



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE

MARIA APARECIDA MACHADO DOS SANTO

**POLÍTICAS PÚBLICAS E A SAÚDE DA MULHER NO BRASIL E NO ESTADO DE  
GOIÁS**

Goiânia

2015



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE POS GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE

**POLÍTICAS PÚBLICAS E A SAÚDE DA MULHER NO BRASIL E NO ESTADO DE  
GOIÁS**

MARIA APARECIDA MACHADO DOS SANTOS

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maíra Barberi

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde, da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

Goiânia  
2015

## FOLHA DE APROVAÇÃO

**POLÍTICAS PÚBLICAS E A SAÚDE DA MULHER NO BRASIL E NO ESTADO DE  
GOIÁS**

MARIA APARECIDA MACHADO DOS SANTOS

DISSERTAÇÃO DO MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE DEFENDIDA  
EM \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ 2015 E CONSIDERADA

\_\_\_\_\_ PELA BANCA EXAMINADORA:

**BANCA EXAMINADORA**

1) \_\_\_\_\_

**Prof. Dr. Maíra Barberi**

(Presidente)

2) \_\_\_\_\_

**Prof. Dr. Valéria Helena da Silva**

(Membro convidado)

3) \_\_\_\_\_

**Prof. Dr. Antônio Márcio Teodoro Cordeiro Silva** (Membro)

## DEDICATÓRIA

Dedico primeiramente a Deus por dar-me forças para concluir mais essa etapa em minha vida, pois, em sua mão que me sustentava todas as vezes que achava que ia desistir sentia seu amor por mim e prosseguia;

Ao meu esposo Leonardo pelo apoio, força, companheirismo, por ter acreditado na minha competência para realização do meu sonho e pelo conforto nos momentos difíceis, muito obrigado meu amor;

À minha mãe Lúcia, pela força e amor estando ao meu lado me apoiando em todos os momentos... minha gratidão e meu amor, minha vida;

Aos meus queridos pais do coração Exequiel (*in memoriam*) e vovó Maria (*in memoriam*) por me ensinarem a simplicidade do amor e da fé em Deus;

Às minhas filhas que são a razão do meu viver, meus amores, Ana Carolina, Luana Cristine e Mayana Beatriz por suportarem minhas mudanças de comportamento, tendo de abdicar muitas vezes de estar ao lado delas em momentos tão especiais de suas vidas;

Aos meus irmãos Leandro e Ycaro obrigada!!! Por sonharmos juntos por mais uma conquista em nossas vidas!!! Com amor, união e força!!! Uma família especial e guerreira que somos. Amo vocês.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Profa. Dra. Maíra Barberi pela contribuição, incentivo e apoio na elaboração desta pesquisa, por acreditar e me auxiliar nessa trajetória, pela compreensão, orientação segura e determinação na construção desta Dissertação, enriquecendo o conteúdo com seu conhecimento, experiência, competência e solicitude durante minha trajetória, estimulando-me a realizar leituras e reflexões para um amadurecimento pessoal e acadêmico;

À Sra. Aparecida de Paula, assessora da Secretária de Estado e Políticas para Mulheres e Promoção da Igualdade Racial (SEMIRA) do governo do estado de Goiás, que me esclareceu sobre a competência, formulação e execução da política estadual voltada para as mulheres.

À Sra. Damiana Aparecida Andrade de Carvalho Moreira, gerente da Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde (SPAIS), por facilitar-me o acesso aos dados das Políticas de Atenção Integral à Saúde da Mulher no estado de Goiás para realização desta pesquisa.

## EPÍGRAFE

[...] Que o outro note quando preciso de silêncio e não vá embora batendo a porta, mas entenda que não o amarei menos porque estou quieta... Que se eventualmente perco a paciência, perco a graça e perco a compostura, o outro ainda assim me ache linda e me admire. Que o outro [filho, amigo, amante, marido] não me considere sempre disponível, sempre necessariamente compreensiva, mas me aceite quando não estou podendo ser nada disso.

Que, finalmente, o outro entenda que mesmo se às vezes me esforço, não sou, nem devo ser, a mulher-maravilha, mas apenas uma pessoa: vulnerável e forte, incapaz e gloriosa, assustada e audaciosa - uma mulher.

Lya Luf (2006)

## RESUMO

SANTOS, Maria Aparecida Machado dos. **POLÍTICAS PÚBLICAS E A SAÚDE DA MULHER NO BRASIL E NO ESTADO DE GOIÁS**. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2015.

A implementação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher tem sido alvo a cada ano de amplas e complexas discussões com contribuições importantes para o processo de transformação do paradigma da saúde da mulher. Desse modo, realizou-se um levantamento das políticas de saúde da mulher implementadas no Brasil e particularmente, no Estado de Goiás. O objetivo deste estudo foi elaborar um levantamento das políticas públicas de saúde da mulher, implementadas no Brasil e particularmente, no Estado de Goiás e analisar a situação da saúde da mulher frente as políticas públicas de saúde implementadas. Os dados e informações obtidos foram registrados em tabelas, gráficos e os resultados foram apresentados e interpretados tendo como referência os fundamentos teóricos e a realidade da saúde da mulher. Constatou-se que a assistência à saúde da mulher é preocupante, pois tem sido efetivada por meio de metas isoladas e ações desarticuladas não favorecendo o pleno acesso na rede básica de saúde. Um dos fatores que aumentam a morbimortalidade das mulheres são a falta de políticas públicas eficazes apresentando entre tantos outros agravos um elevado índice da mortalidade materna. No que se refere à demanda das mulheres aos serviços de saúde constatou-se que as políticas voltadas para à assistência à mulher no período gravídico-puerperal á uma adesão significativa e apresenta um déficit na qualidade do atendimento em outras áreas importantes que se apresenta de forma fragmentada, fundamentada em ações de saúde e desarticulada entre Secretarias Estaduais de Saúde, o que dificulta a assistência à população feminina. Conclui-se que no Brasil e em Goiás a integralidade da assistência preconizada pelo Sistema Único de Saúde não é efetivamente contemplada, tendo em vista que o sistema de saúde apresenta dificuldades em assistir a mulher nas áreas específicas como climatério, infertilidade e saúde mental, entre outras. Faltando execução e implementação de forma ampla e integrada das políticas públicas formuladas pelo Conselho Estadual da Mulher, Secretárias Estaduais a trabalharem em conjunto para atenderem a mulher em todo seu segmento seja ele social, cultural, político e profissional.

Palavras-chave: Saúde da Mulher; Políticas Públicas; Planos e Programas de Saúde.



## ABSTRACT

SANTOS, Maria Aparecida Machado dos. **PUBLIC POLICY AND THE WOMEN'S HEALTH IN BRAZIL AND THE STATE OF GOIÁS**. Dissertation (Master of Environmental and Health Sciences) - Catholic University of Goiás, Goiânia, 2015.

The implementation of public policies and attention to women's health has been the subject every year large and complex discussions with important contributions to the process of transforming the paradigm of women's health. Thus through the women's health policies, there was a survey of women's health policies implemented in Brazil and particularly in the State of Goiás. The objective of this study was to prepare a survey of public policy women's health, implemented in Brazil and particularly in the State of Goiás and analyze the situation of women's health across the public policies of health implemented. Data and information obtained were recorded in tables, graphs and the results were presented and interpreted having as reference the theoretical foundations and the reality of women's health. It was found that the health care of women is worrying as it has been made by means of individual goals and disjointed actions do not favor full access in the basic health network. One of the factors that increase the morbidity and mortality of women are lack of effective public policies among many other diseases presenting a high index of maternal mortality. With regard to the demand of women to health services was found that the policies for assistance to women during pregnancy and puerperal period will significant membership and presents a deficit in the quality of care in other important areas. It presents a fragmented way, based on health actions and disjointed from state health departments, making it difficult to assist the female population.

We conclude that in Brazil and Goiás comprehensive care recommended by the National Health System is not actually contemplated, considering that the health system has difficulty in attending women in specific areas such as menopause, infertility and mental health among others . Missing the execution and implementation of a comprehensive and integrated public policies formulated by the State Council of Women, State Secretaries to work together to meet the woman throughout its segment be it social, cultural, political and professional.

Keywords: Women's Health; Public Policy; Plans and Health Programs.

## LISTA DE SIGLAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

APS – Atenção Primária à Saúde

CMDM – Conselho Municipal de Direitos da Mulher

CNDM – Conselho Nacional dos Direitos da Mulher

CNPM – Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres

CONEM – Conselho Estadual da Mulher

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

I CNPM – I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

II CNPM – II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres

III CNPM – III Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS)

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MS – Ministério da Saúde (MS)

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PA-Pronto Atendimento

PDI – Plano Diretor de Investimentos

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PES – Plano Estadual de Saúde

PHPN – Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

PMPM – Plano Municipal de Políticas para as Mulheres

PNPM – Plano Nacional de Políticas para as Mulheres

PPI – Programação Pactuada Integrada

PSMI – Programa Nacional de Saúde Materno Infantil

RMM – Razão de Mortalidade Materna

SEMIRA – Secretaria de Políticas para Mulheres e Promoção da Igualdade Racial

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SISCEL – Sistema de Vigilância Epidemiológica

SMPM – Secretaria Municipal de Políticas para as Mulheres

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SPAIS – Superintendência de Políticas de Atenção Integral a Saúde

SUPEM – Superintendência de Políticas para Mulheres

SUPEX – Superintendência Executiva

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretária de Vigilância em Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Distribuição etária da população do Brasil e do Estado de Goiás no ano de 2010 por 100.000 habitantes .....	20
Figura 2.	Taxa de Incidência Anual de Câncer de Mama e colo Uterino por 100.000 habitantes no sexo feminino,por localização no Brasil e na região Centro-Oeste .....	52
Figura 3.	Distribuição Percentual de casos de HIV/AIDS no Brasil por regiões nos anos de 2003/2013 .....	55

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Políticas e Programas Propostos e Implementados para a Saúde da Mulher no Brasil .....	27
Quadro 2.	Ações Voltadas para a Saúde da Mulher: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e o Plano nacional de Políticas para as Mulheres .....	46
Quadro 3.	Principais causas de mortalidade na população feminina .....	48
Quadro 4.	Distribuição do Percentual dos óbitos segundo grandes grupos de causas/CID-10/2008 .....	49
Quadro 5.	Taxa de incidência anual de câncer de mama e colo uterino por 100.000 habitantes do sexo feminino, por localização no Brasil e na Região Centro-Oeste .....	52
Quadro 6.	Índice de mortalidade materna no Brasil e no Estado de Goiás .....	57
Quadro 7.	Registro de atendimento à mulher entre os anos de 2009/2012 no Brasil .....	61
Quadro 8.	Plano Estadual de Saúde da Mulher em Goiás 2008/2011 .....	66
Quadro 9.	Ações Propostas pela Secretária Municipal de Políticas para as Mulheres em Goiânia/Goiás .....	67

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>1. SAÚDE DA MULHER NO BRASIL .....</b>	<b>19</b>
<b>2. POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER .....</b>	<b>22</b>
2.1 PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (PAISM) .....	28
2.1.1 Propostas e Ações .....	32
2.2 PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO .....	33
2.2.1 Propostas e Ações .....	35
2.3 PLANO NACIONAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES .....	36
2.3.1 Propostas e Ações .....	37
2.4 PACTO PELA SAÚDE E PELA VIDA .....	39
2.4.1 Propostas e Ações .....	40
2.5 PLANO INTEGRADO DE ENFRENTAMENTO À FEMINIZAÇÃO DA EPIDEMIA DA AIDS E OUTRAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DST) .....	41
2.5.1 Propostas e Ações .....	42
2.6 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER .....	43
2.6.1 Propostas e Ações .....	46

<b>3.</b>	<b>MORBIMORTALIDADE DA MULHER NO BRASIL E NO ESTADO DE GOIÁS .....</b>	<b>47</b>
3.1	DOENÇAS RELACIONADAS AO APARELHO CIRCULATORIO FEMININO .....	49
3.2	NEOPLASIAS FEMININAS.....	50
3.3	HIV/AIDS E OUTRAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DST) NA MULHER .....	53
3.4	MORTE MATERNA .....	57
3.5	VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES .....	60
<b>4.</b>	<b>SITUAÇÃO DA SAÚDE DA MULHER NO BRASIL E NO ESTADO DE GOIÁS .....</b>	<b>63</b>
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>69</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS. ....</b>	<b>74</b>

## INTRODUÇÃO

Eu sou aquela mulher a quem o tempo muito ensinou.  
Ensinou a amar a vida e não desistir da luta, recomeçar na derrota,  
renunciar a palavras e pensamentos negativos.  
Acreditar nos valores humanos e ser otimista.  
(Cora Coralina)

A construção de políticas públicas dirigidas à saúde da mulher no Brasil é parte das profundas mudanças na sociedade nas últimas décadas, por meio das lutas dos movimentos feministas aliadas ao movimento sanitarista, comprometidas com a filosofia de saúde (SILVA, 2000).

Enquanto direito e preocupadas em garantir à mulher assistência integral, o que inclui a luta entre homens e mulheres, contra a situação de desigualdade e o poder de dominação que os homens, exerciam historicamente, sobre as mulheres (BUSTORFF, 2010).

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde no século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nos anos de 1930, 1950 e 1970, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2011).

A atenção à saúde da mulher passou a fazer parte das políticas públicas de saúde no Brasil no ano de 1960, quando diversos países se voltaram para controlar a natalidade e destacou-se a atenção do Estado às mulheres em idade fértil.

Assim, os programas de “controle da natalidade” ganharam destaque no final da década de 1970, negando atenção às reais necessidades ou preferências das mulheres, que ficavam relegadas a segundo plano (MORI, 2006). No entanto a preocupação com os direitos da mulher e com os direitos reprodutivos nasceu a partir dessas reivindicações e do processo constitucional garantindo o reconhecimento dos direitos humanos e reprodutivos.

A transformação dessa realidade só acontece por meio da participação popular na organização, decisão e elaboração das políticas públicas, medidas de orientação de suas vidas e de seus destinos (BARCELAR, 2011).



Na área da saúde da mulher, pode-se observar que a desigualdade social tem representado um risco para as mulheres brasileiras, pois o desequilíbrio cultural tem refletido nas leis políticas e nas práticas sociais, o que aprofunda outras desigualdades e também afeta e fragiliza a saúde das mulheres.

Na atualidade, o conceito de saúde da mulher é amplo, contemplando os direitos humanos e a cidadania como necessidades de atenção (BRASIL, 2004).

A prestação do atendimento integral a mulher, implica olhar para todas as fases de sua vida e não apenas pela ocasião da doença, mas envolve estabelecer um processo de cuidado que articule, de modo a não alterar as ações de promoção à saúde, prevenção do agravo, diagnóstico precoce, tratamento oportuno e reabilitação.

Considerando a heterogeneidade que caracteriza o Brasil, seja em relação às condições socioeconômicas e culturais, seja em relação ao acesso às ações e serviços de saúde, compreende-se que o perfil epidemiológico da população feminina apresenta diferenças importantes de uma região a outra do País (BRASIL, 2011).

Nota-se que as políticas de incentivo e apoio à saúde da mulher representaram temáticas importantes em várias das Conferências de Saúde, num contexto diverso. A assistência e as tendências das investigações científicas sobre a saúde da mulher precisam ser compreendidas em sua conjuntura histórica, social, política, econômica e cultural (LOPES, 2006; SOUTO *et al.*, 2007).

Desde 1984, com a criação do Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), a atenção federal à saúde da mulher deixou de ser unicamente voltada para a relação materno-infantil para incorporar a assistência em todas as etapas da vida.

Em decorrência dessas políticas o Brasil também apresentou grande avanço na redução da mortalidade materna e infantil, de acordo com dados da Secretaria dos Direitos Humanos (SDH).

Assim, é necessário pensar a atenção à saúde da mulher com base no cuidado integral que compreende a articulação de múltiplas necessidades com agregação das dimensões sociais, psicológicas, emocionais, espirituais, bem como seus direitos de cidadania.

