

redefeministadesaúde

Reafirmação da integralidade e dos direitos sexuais e reprodutivos nos 20 anos da Rede



**Saúde das Mulheres
Negras e Indígenas**

**Morte Materna,
Aborto, Violência:
a agenda pendente**

**a gente jamais imagina
a vida.**

Sumário

Editorial - Rede reafirma e renova sua agenda	3
Rede: Travessia de Desafios - Telia Negrão.....	5
A memorável peleja entre o capital da morte e os determinantes da vida - Clair Castilhos.....	8
Saúde das mulheres negras é um direito em construção - Maria Luísa Pereira de Oliveira.....	11
Estratégias políticas das mulheres negras no campo da saúde - Simone Cruz.....	14
Antigos temas, novos desafios dos direitos reprodutivos e direitos sexuais - mortalidade materna - Alaerte Leandro Martins.....	15
ESPECIAL - Saúde das Mulheres: questões que se repetem no debate sobre políticas públicas - Maria José de Oliveira Araújo e Maria Cecília Moraes Simonetti.....	18
Suicídios, HIV e violência ameaçam saúde das mulheres indígenas - Eliana F. Karajá Martins.....	23
Carta de Porto Alegre.....	24
Aborto - direito desrespeitado e postergado - Margareth Arilha.....	26
Rede Cegonha ignora políticas anteriores e causa estranheza - Lilian Marinho.....	28
Posto de saúde não é local de preconceito - Claudete Costa.....	29
Conferência Nacional de Políticas para Mulheres: espaço de participação e mudanças - Rosa de Lourdes Azevedo dos Santos	32
Conferência Nacional de Saúde: em debate, discriminação de gênero e acesso ao SUS - Santinha Tavares.....	33
Agenda para a saúde e autonomia das mulheres	34
Campanha Ponto Final: Novas estratégias previnem a violência contra as mulheres - Renata Teixeira Jardim.....	35
Desenvolvendo habilidades para defender direitos.....	38
Publicações da RFS e outras	39
O que é a Rede Feminista de Saúde.....	CONTRACAPA

Colegiados da Rede Feminista

Secretaria Executiva da Rede Feminista de Saúde (2011):

Secretária Executiva - Telia Negrão
 Secretária Adjunta - Maria Luísa Pereira de Oliveira
 Assessora de imprensa - Vera Daisy Barcellos
 Assessora administrativa e de gestão - Rúbia Marques Dornelles
 Assessora para campanhas - Renata Teixeira Jardim
 Assistente para documentação - Ana Rita Dutra dos Santos
 Estagiária - Mariana Sant'Anna de Oliveira

Conselho Diretor da Rede Feminista de Saúde

Maria José (Mazé) de Oliveira Araújo (BA)
 Karen Lúcia Borges Queiroz (DF)
 Maria Beatriz de Oliveira (MG)
 Maria Luíza de Carvalho Nunes / Marta Giane Machado (PA)
 Maria Goretti David Lopes (PR)
 Maria do Espírito Santo (Santinha) Tavares dos Santos (RJ)
 Maria Noelci Teixeira Homero (RS)
 Clair Castilhos Coelho (SC)
 Rosa de Lourdes Azevedo dos Santos (SP)

Secretaria Executiva da Rede Feminista de Saúde eleita (2011 - 2015):

Secretária Executiva - Clair Castilhos Coelho
 Secretária Adjunta - Sheila Regina Sabag Kostin

Conselho Diretor da Rede Feminista de Saúde

Maria José (Mazé) Oliveira Araújo (BA)
 Karen Lúcia Borges Queiroz (DF)
 Maria Dirlene Trindade Marques (MG)
 Marta Giane Machado Torres (PA)
 Carmen Regina Ribeiro (PR)
 Maria do Espírito Santo (Santinha) Tavares dos Santos (RJ)
 Telia Negrão (RS)
 Vera Lúcia Fermiano (SC)
 Rita Cerqueira de Quadros (SP)

Apoio

Fundo de Populações das Nações Unidas (UNFPA)
 Ministério da Saúde
 Oxfam, Fundo Global para Mulheres

EDITORIAL

Rede reafirma e renova sua agenda

Este número do Jornal da Rede feminista circula após cinco anos de sentida ausência, período em que a comunicação da entidade adaptou-se às novas contingências dos financiamentos ao campo da saúde das mulheres e às novas tecnologias da comunicação e informação. Sem perder a qualidade de seus produtos, a Rede Feminista desenvolveu ferramentas digitais através do portal www.redesaude.org.br, oferecendo não só ao movimento de mulheres, mas a tod@s que acessam o ciberespaço informações sobre a sua agenda nacional e internacional.

No entanto, poder publicar um Jornal da Rede feminista para nós significa recuperar aspectos afetivos da comunicação feminista, permitir que se toque com as mãos, que se carregue na bolsa, que se guarde na estante preciosos artigos da militância.

Este número traduz os conteúdos do 11º Encontro realizado em Porto Alegre nos dias 29 e 30 de setembro e 1 e 2 de outubro, quando se realizou o Seminário Autonomia e Saúde das Mulheres tendo como foco a saúde das mulheres negras; a assembleia da Rede, quando se aprofundou a análise de contexto e reflexões sobre a entidade; e, por fim, as trilhas para onde levam as deliberações de seu novo colegiado.

Ao publicar esta revista, a entidade convive com a atual gestão da secretaria executiva em exercício sediada no Rio Grande do Sul, e com a secretaria executiva eleita, composta por Clair Castilhos e Sheila Sabag, da Regional de Santa Catarina, sediada na Associação da Mulher Catarina. A partir de 2012, será dessa regional a responsabilidade de continuar articulando o ativismo das filiadas.

Neste número, pela sequência em que se apresentam os textos, são trazidas as reflexões sobre o contexto atual para as redes do campo da saúde das mulheres e dos direitos sexuais e reprodutivos apresentados pela secretária executiva em exercício no Encontro. Complementa esta reflexão artigo elaborado pela secretária executiva eleita Clair Castilhos sobre os determinantes sociais na saúde das mulheres, material que também orientou sua fala na Conferência Nacional de Saúde.

A saúde das mulheres negras, tema que orientou o seminário realizado em parceria com Maria Mulher – Organização de Mulheres Negras é enfocado pelos artigos de Maria Luísa Pereira de Oliveira, secretária adjunta em exercício, e por Simone Cruz, da Articulação de Mulheres Negras Brasileiras, que desenvolve o tema para abordar as estratégias políticas das mulheres negras no campo da saúde.

A enfermeira e pesquisadora paranaense Alaerte Leandro, dando ênfase à saúde das mulheres negras, analisa os desafios frente à morbimortalidade materna e aos insucessos das estratégias relativas aos Objetivos do Milênio, lembrando que, das Metas, este é o único componente que o Brasil não logrou atingir. As desigualdades sociais e raciais, a ilegalidade do aborto, a violência de gênero e outros fatores, se não atacados, tornam a mortalidade materna uma condenação anunciada.

O tema da integralidade e a diversidade na garantia da saúde das mulheres, que iluminou os debates e a agenda da entidade nos últimos anos, quando se constatou uma fragilização da Área

Técnica da Saúde da Mulher e o predomínio de concepção materno-infantil em lugar da saúde integral das mulheres, é desenvolvido em artigo especial elaborado por Maria José de Oliveira Araújo e Cecília Simonetti, ambas da entidade IMAIS, que sedia a regional da Bahia.

Eliana Karajá, coordenadora do Conselho Nacional de Mulheres Indígenas, traz os aportes que permitem ao movimento de mulheres e feminista brasileiro conhecer e assumir uma agenda que trata da (in)visibilidade das mulheres indígenas enquanto sujeitas do direito à saúde, tema que foi tratado no seminário. A Carta de Porto Alegre, construída no Encontro, traz a análise de redes, articulações, organizações e feministas autônomas, sendo um documento orientador que reflete o conjunto de aportes trazidos sob a consigna de autonomia e saúde das mulheres.

Sobre o tema do aborto como um direito desrespeitado e postergado, a pesquisadora e coordenadora da Comissão de Cidadania e Reprodução, Margareth Arilha, situa o assunto e a gravidade da omissão do Estado frente ao problema que afeta 1 milhão de mulheres ao ano no Brasil. E Lilian Marinho, integrante da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher do Conselho Nacional de Saúde, analisa a Rede Cegonha como a perda da centralidade da saúde integral, demonstrando o deslocamento das prioridades. A conquista de um Protocolo de Saúde das Mulheres Lésbicas e Bissexuais é apresentada por Claudete Costa, da Liga Brasileira de Lésbicas de Porto Alegre. A proposta resultou de articulação entre a universidade, movimento feminista e o órgão municipal de saúde, estando em fase de implementação.

O processo das Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres e de Saúde, desenrolado em 2011, é trabalhado em dois breves textos de conselheiras que representam a Rede Feminista nos organismos nacionais, Rosa de Lourdes Azevedo dos Santos (CNDM) e Santinha Tavares (CSN). Este bloco é complementado pelo material que compõe as propostas defendidas pela Rede em todo o Brasil, e que serviu de base a várias redes e articulações.

Por fim, a antropóloga Renata Jardim assina um artigo sobre a campanha internacional Ponto Final na Violência Contra Mulheres e Meninas como uma estratégia inovadora para a prevenção deste grave problema e que se coloca hoje no país entre as experiências exitosas. A Campanha rendeu à entidade o Prêmio Nacional de Direitos Humanos em 2010. As últimas páginas trazem um apanhado de publicações feministas, da Rede e de outras redes, permitindo a atualização desta produção no Brasil.

Este número do Jornal da Rede resulta de vários apoios, entre os quais: Fundo de Populações das Nações Unidas (UNFPA), Ministério da Saúde, Oxfam, Fundo Global para Mulheres. Todos os artigos assinados foram cedidos pelas suas autoras, sem remuneração. A todas elas agradecemos, pois possibilitaram a publicação deste material, que passa a compor a série inaugurada em 1991, ano da fundação da entidade.

Publicação da Rede Feminista de Saúde - Dezembro de 2011

Edição: Jornalista **Clarinha Glock** Design Gráfico e diagramação: **Vit Núñez Comunicação Visual**
 Ilustrações/poesias gentilmente cedidas por **Alice Ruiz** e **Leila Pugnali** da Obra **RIMAGENS** - Curitiba 1985.

Rede: travessia de desafios

*Telia Negrão

A Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos completou 20 anos em 2011, realizando o 11º Encontro Nacional em Porto Alegre, cidade que sediou a Secretaria Executiva nos últimos cinco anos. Eleita em maio de 2006 junto com um novo Conselho Diretor que se renovou a cada dois anos, o mandato foi cumprido por representantes de duas organizações gaúchas: Coletivo Feminino Plural, com a jornalista Telia Negrão, e Maria Mulher - Organização de Mulheres Negras, com a psicóloga Maria Luísa Pereira de Oliveira. Em 1º de outubro de 2011 foi eleita a regional de Santa Catarina para sediar a entidade a partir de dezembro deste ano. A farmacêutica Clair Castilhos e a matemática Sheila Sabbag assumem por quatro anos, com o apoio da Associação Casa da Mulher Catarina. Este texto refere-se à análise apresentada pela secretária executiva da Rede no encontro.

Quando a Rede Feminista de Saúde completa duas décadas de vida reunindo suas filiadas, é indispensável que se procedam reflexões que auxiliem a compreensão de sentidas mudanças na entidade no período compreendido de 2006 a 2011, o mandato coordenado pela Regional do Rio Grande do Sul. Foram cinco anos em que se processaram significativas alterações no cenário político nacional e global, as quais influenciaram a atuação da entidade nas várias frentes onde implementa suas ações. Entretanto, questões internas ganharam peso neste novo panorama.

No âmbito da América Latina e Caribe, as reflexões trazidas pela Campanha 28 de Setembro em seu manifesto de 2011 identificam um momento de retrocessos, mas também de esperanças em relação às políticas direcionadas a assegurar os direitos sexuais e reprodutivos, em particular o direito ao aborto. Vários países foram afetados pela estratégia mais conservadora, como Nicarágua, Guatemala, Honduras e mesmo o Brasil, com diferentes intensidades, e surgiram algumas janelas quanto ao direito ao aborto no México e na Colômbia, e iniciativas na Argentina que alimentam a discussão e a esperança de que se removam os obstáculos ao exercício de direitos e à autonomia das mulheres.

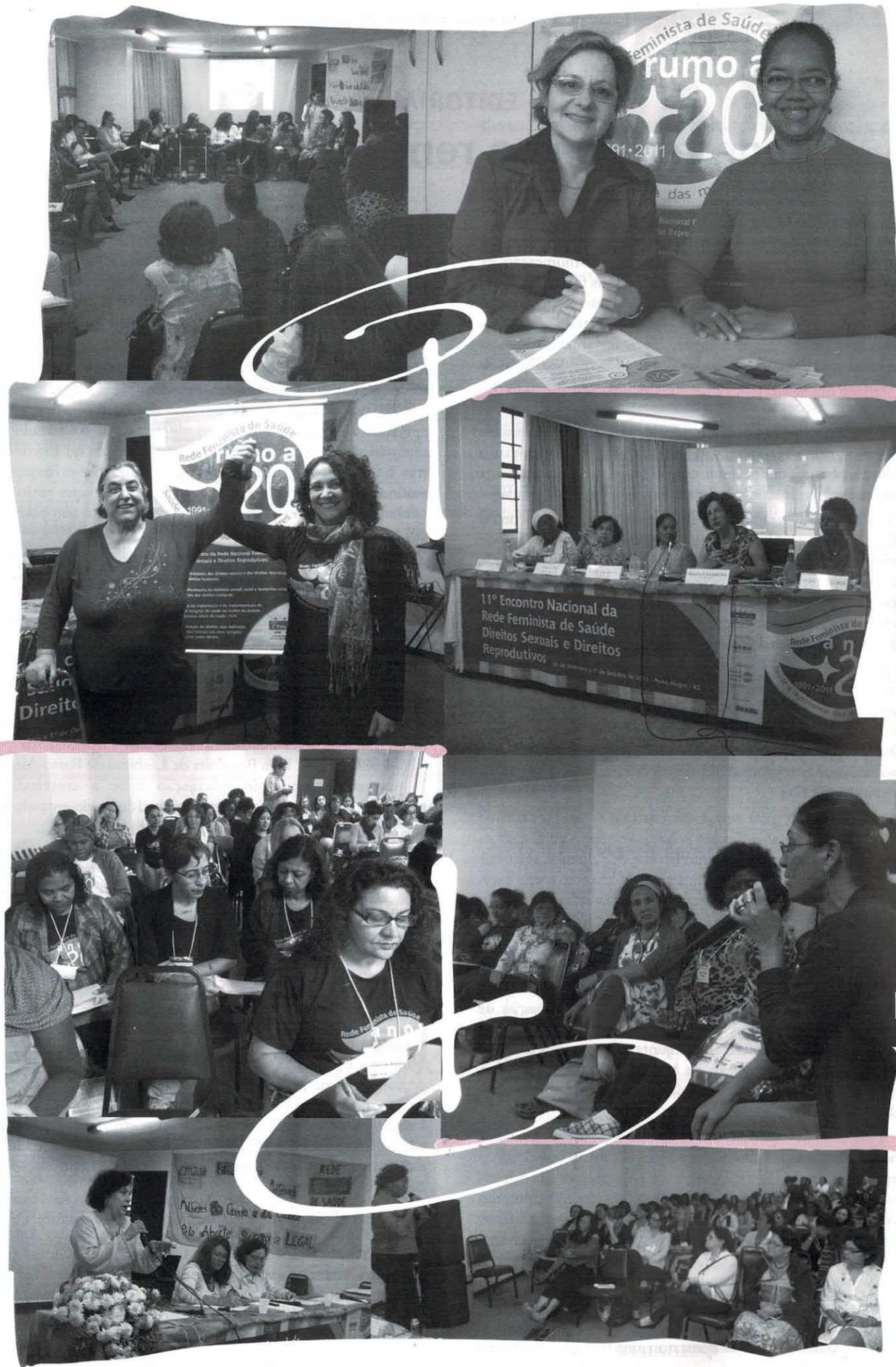
Em relação à legitimidade e inserção dos temas do feminismo nas agendas institucionais, o aborto e a mortalidade materna foram objetos de posicionamentos sob as lentes dos direitos humanos em instâncias internacionais, a exemplo do Caso Alynne e do relatório de Anand Grover. Também a obtenção de novos dados sobre a magnitude do aborto inseguro e seus impactos na saúde das mulheres, relações com violência sexual, o crescimento no uso de medicamentos e a redução do número de internações de mulheres por aborto oferecem maior sustentação no debate político sobre a necessidade de remoção das legislações restritivas aos direitos reprodutivos das mulheres, bem como ao advocacy pelas políticas públicas.

Uma crise de muitas caras

É importante demarcar que neste período se conformou também a mais recente crise do capitalismo global, afetando as economias dos países ricos e reduzindo doadores para fundos internacionais que destinavam uma parcela de recursos para financiamento à implementação de agendas globais. Este contexto de crise produziu mudanças nas estratégias internacionais de financiamento de ações da sociedade civil com vistas ao monitoramento e advocacy em torno das convenções internacionais, especialmente do movimento de mulheres e feminista, e especificamente para a área da saúde e direitos sexuais e reprodutivos. Certamente a agenda relativa ao cumprimento de Cairo e seus seguimentos foi uma das que maior corrosão veio a sofrer, com a redução dos recursos para a epidemia do HIV e programas de saúde sexual e reprodutiva, o que merece uma reflexão sobre a persistência de enfoque de controle demográfico nas políticas de população e desenvolvimento. A isto se soma a onda conservadora promovida pelo Vaticano com o Papa Bento 16, pois mesmo sob as denúncias de pedofilia mantém-se ativo inclusive nas Nações Unidas.

Vem ocorrendo não só uma redução drástica neste financiamento, mas o redirecionamento de recursos para outras regiões do mundo, especialmente África, que vive a tragédia da Aids, da extrema pobreza e da exclusão e violência contra as mulheres; e parte da Ásia, que convive com graves problemas sociais. A América Latina não é alvo mais deste apoio, mesmo sendo uma das regiões mais desiguais do mundo. Esta alteração impactou e vem impactando profundamente os movimentos que atuam na área da saúde, sexualidade e reprodução em toda a região, onde redes, articulações e campanhas internacionais têm sido obrigadas a rever suas formas de funcionamento e a aprender a trabalhar com pouco.

Menos recursos levam ao desmonte de muitas das estruturas criadas pelo movimento para sustentar seu advocacy, o processo de capacitação e formação para o ativismo qualificado, as estratégias comunicacionais e a forma de organização e vigilância social sobre o estado e a sociedade. Os efeitos desta crise global, que mexe nos empregos, salários e políticas sociais, aliados à disponibilidade de novas tecnologias de comunicação, dão margem à criação de novas formas de mobilização a partir dos países centrais do capitalismo. "Ocupem Wall Street" e manifestações fora de controle em Londres, por exemplo, levam a que algumas lideranças internacionais do G20, com o apoio de movimentos sociais, adotem propostas levantadas pelo Brasil há mais de 20 anos pela taxação de transações financeiras internacionais e a criação de fundos de solidariedade. Observam-se nas lideranças de movimentos sociais europeus e norte-americanos semblantes preocupados com os rumos do mundo, como constatamos numa reunião em Istambul em novembro de 2011, que debateu a criação desta taxa mundial.



Da integralidade e direitos à Rede Cegonha

No Brasil, a conjuntura política de 2006 a 2011 se caracteriza por dois governos de perfis diferentes e um congresso profundamente conservador. O segundo governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2007-2010) manteve uma agenda relativamente aberta para os temas do campo feminista no qual o Ministério da Saúde, através do ministro José Gomes Temporão, fez o diálogo com a sociedade e os meios de comunicação sobre aborto, direitos reprodutivos e sexuais de modo geral, sem que isso gerasse mudanças efetivas.

Foi um período pautado também pelo II Plano Nacional de Políticas para a Mulher, que deixou de enfatizar o tema da legalização do aborto, como fizera no ciclo anterior, direcionando seus esforços para o Plano de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher e a implementação da Lei Maria da Penha. No entanto, mesmo a questão da violência sexual não teve enfoque prioritário. Houve sensível déficit na atenção às mulheres e ficou impune qualquer violação à Norma Técnica sobre os Agravos da Violência Sexual.

Este foi um período de prestações de contas junto aos Comitês das Nações Unidas - Cedaw (2007) Cairo (2009) entre outros -, e de importantes reuniões, como a da Comissão Econômica para América Latina e Caribe (Cepal), em Quito (2007) e Brasília (2010). Estes encontros internacionais reafirmaram a agenda de direitos e orientaram para medidas destinadas à redução da mortalidade materna e moderadamente em relação ao aborto. Mas não trouxeram grandes resultados quanto a ações concretas por parte do governo, cuja prioridade é a redução da miséria absoluta, enfocando as mulheres nas políticas sociais.

No tocante à saúde, o segundo governo do presidente Lula, apesar do visível enfraquecimento e fragilização da Área Técnica da Saúde da Mulher em relação ao primeiro ciclo, manteve alguns mecanismos que permitiram incidência política, especialmente na Comissão de Monitoramento do Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Em diversos episódios, como em 2009, no caso da menina de Alagoinha (PE), o ministro da Saúde e o Presidente da República fizeram manifestações favoráveis à garantia de direitos. Por outro lado, foi um período caracterizado pela mais forte ofensiva dos setores conservadores no Congresso Nacional, havendo uma rearticulação das bancadas religiosas e um realinhamento de setores conservadores da sociedade. Várias retrocessos marcaram este período, assim como as dificuldades do movimento de mulheres em estabelecer estratégias após a derrota do projeto da Tripartite em 2005.

A partir de 2011, com a eleição da presidenta Dilma Rousseff sob fortíssima pressão dos setores religiosos e conservadores, e na qual assume uma série de compromissos públicos contrários a direitos sexuais e reprodutivos, este debate não encontra espaço na agenda, assim como o conceito de saúde integral. A estratégia que centraliza a atenção à saúde da mulher, denominada Rede Cegonha, é marcadamente materno- infantil, complementada por ações fragmentadas para câncer de mama e colo de útero, sem articulação com o conjunto de medidas necessárias à redução das causas de morbimortalidade das brasileiras. A falta de interlocutores no governo federal e no

Congresso impõe dificuldades para concretizar uma agenda política de maior consequência.

Das 13 conferências processadas em 2011, a de Políticas para as Mulheres e de Saúde polarizaram a atenção e os esforços do movimento de mulheres, a fim de manter a agenda política viva. Porém, de forma muito limitada. O Sistema Único de Saúde é alvo de uma política de enfraquecimento, pela falta de recursos e pela ameaça permanente de privatização de serviços. Os recursos para as políticas da mulher sofreram drástica redução, com cortes inclusive no enfrentamento à violência.

