integrados por mulheres ou por homens que se preocupem com elas.

Infelizmente, ainda convivemos com enormes situações de desigualdades em saúde relacionadas ao nível de renda, à escolaridade, ao local de moradia, à raça e ao gênero. As desigualdades de gênero, ou seja, aquelas que se expressam quando se compara situações de saúde entre homens e mulheres, ainda são enormes em nosso País e, certamente, também na sua cidade, na sua região ou no seu estado. Estas desigualdades,





na maioria dos casos, são desfavoráveis às mulheres e precisam ser consideradas para orientar os planos e as ações de saúde. Por isso, devem constar na pauta de todos os conselheiros, gestores e trabalhadores da saúde.

A discriminação e as perversas condições de sobrecarga das mulheres, em decorrência do acúmulo das funções sociais na casa, no trabalho e na comunidade, configuram as bases dessa desigualdade entre homens e mulheres, e disso decorrem vulnerabilidades e riscos diferenciados para a saúde destas. Um grande desafio para o SUS é reconhecer e incorporar a concepção das relações de gênero, ou seja, as diferenças de poder e oportunidades para homens e mulheres em todas as práticas do SUS, tanto na gestão como na atenção e no cuidado à saúde. Para isso, é imprescindível a atuação dos Conselhos de Saúde debatendo o tema, refletindo sobre a situação das relações de gênero em seu território, formulando propostas de ações de acordo com a política de saúde da mulher definida para o SUS e monitorando a sua execução.

Use esse material para suas discussões e para a sua formação permanente como conselheiro e como integrante do movimento social. Esperamos que ele ajude na melhoria das relações entre homens e mulheres, e da saúde das mulheres, assim como na melhoria da atuação do seu conselho.

***Antônio Alves de Souza***

# 1 INTRODUÇÃO


A elaboração de políticas dirigidas às especificidades de gênero não é uma novidade no Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo as direcionadas à mulher. As discussões sobre a categoria gênero envolvem conceitos que, embora não sejam recentes, ainda necessitam de maior compreensão.

No final dos anos 40, a filósofa e escritora francesa Simone de Beauvoir, no seu livro *O Segundo Sexo*, provocou grande discussão quando afirmou que “não se nasce mulher, torna-se”. Este foi um marco na construção do conceito de gênero, que desvincula a anatomia (sexo com o qual se nasce) dos modelos construídos culturalmente pela sociedade para definir o comportamento adequado ao homem e aquele destinado à mulher.

Entretanto, mesmo com um maior consciência dessa dimensão de gênero, que se formava gradualmente, nas décadas subsequentes, a mulher continuou sendo enxergada apenas a partir de suas funções biológicas relacionadas à maternidade. Essa visão reducionista se refletia na atenção à saúde das mulheres, caracterizada pela ausência de uma abordagem ampla e integral.

Nas décadas de 60 e 70, a luta das mulheres notabilizou-se pela busca de reconhecimento dos seus direitos. O movimento feminista passou a ser mais visível e as reivindicações das mulheres já não podiam mais ser ignoradas. Foi então, na década de 80, que as mulheres começaram a ser ouvidas na construção de políticas e programas criados para atendê-las. Ao mesmo tempo, o conceito de gênero ganhava espaço e tornava-se mais usual. Esse conceito desenvolveu-se e hoje podemos entender que gênero é o conjunto





de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher. Embora este conceito já tenha sido incorporado no discurso das ciências sociais, na prática, essa maior consciência por parte da sociedade não resultou ainda na diminuição das desigualdades das relações de gênero.

Por exemplo, em quase todas as sociedades, mesmo as mais desenvolvidas, simplesmente pelo fato de serem mulheres, estas se encontram em maior situação de pobreza, trabalhando mais horas e ganhando menos. Os trabalhos menos qualificados lhe são destinados, sem contar que as tarefas domésticas e os cuidados com os filhos não são considerados, nem remunerados.

Esse tipo de desigualdade gera uma cultura de desequilíbrios que se reflete nas leis políticas e nas práticas sociais, o que aprofunda outras desigualdades, como a discriminação de classe, raça, etnia, idade, orientação sexual, e também afeta e fragiliza a saúde das mulheres. Assim, a desigualdade entre homens e mulheres envolve também o que chamamos de iniquidades, ou seja, situações de desigualdades decorrentes de fatores sociais que atuam de modo persistente e determinante sobre as condições de vida.

A ideia de equidade, em saúde pública, requer ações para diminuir desigualdades injustas, persistentes e que são passíveis de mudanças. Não se trata de conceber os diferentes grupos como iguais, nem diminuir as diferenças culturais ou biológicas, mas sim diminuir desigualdades no acesso e no uso dos serviços de saúde. Portanto, o que se deseja por meio da busca da equidade em saúde é reduzir as desigualdades entre os grupos, incluindo aquelas decorrentes das peculiaridades culturais, socioeconômicas, de gênero e de etnia.

A saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso à posse da terra e




acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais, lamentavelmente, geram grandes desigualdades nos níveis de vida. Saúde é ter moradia decente, água potável para beber, é garantia de que a comida estará sempre à mesa, é a garantia de que os filhos terão escola adequada é, enfim, poder dormir e acordar com dignidade. Para ter saúde é importante também dispor de serviços de saúde nas situações de necessidade.

As condições de vida enumeradas acima na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) atribuem importância aos determinantes sociais da saúde como responsáveis por colocar em desvantagem e em risco a saúde dos indivíduos, das famílias e da coletividade. Esse é o conceito ampliado de saúde que foi o eixo da 8ª CNS e da abordagem da saúde na Constituição Brasileira.

A Constituição Federal definiu que o Estado tem responsabilidades com a saúde dos brasileiros. Criou-se o Sistema de Seguridade Social, que inclui a Previdência, a Assistência Social e a Saúde, dando, desta forma, consistência a esse conceito ampliado de saúde. Criou-se também o SUS para dar conta da atenção e do cuidado à saúde de forma integral, para resolver todos os problemas de saúde de toda população e com participação social.

**Você conhece a história da participação das mulheres na construção da política de saúde da mulher no Brasil?**





As chamadas Leis Orgânicas da Saúde, as Leis nº 8.080, de 1990 e nº 8.142, de 1990, e as respectivas legislações complementares definiram a participação da comunidade no SUS por meio de suas representações para atuarem nos conselhos de saúde e nas conferências de saúde. Estes são os espaços legais e legítimos, onde a sociedade pode expressar suas necessidades e demandas, os quais os gestores devem privilegiar para interlocução com a sociedade. As conferências de saúde têm a finalidade de consultar a sociedade sobre as necessidades em saúde da localidade fomentando as diretrizes para o plano municipal, estadual ou nacional de saúde.