Nesse sentido, o cuidado deve abranger a escuta sensível de suas necessidades no processo de saúde e doença feminina (PEDROSA, 2005; COELHO *et al.*, 2009).

Desse modo, espera-se que a atenção à saúde da mulher prestada pelos serviços de saúde deve ter como características inerentes à qualidade e a humanização, no intuito de atender sua clientela com dignidade, considerando-as como sujeito no cuidado à saúde (BRASIL, 2006; ALMEIDA, 2009).

O levantamento dos dados deste trabalho foi abordar a saúde da mulher através de uma revisão de literatura na perspectiva das políticas de saúde, considerando-se que, percorrer o caminho dessas políticas, também é buscar compreender o processo atual que se encontra inserida.

O objetivo deste estudo foi elaborar um levantamento das políticas públicas de saúde da mulher, implementadas no Brasil e particularmente no Estado de Goiás e analisar a situação de saúde da mulher frente as políticas de saúde implementadas.

Para o presente estudo foram adotados procedimentos de pesquisa documental (LAKATOS,2003), por meio de busca dos referenciais das políticas, programas e planos de governo, com base em material oficial em nível Federal, Nacional, Estadual, bem como balanços e relatórios de gestão elaborados pela Área Técnica de Saúde da Mulher e do Ministério da Saúde no Brasil e no estado de Goiás.

Os dados e informações obtidos foram interpretados tendo como referencia os fundamentos teóricos e a realidade da saúde da mulher e sua implementação no Brasil e no Estado de Goiás.

## 1. SAÚDE DA MULHER NO BRASIL

*Eu sou aquela mulher que fez  
a escalada da montanha da vida  
removendo pedras e plantando flores.  
(Cora Coralina)*

O conceito de saúde da mulher e a atenção à saúde das mulheres vêm sendo constantemente questionados e transformados pelos movimentos sociais ao longo do desenvolvimento das políticas públicas destinadas a população feminina.

O Brasil tem passado por profundas transformações demográficas e epidemiológicas nas quais se destacam o acentuado envelhecimento populacional, resultante da queda da mortalidade com uma grande redução da fecundidade.

Em se tratando da saúde da mulher no Brasil, a humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres perante a identificação de suas demandas, no reconhecimento e na reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, os aspectos populacionais de uma sociedade, incluindo a análise das componentes demográficas, tamanho da população, alterações no tempo, sua distribuição espacial e a composição, segundo diferentes características, são essenciais em uma análise de indicadores sociais (IBGE, 2013).

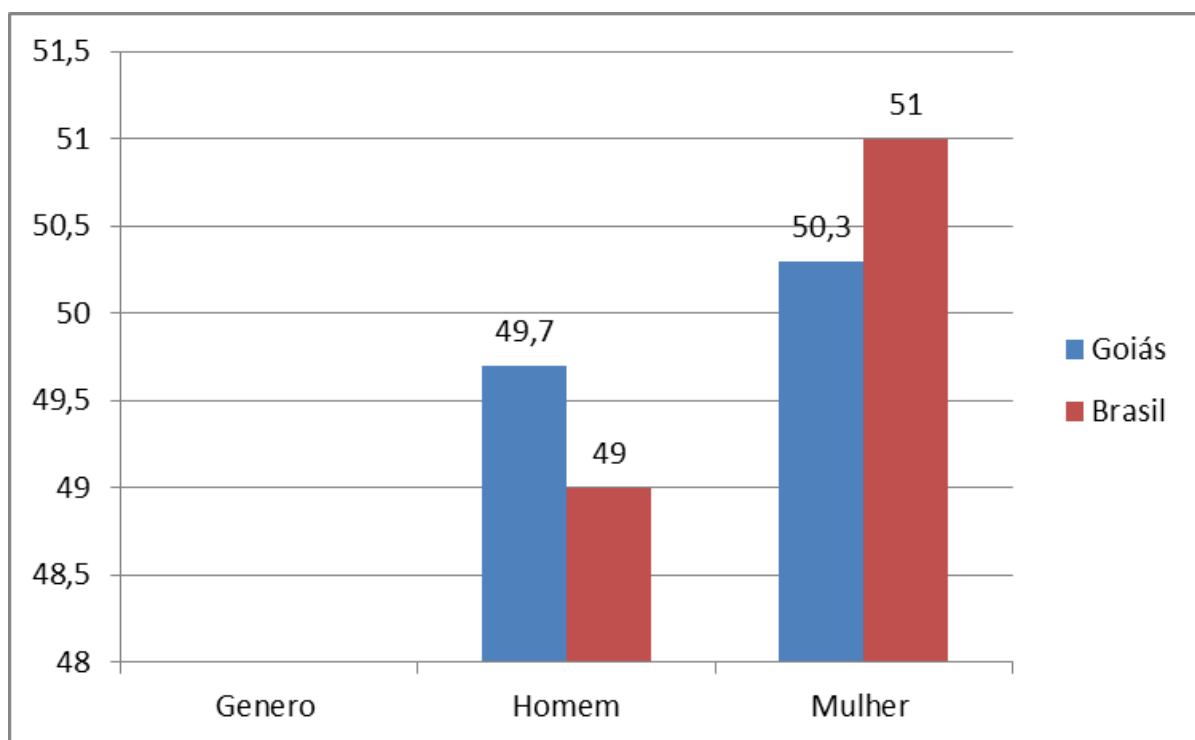
As mulheres são maioria no Brasil, apesar de nascerem mais crianças do sexo masculino do que do feminino, existem mais mulheres do que homens na população, em consequência da mortalidade masculina (BRASIL, 2009).

No Brasil o universo do Censo 2010, foi contabilizado 97.348.809 mulheres. Em 1980, havia 98,7 homens para cada grupo de 100 mulheres, em 2000, essa proporção era de 97% e, em 2050, estima-se que a razão de sexo da população fique por volta de 94% e o excedente feminino na população total era de 2,5 milhões de mulheres, em 2001.

A definição da estrutura etária é dada principalmente pelo comportamento da fecundidade, que, junto com mortalidade e migração, correspondem a um dos componentes demográficas. Entre os indicadores de fecundidade, destaca-se a taxa de fecundidade total, que mede o número médio de filhos nascidos vivos que uma mulher teria ao fim do seu período reprodutivo (IBGE, 2013).

A população feminina no estado de Goiás tem crescimento muito nos últimos dez anos, o resultado mostra uma supremacia da população feminina. Na figura 1 é apresentada a situação de gênero em Goiás e no Brasil.

**Figura 1:** Distribuição etária da população do Brasil e do Estado de Goiás no ano de 2010 por 100 000 habitantes.



**Fonte:** IBGE/SEPIN (2011).

São 2.981.542 homens e 3.022.503 mulheres, uma diferença de 40.961 habitantes. Goiânia apresentou crescimento de sua população similar à média do Estado, 19,11% - foi de 1.093.007 habitantes em 2000 para 1.301.892 (IBGE, 2010).

No Estado de Goiás existem políticas voltadas para a área da saúde da mulher como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher que está implantado nos 246 municípios.

Suas ações são desenvolvidas de maneira descentralizadas pelos municípios nas unidades públicas conforme a regionalização objetivando resguardar os direitos Sexuais e Reprodutivos da Mulher e estando os mesmos contemplados nas áreas de atuação do PAISM.

Desta forma tem-se buscado estratégias de implementação de políticas públicas de gênero, buscando objetivar a melhor forma de atingir a igualdade e do fortalecimento da autonomia das mulheres (Plano Municipal de Políticas para as Mulheres de Goiânia, 2012).

Destaca-se, portanto a relevância das mulheres em termos de volume da população e apresenta sob o aspecto das políticas de saúde especificidades e necessidades distintas.

A mortalidade de mulheres apresenta perfil distinto da masculina, diversos estudos demonstram que as taxas de mortalidade por causas externas são bastante superiores entre os homens em relação às mulheres (DUNCAN, 2012).

Em uma perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde desta população, o controle das doenças e agravos de maior ocorrência nesse grupo e a garantia do direito à saúde, sendo assim é fundamental conhecer as características demográficas, socioeconômicas e de fecundidade das mulheres brasileiras (BRASIL, 2004).

O que podemos avaliar, neste estudo, é que, para superar os desafios enfrentados pelo sistema de saúde brasileiro, será necessária uma nova estrutura financeira e uma revisão profunda das relações públicas e privadas. Ou seja, os maiores desafios do SUS é efetivar o controle social através da participação ativa de usuários, trabalhadores, gestores, estudantes, prestadores, instituições formadoras, envolvidas com a saúde pública. Nesse sentido política nacional de atenção integral à saúde da mulher busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, no combate ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2011).

## **2. POLÍTICAS DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER**

O modelo de Promoção da Saúde surgiu na década de 1970, no Canadá, baseando-se em quatro polos: a biologia humana, o sistema de organização dos serviços, o ambiente social, psicológico e físico e o estilo de vida, que está em amplo processo de construção (ANDRADE, 2003). Um fato importante que atraiu a atenção dos governantes para a população feminina foi a I Conferência Mundial da Mulher, que ocorreu em 1975, no México, para fortalecer o ano escolhido como o Ano Internacional da Mulher (NASCIMENTO, 1992).

No Brasil, no mesmo ano, ocorre a V Conferência Nacional de Saúde, sendo promulgada a Lei 6.229, que criou o Sistema Nacional de Saúde, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e o Programa Nacional de Saúde Materno infantil (PSMI) (BRASIL, 2004).

No contexto mundial, em 1978, acontece a I Conferência Internacional da Atenção Primária, que enuncia a Declaração de Alma-Ata. Essa conferência destaca a determinação econômica e social da saúde e a investigação de uma abordagem diferenciada para extrapolar a direção centrada na doença (STARFIELD, 2002).

Essa Conferência realçou a atenção para as necessidades humanas básicas e a importância da renda familiar, oportunidade de emprego, nutrição, educação, habitação, saneamento básico e meio ambiente como condicionantes favoráveis para a saúde das populações (FALEIROS, 2000).

Nesse processo, é importante reconhecer que, no âmbito dos movimentos sociais que se desenvolveram a partir dos anos 1960, os movimentos das mulheres feministas são considerados relevantes pelo impacto que geraram na produção do conhecimento e na conformação das instituições (COSTA, 2007).

Já na década de 1960, o movimento feminista brasileiro, descontente com as desigualdades de gênero e com o enfoque reducionista dado à mulher, reivindicou a não hierarquização das especificidades de homens e mulheres, propondo igualdade social que reconhecesse as diferenças (GIFFIN, 2002).

Reivindicações que ao longo dessa década questionavam as políticas de diversos países que se voltaram para controlar a natalidade, com destaque a atenção do Estado às mulheres em idade fértil.

Assim, os programas de “controle da natalidade” foram implantados no final da década de 1970, negando atenção às reais necessidades ou preferências das mulheres que, para Mori (2006), ficavam relegadas em segundo plano.

No ano de 1979, o Brasil se tornou signatário da Convenção da ONU a respeito da “Eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher” (LOPES, 2006, p. 9), garantindo a igualdade entre mulheres e homens em todos os direitos econômicos, sociais e culturais.

Esse engajamento das mulheres na luta pelos seus direitos e por melhores condições de vida, segundo Formiga (1999), impulsionou a adoção das primeiras medidas oficiais do Ministério da Saúde voltadas para a assistência integral à saúde da mulher.

Apesar das limitações impostas pelo governo militar da época, o movimento feminista se reorganizou incitando debates que denunciavam a precariedade da saúde da mulher brasileira.

Situação essa que é identificada como decorrente de discriminações, em especial de gênero, preconceitos impostos pela sociedade, contribuindo para o aumento da vulnerabilidade feminina perante as várias doenças e agravos (ALEXANDRE, 2007).

Somente em 1986, foi estabelecido o conceito de Promoção da Saúde, durante a Conferência de Ottawa, como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo (SOUZA, 2004).

Isso sem dúvida veio reforçar a necessidade de olhar a saúde como resultado das condições de vida, em especial dos setores mais vulneráveis, como é o caso das mulheres.

A II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Adelaide, em 1988, teve como tema central Políticas Públicas Voltadas para a Saúde.

Foram apresentadas quatro áreas prioritárias para promoção de ações, e o apoio à saúde da mulher foi considerado como uma dessas áreas, com destaque para a valorização da mulher trabalhadora e a igualdade de direitos na divisão do trabalho (BRASIL, 2001).

Recomendadas pelas Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, as ações de promoção e de educação em saúde carecem incluir a participação ativa dos usuários nos serviços de saúde, visto que possuem aptidão para decidir sobre assuntos relativos ao seu bem-estar.

Quanto à saúde específica das mulheres, deve ser conferida a todas elas, em especial àquelas de grupos étnicos indígenas ou outras minorias, não apenas o direito à autodeterminação de sua saúde, como também ser assegurada sua identidade cultural pela participação plena na formulação das políticas públicas voltadas à sua saúde (BRASIL, 2002a; LOPES, ANJOS, PINHEIRO, 2009).

Diversos incisos do documento desses programas asseguravam na saúde o direito de acesso à assistência, à informação, à proteção e à segurança no ambiente de trabalho e os direitos reprodutivos (FORMIGA FILHO, 2000; LOPES, 2006).

Assim, alguns marcos históricos como o movimento feminista, a Reforma Sanitária Brasileira, a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), as Conferências realizadas na cidade do Cairo/Egito, Pequim/China e ainda na Convenção de Belém do Pará/Brasil foram fatores determinantes para a definição dos rumos do desenvolvimento de políticas e investimentos na saúde da mulher (SOUTO *et al.*, 2007; COSTA, 2009).

No entanto, vale ressaltar que esses progressos não se deram de forma homogênea e democrática, não só quanto à formulação de políticas específicas, mas em sua implementação considerando as diferenças existentes entre as mulheres, sobretudo em função de raça/etnia e classe social (GUIMARÃES, 2006).

A construção de políticas públicas dirigidas à saúde da mulher no Brasil é parte das profundas mudanças das últimas décadas através das lutas do movimento feminista, aliadas às profissionais de saúde do movimento sanitaria comprometidas com a filosofia de saúde enquanto se buscava o direito para garantir à mulher assistência integral (SILVA, 2000).

De acordo com Pinto (2006), a institucionalização das demandas com relação às mulheres se deu com a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, em 1985. Antes desse momento as políticas públicas para as mulheres eram voltadas mais para a amamentação e para os cuidados com a criança e o lar, fato que reflete a forma histórica de se tratar a mulher apenas como uma figura materna.



No Brasil, a ampliação do conceito de saúde e saúde da mulher refletiu-se nas mudanças das políticas nesta área: de uma visão focada no pré-natal, parto e puerpério para um conceito de integralidade que, teoricamente, dá respostas às necessidades das mulheres desde a adolescência até a velhice (LEITE, 2009). Em grande parte, são mudanças pressionadas pelo movimento social, principalmente o movimento feminista.

Segundo Duarte (2008), o feminismo brasileiro e também o mundial de fato mudaram não somente em relação àquele movimento frágil, emancipacionista do século XIX, mas também em relação aos anos 1960, 1970, até mesmo 1980 e 1990.

E para Costa (2005), vem mudando cotidianamente a cada enfrentamento, conquista, nova demanda, em uma dinâmica impossível de ser acompanhada por quem não vivencia suas lutas, no movimento feminista a dialética viaja à velocidade da luz.

O movimento feminista surge no contexto das ideias iluministas e transformadoras da Revolução Francesa e da Americana e se espalha, em um primeiro momento, em torno da demanda por direitos sociais e políticos.

Nesse seu alvorecer, mobilizou mulheres de muitos países da Europa, dos Estados Unidos e, posteriormente, de alguns países da América Latina, tendo seu auge na luta sufragista (PETIT, 2005).

Avançando para a ampliação do conceito de saúde das mulheres como resultado da análise da condição feminina pelas próprias mulheres, durante a segunda metade do século XX.