Desafios de uma rede nacional em crise

Durante estes cinco anos que nos separam de 2006, a Rede Feminista de Saúde, em articulação com o movimento de mulheres e feminista e outros setores democráticos e de direitos humanos, graças ao esforço e ativismo das suas filiadas, manteve-se ativa. Teve representações e conduziu processos de coordenação em inúmeros espaços, como a Comissão Nacional de Monitoramento do PNPM, Comissão Nacional de Morte Materna, Comissão Nacional de Monitoramento do Pacto de Mortalidade Materna e Neonatal, Comissão de Articulação dos Movimentos Sociais, Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, Conselho Nacional de Saúde (CNS), Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher do CNS.

E também como ponto focal da Campanha 28 Setembro, na coordenação das Campanhas por uma Convenção dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e Campanha Ponto Final na Violência Contra Mulheres e Meninas. Na Campanha dos 16 Dias de Ativismo, na Campanha 25 de Novembro, no Fórum Social Mundial e Fórum Social Mundial de Saúde, na Aliança Contra o Tabagismo, nas Jornadas Brasileiras pelo Aborto Legal e Seguro, na Frente pelo Fim da Criminalização da Mulheres e Legalização do Aborto, na coordenação política e relatoria da Plataforma Dhesca Brasil, na Plataforma dos Movimentos Sociais para a Reforma Política, na elaboração do Relatório Cedaw, no Monitoramento de Cairo +15 e +20, nos Conselhos Diretor e Consultivo e no Comitê Acadêmico da Universidade Itinerante da RSMLAC, no Fórum Interprofissional sobre Violência Sexual e Abortamento Previsto em Lei, na Articulação Mulher e Mídia, no Observatório da Lei Maria da Penha, no Observatório de Gênero da SPM, Campanha Mortalidade Materna - IPPF/Bemfam, na Campanha Saiba seus Direitos - Mortalidade Materna - UNFPA, e em muitas outras iniciativas.

Esta significativa presença, entretanto, se dá sob uma conjuntura diferente no movimento de mulheres, em especial na disputa pela agenda dos direitos sexuais e direitos reprodutivos. Há uma evidente movimentação na região, que se reflete no Brasil pelo estabelecimento de nova hegemonia. Esta conjuntura para as redes e articulações foi sentida em profundidade pela Rede Feminista, que teve dificuldades de identificar as contingências da mudança do cenário de financiamento internacional e das disputas entre os vários setores do movimento, ao passar a viver uma crise interna a partir de 2007. Sem recursos para sustentabilidade e com poucos recursos para a ação política, foi um momento de intensa busca de saídas e discussões que precisam ser

conhecidas e refletidas.

Os dois primeiros anos efetivos deste mandato - 2007 e 2008 - se caracterizaram por um grande esforço para conhecer em maior profundidade as causas da difícil situação que a entidade passou a viver quanto à sua sustentabilidade. Mesmo frente a uma conjuntura difícil para os direitos sexuais e reprodutivos atingindo a maioria dos movimentos, a partir de 2007 a Rede deixou de receber recursos de suas mais importantes apoiadoras internacionais, somando-se ao fato de que, a partir da posse da gestão, em setembro de 2006, também não pôde contar com os valores financeiros provenientes do Ministério da Saúde. Os fundos das agências das Nações Unidas sofreram drástica redução, o que refletiu na entidade. Por outro lado, a entidade começou a responder junto ao Fundo Nacional de Saúde pela aplicação de recursos públicos liberados para dois projetos, os quais foram colocados sob análise e um deles suspenso, desabilitando-se para buscar novos fundos públicos.

Mudanças no enfoque de gestão da secretaria executiva buscaram a adaptação aos novos tempos, com equipe reduzida e trabalho voluntário das secretárias executiva e adjunta. O quadro foi agravado por ações trabalhistas de ex-funcionárias da entidade, que levaram a penhoras online dos poucos recursos obtidos por projetos, e pioraram a relação com parceiros.

Desde o início, a decisão de tornar esta situação transparente ao movimento de mulheres foi vista por muitos e diversos olhares. A credibilidade de uma entidade, conquistada ao longo de duas décadas, estava posta à prova, cabendo às filiadas a tomada de decisão sobre as estratégias para revigorar sua organização. Uma profunda crise foi identificada na assembleia geral realizada em junho de 2008, quando se procedeu a uma avaliação da entidade e a definição sobre a tomada de providências de várias ordens para seu enfrentamento, fortalecendo medidas que já vinham sendo encaminhadas pela Secretaria Executiva. Informadas sobre dívidas acumuladas pela entidade em Belo Horizonte, as consequências com a retenção de documentos e, diante da vulnerabilidade financeira e jurídica devido à condição de inadimplência frente ao poder público, a impossibilidade até mesmo de atuar com o CNPJ próprio e de manter contas bancárias, as filiadas puderam debater e deliberar. Adotou-se um conjunto de medidas - administrativas, financeiras, contábeis, jurídicas e políticas, entre as quais a criação de uma entidade de apoio -, para passar a receber anuidades de filiadas. Uma medida acertada que demonstrou, ao longo de três anos, a forte relação da rede com suas componentes.

Se de um lado as dificuldades relativas à gestão consumiram grande parte da energia da secretaria executiva e do colegiado da Rede - além de funcionamento debilitado pela falta de recursos para reuniões presenciais, se viu às voltas com processo permanente de instabilidade jurídica e financeira -, de outro é necessário admitir que a sobrevivência política no cenário do movimento de mulheres é um processo complexo que exige reflexões. Deve-se refletir sobre os temas da responsabilidade, da solidariedade, da confiança, do crédito, assim como do papel das agências de financiamento do movimento de mulheres e feminista em relação à autonomia e sustentabilidade das organizações.

Felizmente, ao chegar em 2011 no seu 11º Encontro, a entidade encontra-se saneada, tendo retomado a credibilidade,

regularizado sua documentação, adotado novo modelo de gestão que vem sendo certificado por auditorias, encontrando seu equilíbrio financeiro e administrativo. Persistem em curso as análises de projetos em questão, mas medidas jurídicas hoje protegem a entidade de ações que possam atingir seu patrimônio material e imaterial. O apoio das entidades que compuseram a secretaria executiva - Coletivo Feminino Plural, Maria Mulher e o Centro Hygia - foram indispensáveis para assegurar a sua existência e a vida política, o que mostra a capacidade do movimento de gerar novas sinergias.

Desafios no campo político

Desde 2008 há uma crescente desarticulação do movimento de mulheres e feminista no Brasil, não havendo agenda ou campanha construída e efetivamente compartilhada pelas principais redes e articulações. Não se conseguem identificar, ou são raras as instâncias comuns para elaboração de propostas que possam reverter o atual quadro de dispersão do movimento de mulheres e a perda de direitos. Por outro lado, há dificuldades de reconhecimento mútuo no seio deste movimento.

Um exemplo: o lançamento da proposta de legalização do aborto no Brasil feita em setembro de 2010 por um conjunto de entidades e redes sofreu fortes críticas, não por seu conteúdo, mas por ter surgido de uma parcela do movimento. Desde o início se sabia que, pelas dificuldades de articulação e pela falta de confiança e reconhecimento mútuo, dificilmente se chegaria a uma proposta comum, mas se acreditava que a existência de uma proposta poderia gerar consensos e agendas conjuntas. No entanto, o tema foi levado a várias reuniões nacionais para criticar a iniciativa, e não para apoiá-la. Chegamos a 28 de setembro de 2011 sem projeto, sem análise, sem nova proposta, sem articulação e com baixíssima visibilidade para a agenda da legalização do aborto. Este fato dá margem para questionar se a dificuldade está em construir estratégias, ou se a disputa pelo espaço no cenário tão hostil às agendas de direitos impossibilita a tal nível as ações.

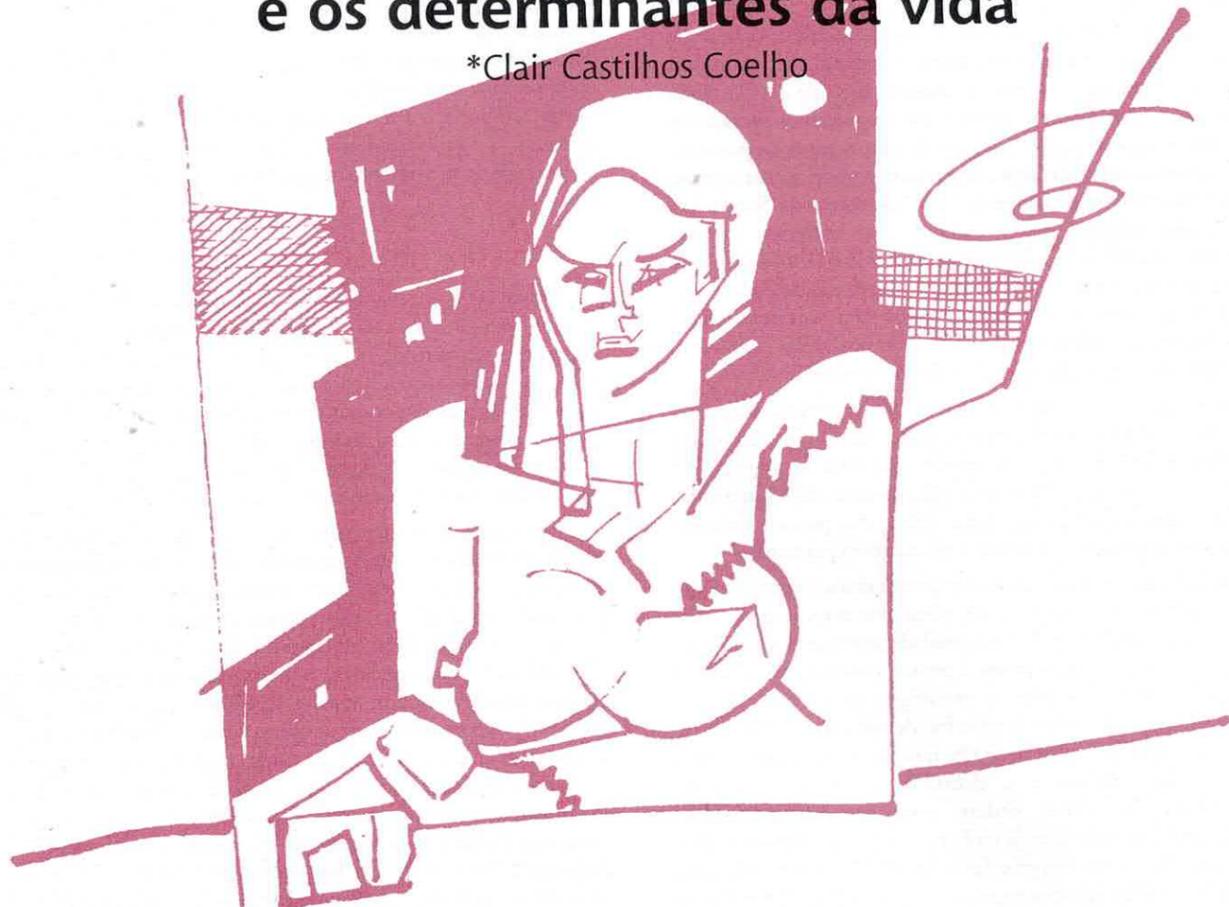
O 11º Encontro Nacional da Rede logrou realizar uma reunião para elaborar um patamar mínimo de discussão e compromissos e estabelecer rupturas necessárias e pactos, que resultou na Carta de Porto Alegre. Tem trabalhado com a Campanha Ponto Final como elemento articulador de esforços para ações comuns. Diante de todas as dificuldades da recente e difícil travessia, ainda com algumas turbulências, carece elaborar uma pauta de debates sobre os sentidos do movimento de mulheres, em especial das redes e das articulações. Para que servem? Quais são seus compromissos? Como se constrói a democracia no movimento de mulheres? Como se produz a horizontalidade? Quanto podemos aportar e o quanto ela pode nos fortalecer, se tem um capital político, se sua história tem valido a pena, e se o esforço para mantê-la produz os resultados de crescimento individual e coletivo?

Estas são perguntas que deixamos para a reflexão das filiadas, cujo destino a elas pertence, desejando que os próximos anos sejam marcados por maior solidariedade e conquistas.

**Jornalista, mestra em Ciência Política, secretária executiva da RFS (2006-2011).*

A memorável peleja entre o capital da morte e os determinantes da vida

*Clair Castilhos Coelho



Não, ao contrário do que se possa pensar, não se trata de uma história de cordel. Trata-se, talvez, da mais longa, intensa e insidiosa luta que a sociedade humana trava para manter a sua própria sobrevivência no planeta. As lutas de classes, contra as desigualdades de gênero, pelos direitos humanos, econômicos, sociais, culturais e ambientais e pela saúde. A velha peleja entre o capital e o trabalho.

No Brasil a situação não é diferente. No tocante ao tipo de contradições e desigualdades, varia apenas na dimensão dos indicadores de adoecimento e morte e no modelo de assistência. A semelhança entre a situação de saúde dos oprimidos - entenda-se: trabalhadores, mulheres, negros, indígenas, portadores de deficiência, homossexuais, povos do campo e da floresta, minorias em geral -, é comum entre os diferentes países capitalistas, aliás, absoluta maioria no mundo. Portanto é elementar supor que

as causas dos agravos e iniquidades, com pequenas variações, sejam habituais a todos (as).

A partir dos anos 80 do século passado, quando ocorreu o grande momento das lutas pela redemocratização do Brasil, um dos principais movimentos que se fez presente e teve uma ampla visibilidade foi o Movimento Sanitário. Este movimento protagonizou os principais debates e deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. Formulou, divulgou, debateu e, finalmente, inseriu no texto constitucional o conceito ampliado de saúde.

“Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade. Acesso, e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes

desigualdades nos níveis de vida..., a saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas” (Anais da 8ª Conferência, 1986).

O desdobramento deste conceito, em seus diferentes condicionantes, demonstra com exemplar clareza quais são os principais direitos sociais e humanos contidos nessa assertiva. A partir daí a saúde, se considerada nos seus componentes essenciais, não pode ser uma realidade concreta nos dias de hoje. Segundo Eric Hobsbawm citado por (Coelho, A.R., 1998) as condições de vida e saúde são comprometidas em suas bases essenciais devido às condições do mundo contemporâneo.

“Vivemos num mundo conquistado, desenraizado e transformado pelo titânico processo econômico e tecnocientífico

do desenvolvimento do capitalismo, que dominou os dois ou três últimos séculos. Sabemos, ou pelo menos é razoável supor, que ele não pode prosseguir *ad infinitum*. O futuro não pode ser uma continuação do passado, e há sinais, tanto externamente quanto internamente, de que chegamos a um ponto de crise histórica. As forças geradas pela economia tecnocientífica são agora suficientemente grandes para destruir o meio ambiente, ou seja, as fundações materiais da vida humana. As próprias estruturas das sociedades humanas, incluindo mesmo algumas das fundações sociais da economia capitalista, estão na iminência de ser destruídas pela erosão do que herdamos do passado humano. Nosso mundo corre o risco de explosão e implosão. Tem de mudar” (Hobsbawm, 1995).

Os determinantes de saúde mais profundos e estruturais incluem relações desiguais de poder, assim como o acesso desigual aos recursos e à tomada de decisões referentes aos determinantes imediatos como educação, moradia, trabalho digno, segurança alimentar, seguridade social e universalidade da atenção. A crescente desigualdade e discriminação de classe, raça/etnia, gênero, identidade indígena, geracional e de portadores de deficiência contribui para a impossibilidade de uma boa condição de saúde.

Para evidenciar os determinantes estruturais é fundamental que a análise para a ação se expanda aos limites da economia política, às contradições da sociedade de classes, ao processo de exploração das relações de trabalho no capitalismo e à opressão cultural originária do pensamento patriarcal, racista, xenófobo, homofóbico, intolerante e desumano. Há que ser avaliada e desvelada, de forma crítica e lúcida, a real extensão dos danos e agravos à saúde decorrentes do modo de produção capitalista/neoliberal. Só mediante este ângulo de observação e estudo será possível entender a crise econômica, ambiental, alimentar e de desenvolvimento. Será possível entender a ditadura do capital e traçar estratégias para superá-la. Será possível compreender por que o ser humano é uma mercadoria, por que é vendido nos mercados da morte, das fábricas, do tráfico, da prostituição, do garimpo, da escravidão, da ilusão, do consumismo e

da alienação. É possível discernir se o discurso dos determinantes de saúde é consistente, factível, libertador e revolucionário, ou se é pura imagem caleidoscópica de palavras e siglas ilusórias.

Ao final do século XX, o fenômeno que mais se destaca é que a compra e venda não dizem ao corpo como um todo, mas envolvem as partes individuais do homem. Assistimos à fragmentação comercial do ser humano. Os limites entre os usos e os abusos do corpo tornaram-se gradualmente mais sutis e imprecisos (...). A dupla caracterização dos seres humanos, como sujeito e como objeto de troca, hoje inclui quase cada uma de suas partes: sangue e medula; gametas e órgãos de reprodução; placenta, embrião e feto; DNA e células, além dos órgãos utilizáveis para transplantes. (Berlinguer e Garrafa, 1996).

A situação atual do Sistema Único de Saúde (SUS) mostra que a cada dia é mais difícil e complexo entender como serão atendidos os princípios básicos desse modelo assistencial: universalidade, equidade e integralidade. De forma cada vez mais ardilosa esses princípios são violados pelos governos nacional, estaduais e municipais mediante algumas estratégias mercadológicas e sutis. Dificilmente encontra-se referência a um Plano Nacional de Saúde, ao cumprimento de diretrizes e sugestões emanadas das Conferências, planejamento de ações e implantação de serviços oriundos de estudos epidemiológicos e sócio-sanitários. O que aparece são programas pontuais e transitórios que substituem políticas de abrangência nacional, integrais e estruturantes do sistema. O usuário depara-se, a cada dia, com programas que substituem políticas, novas entidades que agridem o público e encaminham as instituições de saúde para uma inevitável privatização. Tudo travestido de nomes e títulos exóticos: “Rede Cegonha” e não mais Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher; “Farmácia Popular” ao invés de Assistência Farmacêutica nas farmácias da rede de unidades de saúde dos serviços públicos; “Melhor em Casa”, que irá sobrecarregar as mulheres, para substituir a internação hospitalar em condições dignas e humanas em hospitais bem organizados, geridos e equipados; “Parceria Público-Privado”, ou seria Promiscuidade

Público-Privado? Crise internacional como argumento para o subfinanciamento do sistema.

Enfim, o que está ocorrendo? Pactos entre gestores para substituir o controle social, ainda a histórica subserviência ao capital internacional, rentista e espoliador? É possível, basta ver o Orçamento Geral da União: o total dos recursos previstos é de R\$ 1,414 trilhão e R\$ 635 bilhões são destinados a pagar juros, amortizações e refinanciamentos da dívida, correspondente a 44,93% do total, enquanto para saúde, habitação, saneamento, cultura, não chega a 5%. No entanto, as notícias veiculadas pela mídia afirmam que o Brasil já pagou o Fundo Monetário Internacional (FMI), irá emprestar dinheiro para salvar a zona do euro, entre outras coisas.

Frente a um quadro tão conturbado e desorganizado das forças que defendem o SUS em confronto com a aparente decisão governamental de utilizar as receitas privatizantes e neoliberais torna-se necessário que os princípios da Reforma Sanitária sejam retomados tal como recomendou o grande sanitário Sérgio Arouca, no início do primeiro mandato do presidente Luiz Inácio Lula da Silva. Esta retomada não aconteceu.

Analisando e relendo os livros de Samuel Pessoa *Ensaio Médico-sociais* (Coleção Saúde em Debate (CEBES-HUCITEC, 1978), ou *Medicina e Política* (idem), de Giovanni Berlinguer, entendemos por que a ofensiva neoliberal fez com que estes autores caíssem no esquecimento. Vejamos o que diz Berlinguer:

“Somente dominando a sociedade é possível controlar as forças da natureza, combater aquele fator patógeno que é o capital, aumentar a quantidade e melhorar a qualidade da vida”.

O mesmo Berlinguer, em seu livro *A Saúde nas Fábricas* (1983), cita Hipócrates: “(...) a saúde é fraca onde os homens não são senhores de si mesmos e das próprias leis, mas sujeitos a déspotas” e continua dizendo que a vida é ameaçada quando os homens “ao realizarem ações nobres e valiosas das quais os senhores extraem grandeza e poder, eles, entretanto, recebem de volta perigo e morte.”

Os dois lados da peleja

Determinantes de Saúde	Determinantes do capital da Morte
Alimentação	Fome, aditivos químicos, transgênicos, <i>fast food</i>
Habitação	Barracos, casebres, malocas, cortiços, sem-tetos
Educação	Analfabetismo funcional, alienação, reificação
Renda	Salário mínimo ou menos. Salários inferiores ao "mínimo vital"
Meio Ambiente	Devastação, ocupação desordenada, agrotóxicos, destruição das florestas, poluição das águas e do solo, falta de saneamento, caos urbano, camada de ozônio
Trabalho	Exploração, instabilidade, assédio moral, assédio sexual, baixa qualificação. Trabalho infantil, mulheres e imigrantes. Trabalho escravo no campo, "coreanos escravizando bolivianos", dupla jornada para as mulheres
Transporte	Imobilidade urbana, república das montadoras de carros
Emprego	Vínculos precários, terceirização, subemprego, seres humanos descartáveis, informalidade
Lazer	Big Brother, Gugu/Faustão/Ratinho/Silvio Santos, shopping, "rachas de carros", violência contra os diferentes, futebol
Liberdade	Ditadura do capital, banalização da injustiça social (conforme Christophe Dejours), cidades vigiadas, cidades carcerárias
Acesso e posse de terra	Assassinatos no campo e na floresta, grileiros, desmatadores, agronegócio, venda de terras para estrangeiros, desterritorialidade
Acesso a serviços de saúde	SUS sucateado, privatizado, dupla porta de entrada, humilhação aos usuários, falta de financiamento estável, permanente e suficiente

inventar nada de novo. Basta permanecer fiel à própria história" (Bobbio,1987).

Portanto, é importante decidir qual será a atitude escolhida. Ela pode ser resumida em dois poemas:

"Parecemos
Esses pássaros à deriva
Que o vento deporta
De tormenta em tormenta
E que se lançam
Ao assalto do sol
Para cair calcinados
Numa poeira de sangue"
(François Giauque)

"...De mãos encardidas
De olhos molhados
Sobrevivemos
Resguardamos o rumo e a esperança.
No caminho do amor ninguém se cansa
Porque se aprende a olhar de frente o sol"
(Thiago de Mello)

Referências

BERLINGUER, Giovanni. A Saúde nas Fábricas. São Paulo, Editora Hucitec, 1983.

Giovanni Berlinguer. Medicina E Política, Livros, Livros Universitários, Medicina e Saúde. Editora: Cebes-Hucitec. Ano: 1978.