Os conselheiros devem acompanhar o cumprimento destas diretrizes ao aprovar os planos de saúde. Quanto aos conselhos é preciso garantir o seu funcionamento adequado para deliberar sobre a política de saúde de sua área de atuação, ou seja, municipal, estadual ou nacional. Os conselhos devem ser respeitados como órgãos de formulação de propostas e políticas e de controle social e, ao mesmo tempo, devem respeitar o papel dos gestores. Os conselhos de saúde devem ser fortalecidos para contribuir para mudanças no rumo da gestão de saúde mais comprometidas com as aspirações e com as necessidades da população. Para isso, os conselheiros e conselheiras devem assumir a responsabilidade de atuarem em prol da coletividade e não apenas no atendimento de demandas de grupos de pessoas mais próximas.

## 2 A HISTÓRIA DAS MULHERES NA LUTA PELA SAÚDE


Conhecer o passado nos faz compreender para agir no presente e para poder planejar o futuro. Você verá nesse capítulo como a história da participação das mulheres brasileiras foi decisiva para as diversas conquistas que promovem direitos e reconhecem a igualdade entre homens e mulheres. Na saúde também conquistamos avanços.

A participação de mulheres no Brasil foi importante na construção da reforma sanitária e na implantação da política de saúde integral para mulheres contida no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, o Paism. Essa participação também ocorreu nos processos de elaboração de diversas políticas públicas como no caso do trabalho e previdência social, na educação e na agricultura

A história mostra que, desde 1910, as mulheres brasileiras defendem seu direito de votar, organizadas no chamado movimento sufragista. Apenas em 1927, as mulheres do Rio Grande do Norte inauguram o direito de votar, direito esse que foi gradualmente estendido aos demais estados. Nas décadas seguintes, as mulheres sempre se destacaram na busca por mais democracia e direitos.

No início dos anos 60, com a descoberta da pílula anticoncepcional, o tema da sexualidade ganhou força em todo o mundo e, claro, também aqui em nosso País. Nessa época, havia grande interesse dos países ricos, especialmente os Estados Unidos, em impor à América Latina a adoção de políticas de controle demográfico, argumentando que





nosso futuro seria uma população numerosa concorrendo por alimentos escassos e que, sem política de controle de nascimentos, não haveria desenvolvimento. Esse pensamento repercutiu no Brasil com a entrada e funcionamento de inúmeras instituições e recursos destinados ao controle da natalidade.

Infelizmente, essas instituições não tinham o seu foco na saúde e a massiva distribuição de contraceptivos e realização de laqueaduras, não eram realizadas dentro dos critérios necessários para garantir a saúde das mulheres.

Muitas denúncias sobre o controle da natalidade foram feitas nessa época e o debate do assunto foi marcado por críticas ao País, que se deixava levar pelos interesses norte-americanos. Foi nesse contexto que a luta das mulheres pela saúde ganhou força e rumo: começaram a reclamar por demandas mais ajustadas às suas reais necessidades decorrentes das mudanças sociais devido à incorporação da mulher na força de trabalho e à maior autonomia que vinham conquistando.

O fato é que, na década de 60, já se observava uma preocupação das brasileiras em como controlar o número de filhos e utilizar métodos contraceptivos. Mas esse desejo das mulheres não significava que elas apoiassem as políticas forçadas de controle da população. As mulheres queriam ser autônomas e decidir por si mesmas sobre a sua vida reprodutiva.

É importante lembrar que, em todo o mundo, surgiam novos padrões de comportamento sexual, com mais liberdade, e que desvinculavam a maternidade do desejo e da vida sexual. As mulheres passam a ver a maternidade como uma opção e não como uma fatalidade em suas vidas. Foi assim que, na década de 70, o planejamento familiar, com autonomia de decisão das pessoas, passou a ser um tema defendido pelas mulheres feministas que começavam a surgir timidamente no Brasil.


**Você sabia que o Ministério da Saúde, na década de 80, criou um programa para reorientar a atenção à saúde integral da mulher?**

É nessa complexa conjuntura, dos que advogam pelo controle demográfico, pelos que buscam liberdade sexual com autonomia e pelos que se alinham na defesa da soberania do País que o Governo Brasileiro atravessou os anos 70 sem nenhuma atitude firme definida. Em 1983, mediante uma convocatória feita pelo presidente general João Batista Figueiredo, onde declarava que estávamos à beira de uma explosão demográfica e que eram necessárias providências urgentes, o Ministério da Saúde formulou um programa que, muito mais que programa, era uma política que reorientava toda a atenção à saúde das mulheres: o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, conhecido como Paism.

Esse programa trazia muitas inovações para as mulheres, pois estava centrado no conceito da integralidade, ou seja, as mulheres passaram a ser contempladas em todas as faixas etárias, em todos os ciclos de vida, em todos os seus papéis na sociedade e, naturalmente, em todos os seus problemas e necessidades de saúde.

Esse novo olhar para a saúde das mulheres rompeu definitivamente com a oferta apenas das ações relacionadas à gravidez e ao parto preconizadas pelo antigo Programa de Saúde Materno Infantil. Para as mulheres, inaugurava-se uma era nova que abria possibilidades de realizarem controle clínico de saúde, planejamento familiar, atendimento clínico e ginecológico. Com a valorização da autonomia aumenta a importância das práticas de educação em saúde como possibilidade de dotar as mulheres de mais conhecimento e capacidade crítica. Mas os processos sociais e institucionais não são simples e lineares. Ao





tempo em que tudo isso acontecia, também acontecia no País uma revolução na saúde. Como fruto do movimento pela reforma sanitária, foi sendo delineado um conceito ampliado de saúde que requer a oferta articulada de diversas políticas sociais que produzam qualidade de vida e bem-estar e que gerem saúde.

A saúde que conquistamos na Constituição sofreu diversos retrocessos na prática e, assim, a implementação do Pasm ora foi fortemente impulsionada e ora paralisada. Uma conquista importante foi a instituição do planejamento familiar pela Constituição de 1988, com plenas garantias por parte do Estado para que as pessoas decidissem se queriam ou não ter filhos, que foi regulamentado pela Lei de Planejamento Familiar em 1996.

### Como vem acontecendo a atenção às mulheres nos últimos tempos no seu município?

Ao longo da década de 90, o Ministério da Saúde, infelizmente, rompeu com a ideia de uma política única, um programa único para atender às complexas situações de saúde das mulheres e passou a fracionar a saúde das mulheres em distintos programas.

A persistência da excessiva esterilização cirúrgica, especialmente voltada à redução da população negra, preocupou o Congresso Nacional no início dessa década, motivando a criação de uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito no Congresso Nacional (CPMI), sobre a esterilização de mulheres negras. Essa CPMI gerou no seu relatório uma proposta de lei para regulamentar o planejamento familiar que foi aprovado em 1996.