Em síntese o desenvolvimento na formação das políticas é consequência da organização de movimentos sociais e da imposição das mulheres como agentes ativas no processo de decisões dos espaços de gestão ao longo desse período (COSTA, 2007). Nesse sentido, o movimento feminista iniciou uma série de reivindicações com o objetivo de incorporar às políticas de saúde da mulher outras questões como gênero, trabalho, desigualdade, sexualidade, anticoncepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (MOURA, 2004).

Em todo esse processo histórico as ações não governamentais são reconhecidas como valiosas conquistas do movimento feminista brasileiro, apresentando fortes críticas pelas reduzidas atuações destinadas à assistência ocorridas ao longo da história de amparo à mulher em todo o seu ciclo vital.

As críticas desse movimento foram e tem sido muito importantes para a busca de identificação e apresentação de propostas para a política nacional em benefício das mulheres.

Hoje o enfoque dado às metodologias adotadas na atenção à saúde da mulher é direcionado para o estabelecimento de condições para sua valorização, na perspectiva que se desenvolva por si própria, com o favorecimento de oportunidades para demonstrar suas capacidades e de ter participação efetiva sobre a produção dos cuidados que lhes serão dispensados (COSTA, 2009).

Com o novo modelo de promoção a saúde no panorama da integralidade, a saúde da mulher emerge como uma das preocupações das políticas públicas de saúde, visto que no contexto das Conferências de Saúde.

Nota-se que as políticas de apoio à saúde da mulher representam temáticas importantes, nas quais a mulher passa a ser vista em sua integralidade, como sujeito autônomo e participativo nesse processo de decisão e formulação de políticas públicas, tendo em vista que à medida que a mulher é incluída nesse processo há garantia do atendimento de suas reais necessidades (FREITAS, 2009).

As últimas três décadas foram marcantes para a história das mulheres brasileiras que alcançaram progressos que modificaram o seu cotidiano nas políticas públicas de saúde. As demandas feministas entraram na agenda política do Brasil graças à intensa e ininterrupta ação dos movimentos de mulheres. Como demonstra no quadro 01.

**Quadro 01:** Políticas e Programas Propostos e Implementados para a Saúde da Mulher no Brasil

<u>Ano</u>	<u>Políticas e Programas</u>
1984	<b>Programa Integral de Assistência à Saúde da Mulher (PAISM)</b>
2000	<b>Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento</b>
2004	<p><b>**Plano Nacional de Políticas para as Mulheres/1ª edição</b></p> <p>O Plano está estruturado em torno de quatro áreas estratégicas de atuação: autonomia, igualdade no mundo do trabalho e cidadania; educação inclusiva e não sexista; saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos; e enfrentamento à violência contra as mulheres.</p>
2006	<b>Pacto Pela Saúde e pela Vida</b>
2007	<b>Plano Integrado de enfrentamento à Feminização da epidemia da Aids e outras DST</b>
2008	<b>**II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres</b>
2013/ 2015	<p><b>Plano Nacional de Políticas para as Mulheres</b></p> <p><b>(2013 uma década de existência)</b></p>

## **2.1 Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)**

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), foi um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil, O PAISM enquanto política de saúde surge como resposta aos problemas de saúde e às necessidades da população feminina (MATTOS, 2001).

No Brasil, os indicadores que retratam o *status* de saúde da população feminina expressam, de forma marcante, as desigualdades sociais e regionais que afetam a esperança de vida ao nascer, as taxas de morbimortalidade, a fecundidade e a natalidade.

Na década de 1980, é fortalecido o movimento social pela abertura democrática e entre suas pautas, havia a luta pela reforma sanitária, onde após discussão sobre o movimento com a sociedade organizada, é finalizada a proposta com os princípios e o conteúdo defendidos pelos grupos organizados de mulheres, culminando no lançamento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), no MS, em 1984 (BRASIL, 2004).

Representou a primeira iniciativa do Ministério da Saúde de incluir o planejamento familiar nas ações de atenção à saúde da mulher. Diante dos problemas relacionados à saúde da mulher no Brasil, tais como mortalidade materna, aborto, gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis (DST), o Ministério da Saúde decide lançar, em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

Dessa forma, a partir de 1984, o governo brasileiro assumiu, por meio de convenções pactos ou planos de ação, compromissos para garantir os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e homens com foco nas políticas públicas de saúde.

Neste contexto, a criação, em 1984, do PAISM foi considerada como a primeira política que reflete os anseios das mulheres, no que se refere à saúde sexual e reprodutiva. Além disso, serviu como uma estratégia para diminuição dos altos índices de mortalidade materna e infantil, representando um salto na qualidade da assistência à mulher (BRASIL, 1984; 2000a).

De acordo com Paim e Teixeira (2007), a ideia da Reforma Sanitária Brasileira na década de 80 foi formulada com os princípios da saúde enquanto direito e dever do Estado, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, com ênfase nas seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade.

O processo se iniciou em meados dos anos 70 e teve como liderança intelectual e política, o autodenominado “movimento sanitário”. Tratava-se de um grupo restrito de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor saúde. Este grupo influenciou fundamentalmente o âmbito acadêmico e pode ser considerado como o mentor do processo de reformulação do setor.

Os anos de 1980 e 90 foram palco de propostas de mudança na organização do sistema de saúde brasileiro. O movimento da Reforma Sanitária é considerado o ponto de partida das mudanças no campo da saúde, sendo que a Constituição Federal de 1988 materializou as discussões e propostas desse movimento, possibilitando a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), apontando diretrizes para organização da atenção e o cuidado à população (COSTA, 2004).

Afirma Mendes (2001), que antes da Reforma, milhões de brasileiros que não tinham carteira do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) e estavam entregues à caridade de entidades filantrópicas. Com a implantação do SUS, passaram a ter seus direitos à saúde garantida constitucionalmente.

As políticas públicas com fins sociais só começaram a surgir no Brasil no governo de Getúlio Vargas, essas políticas se desenvolveram no sistema previdenciário e trabalhista, nos campos da saúde, educação, saneamento básico, habitação e transporte.

As mudanças institucionais que ocorreram, a partir de 1930, moldaram a política pública brasileira (ALMEIDA, 2004). Segundo o relato de autores como Tyrrell e Carvalho (1995) e Martins (2001), esse movimento deu ênfase ao vínculo entre o setor saúde e a sociedade, aliando-se a correntes políticas e organizações sociais insatisfeitas com a sociedade instituída.

Nesse processo ao tratar sobre políticas públicas para a promoção da saúde da mulher, não se pode deixar de situá-la no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). A VIII Conferência de Saúde, considerada um marco na história da saúde pública brasileira, realizada em 1986, consagrou os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária.

De acordo com Faleiros (2000), esse movimento assinalou um processo democrático ao ter sistematizado e formalizado como proposta política as principais teses discutidas, entre elas, o conceito abrangente de saúde e seu reconhecimento como direito e dever do Estado cujas as propostas constituíram as ideias centrais da criação do SUS, concentrando as necessidades e expectativas da sociedade em relação à saúde, refletindo o que o país vivenciou no período de redemocratização.

A saúde é definida como um elemento da Seguridade Social que compreende “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, p. 103), cujos objetivos são universalidade, uniformidade, equidade, descentralização, entre outros.

Como resultado das diversas propostas em relação ao setor de saúde apresentadas na Assembleia Nacional Constituinte, a Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do SUS, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população (CONASS, 2003).

O SUS é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob a gestão pública, inserido no contexto das políticas públicas de seguridade social que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional na promoção dos direitos básicos de cidadania, com direção única em cada esfera de governo (FALEIROS, 2010).

Historicamente pode-se considerar que os avanços do SUS são conquistas das muitas lutas populares em seus enfrentamentos ao Estado brasileiro, a relação governo e sociedade sempre produziu muitos tensionamentos e conflitos, no entanto, há muito ainda o que fazer neste longo caminho da luta pela efetivação dos princípios do SUS.

O desafio está em garantir transparência e publicidade das políticas do SUS, bem como a necessidade de fortalecer a participação popular para muito além dos processos que a formalidade da lei exige que é o controle social.

Na essência, segundo os estudos de Silva, Sarreta e Betani (2007), do ponto de vista formal, o Controle Social está amparado na Lei 8142/1990. Exercido principalmente por meio das Conferências e Conselhos de Saúde nas três esferas da gestão governamental, o seu caráter deliberativo, permanente e de composição paritária entre usuários e outras representações (governos/prestadores de serviços trabalhadores de saúde,) esse tripé, base de sustentação do SUS, indica, em seu conteúdo, que todas as pessoas têm direito ao atendimento às suas necessidades.

No âmbito da consolidação das políticas de saúde tem sido um grande desafio para o SUS 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 (BRASIL, 2007).

No entanto, destaca-se que as concepções sobre a saúde das mulheres no Brasil avançaram muito nos últimos 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 (BRASIL, 2011).

### **2.1.1 Propostas e Ações**

O PAISM, segundo Nascimento (1992), objetivava atender à mulher de modo integral, e não mais apenas durante o ciclo gravídico-puerperal, como reflexo de uma mudança na condição e nos papéis desempenhados pela mulher na sociedade.

Os princípios e as diretrizes dessa nova proposta segundo Brasil (2004) foram discutidos em parceria com diversos segmentos da sociedade, em especial, com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadores rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional.

Demonstra a preocupação em adotar políticas consoantes às necessidades das mulheres brasileiras e, assim, reduzir os índices de morbidade e de mortalidade por causas preveníveis e evitáveis, o que não aconteceu na gênese das políticas anteriores.

Além disso, esse documento consolidam avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual.

Propõe-se também a contemplar áreas como: prevenção e tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico (BRASIL, 2004).

A assistência do PAISM preconizada no ano de 1984 contempla a população feminina acima de 10 até 50 anos de idade constituindo assim um segmento social representativo para a elaboração de políticas de saúde.

O início da assistência à saúde feminina aos 10 anos é fundamentado em estatísticas de mortalidade materna do País e na iniciação sexual precoce, onde as brasileiras em idade acima de 10 anos configuram uma população estimada em 73.837.876 cidadãos, e cerca de 70% dessas são usuárias do SUS (BRASIL, 2003, 2004a; ALEXANDRE, 2007; MANDÚ, ANTIQUEIRA, LANZA, 2009).



Dessa forma, o PAISM se fundamentou nos princípios doutrinários do SUS (integralidade, universalidade e equidade) e na inclusão da discussão de gênero, com ênfase no campo dos direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2004a).

A mulher, a partir de então, é vista em sua integralidade como sujeito biopsicossocial e participativo no processo de decisão para a formulação de políticas públicas, tendo em vista que, à medida que a mulher é incluída nesse processo, há garantia do atendimento de suas reais necessidades, aumentando a qualidade da assistência (BRASIL, 2004).

## **2.2 Programa Nacional de Humanização Pré-Natal e Nascimento**

Em 01 de junho de 2000, através das Portarias/GM nº 569 (BRASIL, 2000), foi instituído pelo Ministério da Saúde, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento baseado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto.

Para Silva, Cecatti e Serruya (2005), o PHPN ainda necessita avançar mais em sua execução, para melhorar o seu impacto na saúde das mulheres, pois sua implementação de forma abrangente pode proporcionar resultados superiores ao padrão atual, permitindo grandes avanços na redução da morte materna e neonatal.

O Programa nacional de humanização ao Parto e Nascimento tem como foco principal a busca pela redução das altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal adotando medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal buscando ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco (BRASIL, 2005).

Este programa, que atualmente está inserido à Política Nacional de Humanização da atenção e gestão no Sistema Único de Saúde Humaniza SUS (BRASIL, 2004), colocou em discussão a atenção pré-natal, buscando redefinir as bases conceituais e as práticas assistenciais.

Onde sua consonância com a discussão de modelos de assistência pré-natal, que tem sido ampla e recorrente, uma vez que esta atenção é praticada em todo mundo. No conjunto de medidas tomadas pelo Ministério da Saúde o Programa

deveria somar-se a outras importantes estratégias já em andamento para a melhoria da assistência obstétrica (SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004b).

Contudo registra-se a inadequação da utilização dos cuidados pré-natais onde está associada com fatores de natureza social, agravada por desigualdades socioeconômicas, o que complica mais as soluções para a construção de um modelo apropriado e de melhores resultados.

Considerando que os indicadores de mortalidade materna e infantil no Brasil ainda são elevados, principalmente em relação aos países mais desenvolvidos e o compromisso internacional assumido pelo Brasil de cumprimento dos Objetivos das Metas de Desenvolvimento do Milênio constituem hoje o eixo central de debates e investimento das Nações Unidas onde o Ministério da Saúde reformulou programas que envolvem as Secretarias Municipais e Estaduais de saúde, entre outras instituições, para o desenvolvimento das diversas ações.

Essa iniciativa mundial foi a Declaração do Milênio das Nações Unidas, assinada por representantes de 191 países, na Cúpula do Milênio, realizada em setembro de 2000, em Nova York.

Esse documento define oito metas visando desenvolvimento, melhor qualidade de vida e atender às necessidades da população mundial. Dentre elas, destaca-se a quinta meta, Melhorar a Saúde Materna, que tem por objetivo reduzir a 75% a taxa de mortalidade materna até 2015 (BRASIL, 2004).

De acordo com o Relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no ano de 2013, divulgado pela Organização das Nações Unidas (ONU), o mundo não alcançará à meta de redução da mortalidade materna, segundo dados dos países em desenvolvimento, a mortalidade materna caiu de 440 para 240 óbitos por 100 mil nascidos vivos, uma redução de 45% entre 1990 e 2010.

Na América Latina, que apresenta situação consideravelmente melhor, o percentual de queda foi semelhante: 45%, passando de 130 para 72 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos.

O Brasil também enfrenta grandes desafios para alcançar a redução da mortalidade materna na magnitude preconizada pela meta é importante ressaltar, no entanto, que o desempenho do País foi melhor que as médias registradas nas nações em desenvolvimento e na América Latina. De 1990 a 2011, a taxa de

mortalidade materna brasileira caiu em 55%, passando de 141 para 64 óbitos por 100 mil nascidos vivos.

### **2.2.1 Propostas e Ações**

Algumas propostas e ações são os programas governamentais que foram criados pelo Ministério da Saúde do Brasil, com o intuito de reduzir a taxa de morbimortalidade materna e perinatal, em concordância com o Plano de Ação Regional para Redução da Mortalidade Materna da Organização Pan-Americana de Saúde.

Os desafios foram enormes para se alcançar os objetivos do milênio com os quais o Brasil, se comprometeu em relação à mortalidade materna.

Segundo Leal (2008), continua a necessidade de:

1. Alcançar a cobertura integral de atenção ao pré-natal e ao parto;
2. Melhorar a qualidade da atenção prestada durante a gestação e o momento do nascimento;
3. Diminuir as complicações decorrentes da gravidez indesejada, por meio de uma política adequada de reprodução;
4. Conceder poder institucional e político aos comitês de morte materna de forma que possam cumprir melhor suas funções;

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento estão estruturados nos seguintes princípios:

- 1-Toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- 2-Toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- 3-Toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica;
- 4-Todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura.

Em relação ao adequado acompanhamento pré-natal e assistência à gestante e a puérpera deverão ser realizadas as seguintes atividades:

1- Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4.º mês de gestação;

2- Garantir os seguintes procedimentos:

2.1- Realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação.

2.2- Realização de uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento.

2.3- Realização de exames laboratoriais.

Todavia, apesar dos esforços contínuos, da implantação e implementação de ações e programas, a atenção à saúde da mulher chega ao final da primeira década do século XXI fragmentada, pouco resolutiva, com a maioria das mulheres ainda encontrando dificuldades de acesso e de vínculo com serviços de saúde, alimentando elevadas taxas de morbimortalidade (BRASIL, 2012).

### **2.3 Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**

O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, segundo seus idealizadores, está em consonância com os pressupostos dos instrumentos reguladores da democracia no Brasil, ou seja, a Constituição da República, a legislação brasileira e os acordos internacionais na área dos direitos humanos e dos direitos humanos assinados pelo Brasil (CNPM, 2004).

O I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres foi construído com base nos resultados da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres e reafirmou o comprometimento do Governo Federal, e dos demais entes governamentais, com a incorporação da perspectiva de gênero e raça nas políticas públicas reconhecendo

e enfrentando as desigualdades entre homens e mulheres, negros e negras, no contexto do projeto político de gestão governamental.