Hobsbawm, Eric J., 1917-. Era dos Extremos : o breve século XX ... Paulo : Companhia das Letras, 1995.

**Farmacêutica-Bioquímica, Mestre em Saúde Pública, Professora Adjunta IV do Departamento de Saúde Pública da UFSC (aposentada). Secretária Executiva da RFS.*



Saúde das mulheres negras é um direito em construção

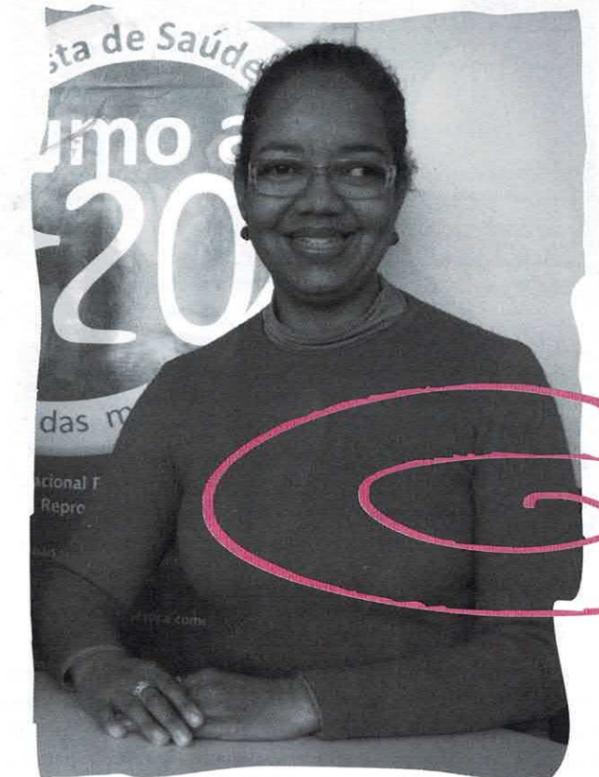
*Maria Luísa Pereira de Oliveira

As mulheres negras brasileiras vêm reivindicando saúde e qualidade de vida desde que chegaram ao território brasileiro, vitimadas pelo sequestro e tráfico de pessoas do sistema escravista que perdurou no Brasil por quase 400 anos. Ao longo do tempo, novas perspectivas foram se agregando a esta luta e, mais recentemente, foi constituído o que o movimento social negro e o movimento de mulheres negras têm denominado como um campo de ação, pesquisa e política pública, qual seja, a saúde da população negra. Não é demais lembrar o quanto esta ação tem exigido força, audácia e perseverança para sensibilizar diferentes setores da sociedade, como governos, profissionais de saúde e movimentos sociais de outros campos de defesa de direitos, para que assumam e participem desta construção.

Um ponto que não se pode perder de vista é que a saúde da população negra surgiu e se faz necessária devido à força e à atualidade da discriminação racial e do racismo. Os diversos dados de pesquisa em saúde, norteadas pela saúde da população negra, demonstram que o racismo é capaz de gerar e agravar doenças e diminuir anos de vida da população. Assim, não é possível falar em saúde das mulheres negras sem lembrar aspectos históricos que originaram a constituição deste campo de atuação.

Os estudos sobre a população negra no Brasil tiveram início no fim do século XIX. Segundo Munanga (1996), desenvolveram-se sob diferentes correntes de pensamento: uma, iniciada por volta de 1870, marcadamente influenciada pela antropologia racista que apresentava a população negra como uma categoria racial inferior e considerava que a mestiçagem poderia comprometer negativamente o futuro do Brasil. Outros estudos consideravam que possibilitaria o branqueamento da população e a eliminação gradual "do sangue inferior" de negros e índios, resolvendo a questão da formação da identidade nacional. Santos e Maio (2004) denominam essa vertente como paradigma racial. Na década de 1930, assiste-se à chegada de uma corrente teórica influenciada pelo culturalismo, que reforçava a inferioridade da raça com o argumento de que haveria uma inferioridade também na cultura negra.

Após a Segunda Guerra Mundial, a crença da comunidade internacional de que o Brasil seria uma espécie de paraíso multirracial onde poderiam, tranquilamente, conviver diferentes grupos raciais, faz com que a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) financie um ciclo de pesquisas sobre relações raciais no país. Surgia, assim, a terceira corrente de pensamento: o paradigma da estrutura social. A expectativa desse projeto de pesquisa era descobrir um modelo de relações raciais capaz de inspirar outros países do mundo com conflitos dessa ordem. Porém, o que foi revelado é que a discriminação racial e o racismo não só existiam, como impediam a mobilidade social de mulheres e homens negros.



No final da década de 1970, Carlos Hasenbalg, Nelson do Valle Silva e outros contestam o mito da democracia racial com base em dados quantitativos sobre as desigualdades raciais no Brasil. Falar em raça e utilizá-la como categoria em pesquisas de saúde vem sendo defendido por autoras e autores que compreendem a necessidade da utilização na perspectiva de que se trata de uma construção social. José Carlos Dos Anjos (2004) destaca a pertinência teórica da correlação entre etnia e concepção de corpo, de um lado, e entre raça e saúde, de outro. O autor, seguindo Michel Foucault, coloca que a categoria raça, em sua acepção moderna, é correlata à disseminação de tecnologias locais de poder para a administração de populações, visando à constituição do corpo saudável e homogêneo da nação, o adestramento e a maximização das forças produtivas. O fato de a população negra estar mais sujeita à falta de informação, à falta de meios de prevenção e ao escasso acesso a serviços de saúde se inscreve no quadro de uma formação social historicamente racista. Assumindo que a saúde é influenciada por condições de vida e inserção social, compreende-se que a saúde das mulheres negras, entendida como um direito, continua sendo violada, ainda que tenha logrado avanços.

Embora o quadro apenas mostre alguns exemplos, é possível prever, como dizia a pensadora Hannah Arendt: "O perigo é que uma civilização global, universalmente correlata, possa produzir bárbaros em seu próprio seio por forçar milhões de pessoas a condições que, a despeito de todas as aparências, são condições de selvageria".

Hoje, ao escrever sobre os determinantes sociais e de saúde é inevitável mencionar a importância da política partidária frente a tantas concessões ao capital. E lembrar o filósofo Norberto Bobbio, referindo-se ao Partido Socialista Italiano:

"Existirá um critério enquanto houver - e não podemos negar que haja -, na Itália e no resto do mundo, opressores e oprimidos; prepotentes e impotentes, os demais fortes e os demais fracos, os que têm e os que não têm, os que se diferenciam e os que são 'mais iguais' aos outros, os discriminadores e os discriminados, os causadores de fome e os famintos, aqueles que se armam até os dentes e os indefesos, os causadores de terror (que não são somente os terroristas) e os aterrorizados. Para sobreviver e olhar o futuro com confiança, um partido socialista precisa de grandes idéias. Mas não é necessário



A conquista por participação e Políticas Públicas

O artigo 196 da Constituição Brasileira conceitua saúde como “um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal igualitário para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988). No entanto, o avanço inegável da instituição da saúde como direito de todos(as) e dever do Estado, que garante o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, não tem assegurado o mesmo nível, qualidade de atenção e perfil de saúde quando se considera o recorte racial, em detrimento da população negra em geral e, em especial, das mulheres negras.

O debate sobre focalização X universalização nas políticas públicas no Brasil emergiu com particular tensão nos últimos tempos; de um lado, críticos utilizando o que diz a Constituição defendem as políticas universais, enquanto os demais, compreendendo o caráter político, e formadas/dos no interior dos movimentos sociais negro e de mulheres negras, ou aliados a esses, defendem a apropriada necessidade da implementação de políticas focalizadas e ações afirmativas. Um particular tensionamento está colocado nos princípios da Universalidade e Equidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Autoras e autores da teoria da justiça (Porto, Giraldes, Rawls, 1995) apontam a necessidade de incorporar interesses coletivos e específicos na formulação de políticas públicas de distribuição quando o objetivo é a diminuição das desigualdades. Dizem que é válida a discriminação positiva em favor dos menos favorecidos. Neste sentido, defendem a adoção de um critério de equidade de acesso

aos serviços de saúde que se traduza em uma discriminação positiva de utilização destes serviços, em que usuárias e usuários de maior necessidade encontrem o atendimento para demandas específicas. As políticas de saúde devem se pautar na redução das desigualdades, evitáveis e injustas, para proporcionar as mesmas oportunidades para todas e todos. Esta equidade tem aspectos multidimensionais e não pode ser vista só no âmbito da distribuição de serviços de atenção à saúde. Conforme Sen (2002), ela integra um conceito mais amplo de justiça social em que a saúde se relaciona com a forma de distribuição de recursos e também com acordos e políticas sociais que favoreçam grupos sociais mais vulneráveis.

Mulheres negras organizadas, ativistas do movimento pelo direito à saúde e pesquisadoras negras da área da saúde entendem que o agravamento da situação de saúde das mulheres negras está na adoção, por parte dos sucessivos governos de políticas públicas universalistas que não observam as particularidades de grupos sociais específicos, e da persistência do racismo institucional que dispõe as instituições (Estado, escola, igrejas, empresas, partidos políticos) a serviço dos pressupostos do racismo, limitando, a partir de algumas práticas institucionais, as escolhas, os direitos, a mobilidade e o acesso de grupos de pessoas a determinadas posições ou ao seu desenvolvimento pleno. Faz-se imprescindível o aprofundamento da discussão em torno de mecanismos de monitoramento em âmbito nacional e sobre a construção de indicadores para avaliação dos impactos das políticas públicas voltadas para o combate ao racismo e à discriminação, bem como da incorporação da perspectiva de gênero na análise e no desenho dessas ações. As políticas de saúde, na assistência e na pesquisa, podem ser instrumentos importantes de combate ao racismo, pois a morbidade e a mortalidade precoce de mulheres negras o desnudam na (des)atenção à saúde no Brasil, conforme assinalado por Lopes (2004).

Em novembro de 2006, o Ministério da Saúde, reconhecendo a existência do racismo, lançou - e o Conselho Nacional de Saúde aprovou - a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Logo na introdução, situa que a política define os princípios, a marca, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão, voltados para a melhoria das condições de saúde desse segmento da população. Inclui ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como de gestão participativa, participação popular e controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores de saúde, visando à promoção da equidade em saúde da população negra.

Contudo, somente passados quase três anos, em maio de 2009, a política obteve a devida regulamentação através da Portaria nº 992 que tem a finalidade de promover a igualdade racial voltada ao acesso e à qualidade nos serviços de saúde, à redução da morbimortalidade, à produção de conhecimento e ao fortalecimento da consciência sanitária e da participação da população negra nas instâncias de controle social no SUS. A publicação da norma que regulamenta a criação dessa política, tempos depois de sua aprovação, constitui uma explícita demonstração da dimensão do desafio que está colocado para a efetivação do direito à saúde da população negra e das mulheres negras brasileiras. A realidade de que esta parcela da população representa mais da metade da população do país já deveria ter tido o poder de pressionar o Estado brasileiro o suficiente para incorporar efetiva e concretamente as dimensões de raça/etnia e

gênero na implementação de suas políticas.

As mulheres negras brasileiras viveram o início da década de 2000 com o reconhecimento de importantes conquistas: a Secretaria de Políticas para Mulheres; a Secretaria de Políticas Públicas para Promoção da Igualdade Racial; a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. O final de 2011 chega com a 14ª Conferência Nacional de Saúde coordenada por Jurema Werneck, representante do movimento de mulheres negras, no segmento de usuárias e usuários do Conselho Nacional de Saúde.

Vozes de mulheres negras

A formulação e a execução das políticas e ações em saúde ainda precisam levar em conta os fatores que produzem a maior vulnerabilidade das mulheres negras, bem como as potencialidades e o fortalecimento que elas vêm construindo ao longo do tempo em relação ao tema da saúde. Sueli Carneiro já resgatou o conhecimento de que, historicamente, os cuidados com a saúde têm sido uma atribuição das mulheres e não são poucos os aportes que as mulheres negras têm trazido para a sociedade brasileira através da herança cultural africana. Assinala a importância dessa herança cultural ao considerar a saúde não apenas como um estado de ausência de doenças, ou a definição de equilíbrio biopsicossocial da Organização Mundial de Saúde. “Mas indo além e se propondo a considerar o equilíbrio dinâmico, fundado em trocas interativas com as diversas dimensões da existência: os vivos e os mortos; as plantas, os animais, os minerais; as dimensões internas e externas, como também anteriores e posteriores ao corpo, visão esta que traz inclusive, implicações mais profundas ao conceito de prevenção em saúde.” (Carneiro, 2003).

**Psicóloga, mestra em Saúde Coletiva, secretária adjunta da RFS (2006-2011), integrante de Maria Mulher - Organização de Mulheres Negras.*



Referências

- ANJOS, José Carlos dos. Etnia, raça e saúde: sob uma perspectiva nominalista. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (org.). Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.
- CARNEIRO, Sueli. Mulheres negras, violência e pobreza. In: Programa de prevenção, assistência e combate à violência contra a mulher - Plano nacional diálogos sobre violência doméstica e de gênero: construindo políticas para as mulheres. Brasília: A Secretaria, 2003.
- _____. Mulheres negras e violência. In: Documento da articulação de mulheres negras brasileiras - rumo à III conferência mundial contra o racismo, a discriminação racial, a xenofobia e formas conexas de intolerância. Rio de Janeiro, 2001. p. 1/2.
- _____. É muito pior do que parece. In: Revista Maria Maria. UNIFEM. Ano 1, nº 0, 1999.
- CARONE, I.; BENTO, M. A. S. e col. Psicologia social do racismo. Petrópolis: Vozes, 2002.
- HASENBALG, C. e SILVA N. do V. Estrutura social, mobilidade e raça. São Paulo: Vértice, 1988.
- LOPES, Fernanda. Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/AIDS no Estado de São Paulo - um estudo sobre suas vulnerabilidades. 2003. Tese (Doutorado em Epidemiologia) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003. Em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-10102006-144443/>>. Acesso em: 2011-11-25.
- MUNANGA, Kabengele. Mestiçagem e experiências interculturais no Brasil. In: SCHWACZ, Lília Moritz; REIS, Leticia Vidor de Souza (orgs.). Negras imagens. São Paulo: Edusp, 1996.

Estratégias políticas das mulheres negras no campo da saúde

*Simone Cruz

O tema da agenda feminista está articulado diretamente com a agenda do movimento de mulheres negras. Prova disso foi o número expressivo de integrantes da Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras (AMNB) presentes no 11º Encontro Nacional da Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos realizado em Porto Alegre nos dias 29 e 30 de setembro de 2011. Esta dupla militância, específica das mulheres negras no campo do antirracismo e do antixesismo, marca a nossa presença política, ao mesmo tempo que traz diversos desafios.

A AMNB vem demarcando espaço a fim de dar visibilidade a suas lutas no processo de enfrentamento ao racismo e ao sexismo no universo feminista, fazendo desta forma surgir a reflexão sobre os caminhos que percorreram e percorrem neste contexto. As barreiras são muitas. Um exemplo é o processo de inserção da AMNB no Conselho Nacional de Saúde. Apesar de o Conselho ter sido criado há mais de 70 anos, somente em 2006 o movimento negro obteve uma vaga e é representado há dois mandatos consecutivos pela AMNB. Para que isso ocorresse, articulações e negociações com diferentes frentes políticas do movimento negro, feminista, LGBT foram necessárias.

Ocupar espaços de controle social demanda um imenso esforço, inclusive de qualificação da militância para incidir nestes lugares. É necessário muito mais que o reconhecimento da luta das mulheres negras. Somente a efetivação de fato de políticas públicas evidenciará o pagamento da dívida do Estado Brasileiro com a população negra. A sociedade civil mobilizada faz a sua parte para dar visibilidade às demandas desta parcela da população.

As mulheres negras vêm denunciando a ausência de políticas públicas há décadas. Não há como pensar em políticas públicas para as mulheres, sejam no

âmbito da saúde, trabalho, educação, etc, sem inclusão da questão racial. O racismo é estruturante e determinante das condições de vida das mulheres negras neste país. É preciso garantir a implementação e o monitoramento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra pelo Ministério e Secretarias de Saúde do país com o enfoque transversal. Para isso, deve-se garantir o direito de participação da população negra e das mulheres negras no controle da Política Nacional de Saúde em seus diferentes aspectos.

Enquanto estratégia política, estamos mobilizadas, ampliando o debate entre gestores/as, pesquisadores/as e sociedade civil. Dados de 2007 do Ministério da Saúde apontaram que as mulheres negras morrem mais por causas maternas relacionadas a complicações de gravidez, parto e puerpério se comparadas com as mulheres não negras.

Nossa principal tarefa tem sido dar visibilidade a estes dados epidemiológicos em que as mulheres negras aparecem em condições diferenciadas, colocando-as em uma condição de desigualdade, relacionada, sobretudo, ao não acesso aos serviços de saúde. Como, por exemplo, no caso de mortalidade materna.

A Conferência de Saúde é o instrumento mais importante de definição de políticas neste campo, e a 14ª Conferência Nacional de Saúde é a primeira conferência em que teremos concretamente uma Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Participamos do processo das conferências em todos os Estados e estaremos mobilizadas na Nacional. Racismo é crime e iremos denunciá-lo enquanto houver práticas racistas, sejam institucionalizadas ou não.

**Psicóloga e coordenadora executiva da Articulação de Mulheres Negras Brasileiras - AMNB.*

Antigos temas, novos desafios dos direitos reprodutivos e direitos sexuais - mortalidade materna

Apresentado no Seminário 'Saúde e Autonomia das Mulheres', da Rede Feminista de Saúde, Porto Alegre, 30/09/2011

*Alaerte Leandro Martins

Dada sua significância, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) é um dos indicadores de Saúde da Mulher pactuados no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil; o princípio é que os indicadores medem a universalidade, a integralidade, o acesso, a eficiência, a eficácia, e o comprometimento da atenção à saúde, dentre outros.

A morte materna é um tema caro para a Rede Feminista de Saúde, que trabalha com os conceitos de atenção integral à saúde da mulher e de integralidade desde a implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983, o primeiro a abordar o tema. Em 2004 o PAISM amplia para Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), e traz avanços como a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (DSDR) e o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (ambos em 2005).

A Política Nacional de DSDR, na prática, viabiliza o disposto na Lei de Planejamento Familiar. É complementada pela Norma Técnica (NT) de Atenção Humanizada ao Abortamento (2004) que normaliza e desmistifica o procedimento clínico e considera aspectos ético-profissionais e jurídicos.

Em 2005 a Política traz a revisão da NT Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, com a novidade de não ser obrigatória a exigência do Boletim de Ocorrência para a realização de aborto em caso de gravidez resultante de estupro. Ou seja, normaliza a atenção, e qualifica a situação de agravo para que os procedimentos clínicos sejam realizados com maior efetividade.

O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal seria um capítulo à parte, desde a assinatura da Portaria do SAMU para urgências e emergências obstétricas e ginecológicas, passando pela revitalização do Comitê Nacional de Combate à Morte Materna, distribuição de kit pré-natal, avaliação de diretrizes e da forma de financiamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, até a instalação da Comissão Nacional de Monitoramento do Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal.

O Programa, as Políticas, o Pacto, as Normas Técnicas com todas as suas propostas de ações deveriam incidir na redução da mortalidade materna ao mínimo, como em países desenvolvidos, ou ao pactuado nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Entretanto, ainda há desafios para chegar a este objetivo.

DESAFIO 1: GESTÃO!!!!

Apesar dos marcos legais, pelo menos nos últimos cinco anos houve total desmanche da equipe da Área Técnica de Saúde da Mulher (ATSM). É praticamente inexistente, considerando o tamanho do país - 27 Estados e Distrito Federal, e apenas cinco

técnicas para implantar e monitorar qualquer política. Para além de outras questões, certamente a forma de contratação traduz-se em um problema; neste último ano, algumas vieram integrar a equipe e agora é apostar na rápida formação.

O desafio é a equipe se inteirar de questões da mortalidade materna, além da gestão redefinir e retomar as propostas colocadas nas Políticas, Programas, Pacto e NT. Pode-se citar duas dificuldades: os profissionais de saúde desconhecem as NTs e pelo menos há dois anos não haver reunião da Comissão Nacional de Mortalidade Materna.

O reflexo dessa situação é que o Brasil, segundo o Observatório da CEPAL, em 2008 continua no bloco dos países da América Latina, junto com Venezuela, Argentina, Panamá, Colômbia, México, Paraguai, Peru, Nicarágua, República Dominicana, El Salvador, Guatemala e Honduras, com uma RMM variando de 58 (Brasil) a 110 (estes últimos)/100.000 nascidos vivos (nv). Está longe de indicadores como os do Chile e do Uruguai, com 26 e 27/100.000 nv respectivamente.

Considerando os ODM, outro problema é a revisão das estimativas da RMM. A partir das publicações da OMS (2010) e LOZANO et al (2010) na revista *The Lancet*, o Ministério da Saúde realiza a oficina "Mortalidade Materna no Brasil: revisão das estimativas da razão da mortalidade materna - RMM". Fátima Marinho (OPAS, 2010) informa que no período de 2000 a 2008 o cálculo da RMM para o Brasil mostrou inconsistência quando utilizados os dados publicados na página web do DATASUS. Entretanto, considerando o período de 2000 a 2008, o CEPAL diz que o país apresentou tendência estável, junto com Cuba, Costa Rica e Chile, de 73,3 a 77,2/100.000 nv.

Mie Inoue (OMS, 2010) mostra a metodologia de cálculo e os dados de que, no Brasil, a RMM reduziu 34% de 1990 a 2008, e teve 2,3% de redução anual. Houve queda da RMM de 119/100.000 nv em 1990 para 58 em 2008. Para LOZANO et al (2010), há redução da mortalidade materna em todo o período estudado (1980 a 2008). Em 1980 a RMM era de 149/100.000 nv, caindo para 55 em 2008. No entanto, o autor refere que:

"Embora o país tenha avançado na redução da mortalidade de mulheres por conta de complicações com o parto ou a gestação, o lento ritmo de melhora significa que o Brasil chegaria com 25 anos de atraso às metas que deveria cumprir já em 2015. Apenas 13 países alcançarão a meta número 5 (reduzir em 3/4 a mortalidade materna entre 1990 e 2015). O Brasil não estaria entre eles: até 2011 a mortalidade materna no país caiu 37%."

Ortiz (RIPSA, 2010) apresenta a metodologia da RIPSA para o cálculo da RMM, evidenciando que apenas os estados do ES, RJ, SP, PR, SC, RS, MS e DF cumprem os requisitos (de cobertura dos óbitos femininos de 10 a 49 anos e grau de cobertura do SIM, sistema de mortalidade, e SINASC, sistema de nascidos vivos, for

maior ou igual a 90%), para calcular a RMM diretamente. Portanto, para os demais estados a RMM não é calculada. O Brasil utiliza o número total de óbitos maternos informados pelo SIM, ajustados pelo fator de correção de 1,4 (do Estudo de Laurenti e cols.) e os nascidos vivos Mix- RIPSAs. Em 2008, pela tendência 60/100.000 nv.