## 2.1 E o Mundo Preocupa-se com as Mulheres

Na década de 90, no cenário internacional, aconteceram muitos debates importantes para a saúde das mulheres, impulsionados pelas Conferências do Sistema ONU. O Brasil teve importante contribuição nesse cenário. Em 1993, a Conferência Internacional de Direitos Humanos, em Viena, considerou que as violações contra os direitos das mulheres fossem tratadas como violações contra os direitos humanos, tais como estupro e violência doméstica. Em 1994, a Conferência do Cairo recomendou que os países se comprometessem na oferta de ações para garantir os direitos sexuais e reprodutivos para as mulheres. Nesse particular, pode-se dizer que era um retrocesso para o Brasil, que já dispunha de uma política mais avançada, que era o Paism. A Conferência do Cairo pautou o movimento feminista nacional e também orientou respostas governamentais. É nessa ampliação do debate que surgem muitos movimentos de mulheres, nos mais diferentes e variados espaços de atuação, que formam hoje esse patrimônio de mobilização de mulheres na garantia de seus direitos e de mais saúde.

É muito importante lembrar que, a essa época, as estatísticas já vinham apontando que as precárias condições que as mulheres vivam na prática do aborto clandestino eram um dos maiores responsáveis pelo elevado número de mortes de mulheres por causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério, ou seja, pela taxa de mortalidade materna. Na saúde, o aborto ilegal já deixava suas consequências e, mesmo naqueles casos em que a lei permite, as mulheres não conseguiam interromper a gravidez arriscada ou indesejada. Sobre esse assunto, em 1995, a Conferência de Beijing (Pequim) se pronunciou indicando que os governos deveriam reavaliar suas punições para as mulheres que faziam o aborto voluntário.

No século 21, apesar dos avanços que podemos contabilizar, sobram muitos desafios. O relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 2003, mostra





a recomendação pela oferta de atendimentos integrais à saúde da mulher que considerassem as necessidades específicas da mulher negra, lésbica, do campo e da floresta, profissionais do sexo e indígenas.

A 12ª CNS avançou, ainda, ao emitir recomendações para incentivar o parto vaginal (normal) com acesso a analgesia (aplicação de medicamentos que inibem a dor), e para que o SUS garantisse condições de parto cirúrgico (cesariana) quando necessário.

**Você já participou de alguma ação coletiva  
pela saúde das mulheres?**

A importância que o Governo Federal demonstrou em relação às mulheres ficou evidente quando este criou, em 2003, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e estabeleceu uma série de ações que contribuem para a melhoria da vida de todas as brasileiras, reafirmando o compromisso com as mulheres do Brasil.

No ano de 2004, aconteceu a I Conferência de Políticas para as Mulheres, que teve por objetivo reafirmar o compromisso do Governo com a construção da igualdade entre homens e mulheres. Os direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres foram amplamente discutidos e reconhecidos como fundamentais na conquista do direito à saúde, devendo estes serem respeitados em seus dispositivos éticos, políticos e jurídicos para combater a violência sexual e doméstica e assegurar às mulheres o direito à concepção e à anticoncepção. Afirmou-se, naquele momento, a necessidade de qualificar a vivência da maternidade, garantindo a dignidade e promovendo o bem-estar da mulher que está




sendo mãe. Foi também recomendado o acesso à prática legal e segura da interrupção da gravidez, resguardando o respeito à decisão das mulheres.

O Seminário Nacional sobre Controle Social nas Políticas de Saúde das Mulheres, realizado em 2006, pelo Ministério da Saúde, aprofundou o debate sobre a necessidade de que os Conselhos de Saúde discutam a saúde das mulheres e que atuem no sentido de melhorar nos estados e municípios a situação da saúde da população feminina. Também definiu estratégias que envolvem maior articulação entre Conselhos de Saúde e instituições de defesa dos direitos das mulheres e maior envolvimento destes conselhos no combate à violência contra as mulheres.

Também foram apresentadas propostas importantes para a saúde da mulher na 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2007. Dentre estas recomendações, destaca-se o acompanhamento do cumprimento dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e adolescentes envolvendo os Conselhos de Saúde e de Educação, considerando as diferenças étnico-raciais, religiosas, de gênero, orientação sexual, sofrimento psíquico, físico, entre outros. Foi apresentada a proposta de tornar efetiva a Política Nacional de Planejamento Familiar, enfatizando a atenção aos adolescentes e a prevenção da mortalidade materna.





O II Plano Nacional de Políticas para Mulheres, lançado em 2008, pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres marcou, definitivamente, a importância que a política da saúde da mulher tem para o Governo Federal, visto que está contido nesse plano um capítulo destinado a essa questão, contendo objetivos, metas, prioridades, assim como plano de ação.

Todas essas ações marcaram de maneira contundente os formuladores de políticas públicas que devem estar atentos e sensíveis às mudanças que ocorrem na sociedade. De certa forma, a história da política de saúde da mulher traduz esse desafio tanto para os movimentos sociais, que vão refinando suas demandas, como para o SUS, que precisa se ajustar e acolher as novas demandas da população. Por outro lado, a atuação das mulheres evidencia a importância e a singularidade dessa participação popular na definição dos rumos da saúde pública do Brasil, demonstrando a força que tem essa participação quando os grupos se organizam com objetivo de defesa das coletividades, articulando entre distintos movimentos os objetivos em comum.


# 3 A POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER COMO REFERÊNCIA PARA OS SERVIÇOS DO SUS

É importante que todas as conselheiras e conselheiros conheçam a Política de Atenção Integral à Saúde das Mulheres e os diversos programas articulados a esta política. Assim, será possível reconhecer em seu município ou estado se as ações de saúde previstas pela política estão implantadas e como podemos trabalhar para que sejam aprimoradas ou, no caso de não existirem ainda, para que sejam colocadas em prática.

É preciso lembrar que as políticas que o Ministério da Saúde formula para o SUS são decorrentes de estudos das necessidades e das demandas da população e são aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde e, depois disso, são pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite pelos secretários estaduais, secretários municipais e o ministro da Saúde. Esse processo de construção e aprovação de uma política envolve o acordo de todos os atores: gestores, representações de trabalhadores e de usuários para que todos se comprometam a executar e a fiscalizar as ações que estão contidas nessas políticas.

Importante lembrar que as mulheres constituem mais da metade da população, estão situadas em todas as classes sociais, são de todas as raças, etnias e idades, orientações sexuais, moram no campo ou nas cidades e os seus problemas de saúde são muito





complexos. Para responder às complexas demandas de saúde para as mulheres, a política deve contemplar diferentes ações, desde a atenção básica no Programa Saúde da Família (PSF) até os hospitais de mais alta tecnologia.

**Você conhece as principais demandas de saúde da população feminina de sua área de atuação?  
Da sua cidade? Do seu estado?**

No capítulo seguinte, serão apresentadas a você políticas e ações necessárias para fortalecer seu conhecimento, contribuindo para a sua atuação nos espaços políticos e participativos do SUS.