A elaboração do PNPM foi iniciada a partir do Decreto Presidencial de 15 de julho de 2004, que instituiu o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), sob a Coordenação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.

A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher, objetiva promover melhorias das condições de vida das mulheres mediante garantia de direitos e ampliação dos serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde.

Nesta perspectiva a assistência a mulher negra também é pautada nas políticas de assistência a mulher sobre a ótica de promover equidade junto a esse grupo até então não amparado nessas políticas, estudos sobre a mortalidade de mulheres em idade de 10 a 49 anos busca contribuir na definição de estratégias de ação locais que levem à melhoria da qualidade da atenção em todo o país (BRASIL, 2008).

Entretanto, é preciso reconhecer 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.

Um desafio que se apresenta diz respeito a gestão e o monitoramento do Plano que tem como fundamento a transversalidade de gênero. A gestão transversal é um dos grandes desafios para a administração pública como um todo, pois sua característica é a articulação horizontal e não hierárquica, buscando com isso influenciar o desenho, a formulação, a execução e a avaliação do conjunto das políticas públicas (PINTO, 2006).

### **2.3.1 Propostas e Ações**

Estruturado em torno de quatro áreas estratégicas de atuação autonomia, igualdade no mundo do trabalho e cidadania; educação inclusiva e não sexista; saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos; e, enfrentamento à violência contra as mulheres o processo de elaboração do plano contou com a participação de representantes dos poderes executivos estaduais e municipais,

diversos ministérios e secretarias especiais, além de organizações de mulheres e feministas.

Em relação a essas áreas, estão contempladas as políticas e ações que devem ser desenvolvidas ou aprofundadas para que mudanças qualitativas e quantitativas se efetivem na vida das mulheres brasileiras.

Preocupações quanto ao tráfico de pessoas, violência doméstica e sexual, doenças sexualmente transmissíveis passam a ter suas discursões ampliadas e debatidas através de ações documentadas dentro das políticas nacionais, objetivando instrumentalizar profissionais e usuários em todo o território brasileiro (BRASIL, 2011).

Priorizando a necessidade de desenvolver ações que permitam a igualdade de oportunidade ao acesso à educação, ao trabalho, à remuneração e ao lazer; intensificar políticas que valorizem a imagem da mulher negra nos meios de comunicação.

Melhorar a qualidade de vida das mulheres negras e trabalhadoras rurais no meio rural, urbano, comunidades tradicionais e assentamentos, produzir e sistematizar dados e indicadores relativos à realidade e à diversidade das mulheres.

Destinar recursos para atividades ocupacionais que visem à equidade de gênero, raça/etnia e garantir os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Considerando o recorte de raça/etnia e estabelecer uma política de enfrentamento à violência contra a mulher que considere a realidade das mulheres dos grupos étnica e racialmente discriminados.

Com base nos resultados da II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, realizada em agosto de 2007, no Plano Plurianual 2008-2011 e na Agenda Social do governo, sob a coordenação da Secretaria de Políticas para as Mulheres em parceria com representantes de mecanismos governamentais estaduais e municipais de políticas para as mulheres e do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, elaboraram o II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.

Nesse contexto, há de se considerar que no Brasil houve melhoras na situação das mulheres, sobretudo no campo dos direitos segundo as leis da saúde, onde as críticas desse movimento foram muito importantes para a busca de identificação e apresentação de propostas na agenda política nacional em benefício das mulheres (BRASIL, 2004).

No campo de acesso as diretrizes da nova política abarcam as necessidades das mulheres a partir da perspectiva de gênero, contemplando a promoção de saúde, as necessidades da população feminina, a prevenção e o controle de patologias mais prevalentes e a garantia do direito à saúde (BRASIL, 2004a).

Apesar dos avanços segundo Brasil (2004), a Área Técnica da Saúde da Mulher identifica lacunas e necessidades de ampliação pois os desafios e problemas a serem superados na saúde da mulher são vários principalmente no ciclo gravídico.

Entre os desafios a serem superados estão a infertilidade e reprodução assistida, a saúde da mulher na adolescência, as doenças crônicas degenerativas, a saúde ocupacional, a saúde mental, as deficientes, as negras, as mulheres rurais, indígenas, presidiárias e lésbicas e a participação nas discussões e atividades da saúde da mulher e o meio ambiente.

Na maioria das políticas do SUS, a responsabilidade para a sua implementação é compartilhada entre as três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal), envolvendo, naturalmente, o MS, as Secretarias Estaduais e as Municipais de saúde, de acordo com as atribuições e competências de cada instância (BRASIL, 2010).

#### **2.4 Pacto pela Saúde e pela Vida**

O Pacto pela Saúde e pela Vida foi realizado no dia 9 de fevereiro de 2006, na perspectiva de superar as dificuldades apontadas pelos gestores do SUS, onde é um instrumento que busca produzir mudanças significativas nas normativas do SUS .

Comporta três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. Tem como “finalidade a qualificação da gestão pública do SUS, buscando maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas” (CONASS, 2006, p. 26).

A criação do Pacto pela Saúde e pela Vida se fundamentou também na Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, instituída a partir da Portaria GM/MS nº 1559/2008, tem como finalidade orientar os entes federados para que sejam organizados redes e fluxos assistenciais provendo acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde no âmbito de uma rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 2008).

Essa política reforça a necessidade de se estruturar as ações de regulação, controle e avaliação, bem como o fortalecimento dos instrumentos de gestão do SUS. O Pacto pela saúde está organizado em três dimensões, compreendendo metas sanitárias mobilizadoras partindo de compromissos sanitários e de gestão que deverão ser atingidos pelo SUS. Está estruturada em uma política de resultados à medida que trabalha com a proposição de metas que mostrem a realidade de cada estado ou município, respeitando compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados (CONASS; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

#### **2.4 Propostas e Ações**

O Pacto pela Vida estabelece seis prioridades com definição de objetivos e metas: saúde do idoso; controle do câncer do colo do útero e da mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias; promoção da Saúde e fortalecimento da Atenção Básica, com a finalidade de qualificar a assistência.

É certo que a saúde da mulher está coberta por todas as outras prioridades, entretanto, três indicadores ligados diretamente a essa linha de cuidado se destacam pela sua importância na avaliação das condições de saúde: o controle do câncer do colo de útero e de mama, bem como a redução da mortalidade infantil e materna (BRASIL, 2009).

Ainda vale destacar que a Política da Saúde da Mulher deve ser adaptada conforme ocorrências epidemiológicas das diferentes regiões brasileiras abraçando as diretrizes do SUS, a fim de torná-las viáveis e causar maior impacto no processo saúde-doença da mulher (BRASIL, 2004).

Todavia, é um processo que precisa ser aprendido e compartilhado por todos os envolvidos, pois esta é a forma que se apresenta a política pública de saúde em busca de resultados sanitários efetivos para as necessidades de saúde da mulher.



## **2.5 Plano Integrado de Enfrentamento a feminização da Epidemia da AIDS/HIV e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)**

Trata-se de uma iniciativa interministerial, envolvendo a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e o Ministério da Saúde, o Plano foi lançado no mês de março no ano 2007 em comemoração ao Dia Internacional da Mulher.

O objetivo é enfrentar a feminização da epidemia de AIDS e outras DST a partir da redução das vulnerabilidades que atingem as mulheres, por meio de ações integradas e intersetoriais nas esferas federal, estadual e municipal, envolvendo instituições governamentais, não governamentais e movimentos sociais (Brasil, 2007). O principal desafio social e programático a ser considerado é traduzir as soluções para a superação dos diferentes contextos de vulnerabilidade das mulheres as DST e HIV/AIDS em ações concretas, que assegurem o acesso aos métodos de prevenção disponíveis nos sistema de saúde e, no caso de exposição a um determinado agravo, tenham a garantia de assistência de qualidade.

Evidencia-se, portanto, diante desse cenário, a necessidade de conhecer quem são essas mulheres em suas características culturais, sociais, econômicas e comportamentais, no sentido de buscar apreender como estas dimensões se articula e propicia o crescimento da epidemia entre as mulheres.

É preciso reconhecer as especificidades regionais e culturais no que se refere às representações em relação ao cuidado com o corpo, à sexualidade e em relação ao adoecimento e suas consequências sociais para assim compreender a real e complexa dinâmica da epidemia e estabelecer uma fundamentação mais realista das ações preventivas e terapêuticas.

### **2.5.1 Propostas e Ações**

O Plano tem como marcas o reconhecimento de que as desigualdades de gênero, em interação com a pobreza, o racismo, o estigma e a discriminação relacionados à orientação sexual e identidade de gênero, à vida com HIV e à pessoa com deficiência, ao estilo de vida, à prostituição e todas as formas de violência contra as mulheres, incrementam as vulnerabilidades das adolescentes, jovens, adultas e idosas às DST e ao HIV.

Objetivo Geral: Enfrentar a feminização da epidemia do HIV/AIDS e outras DST por meio da redução das vulnerabilidades que atingem as mulheres, estabelecendo políticas de prevenção, promoção e atenção integral.

Objetivos específicos:

1. Promover o acesso universal à atenção integral em DST/AIDS para as mulheres;
2. Reduzir a morbidade das mulheres relacionadas as DST;
3. Reduzir os índices de violência sexual e doméstica contra as mulheres;
4. Reduzir a Transmissão Vertical do HIV e da sífilis;
5. Promover a qualidade de vida das mulheres vivendo com HIV/aids, no âmbito dos direitos humanos, direitos sexuais e direitos reprodutivos.

Por essas razões, é de fundamental importância a inserção de atividades voltadas para a sensibilização e envolvimento dos homens nas estratégias de prevenção das DST/AIDS e do enfrentamento da violência contra a mulher durante todo o processo de implantação e implementação do Plano (Brasil,2007).

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

Os principais avanços em direção à institucionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher é sua implementação onde houve a maior inserção da temática de gênero, raça/etnia no processo de elaboração do orçamento e planejamento do governo com a criação de organismos governamentais estaduais e municipais para coordenação e gerenciamento das políticas para as mulheres e os avanços na incorporação da transversalidade de gênero nas políticas públicas.

Mereceu destaque, ainda, a promulgação da Lei n o 11.340/ 2006 (Lei Maria da Penha), a criação da Comissão Tripartite para a Revisão da Legislação Punitiva contra o Aborto o aumento de crédito das mulheres rurais e a política nacional de direitos sexuais e direitos reprodutivos, entre outros.

Esta mesma avaliação indicou como principais insuficiências que necessitam ser superadas que estão a não existência de organismos de políticas para as mulheres em inúmeros governos estaduais e na maioria dos governos municipais o baixo orçamento para as políticas para as mulheres.

A criminalização do aborto a falta de dados a baixa incorporação da transversalidade de gênero nas políticas públicas a ausência de compartilhamento, entre mulheres e homens, das tarefas do trabalho doméstico e de cuidados a fragilidade dos mecanismos institucionais de políticas para as mulheres existentes entre vários outros fatores.

Já o II PNPM amplia e aprofunda o campo de atuação do governo federal nas políticas públicas para as mulheres, incluindo seis novas áreas estratégicas que irão se somar àquelas já existentes no I Plano.

Participação das mulheres nos espaços de poder e decisão, desenvolvimento sustentável no meio rural, na cidade e na floresta, com garantia de justiça ambiental, inclusão social, soberania e segurança alimentar, direito à terra, moradia digna e infraestrutura social nos meios rural e urbano, considerando as comunidades tradicionais, cultura, comunicação e mídia não discriminatórias, enfrentamento ao racismo, sexismo, lesbofobia e enfrentamento às desigualdades geracionais que atingem as mulheres, com especial atenção às jovens e idosas.

Sendo o II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres uma expressão inequívoca do compromisso do governo brasileiro com a igualdade e a justiça social

para todos e todas, responde não apenas à mobilização da sociedade brasileira para a ampliação da perspectiva de gênero e raça/etnia nas ações desenvolvidas pelo Estado, mas também ao reconhecimento por parte deste governo de que as políticas de promoção da igualdade e de valorização das diversidades.

Como podemos observar encontra-se em permanente processo de construção e aperfeiçoamento, e se constituem em responsabilidade de todos os órgãos que o integram.

O PNPM 2013-2015 constitui-se em um elemento estrutural da configuração de um Estado democrático, onde contribui para o fortalecimento e a institucionalização da Política Nacional para as Mulheres aprovada a partir de 2004, e referendada em 2007 e em 2011, pelas respectivas conferências.

Como um plano nacional, reafirma os princípios orientadores da Política Nacional para as Mulheres, nesse movimento, reforçou-se o compromisso com o Eixo 9 – que trata do enfrentamento do racismo, sexismo e lesbofobia, uma das resoluções da 3ª Conferência, em função da sua relevância e permanência.

O compromisso com o fortalecimento das ações desse eixo foi materializado com a criação de uma Coordenação da Diversidade junto à Secretaria de Articulação Institucional e Ações Temáticas (Saiat), assim como de uma assessoria voltada às questões das mulheres do campo e da floresta, partes integrantes da SPM, para que estas questões tenham um acompanhamento diário e mais próximo.

Nesse novo cenário político, reivindicações históricas, como a construção de creches e o enfrentamento massivo à violência contra as mulheres, ganham força e concretude em um contexto mais amplo.

As políticas públicas para as mulheres assumem significados distintos, ora indicando um campo de atividade, ora um propósito político, efetivando programas de ação com resultados específicos.

As políticas públicas podem ser definidas como respostas do Estado a problemas que emergem na saúde, e como são consolidadas em conjuntos de diretrizes, medidas e procedimentos que explicitam o posicionamento político do Estado frente a problemas que são considerados de interesse público (TEIXEIRA, 1997; LUCHESE, 2004; SAMPAIO, ARAUJO, 2006).

O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres coroa, como política pública, o esforço das mulheres brasileiras em sua busca incessante por equidade e

igualdade, ressaltando as especificidades raciais, étnicas, geracionais, regionais e de orientação sexual.

A importância que cada um desses temas tem para configuração das políticas públicas para as mulheres vem de modo a torná-las igualmente beneficiárias dos avanços a serem conquistados pela luta coletiva das mulheres.

Neste desafio da luta pela busca da prestação de serviços de qualidade ainda são colocados diversos obstáculos, quando olhamos para a organização dos serviços de saúde na perspectiva da atenção integral a saúde da mulher.

Compete às autoridades governamentais da área da saúde viabilizar reestruturações dos serviços do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de dar resolutividade a este desafio, demonstrando uma resposta efetiva aos problemas de saúde mais frequentes, ou seja, proporcionando melhor qualidade na assistência à mulher (OBA; TAVARES, 2001).

Criar cuidados de saúde para a mulher como um todo, na expressão de suas necessidades e problemas, independente da fase do ciclo vital ou da sua condição como trabalhadora e mulher, considerando uma lógica de ação que nos direcione a apreender as necessidades individuais e coletivas das mulheres, em todo seu contexto.

Apesar desse avanço no cotidiano da saúde da mulher tem demonstrado falhas, avanços e retrocessos, ou seja, se no primeiro plano diz-se buscar a garantia de atendimento integral, no plano prático ainda se reproduz ações fragmentadas dos programas e campanhas tradicionais, não repercutindo na melhoria do atendimento em todas as áreas que deveriam atender às mulheres.

Nesse sentido, continua sendo fundamental a realização de debates que identifiquem estas situações, mostrando assim os desafios e as lacunas existentes nas políticas de saúde enfrentadas pelos municípios e estados no âmbito do SUS.

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 (LEITE, 2009).

### **2.6.1 Propostas e Ações**

O quadro 02 reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuem para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preventivas e evitáveis.