Desta forma, Otaliba Libânio indica que o DASIS/SVS/MS revisou as estimativas de RMM da RIPSAs e estimou os seguintes valores: para 1990 a RMM era de 140/100.000 nv; e reduziu para 75 em 2007. Dados do 4º relatório dos ODM informam:

- “Apesar dos números animadores de redução de morte materna, o Ministério da Saúde reconheceu que não será fácil cumprir a meta do milênio de queda de 75% até 2015;

- Ainda existem problemas como as discrepâncias regionais, já que o Norte e o Nordeste têm índices maiores que o Sul, Sudeste e o Centro-Oeste. Em 2008, por exemplo, a região Nordeste registrou 543 mortes maternas e a região Sul 189;

- Os fatores de correção da RMM foram obtidos a partir da aplicação da metodologia RAMOS e apresentam redução gradativa de valores no período. As limitações da metodologia apontam para a necessidade de definir novos critérios para correção da RMM, mesmo que a comparação com trabalhos recentes revelem proximidade com os dados apresentados”.

Para além de recursos humanos e sistemas de informação é essencial a atenção à saúde da mulher e, em especial, às que se encontram em idade fértil, para efetivamente reduzir a morbimortalidade materna. Neste sentido, a Política ou o Programa proposto precisa ser abrangente, mas também atender às especificidades regionais e, dentro delas, de cada estado e município. É importante atingir as brasileiras equitativamente, desde as que moram e vivem nas grandes metrópoles, regiões metropolitanas e periferia, como as trabalhadoras rurais, desempregadas, moradoras de rua, negras, e indígenas.

O Programa proposto pela atual gestão é o Rede Cegonha. Alvo de críticas, no seu lançamento o Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, disse que está em construção e todas as propostas serão bem-vindas. Uma delas o movimento negro conseguiu emplacar entre os novos exames laboratoriais: a eletroforese da hemoglobina para todas as gestantes negras e italianas. Mas ainda há desafios. POMBO (2011) cita:

“Não enfatiza a diminuição dos índices de cesarianas desnecessárias e não garante uma mudança na formação médico-obstétrica para a humanização do parto e nascimento. Anuncia uma verba significativa para o programa, priorizando regiões com maiores índices de mortalidade, mas não se preocupa com os altos índices de nascimento pré-termo e de bebês com baixo peso em estados mais ricos, como Rio de Janeiro e São Paulo. Prevê a criação do Centro de Parto Normal, uma entidade externa à maternidade e diferente das Casas de Parto existentes, mas também garante mais leitos e mais verbas para as Casas da Gestante e do Bebê, que são as novas estruturas para atendimento de gestantes de alto risco. Ou seja, os nomes adotados pelo programa deixam claro a manutenção da forma de atendimento centrada no médico e na doença. Se, do contrário, as estruturas de atendimento a partos normais se chamassem Casas da Gestante e do Bebê, haveria mais chance de o programa ser afinado a uma concepção humanizada da gestação”.

DESAFIO 2: NEAR MISS ou morbidade

materna: as "quase perdas"

Para evidenciar melhor a assistência à saúde da mulher, novos métodos de estudo vêm sendo utilizados, como a investigação das morbidades maternas graves – *near misses*. Do estudo de MARTINS, AL (2007), conclui-se que o achado da relação de 1 óbito materno para cada 23 casos de *near miss* ou 4,41%, assim como a RMM de 36,05/100.000 nv, sobe para 108,15/100.000 nv considerando-se os três óbitos. Justificam o estudo da morbidade materna grave, que é conhecer a magnitude da assistência à saúde da mulher. Estamos nos debatendo para reduzir a RMM no Brasil, mas esta pode ser até três vezes maior.

Foi evidenciada a falta de profissionais para atendimento às urgências obstétricas, 89 mulheres (50,86%) foram transferidas por falta de profissionais especializados nos serviços dos municípios e presença de fator de risco obstétrico importante, a maioria tinha indicação de parto cirúrgico e não havia ginecologistas e anestesistas no município. O aumento do número de profissionais para assistência é urgente. O mesmo estudo sugere que as equipes da Vigilância Epidemiológica que rotineiramente vão aos hospitais para vigilância dos nascidos vivos monitorem os casos de morbidade materna, como acontece em alguns países, segundo MANTEL e col (1998), RONSMANS e FILIPPI (2004) e CECATTI (2005). Ficou evidente a necessidade de aprofundar os estudos sobre *near miss*, assim como a instituição de outros parâmetros de análise, como as transferências e reinternações.

DESAFIO 3: MORTE MATERNA E VIOLÊNCIA

Conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID) 10, as mortes de mulheres em idade fértil por causas externas são consideradas não obstétricas. É contraditório, pois são inúmeros os casos em que a causa comprovada está relacionada às condições de gravidez, parto e puerpério. Alguns estudos começam a discutir a temática: CECATTI, JG et al, 1998; MENEZES TC et al, 2003; ESPINOZA e CAMACHO, 2005. Com a Lei Maria da Penha, a violência contra a mulher mais do que nunca está em pauta.

O estudo de MARTINS et al (2009) teve com o objetivo caracterizar os óbitos maternos considerados não obstétricos, de 2005 a 2008, e identificar os que tinham relação com causas externas (homicídio, suicídio, violência doméstica e sexual e acidentes de trânsito). Foram analisados 132 óbitos considerados como não obstétricos. Encontrou-se que:

- Em 30 casos (22,7%) relacionavam-se a causas externas como homicídios, suicídios, violência doméstica, sexual e acidentes de trânsito (quando acompanhado de indícios de violência doméstica ou sexual);

- Os homicídios corresponderam a 8 casos (26,7%); os suicídios a 9 casos (30,0%); a violência doméstica ou sexual a 10 casos (33,3%) e os acidentes de trânsito apresentando relação com violência doméstica a 1 caso (3,33%).

A violência doméstica e sexual foi a principal causa de morte no grupo de causas externas.

As informações vêm de encontro à pesquisa da Fundação

Perseu Abramo (2010): 25% das mulheres que tiveram filhos de parto natural na rede pública ou privada de saúde sofreram algum tipo de violência no atendimento ao parto. Dessas, 74% ouviram ofensas na rede pública e 17% em hospitais particulares. Outras 8% nos dois locais. Entre as entrevistadas, 68% tiveram o parto na rede pública, 16% na privada e 8% recorreram às duas redes hospitalares em ocasiões distintas.

As altas taxas de mortalidade materna se configuram como uma violação dos direitos de mulheres e crianças e um grave problema de saúde pública, atingindo desigualmente as regiões brasileiras, com maior prevalência entre as classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais. Ainda segundo TANAKA (2001), a ocorrência de óbito materno é uma violência contra a mulher, ferindo um dos principais direitos, que é o direito à vida.

NÃO É POSSÍVEL CONCLUIR!!!

São inúmeros os desafios para reduzir a mortalidade materna. Lembrando TANAKA (2001), a mortalidade materna é indicador de iniquidade, capaz de evidenciar a interação das variáveis de classe, sexo/gênero, raça/etnia. Trata-se de morte anunciada para as mulheres excluídas, porque ocorre mais em países pobres e em desenvolvimento, e os estudos comprovam que acomete especialmente aquelas com baixas renda e escolaridade, principalmente na periferia dos centros urbanos.

Seria necessário discutirmos desde o porquê as mulheres quase “exigem” de seus médicos realizar uma cesariana até a recente greve destes profissionais no país, reivindicando melhores condições de trabalho e salários/ honorários. Ao mesmo tempo, como o Brasil poderá mudar o modelo de atenção obstétrica investindo de fato na formação de enfermeiras obstétricas, parteiras e instalação de centros de parto normal.

Na impossibilidade de fazer um tratado do assunto, não podemos deixar de citar a diferença da RMM de 72,94 e 54,86/100.000 n.v., respectivamente para região Nordeste e Sul, e a diferença da RMM para as diferentes raça/cor/etnia: as brancas 49,66, as mulheres negras com 75,14, sendo que as pretas atingem 438,31/100.000 nv (dados disponíveis no site do DATASUS em 30/09/2011).

Considerando que nas regiões Norte e Nordeste concentra-se o maior percentual de população negra no Brasil é evidente que precisam de atenção se queremos reduzir a mortalidade materna. Por outro lado, com a condenação do Brasil pelo CEDAW no caso da afro-brasileira Alyne da Silva Pimentel - que morreu em 2002, aos 28 anos de idade, por falta de atendimento adequado na hora do parto -, faz-se necessário rever a política ou programa de atenção à mulher, inclusive no serviço público, especialmente na capacitação de pessoal e implantação de outras políticas como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. É imprescindível também a interferência na atenção básica, pois grande parte dos óbitos maternos no país ainda são por doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), que deveria ser prevenida, devidamente acompanhada e, se necessário, tratada na unidade básica de saúde - diferente do que acontece na maioria dos casos, em que a mulher já chega aos serviços hospitalares em estado de síndrome.

Por fim, é indispensável a participação da sociedade civil nos

comitês de prevenção de morte materna, conselhos de saúde e em todas as instâncias de controle social correlatas, como as comissões de saúde da mulher. É - ou deveria ser - lá que se definem as políticas e os programas da assistência, e onde devem ser prestadas contas. Indispensável também lembrar que é público no Brasil a necessidade de mais recursos para atenção à saúde. Várias manifestações têm sido realizadas para garantir a aprovação e a implementação da PEC 29, como o ato de 24 de agosto e, mais recentemente, a Primavera da Saúde, em 27 de setembro de 2011, além da atenção ao aborto, cuja norma técnica não é sequer conhecida.

Referências

- CECATTI, JG et al, Mortalidade materna em Recife. Causas de óbitos maternos, RBGO, 20(1):7-11, 1998.
- CECATTI, JG. Saúde da mulher: enfoque da evidência científica para a prevenção da morbidade e mortalidade materna [editorial]. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2005;5:9-11.
- ESPINOZA, H, Camacho, AV, Maternal death due to domestic violence: an unrecognized critical component of maternal mortality, Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 17(2), 2005.
- FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privados, 2010, [texto digitado].
- MANTEL, GD, Buchmann, E, Rees, H, Pattinson, RC. Severe acute maternal morbidity: a pilot study of a definition for a near-miss. Br J Obstet Gynecol. 1998;105:985-90.
- MARTINS, AL, SOUZA, KV de, Mafioletti, TM, Watanabe, TL. Mortes Maternas e Violência em um Estado do Sul do Brasil: Uma Análise Preliminar. SEMINÁRIO COMITÊS, Curitiba, 2009, disponível em www.saude.pr.gov.br
- MENEZES TC et al, Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério, RBGO, 25(5):309-316, 2003.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, RIPSAs. Relatório da Oficina “Mortalidade Materna no Brasil: revisão das estimativas da razão da mortalidade materna – RMM”, (RIPSAs, MS, 2010), 16 e 17/09/2010, [texto digitado].
- OMS, “Estimativas da Mortalidade Materna pelo Grupo Interagencial para Estimativa da Mortalidade Materna - MMEIG: UNICEF, UNFPA, World Bank, WHO (H4)”, agosto de 2010.
- POMBO, C. “O Brasil precisa de obstetras, médicos ou cegonha?” Em: <http://www.saudecomdilha.com.br/>, acessado em maio de 2011.
- LOZANO, R, Instituto de Métricas e Avaliação em Saúde (IHME), The Lancet, “Estimativas da Mortalidade Materna: progresso global em níveis e tendências”.
- RONSMANS, C, Filippi, V. Reviewing severe maternal morbidity: learning from survivors from life-threatening complications. In: Beyond the Numbers: Reviewing Deaths and Complications to Make Pregnancy Safer. Geneva: World Health Organization; 2004;103-124.
- TANAKA, ACD'A. Dossiê mortalidade materna, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2001, disponível em <http://www.redesaude.org.br>.

*Enfermeira da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, Especialista em Obstetrícia, Mestre e Doutora em Saúde Pública, filiada à RFS, à RSMLAC e Coordenadora Executiva da Rede Mulheres Negras-PR.

Saúde das Mulheres: questões que se repetem no debate sobre políticas públicas

Maria José de Oliveira Araújo¹
 Maria Cecília Moraes Simonetti²



Ao se analisar as políticas de saúde da mulher no Brasil, é crucial refletir sobre as razões por que foram insuficientes para modificar em profundidade o perfil epidemiológico encontrado em países considerados mais pobres e menos desenvolvidos que o Brasil, como a morte materna, a desnutrição em gestantes, as doenças infectocontagiosas e parasitárias, o câncer de colo de útero, o consumo elevado de medicamentos psiquiátricos pelas mulheres, dentre outros.

Autores como Carvalho (2008) afirmam que o orçamento público federal é insuficiente para responder às necessidades da saúde pública no Brasil, repercutindo negativamente nas políticas de saúde em geral e, por fim, nas políticas para as mulheres. Outros entraves são: (I) a falta de critérios para definição dos gastos com saúde levando a perdas anuais em torno de R\$ 2 bilhões a R\$ 5 bilhões; (II) a não regulamentação da Emenda Constitucional 29 (EC/29), que teve aprovação de mérito pela Câmara de Deputados, mas falta voto do Senado Federal, e a sua lenta aplicação pelos entes federados; (III) a extinção da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) e (IV) problemas na gestão do sistema que contribuem para a precária aplicação dos recursos públicos e a não efetivação das políticas de saúde.

O limitado nível de conhecimento e de capacidade técnica de parcela importante dos gestores e a definição de prioridades através de critérios político-partidários sem transparência e participação dos conselhos municipais de saúde e da sociedade civil fazem com que os recursos direcionados ao setor nos níveis locais tenham impacto aquém do previsto na mudança do perfil de saúde da população.

No que se refere ao financiamento para a política de saúde da mulher, após o processo de descentralização ele está inserido no

orçamento da União, dos estados e municípios (BRASIL, 2007). A quase totalidade dos recursos encontra-se alocado em rubricas do SUS que não estão nas áreas técnicas, seja a de saúde da mulher, seja a de outros grupos com necessidades de saúde específicas³. Apesar dos poucos dados existentes, é possível afirmar que estes recursos estão diluídos em vários programas e ações, sendo difícil avaliar quanto do orçamento geral da saúde é aplicado em ações de saúde da mulher em todo o país.

A maioria das ações de atenção primária para a população feminina encontra-se no Programa de Saúde da Família (PSF) e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Outras estão nos níveis secundários e terciários do sistema ou em departamentos que outrora funcionavam como programas considerados especiais (como o de DST/Aids e Hepatites Virais), dificultando a avaliação do dispêndio por ação específica. Existiam também incentivos para a redução da mortalidade materna (Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal), o Programa de Humanização do Parto e do Nascimento – PHPN, além de planejamento reprodutivo, através da compra de métodos contraceptivos centralizados no Ministério da Saúde.

No orçamento da Área Técnica de Saúde da Mulher estão os convênios com municípios, organizações filantrópicas e da sociedade civil, através do Fundo Nacional de Saúde, para pesquisa, formação de profissionais e organização de serviços, a exemplo das redes de atenção à violência de gênero. Esta fragmentação na forma do financiamento é uma das razões da

³No entanto, estas instâncias técnicas são as que elaboram diretrizes transversais para outras áreas e departamentos do MS quando existe uma integração entre elas.

dificuldade de totalização dos dados, já que eles estão dispersos no orçamento global do Ministério da Saúde. Além disso, muitas rubricas não estão desagregadas por sexo, como é o caso de alguns recursos destinados à atenção básica, impossibilitando uma avaliação precisa (BRASIL, 2007).

Dados do Relatório de Gestão da Área Técnica de Saúde da Mulher (BRASIL, 2007) revelam que de 2003 a 2006 os dispêndios financeiros federais de um grupo selecionado de ações prioritárias para a população feminina cresceram em torno de 31,05%, passando de R\$ 1,3 bilhões em 2003 para R\$ 1,7 bilhões em 2006. Considerando estes dados como uma aproximação do que é realmente gasto com a saúde da mulher pelo governo federal, e não pelos estados e municípios, e o orçamento geral para a saúde nos anos referidos, deduz-se que os gastos com este segmento populacional permaneceram em torno de 4% do total do orçamento global da saúde no período. A grande parcela foi com a atenção ao parto, considerando internações, consultas de pré-natal, exames e incentivos ao pré-natal. Por ordem decrescente, vêm as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer ginecológico e as ações de imunização (BRASIL, 2007).

A falta de informação sobre os gastos com a saúde das mulheres nas três esferas de gestão não permite afirmar se é uma prioridade financeira e programática. No entanto, o DATASUS informa que, dentre as ações de saúde, as dirigidas ao período da gravidez e do parto continuam sendo a prioridade orçamentária, sendo o parto o componente com maior dispêndio pelo número de internações (BRASIL, 2007). Vale salientar que nenhuma análise sobre os gastos com a saúde das mulheres no país pode tomar apenas como parâmetro o orçamento anual da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde. O orçamento dessa área não é significativo dos investimentos realizados tanto por este Ministério como pelos estados e municípios.

Os orçamentos destinados às áreas técnicas de saúde da mulher nas três esferas de gestão são ínfimos em relação aos gastos totais com a saúde e aos gastos com a saúde da mulher. Essa situação revela a pouca importância dada historicamente às instâncias técnicas, tendo como resultado a falta de poder de decisão e o limite de atuação. Os espaços de elaboração de políticas passam permanentemente por questionamentos de decisões sobre a necessidade da sua existência, importância e papel. Isso se reflete no orçamento e na sua capacidade de influir nas decisões e definições de prioridade sobre as políticas de saúde para as mulheres. A maior parte destas instâncias nos estados e municípios não possui orçamento próprio, tem um papel que se reduz progressivamente e baixo poder de decisão.

A Área Técnica de Saúde da Mulher, localizada na Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, tem como finalidade a formulação de políticas, diretrizes, normas, protocolos, projetos de leis e outros instrumentos que contribuem para o avanço de novos paradigmas e conceitos. Realiza treinamentos e elabora materiais educativos e informativos. Tem importante papel de subsidiar as demais instâncias do Ministério e das secretarias de saúde na elaboração de propostas de políticas para as mulheres e na transversalização dos conceitos de gênero e raça nas políticas globais de saúde.

Em diversos momentos da sua história, a Área Técnica da Saúde da Mulher tem sido relevante na formulação de políticas que adotam a perspectiva de direitos humanos, de gênero e de

raça, dando visibilidade a “antigos e novos problemas” ausentes das políticas e ações concebidas pelos gestores em outras instâncias do próprio ministério e das secretarias de saúde estaduais e municipais⁴. A violência doméstica e sexual resultante das relações desiguais entre os gêneros e outros agravos como os problemas de saúde mental, o aborto inseguro e a violência no parto fazem parte do cotidiano das mulheres e de suas necessidades em saúde ainda não reconhecidas pelos gestores e profissionais como estratégicas para o sistema de saúde.

As normas técnicas de atenção à violência sexual e atenção humanizada ao abortamento inseguro, as campanhas pelo parto normal, as redes de atenção à violência doméstica e sexual, dentre outras ações, são iniciativas pioneiras, que transpõem a dimensão materno-infantil e recolocam as políticas de saúde na perspectiva de direitos humanos e de cidadania.

Uma questão a ser debatida é o espaço real que ocupa a Área Técnica de Saúde da Mulher no Ministério da Saúde e nos estados e municípios. Desde a sua criação, em meados dos anos 80, estes espaços e as políticas por eles formuladas são objeto de questionamentos por parte de setores do movimento da Reforma Sanitária. Discussões essas centradas no que consideram o caráter vertical das suas políticas e na idéia de que são dispensáveis porque as suas competências podem ser delegadas a outras instâncias do sistema. Diante desses conflitos, em 1995 a Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (Rede Feminista de Saúde) organizou, no Rio de Janeiro, um seminário com a finalidade de aproximar setores do movimento e argumentar a favor de políticas de saúde da mulher que ultrapassem a visão reducionista da saúde materno-infantil e respondam ao amplo espectro de necessidades do corpo da mulher, sejam anatômicas, fisiológicas, históricas, todas elas criadas como efeito cultural.

Concorda-se que uma política verticalista é aquela que não se integra com as demais instâncias do sistema; que é elaborada de acordo com um planejamento normativo, sem levar em conta a realidade dos distintos entes federados, em especial os municípios e seu papel na gestão do sistema, além da sua capacidade técnica; que define previamente prioridades e metas sem considerar a enorme diversidade epidemiológica nacional e sem dados consistentes que lhe deem sustentação.

O debate sobre o caráter vertical das políticas de saúde da mulher é complexo e depende, em parte, da perspectiva de análise. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher foi concebida no contexto de consolidação do SUS e do processo de descentralização (Brasil, 2004). Entendendo que a lógica verticalista se mostrou inadequada no cenário da política de saúde no Brasil, priorizou os municípios como lócus da atenção em saúde. Considera na sua formulação a diversidade dos municípios e seus diferentes níveis de desenvolvimento e de organização do sistema de saúde. Define ações a serem adequadas à realidade de cada cidade e amplia para grupos historicamente alijados das políticas públicas.

Mesmo considerando um possível viés verticalista da Política, uma questão a considerar no debate refere-se não à verticaliza-

⁴A afirmação “em alguns momentos” deve-se a que esta área se pautou e priorizou em determinados contextos políticos os programas materno-infantis, deixando outras questões relativas aos direitos humanos das mulheres e aos seus direitos sexuais e reprodutivos à revelia.

Conclusão

As políticas de saúde da mulher só se concretizarão com o fortalecimento do SUS, com a ampliação do acesso aos serviços da rede pública e a resolução de necessidades e demandas. Os resultados destas políticas ainda são precários para transformar a situação de saúde da mulher, ainda mais diante das complexidades de um país continental, com profundas desigualdades de desenvolvimento político, econômico, tecnológico e de capacidade de gestão.

Muitos problemas já foram enfrentados e resolvidos pelo sistema de saúde, mas outros continuam e se perpetuam como cultura institucional, impedindo avanços nos direitos das mulheres. Os serviços de saúde encontram-se distantes de poder acolher, de forma qualificada, as "novas" demandas. A implantação e implementação das diretrizes que orientam as políticas de saúde da mulher exigem um conjunto de fatores que envolvem os diversos níveis de decisão do sistema de saúde. Entre eles, a necessidade de tornar a saúde da mulher uma prioridade programática e financeira e a participação das próprias mulheres como sujeito das decisões sobre seus corpos e suas vidas.

Para que os serviços de saúde possam realizar a equidade de gênero, é necessário entender os processos que constroem em nível simbólico, normativo, institucional e subjetivo as desigualdades entre homens e mulheres e avançar na compreensão da subordinação interseccional. Ao incorporar estes marcos conceituais e operacionalizá-los no cotidiano dos serviços, será possível aos planejadores e executores das políticas modificarem a forma de entender a realidade social e as práticas que reforçam as iniquidades, substituindo-as por uma realidade na qual as diferenças se resignifiquem e sejam criadas condições de igualdade de poder e de direitos.