### **3.1 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**

Essa política, inspirada no Paim e aprofundando compromisso do SUS com as mulheres, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, em 2000. Seus princípios enfatizam que as mulheres devem ser atendidas em todas as suas especificidades e ciclos de vida, resguardando-se as diferentes faixas etárias e distintos grupos sociais, tais como: **as mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas, rurais e locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, lésbicas, profissionais do sexo e portadoras de deficiência**. Como em todas as políticas para o SUS, a responsabilidade para a sua implementação é compartilhada entre as três esferas de governo (federal, estadual e municipal), envolvendo, naturalmente, o Ministério da Saúde, as secretarias estaduais e as municipais de saúde, de acordo com as atribuições e competências de cada instância. Para isso, os gestores devem dar prioridade

ao assunto e garantir as condições necessárias para sua execução. Sendo assim, os conselheiros e conselheiras dos conselhos estaduais e municipais devem estar atentos para monitorar e pressionar pela implementação das ações desta política.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher requer de todos os atores do setor Saúde, gestores, trabalhadores e conselheiros, o compromisso com a implementação de ações e serviços de saúde que garantam os direitos humanos das mulheres e reduzam as mortes por causas que podem ser prevenidas e evitadas.

As concepções sobre a saúde das mulheres no Brasil avançaram muito nos últimos 25 anos e o SUS deve ser reconhecido como responsável por esses avanços. Mas é preciso reconhecer ainda que esses avanços de concepções ainda não atingiram a vida cotidiana da maioria das mulheres brasileiras e que ainda convivemos com situações de injustiça que causam indignação, pois são facilmente modificáveis.

Por isso mesmo é que continua sendo fundamental a realização de debates que identifiquem estas situações, mostrando assim os desafios do SUS nos municípios e nos estados que todos devemos enfrentar. Essa tarefa exige a participação de todos e deve ser uma oportunidade de ampliar a conscientização das mulheres sobre sua cidadania, os seus direitos, especialmente, no que diz respeito à saúde.

A participação da sociedade no SUS não deve ficar restrita aos espaços instituídos pela lei, mas deve ser ampliada para o dia a dia dos serviços de saúde por meio das diversas modalidades de participação que poderão ser criadas em cada localidade.





### 3.2 Componentes da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher

#### a) Reduzir a Mortalidade Materna das mulheres brasileiras

Os dados do Ministério da Saúde dão conta de que, em 2005, ocorreram 1.619 mortes de mulheres no Brasil relacionadas à gravidez – o que envolve o parto e o puerpério (período de resguardo – 42 dias após o parto). A Taxa de Mortalidade Materna no Brasil é de 74,6 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos e quando comparamos com outros países vamos ver que estamos piores que Chile, Cuba, Costa Rica e Uruguai, onde as taxas são de 40 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos. As principais causas destas mortes são a eclâmpsia, as hemorragias e as infecções, mas temos que saber e lembrar sempre que essas mortes podem ser evitadas. E o pior, evitar estas mortes custa muito pouco e com os recursos de que hoje já dispomos poderemos acabar com estas mortes injustas no País.

Em 2004 a Presidência da República lançou “O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal” que foi aprovado na Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde e que tem por objetivo articular os atores sociais mobilizados em torno da melhoria da qualidade de vida e de saúde de mulheres e crianças. Atualmente, já temos resultados desse pacto: melhorou muito a situação das crianças, mas entre as mulheres a coisa não mudou muito.

Vamos entender um pouco mais sobre como reduzir a mortalidade materna. Em primeiro lugar, é importante saber que as mulheres não morrem igualmente por causa da gravidez. Tudo faz diferença: se são pobres ou ricas, negras ou brancas ou se moram em cidade ou no campo. É importante ressaltar que a morte materna de mulheres negras é quase seis vezes maior do que a de mulheres brancas. As causas dessas mortes das mulheres negras estão relacionadas à dificuldade do acesso aos serviços de saúde, à baixa qualidade do atendimento recebido aliada à falta de ações e de capacitação de profissionais de

saúde voltadas especificamente para os riscos a que as mulheres negras estão expostas.

Outra situação injusta ocorre com as mulheres do campo e da floresta que, de modo semelhante às mulheres negras, têm dificuldade de acesso aos serviços de saúde e encontram baixa qualidade no atendimento recebido, além de muitas vezes precisarem andar quilômetros até encontrar um serviço de saúde.

Os Comitês de Mortalidade Materna são constituídos por profissionais de saúde, pesquisadores e ativistas da sociedade civil pela saúde das mulheres para investigarem todas as mortes de mulheres em função da gravidez, do parto e do puerpério e, com isso, indicarem aos gestores as medidas adequadas para impedir outras mortes. Quando estes comitês têm poder e suas recomendações são respeitadas, eles têm sido importantes na redução destas mortes.


Os Conselhos de Saúde devem atuar de forma integrada com os comitês, fortalecendo suas recomendações e cobrando iniciativas dos gestores.

**No seu município existe Comitê de Mortalidade Materna? Você sabe quantas mulheres morrem no seu município por causas relacionadas à gravidez? O Conselho Municipal de Saúde de sua cidade alguma vez discutiu essa questão?**

Como vimos, é grave a situação da morte de mulheres em virtude de gravidez, de parto e de puerpério (resguardo). Esse assunto deve mobilizar todos os segmentos da sociedade, visto que essas são mortes evitáveis. O País não pode mais conviver com essa dramática realidade das mulheres e para evitar isso é preciso:

- Oferecer serviços de pré-natal de qualidade para todas as mulheres.



- 
- Garantir assistência ao aborto em todos os casos inseguros, sejam espontâneos ou provocados.
  - Garantir assistência ao parto, permitindo que todas as mulheres saibam com antecedência onde irão parir.
  - Garantir assistência no puerpério ou resguardo.
  - Garantir que todas as situações de risco das gestantes sejam devidamente atendidas.
  - Garantir o funcionamento dos Comitês de Morte Materna e dar encaminhamento às suas recomendações.

**Você já parou para pensar por que as mulheres morrem na gravidez?**

### **b) O Pré-Natal – O Cuidado com a Saúde Durante a Gravidez**

Gravidez não é doença, mas requer alguns cuidados para evitar que haja riscos. Para isso é recomendado a todas as mulheres, independente do número de filhos que já tenham tido, que façam o pré-natal, que é atenção que a mulher necessita dos serviços de saúde, durante a sua gravidez.