**Quadro 02:** Ações Voltadas para a Saúde da Mulher: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres

<b><u>Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes</u></b>	<b><u>Plano Nacional de Políticas para as Mulheres/PNPM</u></b>
<p>Considera Gênero/Integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual.</p> <p>Enfatiza prevenção e tratamentos de mulheres com HIV/aids, portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e câncer ginecológico.</p> <p>Amplia ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades.</p>	<p>Promove autonomia das mulheres em todas as dimensões da vida;</p> <p>Busca de igualdade efetiva entre mulheres e homens, em todos os âmbitos.</p> <p>Respeito a diversidade e combate a todas as formas de discriminação.</p> <p>Possui caráter laico do Estado: universalidade dos serviços e benefícios ofertados pelo Estado; participação ativa das mulheres em todas as fases das políticas públicas; e transversalidade como princípio orientador de todas as políticas públicas.</p>

**Fonte:** Secretária de Políticas Para as Mulheres

Um desafio que se apresenta diz respeito a gestão e o monitoramento do Plano que tem como fundamento a transversalidade de gênero, pois a gestão transversal é um dos grandes desafios para a administração pública como um todo, pois sua característica é a articulação horizontal e não hierárquica, buscando com isso influenciar o desenho, a formulação, a execução e a avaliação do conjunto das políticas públicas (PINTO, 2006).

### 3. MORBIMORTALIDADE DA MULHER NO BRASIL E NO ESTADO DE GOIÁS

*A felicidade consiste em três pontos:*

*Trabalho, paz e saúde.*  
(Abílio Guerra Junqueiro)

O Brasil vem sofrendo grandes mudanças em seu perfil demográfico, consequência, entre outros fatores, do processo de crescimento populacional, da industrialização e dos avanços da ciência e da tecnologia.

Essas novas características da sociedade brasileira unem-se os novos estilos de vida e a exposição, ainda mais intensa, a fatores de risco próprios deste mundo contemporâneo em que vivemos.

Esse processo de mudança demográfica, denominado do envelhecimento da população, associado à transformação nas relações entre as pessoas e seu ambiente, trouxe uma alteração importante no perfil de morbimortalidade, diminuindo a ocorrência das doenças infectocontagiosas e colocando as doenças crônico-degenerativas como centro de atenção dos problemas de doença e morte da população brasileira.

Os indicadores epidemiológicos do Brasil mostram uma realidade na qual convivem doenças dos países desenvolvidos (cardiovasculares e crônico-degenerativas) com aquelas típicas do mundo subdesenvolvido (mortalidade materna e desnutrição). Os padrões de morbimortalidade encontrados nas mulheres revelam também essa mistura de doenças, que seguem as diferenças de desenvolvimento regional e de classe social (BRASIL, 2004).

No Brasil e no Estado de Goiás as mulheres influenciam na determinação dos dados de morbimortalidade, uma vez que a maioria da população é feminina onde essa condição traz desigualdades nas áreas sociais como violência, baixa remuneração e dupla jornada de trabalho, desencadeando danos à saúde da mulher e contribuindo com maior demanda das ações de saúde, como usuária do SUS.

Em consequência desses fatores estão os problemas de saúde das mulheres, onde hoje há uma grande incidência das morbidades intrinsecamente femininas: como câncer de mama, colo útero e a vulnerabilidade à violência doméstica e sexual e um alto índice de HIV/AIDS. Quadro 3

**Quadro 3:** Principais Causas de Mortalidade na População Feminina no Brasil.

Patologias	%	Causas do óbito
------------	---	-----------------

	2000	2010	
Doenças do aparelho circulatório	36,6	34,2	Infarto agudo do miocárdio/Acidente vascular cerebral
Aparelho respiratório	11,8	12,3	Pneumonia
Endócrinas, nutricionais e metabólicas.	8,1	8,7	Diabetes
Neoplasias femininas	16,1	17,1	Mama /pulmão /Colo do útero
HIV/AIDS	23,9	33,3	Doenças oportunistas/TB/PNM
Morte Materna	54,73	65,38	Hipertensão Gestacional, Hemorragia, Aborto, Infecção pós-parto e Doenças circulatórias.
Violência / Mulher	5,41	5,4	Agressões físicas/homicídio
Outras causas	22,6	21,8	Acidentes/ homicídios

**Fonte:** SIM/DATASUS/MS/2010.

No Brasil, as principais causas de morte da população feminina são as doenças cardiovasculares, destacando-se o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral; as neoplasias, principalmente o câncer de mama, de pulmão e o de colo do útero; as doenças do aparelho respiratório, marcadamente as pneumonias (que podem estar encobrendo casos de aids não diagnosticados); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com destaque para o diabetes; e as causas externas (BRASIL, 2000).

### 3.1 Doenças Relacionadas ao Aparelho Circulatório Feminino



As doenças do aparelho circulatório são uma das principais causas de morte entre as brasileiras, com predomínio da doença isquêmica do coração e da doença cerebrovascular (BRASIL, 2011). Vários fatores estão associados entre eles, a elevação da expectativa de vida, o aumento da participação das faixas etárias idosas no total da população e as alterações nos hábitos e modo de vida da população nas últimas décadas contribuem para o predomínio das doenças circulatórias como causa de morte.

Segundo o DATASUS, as doenças circulatórias representam um problema de saúde pública, pois são a segunda causa de internação, superadas apenas pelas internações por parto e suas complicações.

A grande maioria das patologias circulatórias são evitáveis, se houver controle dos fatores de risco, diagnóstico precoce, acompanhamento médico e adequada cobertura de serviços de saúde. Onde há uma necessidade de análises setoriais da mortalidade por doenças circulatórias na população brasileira, facilitando a implantação de políticas de atenção à saúde do ponto de vista cardiovascular, devido ser uma patologia com um alto índice de mortalidade (DATASUS, ).

Quadro 4 é evidenciado os dados de óbitos causados por doenças do aparelho circulatório.

**Quadro 4:** Distribuição do Percentual dos Óbitos Segundo Grandes Grupos de Causas/CID10/2008

<b>Causas de Óbitos Ano 2008</b>	<b>Regiões</b>		
	<b>Brasil</b>	<b>Centro-Oeste</b>	<b>Goiás</b>
Patologias e			
Infecciosas e Parasitárias	4,40	4,80	5,15
Aparelho digestivo	5,14	5,44	5,76
Doenças Endócrinas, nutricionais e Metabólicas	5,97	5,35	4,94
Neoplasias	15,59	14,84	13,45
Aparelho Circulatório	29,48	28,78	28,43

**Fonte:** MS/SVS/SIM/2008

Nos dias atuais são preconizados que eliminem o consumo de cigarro, evitem a ingestão de gorduras animais, controle da pressão arterial, praticar atividades físicas regularmente e reduzir o excesso de peso são algumas das

medidas preventivas que podem diminuir a incidência das doenças circulatórias e aumentar a expectativa de vida com qualidade.

As informações devem ser claras e objetivas, não só para o planejamento e a programação de ações voltadas para a melhoria da saúde da população, mas também para a sua conscientização buscando uma vida saudável longe dos agravos que estas patologias podem trazer.

### **3.2 Neoplasias Femininas e Doenças Crônicas não Transmissíveis**

No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem o problema de saúde de maior magnitude e corresponde um elevado índice de causa de morte, onde atingem indivíduos de todos os perfis socioeconômicos e, de maneira mais intensa, afeta mais as pessoas de baixa renda, por estarem mais expostas aos fatores de risco e por terem menor acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

As DCNT com maior prevalência são o diabetes, hipertensão, alguns tipos de câncer e doenças respiratórias crônicas (Alwan et al. 2010).

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), o câncer é considerado um problema de saúde pública, no Brasil e no mundo, por sua alta incidência e prevalência, alto custo financeiro destinado à detecção, diagnóstico e ao tratamento.

O câncer, assim como outras doenças crônicas não transmissíveis, vem se tornando cada vez mais comuns no mundo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, no ano 2030, podem-se esperar 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer.

O câncer de mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos. Em 2012, esperam-se, para o Brasil, 52.680 casos novos de câncer

da mama, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres (INCA 2011).

Apesar de ser considerado um câncer de relativamente bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer da mama continuam elevadas no Brasil, o câncer de mama, quando identificado em estádios iniciais, apresenta prognóstico mais favorável e a cura pode chegar a 100% (INCA 2011). Estima-se que cerca de 25% a 30% das mortes por câncer de mama o são na população entre 50 e 69 anos e podem ser evitadas com estratégias de rastreamento populacional que garantam alta cobertura da população-alvo, qualidade dos exames e tratamento adequado (WHO, 2008).

Alguns estudos há relatos que alguns países implantaram programas efetivos de rastreamento ao câncer de mama e tiveram a mortalidade por esse tipo de câncer reduzido.

O câncer do colo uterino é um importante problema de saúde pública no mundo, corresponde a cerca de 15% de todos os tipos de neoplasias femininas, sendo o segundo câncer de maior frequência em mulheres no mundo (MARTINS et al., 2005).

As taxas de incidência estimada e de mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil apresentam valores intermediários em relação aos países em desenvolvimento, porém são elevadas quando comparadas as de países desenvolvidos com programas de detecção precoce bem estruturado (BRASIL, 2010). Podemos observar estas taxas no quadro 5.

**Quadro 5** : Taxa de Incidência Anual de Câncer de Mama e Colo Uterino por 100.000 habitantes. No Sexo feminino, por localização, no Brasil e na Região Centro-Oeste.

ANO	BRASIL		REGIÃO Centro-Oeste	
	Câncer de Mama	Câncer de Colo de Útero	Câncer de Mama	Câncer de Colo de Útero
1997	30,08	27,58	31,42	42,79
1998	44,00	29,20	36,40	32,50
1999	39,58	26,28	34,06	30,34
2000	33,58	20,48	23,15	17,75
2010/2011	49,27	18,47	37,68	19,85
2012/2013	52,50	17,49	47,56	27,71

Fonte: DATASUS/RIPASA

Como podemos observar os dados apresentados, o câncer de mama hoje é uma doença de extrema importância para a saúde pública, buscando medidas que promovam o seu diagnóstico precoce e, conseqüentemente, a redução em sua morbimortalidade.

Os dados sugerem a necessidade de estratégias para o diagnóstico precoce das lesões cancerígenas, mediante a realização de exames de mama e colpocitológicos.

Nesse sentido, torna-se imprescindível a educação em saúde, por meio de campanhas educativas e orientações ambulatoriais que envolvem o autoexame de mama e preventivo que são importantes para o controle dessas patologias (DAVIM *et al.*, 2003; SCLOWITZ *et al.*, 2005).

### 3.3 HIV/AIDS e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) na Mulher

A epidemia de HIV/AIDS emergiu como um dos mais importantes problemas de saúde pública das últimas décadas, tornando-se um foco para iniciativas de políticas públicas e para a organização da sociedade civil no Brasil.

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), conhecidas por doenças venéreas, são transmitidas essencialmente pelo contato direto, mantido através de relações sexuais onde o parceiro ou parceira necessariamente porta a doença.

Os principais agentes patogênicos são os vírus, as bactérias e os fungos e essas doenças acometem principalmente o público jovem como consequência de vários fatores de relevância familiar e governamental a promiscuidade individual com a saúde e a carência ou mesmo a falta de programas educativos.

A resposta brasileira à epidemia da Aids e das DSTs, foram construídas sobre princípios fundamentais, que se expressam tanto na implementação dos diversos programas governamentais, como na mobilização da sociedade civil e do controle social preconizados nos princípios do SUS (BRASIL, 2008).

Os danos mais graves à saúde causados pelas DST, excetuando-se o HIV, tendem a ocorrer em mulheres e em recém-nascidos, pois as complicações nas mulheres incluem a doença inflamatória pélvica (DIP), tendo como consequência à infertilidade, a dor crônica, a gravidez ectópica.

Podendo causar a mortalidade materna associada e o câncer de colo uterino, pela estreita correlação dessa patologia com alguns subtipos do HPV e com a imunodeficiência promovida pela infecção por HIV (BRASIL, 2004).

Dados recentes publicados pelo World Health Organization (WHO, 2009) revelam que a pandemia da AIDS continua em crescimento, comprovada pelo acréscimo de 2,7 milhões de novos casos em 2008, perfazendo um total 33,4 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo.

De 1980 até junho de 2008, foram notificados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde, 506.499 casos de AIDS, dos quais 305.725 estão concentrados na Região Sudeste, correspondendo a 60% do total. Importante ressaltar que a Região Sudeste apresenta um percentual de 12% de subnotificação (BRASIL, 2008).

De acordo com dados do Boletim Epidemiológico – AIDS e DST (2008), a transmissão por via sexual continua sendo o principal meio de disseminação da

doença. Entre os homens, responde por 73,1% dos casos notificados em 2008 até final do mês de junho, e, nas mulheres, esse valor sobe para 96,3%. Importante destacar que os 96,3% dos casos de AIDS no sexo feminino correspondem à categoria de exposição heterossexual.

Essa diferença entre as taxas reafirma que, apesar das inúmeras iniciativas, a desigualdade entre os gêneros ainda é marcante em nossa sociedade, tanto em termos políticos quanto culturais e socioeconômicos (BRASIL, 2008).

A proporção de casos masculinos notificados caiu de 90,1%, de 1980 a 1988, para 61,71% entre 2005 e julho de 2008, evidenciando-se uma redução de 28,39%. Já entre as mulheres, a proporção de casos elevou-se de 9,9% para 38,29%, nos períodos citados, o que representou uma diferença de 28,39%, porém no sentido inverso ao do grupo masculino (BRASIL, 2008).

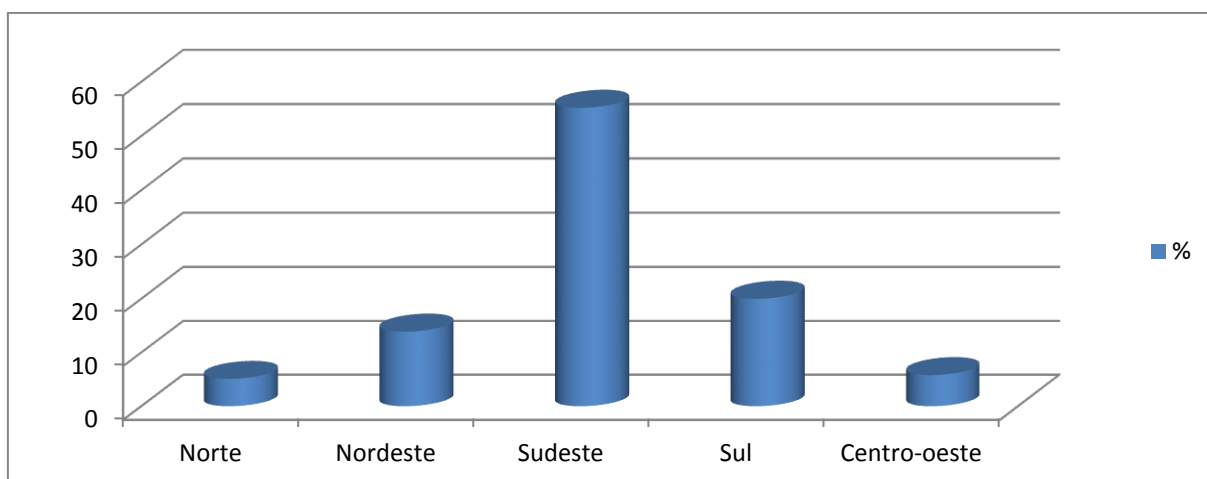
Essa crescente taxa de incidência entre as mulheres faz com que se torne necessário e imediato o desenvolvimento de ações e políticas que busquem compreender as especificidades da população feminina perante suas formas de enfrentamento em relação à AIDS.

Diante das estatísticas e estudos que as mulheres encontram-se em desvantagem no que se refere à prevenção, ao controle e tratamento da doença (TOMAZELLI, CZERESNIA, BARCELLOS, 2003; TAKAHASHI, SHIMA, SOUZA, 1998).

Entre os anos de 2003-2013, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), declarados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), e registrados no Siscel/Siclom, em média, 37.446 casos de Aids por ano, com tendência de aumento no Brasil como um todo.