Referências

- ALMEIDA, C. & OLIVEIRA, E.S. A Reforma Sanitária Brasileira e a Saúde Sexual e Reprodutiva: Um Balanço. Março de 2004. (mimeo).
- AQUINO, E.M.L. Desafios e Limites no Ensino de Gênero em Saúde Coletiva: a Experiência do MUSA. In: Villela, W; MONTEIRO, S. (Org.) Gênero e Saúde: Programa de Saúde da Família em Questão. Rio de Janeiro: ABRASCO-Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; UNFPA-Fundo de População das Nações Unidas. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão 2003 à 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Área Técnica de Saúde da Mulher. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília-DF, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Área Técnica de Saúde da Mulher. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília-DF, 2004a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Plano de Ação 2004-2007. Área Técnica de Saúde da Mulher. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília-DF, 2004b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres de colo do útero e de mama. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BOARETTO, M. C. Gênero e modelo de gestão em saúde: a experiência do Rio de Janeiro. In: Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas. Brasília: Editora UnB, 2000.

CARVALHO, G. Gasto com Saúde no Brasil em 2006. In: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, janeiro de 2007. www.idisa.org.br. Acessado em 08 de março de 2007. Em: http://www.conasems.org.br/files/GastocomSaudeBrasil2006_Gilson.pdf.

CRENSHAW, K. Documento para o Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial Relativos ao Gênero. In: Estudos Feministas, ano 10, 1º semestre 2002, pp. 171-188.

FAUSTO-STERLING, A. Dualismos em duelo. Cadernos Pagu, n.17-17, 2002.

LANGER, A. & NIGENDA, G. Salud Sexual y Reproductiva y Reforma del Sector Salud en América Latina y El Caribe: Desafios y Oportunidades. Population Council/Banco Interamericano de Desarrollo, 2000.

MATAMALA, M.I. A Agenda da Saúde das Mulheres e os Processos de Descentralização. In: Relatório Final sobre o Seminário Internacional "Políticas Públicas para as Mulheres na Área da Saúde: Experiências da América Latina e Caribe". Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília, 2005.

MUJICA, J. Economía Política del Cuerpo. La Reestructuración de los Grupos Conservadores y el Biopoder. Lima: Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos-PROMSEX, 2007.

OSIS MJ, FAUNDES A, MAKUCH MY, MELLO MB, SOUSA MH, ARAÚJO MJO. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(11):2481-2490, nov, 2006.

PORTELA, A.P. Estratégias, Desafios e Limites na Formação em Gênero e Saúde: Reflexões a Partir de Uma Experiência Feminista. In: Villela, W; MONTEIRO, S. (Org.) Gênero e Saúde: Programa de Saúde da Família em Questão. Rio de Janeiro: ABRASCO-Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; UNFPA-Fundo de População das Nações Unidas. 2005.

RÚBIO, L.F. Las Implicaciones de la Globalización Económica y la Internacionalización del Estado en las Mujeres. México: Milenio Feminista, 2001.

SCHRAIBER, L. Equidade de Gênero e Saúde: o cotidiano das práticas no Programa de Saúde da Família no Recife. In: Villela, W; MONTEIRO, S. (Org.) Gênero e Saúde: Programa de Saúde da Família em Questão. Rio de Janeiro: ABRASCO-Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; UNFPA-Fundo de População das Nações Unidas. 2005.

STANDING, H. Gênero y equidad en los programas de reforma del sector salud. In: Health Policy and Planning; 12(1):1-B, 1997.

SIMONETTI, M.C.M. Displays de Gênero e Moral Sexual entre Agentes de Saúde em um Território Urbano: Um estudo de caso das interações comunicativas entre equipes de Saúde da Família e residentes de um bairro popular de Salvador. Dissertação (Mestrado) Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. 2008.

¹Médica, Título de Especialista pela Sociedade Brasileira de Pediatria, Especialização em Saúde Materno-Infantil pela Universidade Sorbonne/França, Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde (2003 a 2007), Relatora Nacional do Direito à Saúde Sexual e Reprodutiva da Plataforma de Direitos Humanos - Dhesca. Fundadora da RFS e coordenadora da regional Bahia.

²Cientista Social, Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva-ISC/UFBA, participa das equipes do MUSA/ISC/UFBA e do Grupo Feminista IMAIS, em Salvador, Bahia.

Suicídios, HIV e violência ameaçam saúde das mulheres indígenas

*Eliana Ferreira Karajá Martins



O atendimento à saúde das mulheres indígenas sofreu uma grande perda de qualidade nos serviços oferecidos aos programas de saúde da mulher desde que se iniciou o período de transição da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) para a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), criada em outubro de 2010. Neste período, cresceram os casos de violência, HIV/Aids, e suicídios nas aldeias. A SESAI alega que a FUNASA não repassou verba, por isso ainda não estão trabalhando.

Há mais de ano tento realizar oficinas informativas de HIV e DST, mas não consigo apoio. Para percorrer as aldeias do Tocantins e Mato Grosso há gastos, principalmente de deslocamento, porque são longe umas das outras. Em algumas só se chega de barco, descendo o rio. Para ir a todas, se demora no mínimo uns 10, 15 dias. Se as indígenas que vivem na cidade vão buscar ajuda para as que moram nas comunidades para mostrar quais são os seus direitos, esbarram na resposta: "Não pode fazer, porque quem tem que fazer é a SESAI ou a FUNAI". Mas se corremos para outro órgão

federal, também não permitem. E é preciso fazer alguma coisa, urgente.

No Distrito Sanitário Especial Indígena do Araguaia (DSEI Araguaia) as mulheres estão sendo violentadas e espancadas. Uma delas foi esfaqueada. Em 2011, foram duas na aldeia karajá. Ninguém fala no assunto, ninguém foi preso. Às vezes estão andando na aldeia à noite, e um grupo de homens as força a manter relação sexual. Se um deles estiver com HIV, vai infectar todos. Como elas vão dar um grito de socorro? Precisamos da Lei Maria da Penha dentro das comunidades indígenas.

O suicídio de jovens karajás de 14 a 16 anos nas aldeias de Mato Grosso e Tocantins indica outro grave problema. Um rapaz de 20 anos se enforcou depois de saber que era portador do HIV. Outro jovem suicidou-se porque a mãe tinha o vírus e ele não suportou os boatos que começaram a circular na aldeia. E há situações de alcoolismo e drogas também. Depois de muita luta foi disponibilizado um psicólogo naquela área.

O número de pessoas com HIV na fronteira da Amazônia também aumen-

tou, principalmente próximo à Usina da Hidrelétrica de Belo Monte. Alguns trabalhadores da usina mantêm relação sexual com as indígenas, que se infectam e levam o vírus para a aldeia. A destruição ali não será só ambiental - ela já está acontecendo nos casos devastadores de HIV dentro das comunidades indígenas e também ribeirinhas.

É preciso levar informação precisa às comunidades, e às mulheres especialmente, sobre como usar preservativos, como se prevenir. Também há tuberculose, câncer de colo do útero, de mama, hepatite viral. As oficinas têm que ser realizadas, só assim se vai conseguir melhorar a saúde das indígenas como um todo. Para isso é importante também formar enfermeiros e técnicos de enfermagem índios para que atuem como multiplicadores dentro das comunidades, porque os técnicos em saúde não indígenas são capacitados, mas ficam só durante um tempo. Nas etnias karajá e xavante já existem profissionais formados. São poucos, mas tem. Cada povo tem seus representantes em formação, inclusive em Medicina.

Nós, mulheres indígenas, temos direito a viver. Precisamos de um atendimento específico. Precisamos mostrar que também somos seres humanos, porque a maioria dos homens acha que a gente não tem capacidade. Os agressores geralmente são os próprios integrantes da comunidade. Eles falam que é parte da "cultura". Isso não é cultura, é uma violência e é preciso chamar a atenção sobre o que está acontecendo.

*Integrante do Conselho Nacional de Mulheres Indígenas (CONAMI). Representante dos povos indígenas na Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais (CAMS), ligada ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Coordenadora da Associação Indígena do Vale do Araguaia e vice-presidente do Distrito Sanitário Especial Indígena do Araguaia (DSEI Araguaia - unidade gestora descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena).

CARTA DE PORTO ALEGRE

Autonomia e direito à saúde das mulheres

11º ENCONTRO NACIONAL DA REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS

As Redes e articulações nacionais e estaduais, organizações e grupos que integram os movimentos de mulheres e feministas no Brasil, reunidas em Porto Alegre nos dias 29 e 30 de setembro de 2011, quando realizou-se o Encontro da Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e o Seminário Saúde e Autonomia das Mulheres, enfocando a Saúde Integral e a Saúde das Mulheres Negras, firmam as presentes posições conjuntas:

Declaramos que vivemos um momento de grandes desafios postos pela nova conjuntura mundial e nacional para o exercício de direitos e para o trabalho do movimento de mulheres. A crise internacional soma-se a uma tendência de desvalorização da agenda de saúde e de direitos sexuais e reprodutivos, enquanto ocorre uma ofensiva dos setores conservadores e fundamentalistas, entre os quais algumas religiões, que tentam impor sua orientação às políticas públicas e às leis nacionais.

Reconhecemos e valorizamos os esforços de articulação e construção de ações coletivas do movimento de mulheres e reafirmamos a importância de nossa aliança para evitar retrocessos e para garantir que haja avanços em relação aos direitos humanos das mulheres.

Consideramos que o ano de 2011 se reveste de importância para as mulheres, pois há em curso duas Conferências Nacionais - de Saúde e de Políticas para as Mulheres, nas quais é necessária a reafirmação dos avanços ocorridos nas últimas décadas e a redução de barreiras para a implementação de políticas públicas fundamentais para efetivar a cidadania das brasileiras.

Manifestamos, neste sentido, a preocupação em relação à fragilização da política de atenção integral à saúde das mulheres, concebida na década de 1980 e aprimorada na década passada, a qual se ancora na equidade e considera as mulheres na sua diversidade de gênero, raça e etnia, idade, orientação sexual, condição específica, entre outras, e onde os direitos sexuais e direitos reprodutivos são parte inseparável.

Esta fragilização se expressa no enfraquecimento da Área Técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde; no financiamento à saúde das mulheres de forma que não possibilita seu monitoramento; e na baixa qualidade da atenção. O modelo de atenção disseminado no país ainda permite práticas de violência e racismo institucional e que haja espaço para a negação do atendimento a mulheres em situação de

abortamento por intolerância religiosa de profissionais.

A descentralização, diretriz desejável para as políticas públicas, não tem sido garantidora de atenção a mulheres dos diversos cantos do país, prevalecendo a baixa qualidade no atendimento pré-natal, de saúde mental, do câncer, HIV e outras morbidades.

Reafirmamos: a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, a atenção integral à saúde das mulheres indígenas, a implementação das diretrizes de assistência à saúde das mulheres lésbicas, bissexuais e daquelas que se encontram privadas de liberdade, deficientes, mulheres vivendo com HIV, idosas e jovens.

Criticamos a estratégia da Rede Cegonha, reconhecendo suas qualidades, por suas omissões em relação aos temas da violência sexual e aborto inseguro, e sobretudo porque é uma política de caráter materno-infantil que vem ocupar o papel central nas políticas para a saúde das mulheres. Ao não abordar importantes aspectos da mortalidade materna, poderá constituir-se em instrumento de baixa eficácia para seu objetivo de atingir as Metas do Milênio, já bastante comprometido.

A continuidade da atual legislação que criminaliza as mulheres que abortam nos mantém em alerta em relação ao caráter do estado brasileiro.

Defendemos um estado laico e democrático, a descriminalização do aborto e a sua legalização como um direito das mulheres à sua autonomia sexual e reprodutiva.

A violência contra as mulheres, em especial a violência sexual e seus impactos na saúde física, psíquica, sexual e reprodutiva, exige medidas urgentes para seu enfrentamento e não admite a omissão do estado brasileiro frente ao direito a uma vida sem violência.

É necessária a implantação de uma rede de atendimento e de serviços de aborto legal em todo o país, assim como o acesso ao medicamento Misoprostol, que salva a vida das mulheres. Que as pactuações a serem realizadas pelo Ministério da Saúde em relação à violência sexual integrem as ações da PNAISM, fortalecendo-a.

Reafirmamos a importância das execuções das ações do Plano de Enfrentamento à Feminização da Aids e outras DSTs, nacionalmente e nos Estados brasileiros.

Por fim, nos **posicionamos** em defesa do Sistema Único de Saúde - SUS - pela sua manutenção público e universal, e na garantia de seu financiamento com a regulamentação da Emenda Constitucional 29 no Senado e seu cumprimento pela União (10%), Estados (12%) e Municípios (15%) do PIB.

Em unidade e respeitando nossa diversidade, nos comprometemos a desenvolver ações conjuntas em defesa da cidadania e dos direitos humanos das mulheres brasileiras.

Porto Alegre, 30 de setembro de 2011

- Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos
- Rede de Saúde das Mulheres Latinoamericanas e do Caribe
- Rede de Mulheres Afrolatinocaribenhas e da Diáspora
- Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras
- Articulação de Mulheres Brasileiras
- União Brasileira de Mulheres
- Associação Brasileira de Enfermagem
- Plataforma Dhesca Brasil
- CONAMI - Conselho Nacional de Mulheres Indígenas
- Capítulo Brasileiro ICW Latina
- Liga Brasileira de Lésbicas
- Jornadas Brasileiras pelo Aborto Legal e Seguro
- Campanha 28 de Setembro pela Despenalização do Aborto na AL e Caribe
- Integrantes da Frente pela Descriminalização das Mulheres e Legalização do Aborto
- Rede Nacional de Comunicação
- Rede Mulher e Mídia
- Relatoria do Direito à Saúde da Plataforma Dhesca
- Rede Nacional de Parteiros Tradicionais
- Rede de Mulheres Negras do Paraná
- Movimento Negro Unificado
- Fórum Nacional de Mulheres Negras
- CEN - Coletivo de Entidades Negras
- MSP Brasil - Movimento Saúde dos Povos Círculo Brasil
- Observatório pela Implementação da Lei Maria da Penha
- Conselheiras do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
- Conselheiras do Conselho Nacional de Saúde e CISMU
- Campanha Ponto Final na Violência Contra Mulheres e Meninas
- Campanha Mulheres Não Esperam Mais - Violência e HIV - WWW
- Campanha por uma Convenção Interamericana dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos
- Campanha Mais Paz e Menos Aids
- Federação de Bandeirantes do Brasil
- Fórum de Mulheres da Amazônia Paraense
- Fórum de Mulheres de Pernambuco
- Fórum de Mulheres de Porto Alegre
- Fórum Feminista do Rio de Janeiro
- Fórum de Mulheres de Imperatriz (MA)
- Fórum Tocantinense de Mulheres
- Fórum dos Pontos de Cultura da Comissão Nacional dos Pontos de Cultura
- Fórum de Violência (PE)
- Fórum Paraibano de Defesa do SUS
- Maria Mulher Organização de Mulheres Negras (RS)
- Coletivo Feminino Plural (RS)
- Associação Lésbica Feminista de Brasília Coturno de Vênus

- Grupo Cactus (PE)
- Centro de Promoção da Cidadania e Defesa do Direitos Humanos (MA)
- Movimento do Graal (MG)
- MNEPA (PA)
- Criola (RJ)
- Associação Cultural de Mulheres Negras (ACMUN)
- Núcleo de Estudos sobre Mulher e Gênero da PUCRS
- FORMA/RS
- NEIM/UFBA
- ALFRS
- Instituto da Mama do RS
- Associação Gaúcha de Anemia Falciforme
- Casa Mãe Andresa (São Luis)
- Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre
- Associação Ilé Mulher (RS)
- Associação Casa da Mulher Catarina (SC)
- Espaço Mulher (PR)
- Angola Janga
- SOS Corpo
- Núcleo de Gênero e Raça do Sindicato dos Jornalistas do RS
- Conselho Municipal de Direitos Humanos de Porto Alegre
- Centro de Estudos do Trabalho do Ceará
- Movimento Meninas Feministas - Mercosul
- Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Mulher e Gênero - UFRGS
- Nepo/Unicamp
- IMAIS
- Cunha Feminista (PB)
- Malunga (GO)
- Jovens Feministas Negras do RS
- Imena Instituto das Mulheres Negras do Amapá (Amapá)
- Cidadãs Positivas (DF)
- Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde de São Paulo
- Comissão de Cidadania e Reprodução (SP)
- CIM - Centro de Informação à Mulher (SP)
- Mocambo (PA)
- Pretas Candangas (DF)
- Ativistas da Marcha Mundial de Mulheres
- Centro Popular da Mulher de Goiás
- Cais do Parto (PE)
- Mocambo (POA)
- Movimento 13 de Maio
- Transas do Corpo (GO)
- Hospital da Mulher (CE)
- Casa Lilás (POA)
- Blogueiras Feministas
- Feministas autônomas

ABORTO, direito desrespeitado e postergado

*Margareth Arilha

O Brasil possui uma das leis mais restritivas do mundo em relação ao aborto. Segundo legislação aprovada em 1940, abortar é um crime, exceto se for resultado de estupro ou a mãe correr risco de vida. No final da década de 80, o tema foi alçado à discussão da sociedade quando, na gestão da prefeita Luiza Erundina, em São Paulo, a feminista Maria José Araújo, que estava à frente da área técnica de Saúde da Mulher, conseguiu implantar o primeiro serviço de aborto legal em um hospital de Jabaquara. Atualmente, o Ministério da Saúde registra cerca de 60 centros de aborto legal - um número pequeno, considerando o crescimento das áreas urbanas e o desejo das mulheres de terem menos filhos.

Os dados do Censo de 2010 indicam uma taxa média de fecundidade de 1,86 filhos por mulher. Seguramente o aborto tem um papel importante neste cenário. A Pesquisa Nacional do Aborto do mesmo ano - levantamento por amostragem em áreas urbanas - comprova este fato. Segundo a pesquisa, 15% das mulheres entre 18 e 39 anos realizaram aborto alguma vez na vida e 48% delas (praticamente a metade) usou algum medicamento para abortar. Estão, portanto, recorrendo a situações de insegurança.

O aborto inseguro é definido pela Organização Mundial de Saúde como um procedimento utilizado para interromper a gravidez e realizado por pessoas não habilitadas ou em ambiente não adequado. Em geral, acontece nos países onde as leis são restritivas ou o aborto é legal, mas o acesso aos serviços de saúde é impossível ou muito difícil.

O Mapa do Aborto Inseguro no mundo divulgado pelo Centro de Direitos Reprodutivos (Center for Reproductive Rights - <http://reproductiverights.org/>) aponta que 97% dos abortos inseguros realizados no mundo, entre 19 a 20 milhões, ocorrem em países em desenvolvimento. A maior prevalência é na América Latina, com cerca de 20 abortos por 1 mil mulheres entre 15 e 44 anos. Esta é uma situação insustentável, seja do ponto de vista de saúde pública, econômico - considerando os custos que



o aborto inseguro gera para os cofres públicos -, como de direitos humanos.

O medicamento usado para abortar no Brasil utiliza o princípio do Misoprostol, que entrou no mercado no final dos anos 80, inicialmente indicado para o tratamento de úlceras gástricas. Ficou conhecido com o nome comercial de Cytotec quando passou a ser usado como abortivo. Um estudo da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia sobre a disponibilidade do uso obstétrico do Misoprostol na América Latina e no Caribe evidenciou que em 18 países da América Latina é comercializado em 17 marcas diferentes, com preços variados. O Brasil é um dos países em que é mais caro.

O Cytotec foi proibido em território brasileiro em 1998, mas o Prostokos, com efeito semelhante, é produzido pelo laboratório brasileiro Hebron e continua sendo comercializado com restrições. Só pode ser utilizado em hospitais, nos casos previstos em lei, como o da menina de 9 anos que foi estuprada em Pernambuco e cuja história se tornou conhecida. Grávida de gêmeos, foi submetida ao aborto medicamentoso bem sucedido.

Pesquisas científicas feitas com o Misoprostol mostram um alto grau de resolutividade para procedimentos abortivos, mas não só - ele é extremamente eficaz também para a contenção de hemorragias, uma das principais causas de mortalidade materna.

No entanto, com o receio de que seja utilizado com finalidade abortiva e livremente, o Brasil desrespeita dispositivos constitucionais que dizem que a população brasileira deveria ter acesso a todos os avanços científicos e informação disponível. A Portaria 1050 da Anvisa proíbe a livre circulação de dados a respeito do Misoprostol.

É um contrasenso, considerando o acesso irrestrito que a Internet permite atualmente às informações. Além disso, as mulheres da elite fazem os seus abortos em clínicas sofisticadas, sem risco, ou viajam e compram o medicamento fora do país. Mas 50% das mulheres que estão abortando com uso do medicamento não sabem que substância estão comprando - compram um produto mais caro no mercado ilegal, que pode ser falsificado.

A imprensa tem noticiado casos de mulheres em todos os Estados que abortaram e tiveram processos hemorrágicos em vias públicas, ou que abandonaram os fetos. Há vezes em que passam a noite com um policial ao lado, algemadas. São situações primitivas, medievais. Se mantêm devido a uma esquizofrenia cristalizada de setores da sociedade amparados por grupos religiosos ou conservadores que expandiram o seu poder na última campanha eleitoral para presidente.

Desta forma, o Brasil, país progressista na década de 80 em relação à assistência integral à saúde da mulher, que era admirado nas conferências das Nações Unidas, junto aos gestores de políticas públicas e aos movimentos sociais, agora deixou de ser referência. Enquanto isso, há experiências inovadoras no Uruguai, na Argentina, na Venezuela, no Peru. No Equador, o Misoprostol é ofertado nos três níveis de assistência: primário, secundário e terciário. Vivemos uma situação inaceitável, que não é condizente com os avanços científicos atuais. E evidentemente as prejudicadas, mais uma vez, são as mulheres pobres ou das novas classes C que não vivem em grandes centros urbanos.