O Ministério da Saúde definiu e acordou, por meio do Pacto pela Saúde, em 2006, que os serviços de pré-natal deverão ser oferecidos à gestante da seguinte forma:

- b.1) que a primeira consulta seja realizada antes dos 120 dias de gravidez (4 meses);
- b.2) que a gestante tenha no mínimo seis consultas durante a sua gravidez;



b.3) que o serviço de saúde ofereça pelo menos quatro atividades de práticas educativas para a gestante;

b.4) que a pressão arterial seja aferida em todas as consultas para evitar o risco de eclâmpsia (pressão arterial alterada na gravidez);

b.5) que sejam oferecidos e realizados durante a gravidez os seguintes exames: exame de sangue (ABO e RH); exame de urina (EAS); verificar o açúcar no sangue (Glicemia); sífilis (VDR); verificar se tem anemia (hematócrito e hemoglobina); verificar se a paciente está com doenças transmitidas pelo gato e/ou pombo (toxoplasmose-IGM); verificar se a grávida tem hepatite B (HBsAg); verificar se a mulher é portadora do vírus da aids (Anti-HIV 1 e 2); a avaliação do desenvolvimento do bebê;

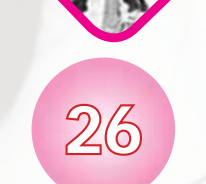
b.6) que seja oferecida a vacina antitetânica para evitar o tétano que é importante causa de morte de recém-nascidos;

b.7) que seja assegurada a maternidade onde irá ter o bebê;

b.8) que seja assegurada à mulher uma consulta após o parto – antes de completar 42 dias do nascimento do bebê.

**Depois que você se informou sobre o que os serviços devem oferecer à gestante, qual a sua avaliação sobre os serviços de saúde do seu município e estado?**





O Conselho de Saúde conhece a situação do pré-natal do seu município? As mulheres passam por dificuldades para realizarem o pré-natal de acordo com o que a política de saúde da mulher recomenda?

### c) A Garantia da Assistência ao Parto

O momento da maternidade, apesar de ser tão valorizado pela sociedade, termina por ser, para milhares de mulheres, o momento de maior agonia e sofrimento. Isso porque não se dispõe da garantia do atendimento na hora do parto.

Todos os municípios devem dar prioridade para esse importante momento da vida de suas famílias e de suas mulheres. Temos no SUS muitos problemas com a assistência ao parto. Além de não ser suficientemente acessível, ainda existe o problema da qualidade do atendimento.

Para melhorar o acesso ao atendimento na hora do parto, cada município deve prever no seu plano municipal uma cota de partos de acordo com a população de mulheres que vivem na cidade e no campo. E além de planejar, deve garantir serviços para atender a estes partos, seja por meio de serviço próprio ou por convênio com outra instituição.

Mas não basta a garantia da vaga na maternidade, é preciso que ela seja de qualidade. Uma maternidade não deve acarretar mais riscos para as mulheres. Ainda temos no Brasil uma taxa muito elevada de cesarianas e isso precisa ser modificado. Cesarianas devem ser apenas para aqueles casos precisamente indicados e não substituem o parto normal. Está provado que o parto normal apresenta menos risco tanto para a mulher como para o recém-nascido.

**Você sabe a taxa de cesarianas de seu município?  
Você não acha que o Conselho de Saúde deveria  
discutir o assunto?**


Desde o ano 2000 que o Ministério da Saúde vem implementando o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais. Por atuar na melhoria do atendimento ao parto daquelas mulheres que não têm acesso ao atendimento ao parto no hospital, esta estratégia também contribui para a redução da morte materna no Brasil. As parteiras devem ser reconhecidas como aliadas e parceiras no atendimento à saúde nas comunidades, pois são elas que estão presentes e que ficam junto às mulheres de populações que vivem em situação de exclusão social e de isolamento geográfico, como os quilombolas e indígenas.

É importante que você também tenha conhecimento sobre puerpério, isto é, o nome dado à fase pós-parto, também conhecido como resguardo, em que a mulher pode sofrer alterações físicas e psíquicas. Essa fase se inicia logo depois do nascimento do bebê e vai até os 40 dias e requer cuidados especiais. Ressalta-se que boa parte das situações de morte materna acontecem na primeira semana após o parto, assim o retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde deve acontecer nesse período. Os profissionais e os serviços de saúde devem estar preparados para aproveitar a oportunidade de contato com a mulher e seu filho nesse período e atuarem na prevenção e controle de todos os riscos.

**d) Prevenção e Controle do Câncer do Colo do Útero**

O câncer do colo do útero é uma doença que se desenvolve lentamente no corpo da mulher. Portanto, ele dá muitas chances para ser identificado, em tempo de não causar





uma tragédia nas vidas das mulheres e das famílias. Infelizmente, esta doença ainda é uma das maiores causas de morte das mulheres brasileiras.

Diante da gravidade dessa doença, o Ministério da Saúde está intensificando os esforços do SUS para combater o câncer de colo uterino e, para isso, dá prioridade à população de mulheres entre 25 e 59 anos de idade. Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde recomenda que os serviços de saúde devem oferecer à mulher as seguintes ações:

- uma consulta médica ginecológica e uma consulta de enfermagem ginecológica ao ano;
- coleta de amostra para exame papanicolau em mulheres de 25 a 59 anos, que deve ser encaminhada para o laboratório analisar e dar resultados em tempo adequado;
- realização de práticas educativas relacionadas ao tema pelo menos uma vez ao ano;
- tratamento de inflamação do colo do útero (cervicocolpite);
- exame do colo do útero (colposcopia) e respectivo diagnóstico;
- tratamento de lesões de alto grau do colo do útero. Estas lesões têm a classificação de NIC II e NIC III de acordo com o grau de gravidade;
- cirurgia do colo do útero (conização).

Deve ser dada à mulher a chance de mudar o rumo do prognóstico de um câncer de colo de útero com diagnóstico oportuno e precoce. É importante que você saiba que, se essas ações forem realizadas pelos serviços de saúde do seu município, contribuirão para a redução da morte de mulheres na sua cidade e, por consequência, no Brasil.

**Você tem certeza de que todas as mulheres de seu município têm a chance de realizar um teste papanicolau por ano? Essa discussão já foi abordada pelo Conselho de Saúde**

Porém, não é suficiente apenas identificar as mulheres em situação de risco, mas também dar tratamento àquelas que já estão com problemas de saúde que podem se transformar em câncer ou mesmo que já estejam com câncer instalado. Para isso, o município tem que dar uma alternativa. Caso não tenha tratamento no próprio município, o secretário de saúde poderá contratar na vizinhança. O que não pode é deixar a mulher doente e sem assistência.


**O conselho sabe quantas mulheres sofrem de câncer do colo do útero? Sabe também o que está sendo feito por estas mulheres?**

### **e) Prevenção e Controle do Câncer de Mama**

O câncer de mama ainda é a doença mais frequente entre as mulheres no Brasil. Em 2005, os dados do Ministério da Saúde demonstraram que 10.208 mulheres morreram, no Brasil, por causa dessa doença. Apesar de ser fatal, quando detectada precocemente pode ser tratada com sucesso. O Ministério da Saúde priorizou a prevenção dessa doença e a colocou como uma das políticas que contribuirão para redução de morte da mulher.