Contudo, no mesmo período, o número absoluto de casos de AIDS por ano de diagnóstico manteve-se estabilizado na Região Sudeste, no Sul e Centro-Oeste e aumentou no Norte e Nordeste. Na figura 3 visualiza a distribuição dos casos:

**Figura 3:** Distribuição Percentual de Casos de HIV/AIDS no Brasil por Regiões nos Anos de 2003/ 2013.



**Fonte:** MS/SVS/SI

**Nota:** Casos notificados no Sinan e Siscel até 30/06/2013.

Como podemos avaliar os dados evidenciam um grande número de casos no Sinan e, portanto, uma necessidade de aprimorar a capacidade da vigilância para a notificação oportuna dos casos de AIDS no sistema de informação para uma busca real das notificações buscando aprimorar os atendimentos necessários e instrumentos adequados de acompanhamento, monitoramento e avaliação de modo que a atuação coordenada possa realmente se efetivar.

A clareza da necessidade imediata de fortalecer os níveis de gestão local, bem como, as funções de formulação, regulação, avaliação e controle do Programa Nacional de DST/HIV e AIDS, na medida em que as ações operacionais são delegadas a estados e municípios sejam efetivados.

Porém o que podemos observar com os dados do ministério da saúde, SIM, e outras fontes é que as mulheres estão estreitamente condicionadas à falta de reconhecimento destes eventos como um problema social e político, ou seja há deficiência da qualidade dos serviços de saúde oferecidos às mulheres em todo seu ciclo de vida.

Esse déficit de recursos para a saúde, pontuada pelos dados, pode também estar atrelada às políticas de ajuste do Estado, que destina verbas para a implantação de programas verticais, nem sempre em concordância com as necessidades dos municípios (CAMPOS, 2004).

Frequentemente detectam-se reclamações quanto à insensibilidade e indiferença dos trabalhadores de saúde ao sofrimento humano; extensas filas de espera nas UBS e no Pronto Atendimento; reclamações dos usuários quanto ao

funcionamento do sistema de saúde e conflitos de insatisfação das equipes tornam evidente a necessidade de mudança no atual sistema. (CAMPOS, 1994; MERHY, 1994; CARVALHO, CAMPOS, 1999; SÁ, 2001; MORINAGA *et al.*, 2002).

A organização dos serviços de saúde pressupõe uma dinâmica de planejamento que facilite o trânsito dos usuários na UBS e entre os diversos serviços referenciados e que atenda às necessidades de saúde da população, de forma a constituir uma rede de atenção com vários pontos de intersecção (BRASIL, 2006).

Estão colocados desafios de consolidar os avanços apresentados na organização dos serviços, acelerando a qualificação das ações ofertadas e de manter o diálogo com os diferentes setores do governo, ampliando o leque de ações de saúde da mulher.

Buscando caminhar cada vez mais no sentido de garantir os seus direitos sexuais, reprodutivos de gênero a serem atendidas em todas suas e necessidades biopsicossocial no contexto do fortalecimento juntamente com os princípios do SUS.

### **3.4 Morte Materna**

A mortalidade materna é um grave problema de saúde pública, notadamente nos países em desenvolvimento, os números são obtidos pelo Comitê Estadual de



Estudos de Morte Materna e consolidados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), em que se estima a frequência de óbitos femininos atribuídos a causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, em relação ao total de nascidos vivos.

O número de nascidos vivos é adotado como uma aproximação do total de mulheres grávidas, onde as taxas elevadas de mortalidade materna estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde a esse grupo, desde o planejamento familiar e a assistência pré-natal até a assistência ao parto e ao puerpério.

Os óbitos maternos são definidos pelo Código Internacional de Doenças (CID-10) como a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.

A cada minuto morre no mundo uma mulher em virtude de complicações da gravidez e do parto, ao fim de um ano, todas essas mortes somam 529 mil, a maioria ocorre em países em desenvolvimento e para cada mulher que morre outras trinta sofrem sequelas ou problemas crônicos de saúde (MARTINS, 2006). Quadro 6 a seguir.

**Quadro 6:** Índice de Mortalidade Materna no Brasil e no Estado de Goiás.

<b>ANO</b>	<b>BRASIL</b>	<b>GOIÁS</b>
2007	58,17	36,40
2008	60,24	49,16
2009	67,29	46,86
2010	62,48	53,73
2011	59,25	41,23

**Fonte:** SPAIS (2013).

Segundo Ferreira (2010), predominaram as causas diretas de morte materna, sendo as principais toxemia e infecção, seguidas de hemorragias, onde deve ser ressaltado que quase 10% dos casos de infecção foram secundários a abortamento,

revelando a contribuição desta causa primária e quase 80% dos óbitos foram considerados evitáveis, sendo a causa mais comum a doença hipertensiva.

De acordo com a Portaria nº 1119, de 05/06/2008, óbitos maternos e os óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos de idade), independentemente da causa declarada, são considerados eventos de investigação obrigatória.

O objetivo da investigação de óbitos de mulheres em idade fértil é detectar casos de óbitos maternos não declarados, ou descartar, após investigação, a possibilidade de óbitos destas mulheres serem maternos, independente da causa declarada no registro original.

Além disso, visa levantar fatores determinantes e subsidiar a adoção de medidas que possam evitar a ocorrência de eventos semelhante, portanto, e um indicador direto da qualidade da vigilância epidemiológica do óbito materno nas estruturas responsáveis, além de ser um indicador indireto da qualidade dos dados de mortalidade materna.

Segundo os dados registrados no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), a razão de mortalidade materna, dados preliminares de 2010, foi de 48,64 óbitos por 100.000 nascidos vivos, sendo a maior razão observada no Estado de Goiás, sendo dados preocupantes, uma vez que foram informados por apenas 23 dos 246 municípios, configurando a existência de subnotificação por parte dos mesmos (PES, 2012).

No último relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), sobre mortalidade materna, o Brasil teve posição abaixo da meta do milênio; nos últimos 18 anos alcançou redução de 52% (120 por 100.000 NV em 1990, 64/100.00 NV em 2005 e 58/100.000 NV em 2008), com velocidade média anual de queda de 4%, quando o ideal seriam 5,5% (WHO, 2010).

As causas de morte materna por ordem de frequência são: eclampsia, infecção puerperal, abortamento, hemorragia e anormalidades da contração uterina (SIM/SINASC, 2012).

Taxas elevadas de mortalidade materna estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde a esse grupo, desde o planejamento familiar, assistência ao pré-natal, parto e ao puerpério (SIM/SINASC).

A mortalidade materna é um bom indicador para avaliar as condições de saúde de uma população feminina, a partir de análises das condições que morrem

as mulheres, pode-se avaliar o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade.

As Razões de Mortalidade Materna (RMM) elevadas são indicativas de precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e, sobretudo, dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade.

Assim, é fundamental conhecer as características de informação de mortalidade das mulheres brasileiras, onde os principais problemas de saúde enfrentados atualmente pelas mulheres mostram que as mulheres morrem no Brasil por óbitos relacionados a complicações na gravidez, parto e pós-parto.

De acordo com o SUS, são exemplos de mortes que podem ser evitadas em sua quase totalidade, e seu enfrentamento tem sido prioridade para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

Considerando que 70% das mulheres são usuárias do SUS e que cerca de 65% dos óbitos maternos ocorrem no momento do parto, é provável que, apesar do sub-registro e da subinformação, os números atestam que a situação atual está preocupante (PES, 2012).

A saúde da mulher estabelece dentre outros aspectos, para os municípios, a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal, puerpério e planejamento familiar, estabelecendo a conformação de sistemas funcionais e esperando a resolutividade da assistência à saúde, por meio da organização dos territórios.

Entretanto, nota-se que a política nacional proposta apresenta diferentes níveis de desenvolvimento e de organização dos seus sistemas locais de saúde e tipos de gestão.

É uma proposta de construção conjunta e de respeito à autonomia dos diversos parceiros para a concretização das políticas, enfatizando a importância do empoderamento, das usuárias do SUS e da sua participação do controle social (CONASS, 2007).

### **3.5 Violência contra as Mulheres**

Historicamente, a violência contra as mulheres tem sido tolerada e naturalizada no cotidiano das interações em diversas sociedades.

No Brasil, apenas no final do século XX, a violência vivenciada pela população feminina passou a ser agendada politicamente como violação aos direitos humanos.

Segundo a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (Brasília, 2011), tem por finalidade estabelecer conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres, assim como de assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência, conforme normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional.

Mecanismos para coibir e prevenir atos de agressão e violência por parceiro íntimo e familiar contra mulheres foram criados, devido à mobilização e à conscientização produzidas pelos movimentos sociais, pelas organizações, convenções em nível internacional, com posterior repercussão nacional (MOURA, 2009).

A violência é um fenômeno complexo que deve ser compreendido nas suas mais diferentes formas, considerando-se os atos agressivos contra a mulher.

A Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1993, aprovou a declaração sobre a eliminação de atos violentos contra a mulher, definindo a ação como qualquer ato de violência baseado no gênero que resulte, ou tenha probabilidade de resultar, em dano físico, sexual, psicológico ou sofrimento, incluindo a ameaça de praticar tais atos; incluem-se também coerção ou privação da liberdade, tanto na vida pública como privada (LETTIERE, 2011).

No Brasil, as ações desenvolvidas nas décadas de 80 e 90 criaram condições necessárias para o surgimento da Lei 11.340/06 (Lei Maria da Penha) em 2006, esta estabelece a violência contra a mulher como qualquer ação ou omissão baseada em gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial, a violência pode ocorrer na unidade doméstica, na família e em qualquer relação íntima de afeto, constituindo uma das formas de violação dos direitos humanos.

Os dados sobre a violência contra as mulheres são alarmantes. Segundo a Fundação Perseu Abramo, a cada 25 segundos, uma mulher é espancada no Brasil, destes casos de agressão, 70% deles ocorrem no âmbito familiar. Podemos identificar nos registros do quadro 7 os atendimentos à mulher vítima de violência.

**Quadro 7:** Registro de Atendimento à Mulher entre os anos de 2009 /2012 no Brasil.

TIPO DE RELATO	REGISTRO DE ATENDIMENTO DA CENTRAL DE ATENDIMENTO A MULHER			
	2009	2010	2011	2012
<b>Violência física</b>	22.006	63.838	45.953	26.939
<b>Violência psicológica</b>	13.555	27.440	17.987	12.941
<b>Violência moral</b>	3.595	12.608	8.176	5.797
<b>Violência patrimonial</b>	817	1.840	1.227	750
<b>Violência sexual</b>	576	2.318	1.298	915

**Fonte:** Secretaria de Política Para as Mulheres (2012).

O incremento das ocorrências efetuadas após o advento da Lei Maria da Penha, não significa necessariamente o aumento da violência contra as mulheres, mas a intenção das mulheres goianas em denunciar a agressão sofrida.

Diante dos resultados no quadro apresentados, verificou-se que a violência contra a mulher é um problema efetivo, em que existe um número significativo de mulheres no cotidiano sendo atendidas em serviços de saúde, embora este seja um problema pouco abordado pelos profissionais que prestam o primeiro atendimento.

A exposição diária das mulheres aos mais variados tipos de violência torna-as mais vulneráveis a todo tipo de patologias seja ela biopsicossocial.

Entretanto o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) avaliou o impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões, por meio de estudo de séries temporais, e constatou-se que não houve impacto, ou seja, não houve redução das taxas anuais de mortalidade, comparando-se os períodos antes e depois da vigência da Lei (IPEA, 2013).

As taxas de mortalidade por 100 mil mulheres foram 5,28 no período 2001-2006 (antes) e 5,22 em 2007-2011 (depois), nota-se um sutil decréscimo da taxa no ano 2007, imediatamente após a vigência da Lei.

Pode-se observar que a magnitude da violência foi elevada em todas as regiões e UF brasileiras e que o perfil dos óbitos é, em grande parte, compatível com situações relacionadas à violência doméstica e familiar contra a mulher.

Essa situação é preocupante, uma vez que a violência são situações evitáveis, que abreviam as vidas de muitas mulheres jovens, causando perdas inestimáveis, além de sequelas para as crianças, famílias e a sociedade.

A atenção à saúde da mulher remete a um conjunto de ações e procedimentos relacionados à identificação de diagnóstico e tratamento de

patologias e combate à todas as formas de violência, dentro dessa visão, necessita da vontade política e de reorganização do sistema de saúde.

Destaca-se a necessidade de reforço às ações previstas na Lei Maria da Penha, bem como a adoção de outras medidas voltadas ao enfrentamento à violência contra a mulher, à efetiva proteção das vítimas e à redução das desigualdades no Brasil.

#### **4. Situação da Saúde da Mulher no Brasil e no Estado de Goiás**

Este trabalho buscou abordar a saúde da mulher através de uma revisão de literatura na perspectiva das políticas de saúde, considerando-se que, percorrer o

caminho dessas políticas, também é buscar compreender o processo atual que se encontra inserida. Considerando que as mulheres são maioria no Brasil e apresentam, sob o aspecto das políticas de saúde, especificidades e necessidades distintas, em 1980, havia 98,7 homens para cada grupo de 100 mulheres.

Em 2000, essa proporção era de 97% e, em 2050, estima-se que a razão de sexo da população fique por volta de 94%<sup>1</sup>. O excedente feminino na população total era de 2,5 milhões de mulheres, em 2001 (BRASIL, 2011). Em 2010, eram quase 4 milhões de mulheres a mais e, em 2050, estima-se que haverá 7 milhões de mulheres a mais do que homens. Apesar de nascerem mais crianças do sexo masculino do que do feminino, existem mais mulheres do que homens na população, em consequência da mortalidade masculina (BRASIL, 2011).

Assim, é fundamental conhecer as características de informação de mortalidade das mulheres brasileiras, onde os principais problemas de saúde enfrentados atualmente pelas brasileiras foram apontados no Painel de Indicadores do SUS, onde mostram que as mulheres morreram no Brasil por óbitos relacionados a complicações na gravidez, parto e pós-parto, doenças de origem circulatórias e crônicas (BRASIL, 2010). De acordo com o SUS, são exemplos de mortes que podem ser evitadas em sua quase totalidade, e seu enfrentamento tem sido prioridade para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

Os dados da mortalidade são úteis para identificar situações de desigualdade e tendências que demandem ações de saúde, buscando subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas, visando à adoção de medidas preventivas e assistenciais, para atender as mulheres em todo seu ciclo de vida.

A mortalidade feminina no Brasil, no período 2000–2010, reflete o envelhecimento dessa população, a redução das taxas padronizadas de mortalidade geral de mulheres, observada para o País, suas regiões e quase todos os estados, e esses achados, por sua vez, recebem o impacto do rápido declínio da fecundidade no País e do aumento da expectativa de vida (BRASIL, 2011).

As mulheres tendem a viver por mais tempo do que os homens, assim, representando uma proporção crescente da população idosa, a sociedade deve estar preparadas agora para prevenir e controlar as doenças crônicas geralmente associadas com a idade avançada (BRASIL, 2007).

A rotina de hábitos saudáveis em idades precoces pode ajudar as mulheres a viverem vidas ativas e saudáveis durante mais tempo, porém como consequência há um aumento das doenças crônicas, que devem ser levados em conta, para que os sistemas de saúde estejam preparados para prestar atenção à saúde de qualidade para as mulheres idosas.

Nos países de alta renda, grande partes dos orçamentos das áreas Sociais e da Saúde são para o cuidado dos idosos. Nos países de baixa renda, tal cuidado é responsabilidade da família, geralmente de seus membros mulheres (WHO,2009).

No desafio da luta pela busca da prestação de serviços de qualidade ainda são colocados diversos obstáculos, quando olhamos para a organização dos serviços de saúde na perspectiva da atenção integral a saúde da mulher.

Criar cuidados de saúde para a mulher como um todo, na expressão de suas necessidades e problemas, independente da fase do ciclo vital ou da sua condição como trabalhadora e mulher, considerando uma lógica de ação que nos direcione a apreender as necessidades individuais e coletivas das mulheres, em todo seu contexto.