Outro exemplo: a legislação brasileira permite o aborto em duas situações, mas praticamente não é realizado quando a mãe sofre risco de vida porque não existem serviços públicos claramente identificados com este fim. É comum ouvir notícias sobre mulheres que morreram porque foram a vários lugares e

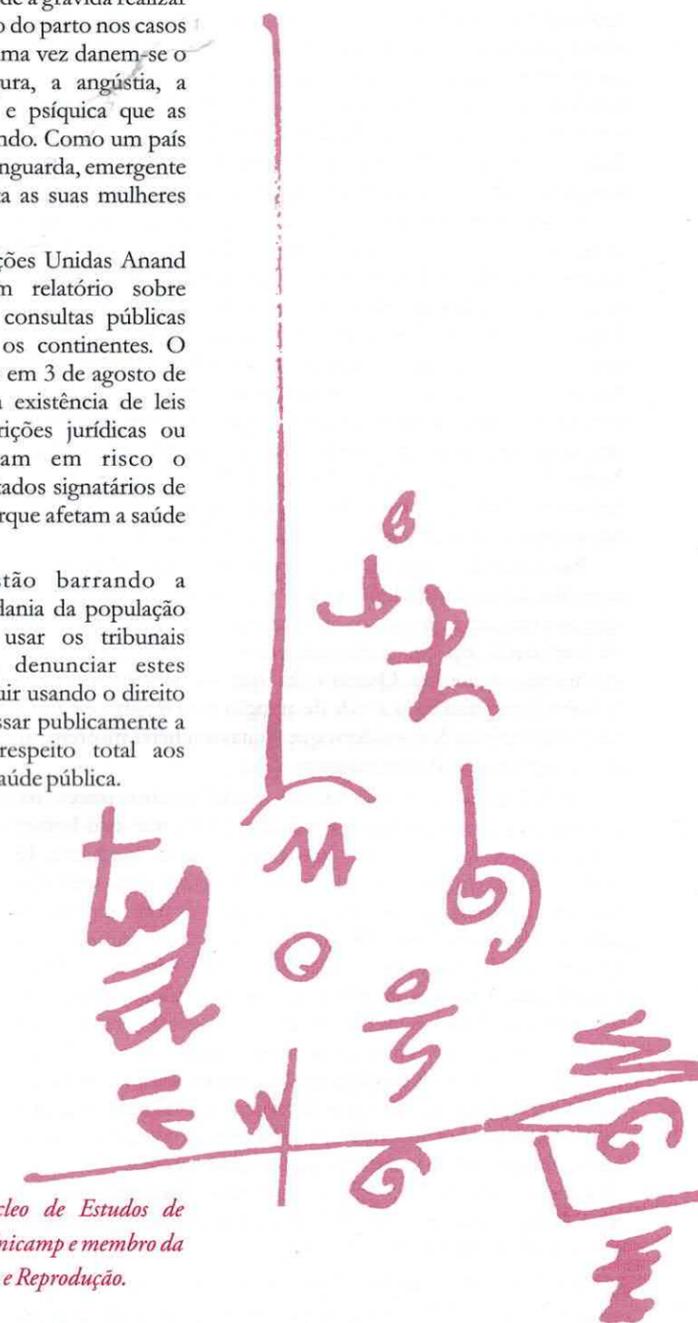
não conseguiram realizar o procedimento. A dissonância entre o que diz a teoria e a prática é ainda mais gritante nos casos de grávidas de fetos malformados. Estudos comprovam que há uma grande aceitação na sociedade para a mudança da lei em relação a esse permissivo, que as mulheres procuram autorização judicial para fazer o aborto, que boa parte dos juízes já ofertam um parecer favorável e, no entanto, o Superior Tribunal Federal resiste em aceitar a possibilidade de a grávida realizar a chamada antecipação do parto nos casos de anencefalia. Mais uma vez danem-se o sofrimento, a amargura, a angústia, a tristeza, a dor física e psíquica que as pessoas estejam sofrendo. Como um país que pretende ser de vanguarda, emergente economicamente, trata as suas mulheres dessa maneira?

O relator das Nações Unidas Anand Grover elaborou um relatório sobre aborto a partir de consultas públicas realizadas em todos os continentes. O documento divulgado em 3 de agosto de 2011 mostra como a existência de leis penais e outras restrições jurídicas ou informativas colocam em risco o compromisso dos Estados signatários de acordos e tratados, porque afetam a saúde sexual e reprodutiva.

Os Estados estão barrando a possibilidade de cidadania da população feminina. Devemos usar os tribunais internacionais para denunciar estes abusos. É preciso seguir usando o direito de evidenciar e expressar publicamente a indignação pelo desrespeito total aos princípios básicos de saúde pública.

*Pesquisadora do Núcleo de Estudos de População (NePo) da Unicamp e membro da Comissão de Cidadania e Reprodução.

Sobre este tema acesse também: Direitos Reprodutivos no Brasil em www.redesaude.org.br/publicacoes.



Rede Cegonha ignora políticas anteriores e causa estranheza

*Lilian Marinho

A Rede Cegonha, iniciativa do Governo Federal que propõe "um novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança" com o objetivo de reduzir a morte de mulheres na gravidez e no parto e a mortalidade neonatal ainda está sendo gestada. Mas a forma como está sendo apresentada e os fundamentos previstos pela Portaria nº 1459 de 24 de junho de 2011 que a lançou provocaram um estranhamento dos movimentos feministas. Isto porque a Rede Cegonha faz menção a leis, portarias, acordos internacionais e pactos nacionais - como o Pacto Nacional da Redução da Morte Materna -, mas em nenhum momento toma como referência a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e a Política Nacional de Direitos Reprodutivos, e tampouco as normas técnicas previamente estabelecidas.

A Rede Cegonha foi lançada com o intuito de fomentar a implementação de um "novo" modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança. Que "novo" modelo é esse? A visão centrada no modelo materno-infantil reduz a condição feminina. Estava superada no Brasil desde a década de 80, quando o governo lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que era, na época, a formulação mais avançada no continente latino-americano e colocou o país em uma posição de destaque. Em 2004, este programa se transformou na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Ao retomar o foco no binômio materno-infantil, a Rede Cegonha desconsidera tais avanços no que diz respeito à saúde das mulheres.

Reconhecemos que há um avanço do ponto de vista da organização, mas consideramos que é um foco que joga luz em apenas uma etapa da vida da mulher, que é a reprodutiva, sem levar em conta aspectos anteriores a essa fase, como é o caso da assistência ao aborto. Quando diz que vai reduzir a morte materna e organiza toda a rede de atenção para o parto e para o nascimento, deixa de considerar que muitas mulheres morrem ou quase morrem por aborto inseguro.

O diálogo com o movimento social é uma marca na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), mas não houve diálogo prévio neste caso. E isto é, no mínimo, intrigante. É compreensível que a eleição do governo atual tenha sido marcada por um acirramento nas discussões sobre o aborto, e que a presidenta Dilma Rousseff precisou dar uma resposta aos setores conservadores da sociedade. Neste sentido, a Rede Cegonha com certeza mobiliza as pessoas através do tema da maternidade. Ao movimento de mulheres este também é um tema bastante caro. Afinal, foi o movimento feminista que começou a levantar a bandeira da luta contra a morte materna que, em sua grande maioria, é evitável com a garantia do acesso e qualidade do cuidado durante a gestação, o parto e o período pós-parto. Foi uma longa batalha para que o governo reconhecesse o problema. Atualmente existem acordos internacionais, a mortalidade materna é uma das metas do milênio e figura como uma das prioridades do atual governo.

Não estamos negando a importância de organizar a atenção ao parto. Não queremos aqui nem discutir o nome do projeto que, por si só, mereceria reparos, como observou uma feminista:

"Em cegonha nem criança mais acredita". A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher trouxe aspectos importantes em relação à diversidade: há mulheres do campo, da cidade, trabalhadoras formais, informais, em situação de prisão, indígenas, lésbicas, negras, ribeirinhas, adolescentes, no climatério. Ressaltar esta diversidade é parte do que se defende e que está entre os princípios do SUS, que é a integralidade e a equidade - dar mais a quem mais precisa, considerar as dificuldades em relação ao acesso, à qualidade do atendimento, e não só ao parto, mas também ao aborto e à violência. Essa política foi lançada junto com o Plano Nacional para o período de 2004-2007. Muito do que está previsto na Rede Cegonha consta nesse Plano.

Por exemplo: o SAMU Cegonha anunciado agora já era previsto em 2007 quando o Plano dizia: "apoiar o SAMU na organização das centrais de regulação, atenção pré-hospitalar, remoção em situações de urgência/emergência". Outro fato curioso é que, como membro da Comissão Intersetorial da Saúde da Mulher que assessora o Conselho Nacional de Saúde, até hoje nunca consegui saber qual é o recurso orçamentário para a Saúde da Mulher. Só se tem informação dos recursos destinados à área técnica. E como as próprias técnicas da área dizem: "Isso aqui é um troco". O valor destinado para a Saúde da Mulher dentro do orçamento é irrisório - não se sabe quanto, mas é pequeno diante das necessidades.

Segundo as técnicas, não é possível saber os gastos no setor porque o recurso é diluído no que vai para farmácia básica, infraestrutura, projetos de DST/Aids, uma vez que o tema é transversal. No entanto, para a Rede Cegonha foi anunciado um montante de R\$ 9 bilhões no orçamento do Ministério da Saúde em investimentos até 2014. Obviamente estes recursos também serão distribuídos para infraestrutura, capacitação, enfim, suas várias atividades. Então, serão R\$ 9 bilhões mais quanto? Falta transparência nos investimentos em relação à saúde das mulheres na perspectiva da integralidade e da diversidade.

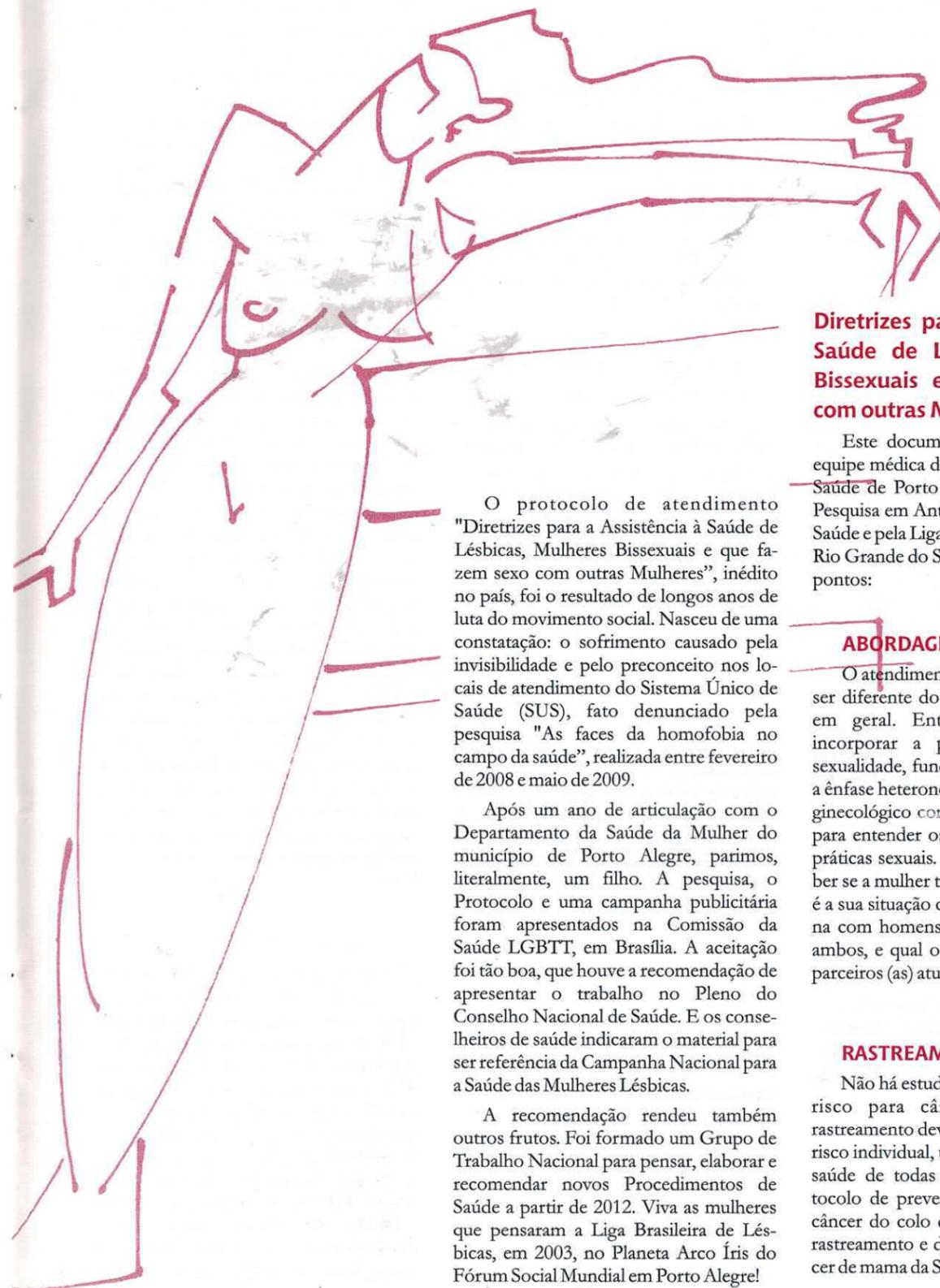
Conforme divulgado pelo Governo Federal, o lançamento da Rede Cegonha está sendo feito em etapas. A primeira é a adesão e diagnóstico da situação. Nesta fase inicial de sensibilização e lançamento, em que apresentam indicadores e justificam o programa, a Rede Feminista começou a ser chamada para participar em alguns Estados após ter se manifestado. O passo seguinte será a operacionalização, com ações no pré-natal, transporte da gestante e exames.

A Rede Feminista vai ficar atenta. Não vamos tolerar o mau uso dos escassos recursos da saúde. Vamos continuar cumprindo nosso papel de controle social, ainda que seja de um projeto que se ocupa de apenas uma parte da vida das mulheres, que é a etapa reprodutiva.

*Membro da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher - CISMU, do Conselho Nacional da Saúde.

Posto de saúde não é local de preconceito

*Claudete Costa



Diretrizes para a Assistência à Saúde de Lésbicas, Mulheres Bissexuais e que fazem sexo com outras Mulheres

Este documento foi elaborado pela equipe médica da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, pelo Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde e pela Liga Brasileira de Lésbicas do Rio Grande do Sul. Conheça os principais pontos:

ABORDAGEM CLÍNICA

O atendimento ginecológico não deve ser diferente do dispensado às mulheres em geral. Entretanto, é importante incorporar a preocupação relativa à sexualidade, fundamental para minimizar a ênfase heteronormativa do atendimento ginecológico como um todo e necessária para entender os riscos de determinadas práticas sexuais. O ginecologista deve saber se a mulher tem vida sexual ativa; qual é a sua situação conjugal; se ela se relaciona com homens, com mulheres ou com ambos, e qual o número aproximado de parceiros (as) atualmente (GLMA, 2001).

RASTREAMENTO

Não há estudos populacionais sobre o risco para câncer em lésbicas. O rastreamento deve se basear em fatores de risco individual, utilizando as diretrizes de saúde de todas as mulheres. (Ver Protocolo de prevenção e rastreamento do câncer do colo do útero e Protocolo de rastreamento e detecção precoce do câncer de mama da SMS/POA).

O protocolo de atendimento "Diretrizes para a Assistência à Saúde de Lésbicas, Mulheres Bissexuais e que fazem sexo com outras Mulheres", inédito no país, foi o resultado de longos anos de luta do movimento social. Nasceu de uma constatação: o sofrimento causado pela invisibilidade e pelo preconceito nos locais de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), fato denunciado pela pesquisa "As faces da homofobia no campo da saúde", realizada entre fevereiro de 2008 e maio de 2009.

Após um ano de articulação com o Departamento da Saúde da Mulher do município de Porto Alegre, parimos, literalmente, um filho. A pesquisa, o Protocolo e uma campanha publicitária foram apresentados na Comissão da Saúde LGBTT, em Brasília. A aceitação foi tão boa, que houve a recomendação de apresentar o trabalho no Pleno do Conselho Nacional de Saúde. E os conselheiros de saúde indicaram o material para ser referência da Campanha Nacional para a Saúde das Mulheres Lésbicas.

A recomendação rendeu também outros frutos. Foi formado um Grupo de Trabalho Nacional para pensar, elaborar e recomendar novos Procedimentos de Saúde a partir de 2012. Viva as mulheres que pensaram a Liga Brasileira de Lésbicas, em 2003, no Planeta Arco Íris do Fórum Social Mundial em Porto Alegre!

Câncer de Colo do Útero

O risco é maior em mulheres lésbicas que tiveram mais de um parceiro sexual masculino; foram infectadas pelo HPV; fumam; realizaram tratamento para anormalidade em citopatológico de colo no passado. Há evidências de que mulheres que se relacionam exclusivamente com outras mulheres apresentam taxas de displasia cervical semelhantes às das heterossexuais. Isto reforça a necessidade de manter o rastreamento das lesões precursoras do câncer uterino também para as lésbicas, sob pena de postergar o diagnóstico e o tratamento das lesões de alto grau.

Câncer de Mama

Embora não existam informações específicas disponíveis sobre câncer de mama em lésbicas, devem-se considerar os estudos epidemiológicos que sugerem risco aumentado para as que nunca pariram e as que nunca amamentaram, bem como quem teve o primeiro filho em idade mais tardia. A análise de dados demográficos indica que o risco teórico em mulheres lésbicas é de uma a cada três, comparado com o risco de uma para oito das mulheres em geral. Além disto, estas mulheres tendem a realizar menos mamografias, autoexame de mamas e consultas ginecológicas do que as heterossexuais, o que reduz a chance de detecção precoce.

As mulheres lésbicas masculinizadas podem utilizar bandagem para disfarçar as mamas, apresentar demandas em relação a mastectomia ou utilizar hormônios para modificação corporal. É importante observar a existência de algum descuido intencional com doenças relacionadas ao corpo feminino. O papel do ginecologista não é reprimir essas demandas, mas apontar que a doença não é um caminho seguro para tal fim. Todas as mulheres, independente de sua orientação sexual ou identidade de gênero, devem ser rastreadas para câncer de mama segundo as diretrizes existentes. (Ver Protocolo de rastreamento e detecção precoce do câncer de mama: PORTO ALEGRE 2008).

Câncer de Ovário

As recomendações para o rastreamento são controversas e baseadas em fatores de risco, não em orientação sexual. A incidência tem sido relatada com maior

frequência em mulheres que nunca tiveram filhos e nunca fizeram uso de anticoncepção oral. As lésbicas representam de forma expressiva este segmento, o que aumenta o risco teórico em comparação com as heterossexuais.

Câncer de Endométrio

Entre os fatores de risco incluem-se a obesidade, o uso de terapia hormonal e de tamoxifeno. A perda de peso parece ser a medida preventiva mais eficaz, mas o uso de contraceptivos orais pode exercer um papel protetor. Como grande parte das mulheres lésbicas fez pouco ou nenhum uso destes contraceptivos, estão no grupo de risco.

Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)

O rastreamento deve ser realizado em mulheres sintomáticas ou, periodicamente, naquelas que apresentam um risco aumentado (mais de um/a parceiro/a ou parceira/o com outro/as parceira/os, prévia, sexo anal, usuária de drogas, prostituição, compartilhamento de instrumentos penetrantes, dildos, vibradores). Aquelas que apresentarem infecções ginecológicas devem ser orientadas a informar seu(s)/sua(s) parceiro(a)(s), enfatizando a testagem, diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2010). Também as que optarem por inseminação devem ser alertadas para a possibilidade de aquisição de HIV através do material obtido em bancos de esperma. Entre as lésbicas são mais frequentes a vaginose bacteriana e a candidíase. Há evidências de que herpes também pode ser transmitido sexualmente entre mulheres (McNAIR, 2003). A infecção por HPV pode ser transmitida por contato pele-pele e pele-mucosa.

Gravidez Indesejada

Algumas mulheres lésbicas, sobretudo as mais jovens, por pressão social ou para aceitação no grupo, têm relacionamentos sexuais eventuais com homens, ou mesmo com amigos gays. Esta eventualidade e o autorreconhecimento como lésbica criam uma atmosfera de falsa segurança que não raro leva à gravidez indesejada e precoce. A orientação sobre contraceptivos orais, colocação correta do preservativo e contracepção de emergência são importantes para sua autonomia sexual.

Maternidade e Parentalidade

As mulheres lésbicas não têm um desejo menor de filhos do que as mulheres em geral; mas tendem a enfrentar maiores obstáculos. Mais de 30 anos de pesquisas na área da Psicologia do Desenvolvimento norte-americana demonstraram que não há diferença no desenvolvimento psicossocial de crianças educadas por lésbicas em relação à identidade sexual ou de gênero, de inteligência ou de traços de personalidade. Lésbicas que decidem ter filhos possuem algumas necessidades similares às dos casais heterossexuais e outras particulares, especialmente relacionadas à homofobia, à possibilidade de rejeição pela família e ao acesso dificultado aos serviços de saúde especializados e bancos de esperma. Uma vez que um casal homossexual decida engravidar, as informações necessárias devem ser fornecidas pelos profissionais de saúde e as orientações devem ser as mesmas disponibilizadas para o casal heterossexual. É fundamental que a parceira seja incluída em todas as consultas e discussões. O pré-natal da gestante lésbica é similar ao da heterossexual e deve seguir as indicações das diretrizes para a assistência obstétrica (PORTO ALEGRE, 2006). A presença da parceira deve ser encorajada durante todo o período. Mulheres lésbicas podem ter estado grávidas no passado, podem viver com ou sem filhos de uma união heterossexual anterior, ou podem viver com filhos de relacionamentos anteriores de suas parceiras. Algumas podem tornar-se mães por adoção ou por inseminação. É recomendável que questões sobre custódia em casos de separação ou morte de uma das parceiras sejam previamente discutidas com um especialista em Direito da Família.

Violência

Mais de um terço das lésbicas entre 22 e 52 anos de idade já sofreu agressão por parte de suas parceiras, e o uso de álcool ou de outras drogas esteve envolvido na maior parte destes incidentes. Uma avaliação clínica criteriosa deve rastrear todas as mulheres, independente de sua orientação sexual, para o uso abusivo de álcool e de outras drogas. Este uso parece ser maior do que entre mulheres heterossexuais (FACCHINI, BARBOSA, 2006; AARON, 2001). Um novo estudo do National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism vai analisar questões como

discriminação, assédio e abuso sexual.

Um outro aspecto a ser ressaltado é a violência a que são submetidas socialmente as mulheres lésbicas pelo preconceito em relação a sua orientação e práticas sexuais. Nesse sentido, a violência física e também verbal é utilizada como estratégia repressiva no âmbito doméstico-familiar. Além disso, as mulheres lésbicas e bissexuais estão sujeitas a diferentes manifestações de lesbofobia no espaço público e de assédio moral vinculado à orientação sexual ou à identidade de gênero no ambiente de trabalho. A situação de vulnerabilidade social favorece o desenvolvimento de doenças e reduz as possibilidades de cuidado com a saúde, criando quadros agudos de opressão e sofrimento mental. Frequentemente a invisibilidade e a necessidade de inventar mentiras para encobrir a sexualidade reforçam este ambiente de repressão e de sofrimento que levam à depressão e a outras doenças mentais graves (McNAIR). Todos estes fatores devem ser investigados e não PRESUMIDOS como condição decorrente da orientação sexual das mulheres lésbicas e bissexuais.