As mulheres entre 40 e 49 anos são a prioridade para a prevenção anual do câncer de mama. O Ministério da Saúde também adverte que as mulheres entre 50 e 69 anos devem realizar exames de mamografia a cada dois anos e consulta médica em ginecologia. Estas são as ações que o SUS deve garantir a todas as mulheres para efetivamente reduzir o câncer de mama na mulher brasileira:



- 
- consulta médica anual ou de enfermeira para exame clínico das mamas;
  - exame anual de mamografia;
  - procedimento de punção por agulha fina (retirar líquido ou tecido da mama);
  - exame citopatológico de material líquido da mama, (indica se há tumor e qual sua natureza, se maligno ou benigno);
  - biópsias (punção por agulha grossa + biópsias cirúrgicas);
  - exame histopatológico (análise de fragmento de tecido pelo patologista);
  - patologia benigna (cirurgia);
  - patologia maligna (cirurgia).

E claro, o SUS deve garantir, de todas as maneiras possíveis, que todas as mulheres que tenham câncer de mama sejam tratadas adequada e dignamente.

**No seu município os serviços de saúde realizam exames ginecológicos nas mulheres entre 40 e 49 anos?**

**O tema Câncer de Mama já foi pauta de discussão no Conselho de Saúde da sua cidade?**

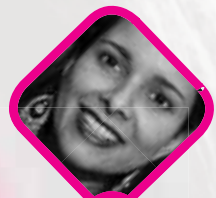
**Você sabe quantas mulheres foram tratadas de câncer de mama no seu município nos últimos seis meses?**

É importante que você saiba que o Governo Federal publicou a Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008, que trata da efetivação de ações de saúde relacionadas à prevenção, detecção e tratamento dos cânceres do colo do útero e de mama. Essa lei é mais uma vitória para as mulheres, visto que assegura a todas a realização de exames do colo do útero, independente da idade. O exame da mama é garantido a todas as mulheres acima de 40 anos de idade. Caso a mulher necessite de complementação de diagnóstico deverá ser encaminhada a serviços de maior complexidade.

#### **f) A Menopausa – Uma Transição na Vida da Mulher**

A menopausa (climatério) compreende uma transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo na vida da mulher. Corresponde ao último ciclo menstrual da mulher, somente reconhecido depois de passados 12 meses da sua ocorrência e acontece, geralmente, em torno dos 48 aos 50 anos de idade.

É um momento natural da vida da mulher e muitas passam por ele sem queixas ou necessidades de medicamentos. Outras têm sintomas que variam na sua diversidade e intensidade. No entanto, em ambos os casos, é fundamental que haja, nessa fase da vida, um acompanhamento médico, visando a promoção da saúde.





Você já parou para pensar quantas mulheres procuram os serviços de saúde da sua cidade quando entram no período da menopausa?

Será que esse tema alguma vez foi pauta de discussão no seu Conselho Municipal de Saúde?

### **g) Violência contra as Mulheres – Um Ponto Final**

A violência de gênero, ou seja, a que é praticada entre homens e mulheres é, lamentavelmente, uma situação presente em todo o País e, por muito tempo, era tratada como problema exclusivo das famílias e não era assumida como questão social. Isso já não acontece mais e a saúde tem grande responsabilidade na erradicação desse mal que é responsável por tantas mortes de mulheres.

Você sabe desde quando as mulheres sofrem violência? A violência contra mulheres atravessa muitos períodos históricos e atinge classes sociais distintas; quebra fronteiras e culturas. Pode ser de várias naturezas: sexual, doméstica, familiar, psicológica, institucional, patrimonial, entre outras.

No mundo, a violência sexual sozinha atinge mais de 12 milhões de pessoas a cada ano. Pesquisas evidenciam que, na maioria das vezes, os responsáveis pelas agressões são os



maridos, companheiros, namorados, pais, irmãos, parentes, entre outros. No Brasil, pesquisas divulgadas recentemente mostram que a cada 15 segundos uma mulher é espancada.


Convivemos numa sociedade onde a violência contra as mulheres é generalizada. O homem é considerado o chefe da família e isso, muitas vezes, contribui para que um grande número de mulheres sintam medo, outras vezes a mulher violentada se sente culpada e envergonhada e acaba se calando diante de uma agressão recebida. É restrito o acesso às delegacias e aos serviços especializados, revelando o desamparo e a ausência de conhecimento sobre os seus direitos. Geralmente o acolhimento nas delegacias se processa de forma indevida, muitas vezes, é quase uma segunda violência, o que também afasta estas mulheres violentadas do amparo público.

Para enfrentar esse desafio relacionado à violência contra a mulher, o Governo Federal lançou, em 2007, o **Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher**, coordenado pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM), que inclui uma série de ações a serem executadas nos próximos anos. O Ministério da Saúde, participando do pacto, vem atuando na implantação/implementação da **Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e/ou Sexual**.

Se estamos abordando a violência contra a mulher, não podemos deixar de direcionar o nosso olhar para a violência contra as mulheres negras, do campo e da floresta, lésbicas e transexuais, que vivem em condições mais vulneráveis ainda e sofrem maiores dificuldades para encontrar apoio na denúncia e na recuperação das consequências da violência recebida.

É preciso combater a violência conscientizando homens e mulheres para que toda a sociedade e todos participem do processo de enfrentamento das questões relacionadas





à desigualdade de poder entre homens e mulheres, no cotidiano de suas vidas: no lar, no trabalho e nas ruas. É preciso combater com punição oportuna e efetiva nos moldes previstos pela Lei Maria da Penha.

A Lei Maria da Penha é um dos maiores avanços na luta pelo combate à violência contra as mulheres. Vamos conhecer o seu conteúdo:

### Lei Maria da Penha

A Lei nº 11.340, de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha, representa um avanço histórico no combate à violência contra a mulher, pois legitima e legaliza o repúdio a todas as formas de violência contra a mulher e a necessidade de punição mais severa contra o agressor. A lei alterou o Código Penal brasileiro e possibilitou que agressores (marido, companheiro, namorado, parentes, desconhecidos) de mulheres no âmbito doméstico ou familiar sejam presos em flagrante ou tenham sua prisão preventiva decretada; estes agressores também não poderão mais ser punidos com penas alternativas e a legislação também aumenta o tempo máximo de detenção previsto de um para três anos. A nova lei ainda prevê medidas que vão desde a saída do agressor do domicílio até a proibição de sua aproximação da mulher agredida e dos filhos.

O nome da lei foi em homenagem a Maria da Penha, mulher agredida pelo marido durante seis anos. Por duas vezes o marido tentou assassiná-la. Na primeira com arma de fogo, deixando-a paraplégica, e na segunda por eletrocussão e afogamento. O marido de Maria da Penha só foi punido depois de 19 anos de julgamento e ficou apenas dois anos em regime fechado. Hoje, Maria da Penha viaja pelo Brasil dando palestras e cobrando do governo medidas para acabar com a violência contra a mulher.