Compete às autoridades governamentais da área da saúde viabilizar reestruturações dos serviços do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de dar resolutividade a este desafio, demonstrando uma resposta efetiva aos problemas de saúde mais frequentes, ou seja, proporcionando melhor qualidade na assistência à mulher (OBA; TAVARES, 2001). As políticas públicas podem ser definidas como respostas do Estado a problemas que emergem na sociedade, e como são consolidadas em conjuntos de diretrizes, medidas e procedimentos que explicitam o posicionamento político do Estado frente a problemas que são considerados de interesse público (Teixeira, 1997; Lucchese, 2004; Sampaio & Araújo, 2006).

Vendo a importância e as especificidades da população feminina, a saúde da mulher é prioritária no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher afirma que o SUS deve estar orientado e capacitado para a atenção integral a saúde da mulher, em uma perspectiva que contemple a



promoção da saúde, as necessidades de saúde desta população, o controle das doenças e agravos de maior ocorrência nesse grupo e a garantia do direito a saúde.

Porém o que observamos com os dados do ministério da saúde, SIM, e outras fontes é que as mulheres estão estreitamente condicionadas à falta de reconhecimento destes eventos como um problema social e político, ou seja há deficiência da qualidade dos serviços de saúde oferecidos às mulheres em todo seu ciclo de vida.

Frequentemente detectam-se reclamações quanto à insensibilidade e indiferença dos trabalhadores de saúde ao sofrimento humano; extensas filas de espera nas UBS e no Pronto Atendimento; reclamações dos usuários quanto ao funcionamento do sistema de saúde e conflitos de insatisfação das equipes tornam evidente a necessidade de mudança no atual sistema (CAMPOS, 1994; MERHY, 1994; CARVALHO e CAMPOS, 1999; SÁ, 2001; MORINAGA et al, 2002).

A organização dos serviços de saúde pressupõe uma dinâmica de planejamento que facilite o trânsito dos usuários na UBS e entre os diversos serviços referenciados e que atenda as necessidades de saúde da população, de forma a constituir uma rede de atenção com vários pontos de intersecção (SAÚDE, 2006).

Um dos aspectos relevantes que contribuem para a não efetivação das ações de saúde é o desencontro das articulações entre os governos Estadual e Municipal.

No caso do Estado de Goiás podemos observar ações isoladas no governo de ambos voltado para as ações da saúde da mulher, como podemos verificar o Plano Estadual de Saúde da Mulher, no quadro 8.

**Quadro 8:** Plano Estadual de Saúde da Mulher em Goiás 2008/2011.

Objetivo	Diretriz	Estratégias	Metas/Períodos Observação: Ainda não foram cumpridas 100%
<p>Promover a melhoria das condições de vida e a ampliação do acesso aos serviços e ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde da mulher.</p>	<p>*Garantia na qualidade da Assistência à saúde da mulher</p> <p>* Garantir, a proteção, assistência e recuperação da saúde da mulher.</p>	<p>1-Promoção de oficinas e seminários em ações na área obstétrica, neonatal, assistência as complicações do abortamento.</p> <p>2-Implementação, junto aos municípios do Programa de Humanização ao Pré-natal e Nascimento (PHPN).</p> <p>3-Implementação do Sistema de Informação SISPRENATAL nos municípios.</p> <p>4-Assessoria aos municípios na ampliação e aperfeiçoamento da Rede Assistência as Mulheres, adolescentes e Crianças Vítimas de Violência Sexual e Doméstica.</p> <p>5-Apoio a implementação das ações de pré-natal e Puerpério nos municípios , enfatizando o teste de triagem neonatal teste da mamãe .</p> <p>6-Assessoramento aos municípios, através de capacitações, para realização de coletas e material para exame cito patológico para mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos.</p> <p>7-Assessoria os municípios nas situações para a realização de mamografias para mulheres conforme critérios clínicos estabelecidos pelo INCA/MS.</p> <p>8-Assessoria aos municípios nas pactuações para a realização Cirurgia de Alta Frequência e consequência (CAF)</p> <p>9-Para mulheres com faixa etária de 25 á 49 ano; Assessoria aos municípios nas pactuações para a realização da punção mamaria nos casos conforme o protocolo estabelecido pelo INCMS.</p>	<p>1 - Assessorar nas oficinas de sensibilização para os gestores municipais de 100% dos municípios com população acima de 80.000 mil /hab. para implantação do Comitê de redução de mortalidade materna e vigilância do óbito materno.</p> <p>2 - Alcançar 80% de cobertura do exame citopatológico para mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos.</p> <p>3 - Reduzir em 5% a taxa de mortalidade materna do Estado</p> <p>4 - Capacitar 60% dos profissionais das Equipes Estratégia Saúde da Família (ESF) em Citologia Oncótica</p> <p>5 - Aumentar de 30% para 80% a cobertura de exame clínico para mulheres acima de 40 anos com exames alterados (mamografias), seguindo protocolos do INCA/MS.</p> <p>6 -Supervisionar 100% dos Municípios do Estado que possuem mamógrafos e colposcópios em comodato com INCA/MS.</p> <p>7 - Capacitar 100% dos profissionais das Unidades de Saúde do SUS que realizam a cirurgia de alta frequência.</p> <p>8 - Capacitar 100% dos profissionais das Unidades de Saúde do SUS onde realizam Mamografias.</p>

**Fonte:** Balanço Anual da Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde/SPAIS/2013.

A Secretaria Municipal de Políticas para as Mulheres (SMPM), em Goiânia no Estado de Goiás é responsável em propor, elaborar e coordenar ações, programas e projetos de políticas públicas, a fim de contribuir para a diminuição de todas as formas de discriminação e preconceitos praticados contra as mulheres. Dentre as ações propostas podemos identificar no quadro 9:

**Quadro 9 : Ações Propostas pela Secretária Municipal de Políticas para as Mulheres em Goiânia/Goiás**

<b>Problema</b>	<b>Objetivo Específico</b>	<b>Ações Estratégicas/ Cumpridas</b>
Necessidade de implantação de políticas, para as mulheres, de forma transversal em todos os órgãos da administração pública e municipal.	Reduzir a desigualdade de gênero e todas as formas de preconceito, discriminação e violência; promover à saúde plena e garantia de direitos à participação política, ao trabalho, à renda, à cultura, ao lazer e aos demais direitos.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Criação do Conselho Municipal de Direitos da Mulher;</li> <li>2. Construção da Casa Abrigo para as Mulheres em situação de violação de direitos;</li> <li>3. Ampliação da regularização fundiária no nome das mulheres.</li> <li>4. Cumprir a meta de no mínimo 30% nos cargos de primeiro escalão para mulheres.</li> </ol>
<b>Ações Estratégicas que Ainda Não foram Implementadas:</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1-Combater o assédio sexual e moral por meios de campanhas de esclarecimento, leis punitivas e ouvidoria</li> <li>2-Realizar campanhas de combate à discriminação das mulheres</li> <li>3-Criar espaços nas escolas para acolher os filhos de mulheres que estudam à noite</li> <li>4-Fortalecer o Centro de Referência da Mulher</li> <li>5-Aplicar o Plano Municipal de Políticas para as Mulheres</li> <li>6-Fortalecer as ações previstas na Lei Maria da Penha</li> <li>7-Fortalecer, nos espaços culturais, educativos e sociais, as políticas de gênero</li> <li>8-Aplicar políticas de transversalidade de atendimento à mulher</li> </ol>		

**Fonte:** Secretaria Municipal de Políticas para as Mulheres/Direitos das Mulheres/2013.

O relacionamento entre as três esferas do governo em Goiás e no Brasil deveria ser mais efetivo em relação à saúde da mulher, pois a descontinuidade administrativa provoca mais prejuízos do que benefício em todo seu contexto seja ele biopsicossocial na vida da mulher.

Pois a maioria da população é do gênero feminino, essa condição acarreta desigualdades no campo social como violência, baixa remuneração e dupla jornada de trabalho, desencadeando prejuízo à saúde da mulher e contribuindo com maior demanda das ações de saúde, como usuária do SUS.

Estão apresentando desafios de consolidar os avanços apresentados na organização dos serviços, acelerando a qualificação das ações ofertadas e de manter o dialogo com os diferentes setores do governo, ampliando o leque de ações de saúde da mulher, de forma a caminhar cada vez mais no sentido de garantir os seus direitos sexuais, reprodutivos de gênero a serem atendidas em todas suas e necessidades biopsicossocial no contexto do fortalecimento juntamente com os princípios do SUS.

Nesse sentido, continua sendo fundamental a realização de debates que identifiquem estas situações, mostrando assim os desafios e as lacunas existentes nas políticas de saúde enfrentadas pelos municípios e estados no âmbito do SUS.

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.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

*Feliz é aquele que transfere o que sabe  
e aprende o que ensina.  
(Cora Coralina)*

O grande desafio dessa análise foi perceber a dificuldade de transformar as ações e implementações propostas nas políticas públicas de saúde a serem colocadas em práticas no cotidiano para que a garantia dos direitos das mulheres sejam atendidas.

As políticas sociais destinadas às mulheres, assim como as demais políticas sociais, situam-se em um campo contraditório e de grandes conflitos, como já foram colocadas no decorrer dessa pesquisa, as políticas sociais não surgem porque o Estado é bom, mas sim, porque ele precisa responder às demandas sociais, essas respostas podem sinalizar algum avanço, no sentido de atender às necessidades imediatas da população.

Com relação às contribuições para os aspectos negativos levantados pode-se esperar que quando estado e município trabalharem em parceria seguindo os princípios do SUS, as mudanças serão mais bem efetivadas, pelas ações políticas voltadas para a saúde da mulher.

Sendo a política de saúde um instrumento de apoio ao Estado e Municípios na implementação e elaboração das políticas e planos de ações de saúde da mulher, que respeitem os seus direitos humanos e sua situação social e econômica.

Entende-se que a decisão política das secretarias municipais de saúde e o estado é de fundamental importância para que as mulheres tenham os seus direitos reconhecidos e para que as políticas sejam realmente implementadas.

Nesse sentido, cabe aos gestores avançar, tendo como meta propor soluções definitivas como o melhoramento da infraestrutura das unidades de saúde, investir em capacitação técnica continuada das equipes de saúde, para a realização dos procedimentos mínimos exigidos.

Além disso, a implementação de uma gestão participativa e o controle social, poderão contribuir para a promoção da saúde individual e coletiva das mulheres durante o ciclo gravídico e puerperal.

Quem vive diariamente com as mulheres atendidas aponta que a falta de informação e a dificuldade de acesso para a realização dos exames e ainda a percepção do cuidado com a sua saúde para ausentar do trabalho em busca do atendimento médico são as principais dificuldades vividas no dia a dia delas.

A Atenção Primária (AP) deve ser a porta de entrada da população à rede de serviços do SUS, facilitando o acesso igualitário a todos. Os serviços oferecidos na AP devem ser resolutivos, isso significa dizer que os profissionais têm que ser qualificados e com perfil de uma visão geral, uma vez que devem saber reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, diagnosticando e tratando de forma individual e coletivamente buscando reconhecer os condicionantes e determinantes da saúde e da doença das pessoas da sua área de abrangência.

Convencer-se que só com a mudança de entendimento entre as diversas políticas públicas do país, sob uma perspectiva política e social, com a suposição de transformação da sociedade por meio da conscientização, reflexão crítica e política sejam possíveis programar propostas de novos programas de cuidado à saúde da mulher.

Para que isso ocorra, é necessário direcioná-las aos direitos de cidadania visando o aumento do nível da qualidade da saúde, além disso, é de vital importância a participação de diversos segmentos sociais, profissionais do setor da saúde, para promover discussões sobre as ações desenvolvidas e programar novas estratégias para enfrentar a problemática da saúde da mulher no Brasil.

Ao analisar que o acesso aos serviços de saúde é de importância para o reforço da qualidade das políticas públicas de saúde, compreendida a partir da produção social do processo saúde-doença-cuidado, de modo que a garantia do acesso aos serviços contribui para que a mulher se faça presente no sistema como sujeito de necessidades e direitos, não apenas pelo uso do serviço, mas, sobretudo pela sua participação na busca de atendimento em todas as suas necessidades.

O problema sob um olhar da análise é a necessidade de implantação de políticas, para as mulheres, de forma transversal em que todos os órgãos da administração pública, estado e município cumpram seu papel de gestores.

Onde reduzir a desigualdade de gênero e todas as formas de preconceito, discriminação e violência contra a mulher seja realmente efetivadas, para promover a saúde plena e a garantia de direitos à participação política, ao trabalho, à renda justa, à cultura, ao lazer e aos demais direitos pelas mulheres adquiridos.

Em síntese se busca comprovar a integralidade da assistência como estratégia de organização da valorização dos determinantes sociais de todos os setores governamentais na promoção de saúde e na valorização da mulher, promovendo a consciência sobre as políticas públicas de saúde.

De um modo geral, percebemos que a literatura é muito vasta acerca das questões que envolvem a análise das políticas públicas de saúde, entre eles identificamos aqueles onde a temática central gira em torno dos interesses políticos partidários, das políticas de saúde, dos recursos humanos, da assistência, do financiamento, da implementação da municipalização entre outros.

Portanto, a promessa de uma saúde com mais recursos à população menos favorecidas, caminha em médio prazo em direção a uma saúde pobre para atender pobres. Considerando todos estes aspectos é provável que venham propostas de alterações constitucionais para anular as diretrizes essenciais do SUS.

Pode-se esperar então o desafio de acreditar nas futuras implementações de políticas públicas de saúde, onde se poderão ocorrer de fato parcerias entre, Estado, Prefeituras e Conselhos Municipais de Saúde para fazerem com que o modelo preconizado pela nossa constituição atenda as mulheres em toda a fase de sua vida.

Na área da saúde, sabemos que as mulheres nem sempre foram alvo das políticas sociais, e quando o foram, as políticas eram mais direcionadas à maternidade, deixando de lado o direito sobre os espaços de poder, os direitos reprodutivos, dentre outras questões.

A busca de ferramentas impõe uma redefinição para alcançar a demanda populacional, não parece ser possível atingir os objetivos no campo da saúde que apresenta um desafio vivo para solução das questões administrativas e políticas na área de saúde da mulher que influenciam na determinação de altos índices de morbimortalidade.

A assistência à saúde da mulher é preocupante, pois tem sido efetivada por meio de metas isoladas, pautada na desarticulação das ações e na deficiência do acesso em algumas ações preconizadas no pré-natal, na rede básica de saúde.

Nos centros terciários, de maior complexidade, existe a deficiência de vagas não conseguindo atender a demanda, assim, as mesmas, são encaminhadas para unidades conveniadas, que nem sempre prestam atendimento especializado, ocasionando fenômenos de peregrinação e superlotação com sérios riscos de adoecer e morrer.

No Brasil e no estado de Goiás, esta análise possibilitou conhecer a realidade das políticas públicas implementadas e executadas, onde estão sendo fragmentadas as ações das políticas voltadas para saúde das mulheres, faltando a execução e implementação de uma forma ampla das políticas formuladas pelo Conselho Estadual da Mulher, Secretárias Municipais e Estaduais trabalharem em conjunto para atenderem a mulher em todo seu segmento seja ele social, cultural, político e profissional.

O Brasil para enfrentar esse desafio, lançou a campanha sobre o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, contudo as políticas da saúde teoricamente apresentam programas e iniciativas consistentes que protegem a mulher, porém, percebe-se que na prática, o desenvolvimento das ações se mostra incipiente na reversão da morbidade da mulher.

Em síntese, as evidências contidas tornam-se visível a importância de efetivar o programa de assistência humanizada ao atendimento a mulher. Na área de formação dos recursos humanos em saúde poderá servir de fundamento para formulação de outros diagnósticos críticos e adequação de políticas públicas e sociais e inclusive para orientar programas de experiências conteúdos e atividades curriculares que atendam às reais necessidades de promoção e prevenção do risco de adoecer e morrer da população feminina.

É inegável o avanço de tantas políticas, porém é essencial questionar a real implementação dessas políticas de saúde voltadas para as mulheres nos municípios e estados brasileiros. Ainda, para que isso aconteça é necessária uma ação social efetiva por parte das mulheres, no que tange a implantação e avaliação dessas políticas.