Referências

- AARON, DJ et al. Behavioral risk factors for disease and preventive health practices among lesbians. *Am J Public Health* 2001; 91: 972-975. Em: http://www.mja.com.au/public/issues/178_12_160603/mcn10852_fm.html
- ANDRADE, JM. Rastreamento, diagnóstico e tratamento do câncer de endométrio. 2001. Em: <http://www.febrasgo.org.br/arquivos/diretrizes/029.pdf>
- BARBOSA, Regina Maria; KOYAMA, Miti Ayako Hara. Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil. 2006. Em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n7/15.pdf>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Mulheres contra as DST e AIDS. 2010. Em: <http://sistemas.aids.gov.br/feminizacao/index.php?q=1%C3%A9sbicas-mulheres-bissexuais-e-mulheres-que-fazem-sexo-com-mulheres-msm>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais - LGBT. 2010. Em: http://www.ccr.org.br/uploads/noticias/Pol%C3%ADtica_nacionalLGBT.pdf
- FACCHINI, Regina; BARBOSA, Regina Maria. Saúde das mulheres lésbicas. Promoção da equidade e da integralidade. Belo Horizonte;

Rede Feminista de Saúde; 2006. 40p. ilus, tab. Em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=433640&indexSearch=ID>

GLMA - Gay and Lesbian Medical Association. Guidelines for care of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender patients. Em: http://www.qahc.org.au/files/shared/docs/GLMA_guide.pdf

HILLIER, L; de VISSER, R; KAVANAGH, A; McNAIR, R. The association between licit and illicit drug use and sexuality in young Australian women. *Med. J. Aust.* 2003. Em: http://www.mja.com.au/public/issues/179_06_150903/letters_150903_fm-4.html

McNAIR, Ruth P. Health and healthcare for lesbian, bisexual and same attracted women. Em: <http://www.dialog.unimelb.edu.au/lesbian/guidelines/overview.html>

McNAIR, Ruth P. Lesbian health inequalities: a cultural minority issue for health professionals. 2003. Em: http://www.mja.com.au/public/issues/178_12_160603/mcn10852_fm.html

PORTO ALEGRE/SMS/ASSEPLA. Diretrizes de assistência ao pré-natal de baixo risco. Em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/protocolo_de_prenatal106.pdf

PORTO ALEGRE/SMS/ASSEPLA. Protocolo de detecção precoce e prevenção câncer de colo de útero. Em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/cacolo_protocolo_2007.pdf

PORTO ALEGRE/SMS/ASSEPLA. Protocolo de rastreamento e detecção precoce de câncer de mama do município de Porto Alegre. Em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/protocolo_mama_final_2008.pdf

*Jornalista e militante da Liga Brasileira de Lésbicas do Rio Grande do Sul.

Conferência Nacional de Políticas para Mulheres: espaço de participação e mudanças

*Rosa de Lourdes Azevedo dos Santos

As duas primeiras Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres, de 2004 e 2007, desencadearam a conscientização crescente em importantes segmentos da sociedade sobre os direitos das mulheres. E este é um dos mais importantes legados na história recente do país.

A 1ª Conferência, realizada em julho de 2004, contou com a participação de 1.800 delegadas eleitas nas mais de 2.000 plenárias nos âmbitos municipais e estaduais. No total, foram cerca de 120 mil participantes em todo território nacional. Esta conferência teve um papel fundamental no reconhecimento das demandas e no fortalecimento dos movimentos feministas e de mulheres. Sua relevância se estende à legitimação e à consolidação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (criada em 2003) e do Conselho Nacional de Políticas para as Mulheres.

A discussão sobre a natureza, os princípios e as diretrizes da Política Nacional para as Mulheres na perspectiva da igualdade de gênero, raça, etnia e livre orientação sexual, contribuiu decisivamente para os fundamentos e pressupostos do I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, que teve por base os princípios de igualdade e respeito à diversidade, equidade, autonomia, laicidade do Estado, universalização das políticas, justiça social, transparência dos atos públicos e participação e controle social. O Plano foi composto por 199 ações, distribuídas em 26 prioridades e divididas em cinco eixos:

1. Autonomia, igualdade no mundo do trabalho e cidadania;
2. Educação inclusiva e não sexista;
3. Saúde, direitos sexuais e direitos reprodutivos;
4. Enfrentamento à violência;
5. Gestão e Monitoramento.

Já a 2ª Conferência, em agosto de 2007, mobilizou quase 200 mil participantes. Foram eleitas 2.700 delegadas. Sob o lema: "Mais cidadania para mais brasileiras", reafirmou os princípios da conferência anterior, e acrescentou qualificativos:

1. Autonomia econômica e igualdade no mundo do trabalho, com inclusão social;
2. Educação inclusiva, não sexista, não racista, não homofóbica e não lesbofóbica;
3. Saúde, direitos sexuais e direitos reprodutivos;
4. Enfrentamento de todas as formas de violência;
5. Participação nos espaços de poder e decisão;
6. Desenvolvimento sustentável no meio rural, cidade e floresta; garantia de justiça ambiental, soberania e segurança;
7. Direito à terra, moradia digna e infraestrutura nos meios rural e urbano, considerando as comunidades tradicionais;
8. Cultura, comunicação e mídias igualitárias, democráticas e não discriminatórias;
9. Enfrentamento do racismo, sexismo e lesbofobia;
10. Enfrentamento das desigualdades geracionais, com especial atenção às jovens e idosas;
11. Gestão e monitoramento do Plano.

A partir da renovação e ampliação dos eixos indicados e aprovados nessas conferências, a história das mulheres adquiriu outro formato. Os encontros ajudaram a estimular e a garantir o exercício da cidadania, rompendo o isolamento social, particularmente daquelas que vivem nos mais afastados rincões. Possibilitaram também visibilizar a diversidade e a pluralidade, e aumentar a participação ativa na elaboração do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM). Ao ampliar a atuação de representantes nos espaços de poder, desencadearam processos de democratização do Estado.

Um dos maiores legados foi o reconhecimento das mulheres como sujeitos de direitos políticos, conforme prevê a Constituição Federal de 1988. Mesmo que um número considerável delas tenha passado a usufruir destes direitos, ainda falta muito para a conquista da cidadania plena. Nesse sentido, os mecanismos de controle social têm que ser efetivos e representativos no que diz respeito à pluralidade das demandas. Suas vozes precisam ter eco nos espaços institucionais e alcançar todas as esferas do governo. Para que ocorram mudanças, é imprescindível a implementação do PNPM e o cumprimento imediato das prioridades, pois o tempo dos mandatos políticos é muito curto.

Como consequência das conferências, espera-se a ampliação e a criação de mais organismos governamentais representativos, com autonomia - no sentido estrito do termo -, e que a interlocução democrática com lideranças do movimento feminista e de mulheres seja garantida. O fortalecimento dos mecanismos institucionais ocorrerá desde que possibilitem e ampliem a participação popular e o controle social, como as conferências e os conselhos de direitos das mulheres, e que seja assegurada a representação de todas, inclusive no processo decisório da elaboração orçamentária.

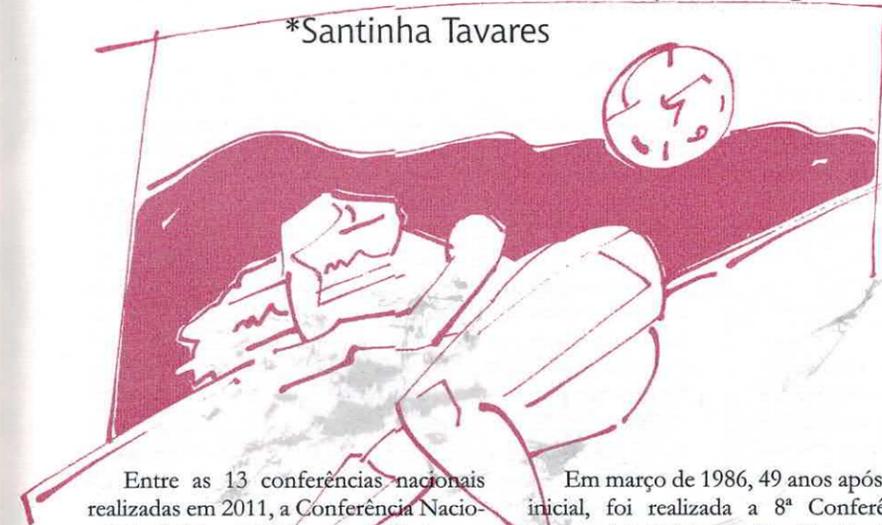
A 3ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, de 12 a 15 de dezembro de 2011, é mais um eloquente e mobilizador espaço de trocas de experiências, saberes e conhecimentos, com a possibilidade de revisar valores, posturas e atitudes. É uma oportunidade de abrir o diálogo entre o poder público instituído e a sociedade civil. O objetivo é discutir e elaborar políticas públicas voltadas à construção da igualdade, tendo como perspectiva o fortalecimento da autonomia econômica, social, cultural e política, e contribuir para a erradicação da extrema pobreza e para o exercício pleno da cidadania das mulheres no Brasil (Regimento - Capítulo I do Objetivo Art. 1º).

A Secretaria de Políticas para as Mulheres é uma conquista de extrema importância. Precisa ser mantida e adequada aos novos tempos. Caberá às integrantes do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) a vigilância no cumprimento e monitoramento dos "novos" acordos, com a ressalva de que o Plano Plurianual (2012-2015) já foi concluído e está em tramitação no Congresso Nacional para apreciação e aprovação.

*Assistente Social e Doutora em Saúde Pública. Integrante do Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres representando a RFS.

Conferência Nacional de Saúde: em debate, discriminação de gênero e acesso ao SUS

*Santinha Tavares



Entre as 13 conferências nacionais realizadas em 2011, a Conferência Nacional de Saúde mobilizou suas filiadas em processos locais até Brasília, levando a agenda "Saúde e Direitos das Mulheres". Além de defender as políticas de atenção integral à saúde das mulheres, seus direitos sexuais e reprodutivos, enfocou a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) como instrumento fundamental para a garantia do direito humano à saúde.

O SUS é a maior política de inclusão social existente no país. Foi construído pela população brasileira, através de diversas representações, e é uma conquista do povo brasileiro. As Conferências de Saúde representam o direito da sociedade civil de definir e fiscalizar esta política nos diferentes níveis de governo.

Quando as Conferências de Saúde iniciaram, cumprindo o disposto no parágrafo único do artigo 90 da Lei nº 378 de 13/01/1937, em pleno Estado Novo, eram encontros fechados, com poucos convidados. Participavam apenas servidores públicos lotados em instituições de saúde. A mudança só ocorreu na década de 80, com a ebulição política pelo processo de redemocratização do país e a eleição e debates na Assembleia Nacional Constituinte de 1988, a renovação do sindicalismo, a criação de novos partidos políticos e a emergência de diferentes movimentos sociais. É desta época o movimento da Reforma Sanitária que nasce com as bandeiras da universalidade, integralidade, equidade e regionalização que posteriormente irão compor as diretrizes do SUS.

Em março de 1986, 49 anos após a lei inicial, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília. Presidida por Sérgio Arouca, estabeleceu um novo paradigma para a organização do setor no Brasil. Reuniu mais de 4 mil delegados de todo o país. As propostas e diretrizes ali aprovadas influenciaram a Constituinte de 1988 e a lei de criação do SUS, em 1990.

A Constituição de 1988 representou um marco na redefinição das prioridades da política do Estado na saúde pública. No artigo 196, a saúde é descrita como "direito de todos e dever do estado (...). Garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação".

Em 1990 é promulgada a Lei Orgânica de Saúde (LOS 8080), que criou o SUS e definiu seus princípios norteadores: universalidade, integralidade, equidade, regionalização, hierarquização, descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo, conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população. Enfatizamos o princípio da participação da comunidade como o mais inovador da Lei 8080.

No mesmo ano é promulgada a Lei 8142, que amplia a representação da população em entidades criadas pela Lei 8080. Define a participação da comunidade na gestão do SUS, com a criação dos Conselhos de Saúde

permanentes, deliberativos e paritários e a organização das Conferências de Saúde. Estabelece também um período de quatro anos para sua realização, com o objetivo de avaliar a situação e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes.

Nos 21 anos do SUS, as Conferências de Saúde representaram a arena da discussão entre diferentes concepções da saúde, e houve enormes avanços obtidos pela intensa participação das representações populares neste processo.

A 14ª Conferência Nacional de Saúde, de 30 de novembro a 4 de dezembro de 2011 em Brasília, teve como tema central "Todos usam o SUS! SUS na seguridade social, política pública, patrimônio do povo brasileiro". E um eixo único: "Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS". Nas conferências municipais e estaduais, 4 mil delegados foram eleitos e, entre estes, um número significativo de mulheres. A Conferência em Brasília programou uma grande caminhada em defesa do SUS e um debate com cineastas e agentes culturais e da comunicação para sensibilizá-los por um novo olhar sobre o SUS. A Rede Feminista foi representada pela secretária executiva Clair Castilho na discussão sobre "Os determinantes sociais, a intersectorialidade e a transversalidade do direito humano à saúde".

As feministas estão presentes em todas as atividades das Conferências, pois têm uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher construída. Entendemos que as discussões sobre o eixo único da 14ª Conferência só serão coerentes se as especificidades femininas e a discriminação de gênero forem consideradas e tratadas de acordo com sua relevância. Temos um papel fundamental neste processo.

*Médica, conselheira nacional do Conselho Nacional de Saúde, coordenadora da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher e coordenadora da Regional do Rio de Janeiro. Integra o Conselho Diretor da RFS.

Agenda para a saúde e autonomia das mulheres

O ano de 2011 trouxe como agenda do movimento a participação ativa no processo político, com duas conferências nacionais especialmente relevantes para as mulheres: de saúde e políticas públicas. O objetivo é ampliar a presença em todos os espaços de controle social e tomada de decisões, para promover mudanças e contribuir com uma sociedade mais democrática e organizada, em que sejam respeitados e garantidos todos os direitos.

A Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos propõe:

1. Garantir atenção à **saúde integral e aos direitos sexuais e reprodutivos** das mulheres, do campo e da cidade, de todas as raças e etnias, negras e indígenas, de todas as idades, orientações sexuais, condições específicas, adotando uma perspectiva de gênero e respeito à diversidade e entendendo saúde como um estado de completo bem estar físico, psíquico e social e não mera ausência de doença.

2. Garantir **financiamento e orçamento** para as políticas de saúde das mulheres, em especial no campo da sexualidade e da reprodução, que assegurem da atenção básica aos níveis de maior complexidade, da prevenção ao tratamento.

3. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos são **diretrizes orientadoras** das políticas públicas nas três esferas de gestão pública, buscando a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde, em particular, universalidade, equidade e integralidade.

4. Promover, qualificar e **humanizar** a atenção obstétrica e neonatal **implementando a RDC 36** que dispõe as normas de funcionamento dos serviços obstétricos e neonatais públicos e privados e assegurando a aplicação efetiva, no âmbito nacional e distrital, da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante, e da Lei nº 11.634/07, de 28 de dezembro de 2007, que garante o direito à gestante atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de conhecer e vincular-se a uma maternidade antes do parto e de saber previamente em qual unidade de saúde será atendida em caso de intercorrência pré-natal.

5. Manter a prioridade na redução da **mortalidade materna e neonatal**, assegurando atenção de qualidade ao pré-natal, parto e puerpério nas urgências e emergências, os insumos necessários e a garantia do leito; promover o parto natural, reduzindo as cesáreas desnecessárias e assegurando às mulheres que dela necessitem os cuidados para prevenir infecções.

6. Assumir o compromisso com o **fim da legislação que criminaliza as mulheres pela realização de abortos** voluntários e posicionar-se pela legalização a partir do respeito aos direitos humanos e porque os abortos inseguros são um grave problema de saúde pública.

7. Garantir às mulheres grávidas de fetos incompatíveis à vida extrauterina a **antecipação terapêutica do parto** sem a autorização prévia da Justiça.

8. Garantir os **direitos sexuais e direitos reprodutivos** em todas as políticas e programas nacionais dedicados à população e ao desenvolvimento, inclusive nos programas de planejamento familiar/reprodutivo, garantindo a educação em sexualidade,

informação e o acesso a métodos contraceptivos e a distribuição gratuita da contracepção de emergência (pílula do dia seguinte) em toda a rede pública de saúde; incluir o Misoprostol como medicamento acessível para a iniciação do abortamento; assegurar a qualidade do serviço público de assistência ao abortamento iniciado, bem como dos locais de atendimento aos casos de aborto permitidos por lei.

9. Garantir atendimento integral à saúde das mulheres das **diversas etnias**, das mulheres negras, com ênfase nas doenças mais prevalentes - anemia falciforme; mioma, hipertensão, entre outras; das mulheres indígenas, considerando suas particularidades culturais, assim como capacitar profissionais de diferentes áreas para a prestação de serviços qualificados e não discriminatórios.

10. Respeitar e promover **formas saudáveis de vida**, com a redução do tabagismo, álcool e drogas entre as mulheres de todas as idades; promover a saúde mental, assim como valorizar as formas naturais de prevenção e tratamento de doenças, como os fitoterápicos.

11. Assegurar às **mulheres jovens e adolescentes** o direito ao exercício da sexualidade sadia e segura, com acesso aos métodos contraceptivos, entre eles a pílula do dia seguinte, às formas de proteção contra as DSTs, HIV e AIDS, bem como a ampliação de sua autonomia nas decisões sobre seu próprio corpo.

12. Garantir atendimento integral à saúde das mulheres **lésbicas**, das mulheres com **idade acima de 60 anos** e mulheres em **situação de privação de liberdade**, notadamente no que se refere ao acesso integral à saúde e ao exercício pleno dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos e a visita íntima, independente de serem lésbicas, bissexuais e heterossexuais.

13. Melhorar e qualificar os programas de combate, **prevenção e tratamento dos cânceres** prevalentes entre mulheres, em especial do câncer de mama e do colo de útero, assegurando o tratamento adequado, a tempo, para todas as mulheres; contingenciamento de verbas do orçamento para as políticas públicas às mulheres.

14. Garantir a aplicação eficaz e eficiente da **Lei Maria da Penha**, bem como sua articulação com a política de assistência integral à saúde da mulher em redes de atendimento e a notificação dos casos de violência contra mulheres e crianças; ampliar, fortalecer e humanizar os serviços de atendimento às vítimas de violência sexual, proporcionando atendimento de forma multiprofissional, integrando as áreas de segurança pública, justiça, saúde e ação social.

15. **Qualificar** profissionais de saúde para o atendimento às mulheres no SUS com base no respeito, privacidade e qualidade, levando em consideração suas expectativas e realidades como cidadãs.

16. Proporcionar o **controle social** das ações de saúde por meio da formação de comitês, conselhos de saúde e outros mecanismos de monitoramento e avaliação, bem como do fortalecimento da participação das mulheres na definição, implantação e avaliação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres.

17. **Garantir** a efetivação da laicidade do Estado em toda a rede pública de saúde.

Campanha Ponto Final

Novas estratégias previnem a violência contra as mulheres

*Renata Teixeira Jardim



Desde 2009 a Rede Feminista de Saúde coordena no Brasil, ao lado da Rede de Homens pela Equidade de Gênero e o Coletivo Feminino Plural, a Campanha Ponto Final na Violência Contra Mulheres e Meninas. Trata-se de uma estratégia internacional liderada pela Rede de Saúde das Mulheres Latinoamericanas e do Caribe (RSMLAC) que se desenvolve concomitantemente na Bolívia, em Guatemala e no Haiti. A campanha se caracteriza pela adoção de novas formas de abordagem do problema da violência contra as mulheres. Enfatiza ações de prevenção, atua em diversos níveis ao mesmo tempo, e busca o apoio dos homens e o diálogo, com um tipo de comunicação para mudanças sociais que permite um processo de avaliação e incidência controlados e monitorados.

A luta das brasileiras pela igualdade seguiu em paralelo e integrou a agenda nacional pela democratização e de consolidação de um Estado mais atento às demandas dos diversos segmentos sociais, entre os quais as mulheres. Nos anos 70 se

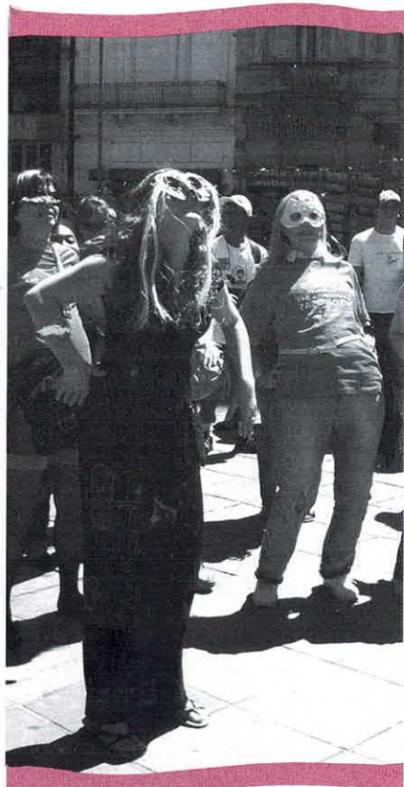
iniciaram as reivindicações por equidade através das denúncias de violência de gênero transformadas em grandes campanhas nacionais que encontraram apoio no âmbito internacional (Ciclo Social da ONU). Fortalecidas nos anos de 1980 e 1990, as bandeiras de luta contra a violência e as discriminações se transformaram em agendas políticas, passando a fazer parte da Constituição Federal e do desenho das políticas públicas.

Em 2006, após a condenação do país junto à Corte Interamericana de Direitos Humanos por omissão frente a um caso gravíssimo de violência doméstica que colocou a farmacêutica Maria da Penha numa cadeira de rodas para o resto de sua vida, e de larga discussão nacional sobre o tema, entrou em vigor a Lei 11.340 - a conhecida Lei Maria da Penha. Tal legislação, além de reconhecer a violência contra as mulheres como uma violação dos direitos humanos, no marco da Convenção de Belém do Pará, conceitua diferentes formas de violência e cria

mecanismos para o seu enfrentamento, com medidas de proteção, assistência e prevenção.

Uma violência grave e persistente

Em nível nacional, é gravíssimo o quadro de violência no país: o telefone 180 registrou em 2010 em todo o território nacional mais de 100 mil pedidos de ajuda. Este dado demonstra que a violência contra as mulheres é um grave problema e que as políticas públicas não estão conseguindo acolher a demanda e muito menos reduzir os elevados índices. Ademais, verifica-se, como comprova o Mapa de Violência de 2010, um recrudescimento da violência fatal. Os levantamentos apontam que, no Brasil, entre 1997 e 2007, 41.532 mulheres morreram vítimas de homicídio - 4,2 assassinadas por 100 mil habitantes. Tais taxas colocam o país no 12º lugar no ranking mundial. Algumas cidades, como Alto Alegre, em Roraima, e Silva Jardim, no Estado do Rio de Janeiro, apresentam índices de



homicídio de mulheres perto dos mais altos do mundo. Em 50 municípios, os índices são maiores que 10 por 100 mil habitantes. Estes dados podem caracterizar o feminicídio no Brasil, colocando o país entre os que mais violam os direitos humanos das mulheres.