## h) E a Saúde da Mulher Trabalhadora? Como vai?

A determinação social da saúde é claramente evidenciada quando analisamos as diversas situações de vida e trabalho das mulheres. As mulheres trabalhadoras rurais, por exemplo, além de estarem expostas a um conjunto de agravos à saúde, relacionados ao trabalho, como os agrotóxicos e outras substâncias químicas de uso indiscriminado que, sabidamente, provocam intoxicações agudas (muitas vezes letais) se expõem à ocorrência de abortamentos, malformações fetais e ao desenvolvimento de leucemias e tumores de fígado e de pele.


Outros exemplos comuns aos homens e às mulheres envolvem a exposição continuada ao sol, associada ao câncer de pele e ao envelhecimento precoce; as posturas anti-ergonômicas, levando a problemas osteomusculares; e as mutilações por instrumentos cortantes de trabalho.

**Você já pensou como o trabalho repercute nas condições de vida das mulheres de seu município ou estado?**

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerests – instalados em todos os estados) prestam assistência aos trabalhadores que adoecem ou se acidentam, promovendo proteção e recuperação aos trabalhadores, além de investigar as condições de segurança dos ambientes de trabalho.

Essa rede que dispõe de unidades em todo o Brasil, está habilitada para atender os trabalhadores dos setores formal e informal, assalariados e não remunerados, domésticos,





autônomos, cooperados, temporários, servidores públicos, empregadores, aprendizes, estagiários, desempregados e aposentados. E como as mulheres estão presentes entre todas essas categorias de trabalhadores elas têm direito a esse serviço.

**Os Cerests são vinculados ao SUS. Localize o Cerest do seu estado e veja quais os trabalhos relacionados à saúde da mulher trabalhadora estão sendo desenvolvidos.**

Conselheiros e conselheiras de saúde devem exigir na rede de saúde, atenção integral à saúde das trabalhadoras do campo e da cidade, incluindo ações de vigilância e atenção à saúde da trabalhadora da cidade e do campo, do setor formal e informal e difundir nos movimentos sociais a noção de direitos das mulheres trabalhadoras relacionados à saúde.

### **i) A Aids Atinge as Mulheres**

A mortalidade causada pelo HIV/AIDS diminuiu significativamente nos últimos anos. Essa vitória, em grande parte, deve-se ao SUS e ao seu programa voltado para esse fim. É importante observar que a doença cada vez mais caminha dos centros urbanos para o interior, dos mais jovens para os mais velhos, dos brancos para os negros, dos mais ricos para os mais pobres, dos homossexuais para os heterossexuais. Isso significa uma maior vulnerabilidade das mulheres.

Grandes conquistas foram alcançadas, como a diminuição de casos entre trabalhadoras do sexo e entre usuários de drogas injetáveis, fruto de iniciativas avançadas que o SUS vem implementando e executando há muito tempo.

Mas quando falamos da aids em relação às mulheres, os dados são alarmantes. Você já parou para pensar em quantas mulheres estão vivendo com aids em nosso País? Em 1985, para cada 15 novos casos de aids em homens, contava-se uma mulher. Em 2005, são 10 mulheres para cada 15 homens com aids. Esse aumento demonstra que as mulheres, em relação a aids, estão cada vez mais vulneráveis. Trazer o debate sobre este tema para os Conselhos de Saúde é colaborar para que a informação circule e ações sejam realizadas para diminuir o preconceito e aumentar a consciência com os cuidados e com a prevenção.

**Você sabe quantas mulheres em seu município vivem com aids?  
Quais são as ações que estão sendo executadas pelos serviços de  
saúde que contribuem para a prevenção da aids? Esse tema  
já foi pauta no Conselho de Saúde da sua cidade?**

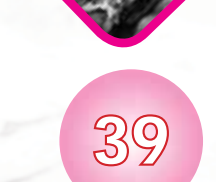





# 4 POLÍTICA DE DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS: ASSUNTOS DE MULHERES QUE MERECEM SER DISCUTIDOS POR TODA A SOCIEDADE

Neste capítulo teremos a oportunidade de aprofundar nossos conhecimentos sobre os Direitos Sexuais e Reprodutivos, que é parte intrínseca da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, onde abordaremos temas de extrema importância que mobilizam as mulheres, mas que não são exclusivos das mulheres. São temas para o debate de toda a sociedade e que desafiam para a tolerância em relação à diversidade de valores tão caros ao Estado laico, ou seja, onde há o convívio de todos os credos e crenças, de forma respeitosa. Estamos falando da necessidade de planejarmos as nossas famílias, da necessidade de debatermos a prática do aborto que, por ser clandestino, produz doenças e mortes.

Entendendo que os Conselhos de Saúde são espaços de construção da democracia participativa e, portanto, devem estar comprometidos com os problemas e as soluções de âmbito coletivo, propomos uma reflexão sobre estes temas, verdadeiros desafios para a nossa sociedade e, particularmente, para o setor da saúde. Vamos problematizar o as-





sunto dando algumas informações importantes para ampliar nossa consciência e nossos conhecimentos sobre o assunto. Esperamos que esta prática nos ensine a pensar de forma diferente, saindo da dimensão de nossos valores individuais, que devem sempre ser respeitados, mas pensando além, na dimensão do pensamento político, com a visão das necessidades e demandas das coletividades.

#### 4.1 Aborto – Como vencer esse desafio?

Este é um assunto que, na maioria das vezes, em roda de conversas entre amigos, discussões religiosas, documentários apresentados na televisão, é sempre difícil de ser abordado e gera muita polêmica. Mas a sua elevada frequência no Brasil faz com que o debate sobre esse tema seja necessário especialmente para quem atua na área da saúde, seja como gestor, trabalhador ou conselheiro de saúde.

É que a interrupção da gravidez em condições inseguras representa um grave problema de saúde pública. Como se sabe, no Brasil, a interrupção da gravidez somente é permitida por lei nos casos de estupro ou quando existe risco de vida para mãe. Esta situação faz com que algumas mulheres que engravidam sem um planejamento busquem as práticas clandestinas que as colocam em risco de morte. É por isto que a legalização do aborto ou a sua descriminalização tem sido tema de discussão entre os movimentos sociais, juristas, políticos, profissionais e outros setores da sociedade brasileira.

Segundo pesquisa do Ipas Brasil/UERJ realizada em 2008, mulheres de todas as classes sociais, credos e idades realizam aborto, sendo que as mulheres com boas condições financeiras utilizam clínicas, com mais higiene e cuidado. Em contrapartida, mulheres mais carentes, que compõem a maioria da população brasileira, procuram métodos de aborto mais perigosos, resultando no alto índice de agravo à saúde e em alta mortalidade. Essa pesquisa revela, ainda, que são insuficientes as medidas para evitar uma

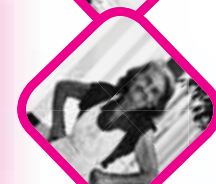



gravidez indesejada, levando mais de meio milhão de mulheres por ano a se envolverem em situação de aborto inseguro no Brasil, com complicações graves como hemorragias, infecções, perfuração do útero, esterilidade e muitas vezes levando-as a morte em consequência dessas práticas.