Vale ressaltar que a efetivação desta política depende igualmente dos gestores das unidades de saúde e dos profissionais que lidam diretamente com o público feminino, abrindo espaço para o debate e para a crescente formação educacional desse público-alvo.



A valorização da mulher, enquanto cidadã é algo destacável, e devido a isto, recebeu um investimento diferenciado em relação às ações de saúde, não desmerecendo os avanços obtidos, mas ainda estamos longe de desfrutar de forma plena dos pressupostos da promoção da saúde da mulher, que estão contemplados, teoricamente, nos princípios e diretrizes dos planos e políticas nacionais de atenção à saúde da mulher.

Estão presentes os desafios de consolidar os avanços apresentados na organização dos serviços, acelerando a qualificação das ações ofertadas, ampliando o leque de ações de saúde da mulher, de forma a caminhar cada vez mais no sentido de garantir os seus direitos.

Finalizando, como contribuições, dentre os pontos que precisam ser enfrentados, são a necessidade de atenção do poder público nas políticas públicas de saúde voltadas para as mulheres a serem implementadas e executadas segundo as leis do SUS como a equidade, universalidade e integralidade, para promover a implementação de novas estratégias para enfrentar a problemática de saúde da mulher nas suas dimensões e amplitudes das políticas de saúde no país.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXANDRE, L. B. S. P. Políticas públicas de saúde da mulher. In: FERNANDES, R. A. Q.; NARCHI, N. Z. *Enfermagem e saúde da mulher*. São Paulo: Manole, 2007. p. 1-29.

ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Rev. de Saúde Pública*, v. 43, n. 1, p. 98-104, 2009.

ANDRADE, R. B. S.; ALMEIDA FILHO, N. Halopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença com base na promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.;

AQUINO, E. M. L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. *Rev Saúde Pública*, v. 40, número especial, p. 121-132, 2006.

ARRETCHE, M.; MARQUES, E. Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 173-206.

BANDEIRA, Lourdes. Fortalecimento da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres avançar na transversalidade da perspectiva de Gênero nas Políticas Públicas. Convênio Comissão Econômica para América Latina e Caribe – CEPAL, Secretaria Especial de Política para as Mulheres – SPM UnB, Brasília, Janeiro, 2005.

BACELAR, Tânia. *As políticas públicas no Brasil: heranças, tendências e desafios*. [S.l.: s.n.], 2011.

BARBIERI, M. Direitos sexuais e reprodutivos da mulher. In: FERNANDES, R. A. Q.; NARCHI, N. Z. *Enfermagem e saúde da mulher*. São Paulo: Manole, 2007. p. 62-81.

BRASIL. Ministério da Saúde. 5. 1975, Brasília. *Anais da Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1975.

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

BRASIL. Lei Federal nº. 8.080/90. 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*, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de ação para redução da mortalidade materna. Brasília: Ministério da Saúde, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal. Secretaria de Políticas Públicas. Área Técnica da Saúde da Mulher. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Promoção da saúde. Declaração de Alma-Ata. Carta de Otawa. Declaração de Adelaide. Declaração de Sundsvall. Declaração de Santafé de Bogotá. Declaração de Jacarta. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde/Área Técnica de Saúde da Mulher. *Manual dos Comitês de Mortalidade Materna*. 2.ed. Brasília, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Textos elaborados pela área técnica de saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ano da Mulher. Brasília (BR): Ministério da Saúde; 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). 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.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à saúde, Departamento de ações programáticas estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria 399/06. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Direitos sexuais e direitos reprodutivos. Disponíveis em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha\\_direitos\\_sexuais\\_2006](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_direitos_sexuais_2006)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Integrado de ENFRENTAMENTO da FEMINIZAÇÃO da Epidemia de Aids e outras DST Março, 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Sec. De Saúde CONASS. Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher*/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria MS/GM nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências.

Brasília, 2009. Disponível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria3252\\_da\\_vigilancia\\_em\\_saude\\_0501\\_atual.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria3252_da_vigilancia_em_saude_0501_atual.pdf)>. Acesso em: 23 jul. 2012b.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const>>.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 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 Interamericana 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* (Brasília). Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm)>.

BRAVO, M. I. S. Gestão democrática na Saúde: o potencial dos conselhos. In: \_\_\_\_\_; PEREIRA, P. (Org.). *Política social e democracia*. São Paulo: Cortez, 2002. p. 43-66.

BRITO JÚNIOR, F. Gestão do SUS: o que fazer? In: BRAVO, M. I. S. et al. (Org.). *Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde*. Rio de Janeiro: Rede Sirius; Adufrj-SSind, 2008.

BUSTORFF, Leila Alcina Correia Vaz. O conceito de gênero nas políticas públicas que orientam atenção à saúde da mulher. Dissertação (Mestrado) – UFPB, 2010.

CARDOSO Jr., José Celso. Estado, planejamento e políticas públicas: o Brasil em desenvolvimento. [S.l.: s.n.], 2009.

CARLLOTO, K. et al. Características reprodutivas e utilização de serviços preventivos em saúde por mulheres em idade fértil: resultados de dois estudos transversais de base populacional no extremo Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*, v. 24, n. 9, p. 2054-2062, 2008.

COELHO, M. R. S. *Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva no Instituto de Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

COELHO, E. A. C. et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. *Esc Anna Nery Rev Enferm.*, v. 13, n.1, p. 154-160, 2009.

COSTA, A. M.; AQUINO, E. L. Saúde da Mulher na Reforma Sanitária Brasileira. In: COSTA, A. M.; MERCHÁN-HAMANN, E.; TAJER, D. (Org.). *Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas*. Brasília: Ed. da UnB; Abrasco, 2000.

COSTA, Ana Maria; BAHIA, Ligia; CONTE, Danielle. A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 75/76/77, p.13-24, 2007.

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Cien. Saúde Colet.*, v. 14, n. 4, p. 1073-1083, 2009.

COTRIM, R. de C. A descentralização federativa, regras institucionais e desempenho municipal da saúde no Brasil: um estudo comparativo. Dissertação (Mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz) – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2006.

DUARTE, Constância L.; CARMO, Dinorah; LUZ, Jalmelice. *Mulheres de Minas: lutas e conquistas*. Belo Horizonte: Conselho Estadual da Mulher; Imprensa Oficial, 2008.

DUTTON, M. A. et al. Intimate partner violence, PTSD and adverse health outcomes. *J Interpers Violence*, v. 21, p. 955-968, 2006.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. da FIOCRUZ, 2008. p. 385-434.

FRASER, Nancy. Políticas feministas na era do conhecimento: uma abordagem bidimensional da justiça de gênero. BRUSCHINI, Cristina e UNBEHAUM, Cristina (orgs.). São Paulo, Fundação Carlos Chagas/Editora 34, 2002. [ Links ]

FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas. *Revista de Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 360, jan./abr. 2004.

Ferreira RG, Lima EL, Viggiano MGC, Moreira SF, Lopes MA, Moraes CA. Mortalidade materna no Estado de Goiás. 2010

FIGUEIREDO, Nébica Maria Almeida de; TONINI, Teresa. SUS e PSF para Enfermagem: Práticas para o cuidado em Saúde Coletiva. [S.l: s.n.], 2007.

*FREITAS, M. C. N. Promoção da saúde: conceitos, reflexos e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53.*

GIOVANELLA Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Formação em política pública de saúde e domínio da informação para o desenvolvimento profissional. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, May/Jun. 2007.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em Saúde: Considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, Suplemento, p. 103-112, 2002.

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise da condição de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2013.

INCA. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva; Ministério da Saúde. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2011.

INCA. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva; Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2011<sup>a</sup>.

LAKATOS, Eva Maria e MARCONI, MARINA DE ANDRADE. Fundamentos de Metodologia Científica. São Paulo: Atlas, 2010

LEITE, Ana Cristina da Nóbrega Marinho Torres; PAES, Neir Antunes. Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna. *História, Ciências, Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 705-714, 2009.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. *Promoção da saúde – a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2004.

LETTIERE, A.; NAKANO, A. M. S. Domestic violence: possibilities and limitations in coping. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000600020>>.

LIMA, J. C. Histórias das lutas sociais por saúde. *Revista Trabalho Necessário*, ano 4, n. 4, 2006. Disponível em <<http://www.uff.br/trabalhonecessario/TN4%20LIMA,%20J.C..pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2014.

Martins AL. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006 nov; 22(11):2473-79. Extraído de [<http://www.scielo.br/scielo>].

MEL, E.C.P.; KNUPP, V.M.A.O. Mortalidade materna no município do Rio de Janeiro: magnitude e distribuição. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 773-80, dez. 2008.

MENDES, E.V. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador Ed. Casa de Qualidade, 2001.

MINAYO, Maria Cecília. *O desafio do conhecimento*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

MOURA, E. R. F. Assistência ao planejamento familiar na perspectiva de usuárias e enfermeiros do Programa de Saúde da Família. Tese (Doutorado da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem) – UFC, Fortaleza, 2003.



MOURA, E. R. F; SILVA, R. M. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 9, n. 4, p. 1023-1032, 2004.

MOURA, L. B. A et al. Intimate partner violence gainst women in an economically vulnerable urban area, Central-West Brazil. *Rev Aude Publica*, v. 43, n. 6, p. 944-953, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000069>>.

MOREIRA, C. N. et al. Programa de transferência de renda mínima e complementar de renda: uma análise sobre o empoderamento das mulheres. *Revista de Ciências Humanas*, v. 10, n. 1, p. 198-212, 2010.

MORI, M. E.; COELHO, V. L. D.; ESTRELLA, R. C. N. Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 22, n. 9, p. 1825-1833, 2006.

NASCIMENTO, Francisca Maria do et al. Perfil da mortalidade materna em maternidade pública de Teresina - PI, no Período de 1996 a 2000: uma Contribuição da Enfermagem. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, set. 2007. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452007000300012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000300012&lng=pt&nrm=iso)>.

ONG. Rede Mulher de Educação. Morte materna uma tragédia que pode e deve ser evitada. *Cunhary Informa*. 2004 [cited 2007 oct 01];(56). Available from:<http://www.redemulher.org.br/encarte56.html>. 24-09-201

PAIM, J. Saúde no Brasil 1: O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. [Publicado *Online*, 9 maio 201, p. 11-31]. Disponível em: <[www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)>.

PETIT, Cristina Molina. Elementos para una dialectica feminista de la Ilustración. In: AMORÓS, Célia (Org.). *Actas del Seminario Permanente Feminismo e Ilustración 1988-1992*. IIF/Universidad Complutense de Madrid, 1993.

PINAFI, T. Violência contra a mulher: políticas públicas e medidas protetivas na contemporaneidade. Disponível em: <http://www.historica.arquivoestado.sp.gov.br/materias/anteriores/edicao21/materia03/texto03.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2012.

PINTO, G. Mulheres no Brasil: esboço analítico de um plano de políticas públicas para as mulheres. *Anais do XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, Caxambú: ABEP, 2006.

PLANO Plurianual 2004-2007 – PPA: projeto de lei. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Brasília: MP, 2003.

PLANO Estadual de Saúde - PES 2012-2015. Goiânia, 2015.

Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres: Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República-Brasília, 2011.

RAMOS, Fernanda Irene da. Análise histórica das políticas de planejamento familiar no Brasil. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

RIBEIRO, M. G. M.; SANTOS, S. M. R.; TEIXEIRA, M. T. B. Itinerário de mulheres com câncer de cólio de útero: Uma abordagem focada na prevenção. *Rev Bras de Cancerol.*, v. 57, n. 4, p. 483-491, 2011.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. O papel das políticas públicas no desenvolvimento

local e na transformação da realidade. 2002c. Disponível em:

<[http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a\\_pdf/03\\_aatr\\_pp\\_papel.pdf](http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a_pdf/03_aatr_pp_papel.pdf) >.

TOMASI, E. et al. Características da utilização de serviços da atenção básica nas regiões sul e nordeste do brasil: diferenças por modelo de atenção. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, n. 1, p. 3689-3696, 2011.

SANTOS, Joselito. Assistência à saúde da mulher no Brasil: aspectos de uma luta social. In: II JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 2005, São Luis, Universidade Federal do Maranhão, São Luis, p. 01-09, 2005.

SILVA, S. Estudos de gênero no Brasil: algumas considerações. *Biblio 3W*, Barcelona, n° 262, 15 nov. 2000.

SITE: <<http://www.saude.gov.br/16-09-13>>.

SITE: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/7763/162/mortalidade-feminina-cai-%3Cbr%3E12-nos-ultimos-10-anos.html> 16/09/13

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=04070116-09-13>>.

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060701>

SITE:<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude\\_da\\_mulher\\_um\\_dialogo\\_aberto\\_part.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_da_mulher_um_dialogo_aberto_part.pdf)-Brasília:Ministério da Saúde-2010>. Acesso em: 20 nov. 2013.

SITE:<[http://www.feminismo.org.br/livre/index.php?option=com\\_content&view=article&id=99994578:mortalidade-feminina-cai-12&catid=54:what-ails](http://www.feminismo.org.br/livre/index.php?option=com_content&view=article&id=99994578:mortalidade-feminina-cai-12&catid=54:what-ails)>. Acesso em: 12 set. 2013.

SITE: <<http://www.estadao.com.br/noticias/internacional,mortes-de-gestantes-caem-34-mas-seguem-acima-de-meta-da-onu,610161,0.htm>>. Acesso em: 12 set. 2013.

SITE: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ii\\_pnpm.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ii_pnpm.pdf) LINK; Plano Nacional de Políticas para mulheres>. Acesso em: 25 set. 2013.

SITE: <<http://www.spm.gov.br/opm/estados/goias>>. Acesso em: 01 out. 2013.

SITE: <<http://www.semira.go.gov.br>>. Acesso em: 05 out. 2013.

SITE: <<http://www.spm.gov.br/subsecretaria-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres/pacto/estados/Goias>>. Acesso em: 07 out. 2013.

SITE:<[http://www.pucgoias.edu.br/ucg/proex/proreitoria/home/secao.asp?id\\_secao=174607](http://www.pucgoias.edu.br/ucg/proex/proreitoria/home/secao.asp?id_secao=174607)>. Acesso em: 07 out. 2013.

SITE:<[http://www.seplan.go.gov.br/sepin/viewrele.asp?cd\\_assunto=19&cd\\_anomes=200900](http://www.seplan.go.gov.br/sepin/viewrele.asp?cd_assunto=19&cd_anomes=200900)>. Acesso em: 02 nov. 2013.

SITE:<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2010/default.shtm>>. Acesso em: 02 nov. 2013.

SITE: <<http://www.anis.org.br/busca/busca.cfm>>. Acesso em: 20 nov. 2013.

SITE: <<http://www.enf.ufmg.br/internatorural/textos/Manuais/assistenciaprenatal.pdf>>.

<http://www.saude.go.gov.br/index.php?idMateria=90734/27/07/10>>. Acesso em: 23 maio 2014.

SITUAÇÃO de Saúde – Goiás: cartilha de indicadores de saúde georreferenciados. Goiânia: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, 2011.

SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE (SPAIS). Balanço anual da SPAIS/2013. Secretaria de Saúde de Goiás, 2013.

SOUZA, E. M.; GRUNDY, E. Promoção da Saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p. 1354-1360, 2004.

UGÁ, M. A. D.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, N.T. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 193-233.

VIACAVA, F.; SOUZA-JÚNIOR, P. R. B.; MOREIRA, R. S. Estimativa de cobertura de mamografia segundo inquéritos de saúde no Brasil. *Rev. de Saúde Pública*, v. 43, n. 2, p. 117-125, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS INTERNATIONALCHILDREN'S EMERGENCY FUND (WHO; UNICEF). Revised 1990 estimates of maternal mortality: a new approach by WHO and UNICEF. Geneve: WHO; UNICEF, 1996a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10. revisão. São Paulo: CBCD, 1996b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World population prospects – the 2008 revision. New York: United Nations Population Division, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva: WHO, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) et al. Trends in maternal mortality:1990 to 2010. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Geneva: WHO, 2012.