Muitos estudos dão conta de que as mulheres, quando abortam e recorrem a um serviço de saúde, são tratadas com discriminação, resultando inclusive em mal atendimento. Isso demonstra que os profissionais de saúde usam como lente para olhar o mundo os seus valores pessoais e não uma solidariedade universal que, em tese, todos deveriam ter como pessoas formadas para o atendimento do conjunto da população, na qual impera a diversidade acerca dos valores e das moralidades acerca da vida.

**Nos serviços de saúde do seu município existe atendimento às mulheres em situação de aborto previsto na lei?**

**Alguma vez o Conselho Municipal da sua cidade discutiu esse tema?**





## 4.2 Planejar a Família – Uma Necessidade dos Tempos Modernos

Planejar quantos filhos teremos se tornou nos tempos atuais uma prioridade. As mulheres têm o direito de decidirem com seus companheiros quando ter filhos e como prevenir a gravidez. Os serviços de saúde do seu estado e município devem estar preparados para acolher a mulher ou o casal com informações e também com os meios para essa finalidade. O Ministério da Saúde, considerando que esse tema é importante para os direitos reprodutivos e a autonomia das mulheres, priorizou, no contexto da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, o planejamento.

**O planejamento familiar para as mulheres e os casais de seu município já foi tema de debate no seu Conselho de Saúde?**

Essa é a oportunidade de você conhecer essa questão e poder realizar discussões que irão contribuir para a melhoria dos serviços de saúde do seu município e do seu estado.

Os métodos reversíveis mais utilizados para evitar a gravidez são: anticoncepcional (oral e injetável), preservativo masculino, dispositivo intrauterino (DIU) e o diafragma. Também poderão ser usados os métodos comportamentais, ou seja, de abstinência. A laqueadura e a vasectomia são métodos cirúrgicos e ainda são considerados de difícil reversão.

O Ministério da Saúde faz periodicamente a compra centralizada de anticoncepcional oral e injetável para todos os municípios de todos os estados brasileiros. A distribuição desses insumos é realizada diretamente pelas empresas vencedoras dos processos de

licitação desses produtos. Já em relação ao DIU e ao diafragma, a compra e a distribuição continuam sendo realizadas pelo Ministério da Saúde.

## Você conhece a Lei de Planejamento Familiar? Como essa lei está sendo cumprida no seu município?

Isso mesmo, em 1996 o Governo Federal publicou a Lei nº 9.263, que trata do planejamento familiar. Nesta lei fica claro que o planejamento familiar é um direito de todos, mulheres e homens, de todas as classes sociais. A população prioritária para o planejamento familiar são as mulheres na idade de 10 a 49 anos de idade, ou seja, as mulheres na idade fértil, onde há risco de engravidar quando têm vida sexual com parceiros do sexo oposto. Muitas pessoas consideram que na idade de 10 anos as mulheres ainda são crianças, mas o que vem sendo verificado nos últimos anos é que as adolescentes estão começando sua vida sexual cada vez mais cedo.

Os serviços de saúde devem oferecer para essas mulheres pelo menos uma consulta médica e de enfermagem ao ano, mesmo depois que o método esteja em uso, pois há necessidade de verificar se esse método está adequado e se não está prejudicando a saúde de quem o está usando. No mesmo grau de importância da consulta médica ou de enfermagem, os serviços devem proporcionar pelo menos uma prática educativa anual para esclarecimentos sobre métodos contraceptivos e o planejamento familiar, permitindo que se desenvolva a capacidade crítica das mulheres resultando em maior autonomia nas decisões sobre assuntos reprodutivos.



Todos os métodos contraceptivos requerem a decisão da mulher e a indicação médica. Devem ser preservados os desejos e as necessidades da mulher e do casal.

Os serviços de saúde do seu município oferecem práticas educativas sobre sexualidade e os métodos para evitar a gravidez?

Quais os métodos para evitar a gravidez são colocados à disposição das mulheres pelos serviços de saúde do seu município?

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Depois de tudo que você leu sobre a saúde da mulher, é hora de agir, apropriando-se dos conhecimentos sobre esse tema e garantindo o debate político e democrático junto aos espaços participativos e de controle social do SUS.

Os temas aqui relacionados às mulheres devem ser discutidos com a seriedade e a especificidade necessária, contribuindo para o atendimento humanizado e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde para a mulher.

Já se fez muito pela saúde da mulher, mas ainda temos um longo caminho a percorrer. Você é parte fundamental nesse processo de avanço da melhoria da atenção integral à saúde da mulher. Dissemine essas informações e busque ampliar o diálogo sobre esse tema nos locais onde você é atuante e a sua voz faça a diferença, quando o tema saúde da mulher for discutido.





## REFERÊNCIAS

- BLEICHER, Lana. *Saúde para Todos Já!* Fortaleza: Expressão Gráfica, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Plano de Ação para o período 2004–2007*. Brasília, 2004.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso*. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>><http://www.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Relatório de Gestão 2003 a 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Brasília, 2007.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Diretrizes Operacionais: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília, 2006.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Pactos Pela Vida e de Gestão: regulamento*. Brasília, 2006.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher*. Brasília, 2008.
- COSTA, Ana Maria. *Atenção Integral à Saúde das Mulheres: Quo Vadis: uma avaliação da integralidade na Atenção à Saúde das Mulheres no Brasil*. 2004. Tese (Doutorado)–Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2004. (Cadernos da Saúde – UnB).





\_\_\_\_\_. *Saúde, Equidade e Gênero*. Brasília: UnB, 2000.

COSTA, Ana Maria et al. *Controle Social uma questão de cidadania: Saúde é Assunto para as Mulheres: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos*. São Paulo: Rede Saúde, 2000.

DIAS, Maria Angélica de Salles; PERILLO, Rosângela Durso. Mortalidade Materna: Importância e Estratégia de Intervenção. *Saúde Digital*, [S.l.], n. 5, maio 2002.

GASTÃO, Wagner de Sousa Campos. Reflexões Temáticas sobre Equidade e Saúde o caso do SUS. *Saúde e Sociedade*, [S.l.], v. 15, n. 2, p. 23-33, maio/ago. 2006.

LUCCHESI, Patrícia T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 439-448, 2003.

ROSAS, Fernando Cristião. *Mortalidade Materna: Uma Questão Social*. Disponível em: <<http://www.ipas.org.br/arquivos/cristiao/mortalidade.doc>>  
<<http://www.ipas.org.br/arquivos/cristiao/mortalidade.doc>>.