Em Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, com 1 milhão e meio de habitantes, existe uma delegacia especializada, uma casa abrigo, uma casa para mulheres em situação de vulnerabilidade, dois centros de referência e cinco hospitais que atendem vítimas de violência sexual. A rede de atendimento é relativamente grande e comporta serviços governamentais e não-governamentais. No entanto, encontra-se despreparada e desarticulada para atender mulheres.

Este quadro chama a atenção porque, nessa mesma década, o Ministério da Saúde elaborou, em conjunto com o movimento de mulheres, normas técnicas que enfocam a atenção em situações de violência, especialmente a sexual, e a humanização do atendimento em casos de aborto. A forma como os atendimentos se dão no Brasil caracterizam a violência institucional em razão de gênero, agravada pela discriminação racial, de classe, e pelos estigmas gerados.

O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres traçou uma diretriz específica, que se transformou num eixo para as políticas públicas - o Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher. A partir de uma perspectiva de gênero e uma visão integral do fenômeno, a ideia é combater todas as formas de violência, reduzindo os índices, promovendo mudanças culturais e direitos, e proporcionando atendimento humanizado e especializado através de redes. O Pacto Nacional para o Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres foi elaborado como ferramenta de gestão. No entanto, como o governo do Rio Grande do Sul, sede da Rede Feminista de Saúde e onde se realiza a experiência piloto da Campanha Ponto Final, firmou o Pacto apenas em 2010, deixando de receber recursos federais, muitas políticas deixaram de ser implementadas.

A Campanha Ponto Final

Ao longo dos últimos 30 anos, campanhas foram desenvolvidas em todo o país, a começar pela histórica "Quem Ama não Mata", de 1978. Seus resultados são importantes para tornar o tema visível e para fortalecer o *advocacy* por políticas públicas. Algumas continuam em curso: 16 Dias de Ativismo (sociedade civil), 25 de Novembro (Rede Feminista de Saúde), Laço Branco (Rede de Homens pela Equidade de Gênero), Mulheres Donas da Própria Vida (Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres e movimentos sociais), Homens pelo fim da Violência (ONU) e Únete (Unifem).

O desenvolvimento de uma nova campanha resulta de um chamado da Rede de Saúde das Mulheres Latinoamericanas e do Caribe, que desde o ano de 2007 passou a debater a pertinência de uma ação internacional. Até então, a RSMLAC liderou a Campanha 25 de Novembro e outras iniciativas internacionais. A Rede Feminista de Saúde, integrante do Conselho Diretor da RSMLAC, passou a debater, ao lado de organizações das sociedade civil, uma campanha que tivesse caráter inovador, com o apoio financeiro de Oxfam. Nesta etapa, realizou-se a reelaboração política e teórica da proposta original, a fim de adaptá-la ao contexto latino-americano e caribenho. O mesmo ocorreu no Brasil, com a identificação de características sociais e culturais próprias e a existência de um forte movimento de mulheres, há muitos

anos protagonizando iniciativas deste tipo.

A Campanha Ponto Final na Violência contra Mulheres e Meninas adota o conceito de violência contra as mulheres como um problema estrutural que reflete as desigualdades de poder entre homens e mulheres e cujas manifestações são múltiplas e estão nas esferas públicas e privadas. A este conceito se agregou que se trata de um grave problema de saúde pública e uma violação aos direitos humanos. Portanto, abordar o tema de uma perspectiva de transgeracionalidade e de transmissão de valores é um imperativo para a transformação social. Ancora-se, ainda, no chamado modelo ecológico explicativo da violência, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (2002), segundo o qual a violência contra as mulheres e meninas produz danos à vida e a saúde, e se insere num conjunto de fatores associados, como relações de poderes desiguais, gênero, raça e etnia, classe social, local de residência, idade, orientação sexual, incapacidades e ambientes protetores ou de risco. Estes fatores associados constituem barreiras ao desenvolvimento, à saúde, à educação, à participação e ao acesso aos bens sociais de um modo geral.

Além das discussões sobre a necessidade de trabalhar em torno da violência como algo já presente nas vidas das mulheres e da sociedade, a Campanha Ponto Final adota o enfoque de prevenção primária - evitar o dano antes que ocorra ou se repita. Neste sentido, trata-se de uma intervenção de médio e longo prazos (DINYS, 2010), pois destina-se à reflexão com a sociedade - homens e mulheres, jovens e adultos - sobre os padrões culturais que naturalizam e perpetuam as violências. Compreende-se, portanto, que manifesta uma cultura de profundas raízes autoritárias do poder dos homens sobre as mulheres.

No Brasil, foram desenvolvidas ações em três níveis: nacional, institucional e comunitário. No nível macro, a análise situacional e do mapeamento de atores nacionais permitiu definir estratégias para posicionar atividades de caráter permanente, abertas a homens e mulheres, jovens e adultos, ancorada em uma experiência piloto que atua na mudança de padrões culturais.

Foram realizados 12 lançamentos em diferentes cidades, e a partir destes pontos focais a campanha se espalhou pelo país. Além disto, na audiência pública nacional coordenada pela então ministra Nilceia Freire, da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, em 2010, a SPM reconheceu a campanha como uma estratégia inovadora e fundamental para o enfrentamento da violência contra mulheres e meninas.

No nível institucional se buscou construir alianças setoriais e intersetoriais para difusão da campanha e fortalecimento dos pontos focais criados através das filiadas da Rede Feminista de Saúde e de instituições integrantes da Rede de Homens pela Equidade de Gênero. Construiu-se, assim, um diretório de atores com mais uma centena de apoiadores individuais e institucionais, como a Federação Nacional dos Jornalistas, a Associação Brasileira de Enfermagem, Observe, UNFPA, Ministérios, secretarias estaduais e prefeituras.

Em âmbito local, a experiência de caráter piloto teve como objetivo desenvolver inicialmente em uma comunidade de Porto Alegre uma estratégia de prevenção primária da violência. Para tanto, obteve-se a parceria de associações comunitárias, de entidades do movimento de mulheres e da rede de serviços e de políticas públicas, como pontos de cultura, escolas, assistentes sociais de saúde, movimentos culturais, grupos contra o racismo e a favor da liberdade religiosa e instituições que atuam na defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes.

Através destas alianças, foi construído um plano de ação para aglutinar pessoas e organizações mobilizadas pela causa; capacitações, visitas de porta em porta para garantir o comprometimento individual e ofertar informações sobre serviços e leis; colocação de adesivos com a mensagem "Aqui não entra violência contra as mulheres"; difusão de materiais informativos e de reflexão para o público jovem, adulto e infantil; atividades culturais; grupos de reflexão; atividades de denúncia, mobilização e adesão.

A campanha baseia sua comunicação no conceito desenvolvido pelo educador Paulo Freire de "comunicação para mudanças sociais", pelo qual todas as estratégias são realizadas a partir da discussão com o público-alvo sobre

conteúdos, mensagens e identificação visual. No Brasil, chegou-se a três modelos de "personagens" ativos: uma mulher negra, uma adolescente e um homem adulto, que se alternam para elaborar reflexões e propor perguntas. Enfatiza o uso das ferramentas das tecnologias da informação e comunicação (TICs) e articula *flash mobs* (aglomerações instantâneas e organizadas em locais públicos, previamente combinadas), apitações e outras formas de ativismo.

O resultado é a mobilização das comunidades para receber os aportes da Campanha Ponto Final pelo seu caráter agregador e por não responsabilizar apenas os movimentos de mulheres e as próprias mulheres pelo enfrentamento da violência de gênero, mas toda a sociedade. Ao buscar a reflexão sobre as causas, no sentido da prevenção, traz a esperança de que é possível derrotar a violência trabalhando com uma cultura de respeito, de exercício do diálogo e da fala, o que permite desconstruir hierarquias no campo do pensamento e da ação.

O desenvolvimento da Campanha Ponto Final no Brasil tem sido uma grande oportunidade para um repensar as estratégias de enfrentamento da violência contra as mulheres. A proposta de questionar, discutir, provocar a reflexão sobre padrões culturais e incluir novos elementos no debate amplia o caráter da intervenção e representa um avanço em relação a iniciativas já existentes, focadas na implementação de políticas públicas para coibir o fenômeno através da punição.



Referências

DINYS, Luciano. Adaptando la campaña We Can al contexto latinoamericano y caribeño. Santiago de Chile: RSMLAC, 2008.

DINYS, Luciano. Curso sobre "Prevención primaria de la violencia contra las mujeres". Ciudad de Guatemala: RSMLAC, 2010.

Veja também o site da Campanha Ponto Final: <http://www.campanhapontofinal.com.br/>

*Advogada e Mestre em Antropologia Social. Assistente de Coordenação da Campanha Ponto Final Brasil.

Desenvolvendo habilidades para defender direitos

Projeto "Trilhas de Saúde das Mulheres"

Capacitar suas filiadas e o movimento de mulheres para o controle social das políticas públicas e o monitoramento dos compromissos assumidos pelo Estado brasileiro foi a resposta da Rede Feminista frente à necessidade de qualificar sua intervenção. A parceria com o Fundo de Populações das Nações Unidas (UNFPA) se caracteriza pelo apoio a este processo de formação, especialmente voltado para acompanhar a implementação do Programa de Ação da Conferência de Cairo de 1994 e seus seguimentos (+5, +10, +15 e em direção a 20), nos quais a entidade está presente.

Em 2008, uma pesquisa realizada com apoio do Núcleo Interdisciplinar de Estudos Sobre Mulher e Gênero da UFRGS identificou o grau de conhecimento das filiadas sobre a convenção do Cairo, outras conferências regionais e internacionais, e as normativas nacionais sobre saúde das mulheres e direitos sexuais e reprodutivos. A pesquisa foi feita durante o 10º Encontro Nacional da RFS, em Porto Alegre. Frente às lacunas detectadas, a partir de 2009 foi implementado com a UNFPA o Plano de Trabalho "Trilhas de Saúde das Mulheres", composto por materiais de apoio - folhetos, CD ROM, site especializado no portal da Rede - e 11 oficinas locais (entre 2009 e 2010) e uma oficina nacional em São Paulo (2010) com a Escola de Saúde Pública da USP.

Após avaliar este conjunto de ações, optou-se por um maior aprofundamento de conteúdos e da metodologia empregada. O Seminário Nacional da Rede, que ocorreu em setembro de 2011 em Porto Alegre, aprofundou temas-chave, como a saúde das mulheres negras, enquanto a Oficina Nacional sobre Metodologias Feministas, em outubro, em São Paulo, disseminou estratégias de abordagem dos conteúdos que integram os compromissos políticos da rede.

Nesta mesma perspectiva se desenvolveu a participação nacional e internacional da Rede no seguimento do Programa de Ação de Cairo nos três últimos anos, ao lado da Rede de Saúde das Mulheres Latinoamericanas e do Caribe (RSMLAC). Como se sabe, a Rede Feminista de Saúde integrou em 1994 o esforço do movimento internacional para a conquista de um novo paradigma para as políticas de população e desenvolvimento, desta vez calcada em direitos e não mais no controle dos corpos das mulheres. Integrantes da entidade estiveram na linha de frente e se mantiveram nos processos seguintes de monitoramento e avaliação de Cairo em 1999 e 2004, juntamente com a RSMLAC, formando uma base de dados - Atenea -, com vários países da região.

Em 2009, entretanto, em ambiente menos favorável aos direitos sexuais e reprodutivos e com menores possibilidades de obter recursos, este monitoramento se realizou em encontros internacionais: reunião especializada da Cepal (Santiago do Chile), das Redes de Mulheres (Panamá), dos Parceiros Globais

(Berlín), e, finalmente, da Cepal (Brasília). Duas sessões nas Nações Unidas (2010 e 2011) - para avaliar os temas de Cairo nas Metas do Milênio e do Comitê de População e Desenvolvimento da ONU - completaram a agenda, na qual se demonstrou que o cumprimento do Programa de Cairo sofre os impactos do crescimento do conservadorismo no mundo. E que nenhuma conquista está imune de sofrer retrocessos, pois adversários de direitos sexuais e reprodutivos atuam de forma mais sofisticada, dominam a linguagem dos direitos humanos e se apropriam de estratégias do próprio movimento feminista internacional para argumentar e formar blocos desfavoráveis aos direitos. Ademais, o Brasil não tem mantido uma liderança na defesa desta agenda, havendo evidente recuo no papel do governo federal.

Nacionalmente, a Rede participou da Oficina sobre Cairo+15, promovida pela Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres, difundiu documentos, dialogou com diversos setores, além de ter mantido até 2010 forte presença no Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, estratégia vinculada às Metas do Milênio no tocante ao Programa de Ação de Cairo, e desarticulada para dar lugar à Rede Cegonha.

Por fim, em 2011, aprofundou o estudo das metodologias feministas como parte do processo de formação e aprendizado, e realizou no final de outubro uma oficina coordenada por Cecilia Simonetti, da Bahia, com a participação de integrantes de 12 regionais da Rede. A atividade enfocou um conjunto de conceitos fundamentais para o desenvolvimento do ativismo político, do controle social e do monitoramento, recuperou aspectos históricos quanto aos direitos humanos das mulheres nos campos da saúde, sexualidade e reprodução, a participação dos movimentos feministas em sua diversidade na trajetória contemporânea, e juntou sugestões para a atualização e o aprimoramento do Plano Político Pedagógico da entidade, esboçado em 2009.

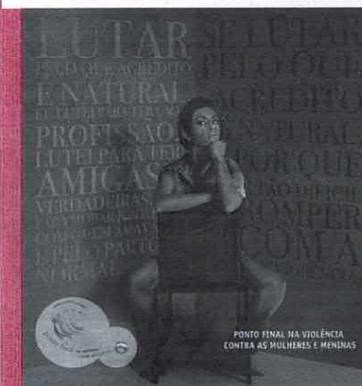
Por que o pessoal é político? Como atuar dialogicamente? Como trabalhar com as interseções de gênero, raça, etnia, orientação sexual, gerações? O mundo mudou ou foi o feminismo? As participantes e multiplicadoras foram envolvidas em um processo que combinou racionalidade e afetividade, reflexão e ação, construção de novos conceitos e enfoques, renovando o compromisso individual e coletivo com a defesa do programa da Rede Feminista. Esta atividade, que conclui o projeto "Trilhas de Saúde das Mulheres", teve como mérito transmitir a um maior número de novas e antigas ativistas o desejo de aprofundamento político e teórico e promover descobertas de saberes formais e informais. "Há um campo de conhecimentos a ser desvendado", concluíram as integrantes, que retornaram aos seus Estados cheias de entusiasmo, novas ferramentas e habilidades. (T.N.)

Publicações da Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos



Saúde e direitos das mulheres

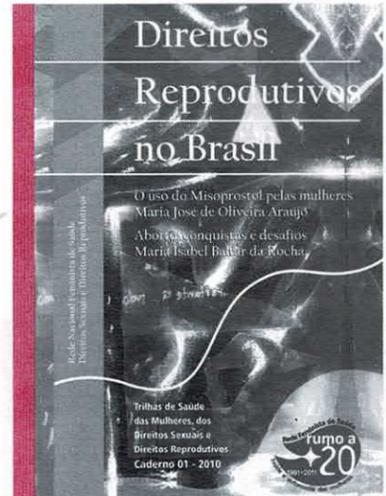
Publicação editada em 2011 pela Rede Feminista de Saúde para atender a demanda da 14ª Conferência Nacional de Saúde e da 3ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres realizadas em Brasília (DF). Nesta plataforma, a Rede defende a implantação de políticas destinadas a ampliar a presença das mulheres no poder, além de políticas de saúde com ênfase na integralidade e no respeito aos direitos sexuais e reprodutivos que considerem as desigualdades de gênero, raça/etnia, orientação sexual e geracional. Entre 17 propostas, prioriza o acesso equitativo de todas as mulheres ao sistema de saúde, e a manutenção do SUS público e universal.



Ponto Final na Violência contra Mulheres e Meninas

Folder que divulga a Campanha Ponto Final na Violência contra Mulheres e Meninas que tem a Rede Feminista de Saúde na coordenação

executiva no Brasil. A publicação apresenta os conceitos sobre os diferentes tipos de violência de gênero e as metas desta Campanha que busca desnaturalizar e eliminar a aceitação social de todas as formas de violência contra as mulheres. Desenvolvida em vários países da Ásia e África, foi adequada ao contexto latino-americano e caribenho. Ocorre simultaneamente na Bolívia, Brasil, Guatemala e Haiti.



O uso do Misoprostol na gravidez - Direitos Reprodutivos no Brasil

Publicação de 2010 que se insere no conjunto de atividades para marcar os 20 anos da Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Contém dois textos: *O uso do Misoprostol na gravidez indesejada*, da médica, fundadora e conselheira da Rede Feminista de Saúde Maria José de Oliveira Araújo, com prefácio da coordenadora do Centro de Promoção e Defesa dos Direitos Sexuais e Reprodutivos do Peru (Promsex), Susana Chávez; e *Aborto: conquistas e desafios*, da ex-secretária executiva da Entidade, socióloga Maria Isabel Baltar da Rocha Rodrigues (1947-2008). Os textos falam como o aborto acontece no Brasil e as diferentes abordagens propostas pelo movimento feminista, oferecendo ferramentas teóricas e políticas para o estudo, argumentação para o advocacy, ativismo e controle social de políticas públicas de saúde das mulheres brasileiras. Está disponível em <http://www.redesaude.org.br/portal/home/conteudo/biblioteca/biblioteca/documentos-para-estudo/002.pdf>

Os direitos humanos das mulheres em situação prisional

A Relatoria do Direito Humano à Saúde Sexual e Reprodutiva da Plataforma Brasileira de Direitos Humanos Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais - Plataforma Dhesca Brasil -, realizou de 2009 a 2011 um trabalho de investigação sobre morte materna e a situação das mulheres privadas de liberdade a partir de mis-

sões de investigação em Salvador (BA), Porto Alegre (RS), Verdejante (PE) e Belém (BA). As especialistas Maria José de Oliveira Araújo e Maria Cecília Moraes Simonetti, encarregadas da relatoria, refletem sobre o assunto nos documentos Os Direitos Sexuais e Reprodutivos são Direitos Humanos, Contribuições à Resolução 11/8 - Mortalidade e Morbidade Maternas e Direitos Humanos e Análise de Casos de Morte Materna sob a Ótica dos Direitos Humanos. Os documentos estão em: http://www.dhescbrasil.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=133:relatorios&layout=blog&Itemid=158&layout=default



Campanha de mobilização pela redução da morte materna

Lançada, em 2010, na Bahia, a campanha tem o apoio da Rede Feminista de Saúde. A morte materna é uma das dez principais causas de mortalidade entre mulheres de 10 a 49 anos no Brasil. Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2005 a razão de mortalidade materna foi de 74,7 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Na Bahia, de acordo com dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), a razão de morte materna foi de 68,7. Para ler a publicação acesse: http://www.redesaude.org.br/portal/comunica/2011-10/inclides_publicacoes/publica_11.pdf



Pesquisa Nacional Pergunta: Você já fez Aborto? Folder editado pela Rede Feminista de Saúde para contribuir com a divulgação da Pesquisa Nacional do Aborto (PNA) elaborada pelo

Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero e a Universidade Nacional de Brasília, com apoio do Ministério da Saúde. A pesquisa apontou que uma em cada cinco mulheres já realizou aborto ao final da sua vida reprodutiva. O levantamento sobre a vida reprodutiva das mulheres urbanas alfabetizadas de 18 a 39 anos no país mostrou que a prática do aborto é mais comum nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. O folder revela os principais resultados da primeira fase da PNA. Pode ser conferido em: http://www.redesaude.org.br/portal/comunica/2010-0/inclides_noticias/especial_02.pdf



Democracia, justiça, direitos humanos - A Legalização do Aborto no Brasil em Discussão Publicação da Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, da Comissão de Cidadania e Reprodução (CCR) e do Comitê Latino-Americano e do Caribe para Defesa dos Direitos da Mulher (Cladem/ Brasil). Traz o texto do projeto de lei que estabelece nova regulamentação para a prática abortiva, e faz um alerta para a dramática situação no Brasil, em que são adotados meios clandestinos, com consequentes sequelas na saúde. Chama atenção para a ausência de políticas públicas destinadas a atender de forma integral as mulheres que optam pela interrupção de uma gravidez. Lançada em 2010, marcou o 20º Dia Latino-Americano e Caribenho pela Despenalização do Aborto. A data foi instituída em 1990, na Argentina, quando um grupo de feministas percebeu ser necessário criar novas formas de enfrentamento para a clandestinidade do aborto no continente. Para saber mais acesse: http://www.redesaude.org.br/portal/home/conteudo/biblioteca/biblioteca/documentos-para-estudo/001.pdf

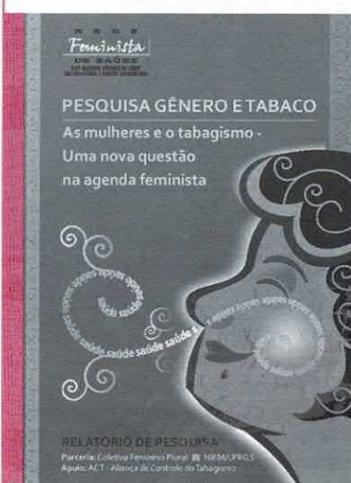


A Saúde das Mulheres merece seu voto Editado pela Rede Feminista de Saúde em 2010, esta Plataforma Eleitoral foi entregue às candidatas e candidatos ao Governo do Estado, ao Senado, à Câmara Federal e à Assembleia Legislativa, através de suas regionais. A publicação destaca três pontos: Mais mulheres no poder; Mais pessoas comprometidas com a equidade; Defesa da saúde integral, direitos sexuais e direitos reprodutivos como bandeira de todas e todos. Foi elaborada para subsidiar os movimentos de mulheres e feminista na luta em favor da saúde e para encorajá-las a buscar cargos legislativos e executivos. Acesse: http://www.redesaude.org.br/portal/comunica/2010-7/inclides_noticias/materia_01.pdf



As mulheres e o Tabagismo - uma nova questão na agenda feminista Estudo desenvolvido em 2009 pela Rede Feminista de Saúde, aborda o problema das doenças e mortes causadas pelo tabagismo a partir do olhar das mulheres, que analisam as campanhas publicitárias voltadas ao combate do fumo. A síntese da pesquisa condensada nesta publicação traz considerações que permeiam o movimento feminista, como a exigência de políticas públicas pautadas no princípio da autonomia, na oferta de meios para a tomada de decisão, e no envolvimento das mulheres no debate e elaboração de estratégias que previnam sobre a epidemia do tabaco e alertem para os benefícios de uma vida livre de cigarros.

O conteúdo completo está em: http://www.redesaude.org.br/portal/generoetabaco/download/Binder.pdf



Relatório de Pesquisa - Gênero e Tabaco Publicação organizada pela Rede Feminista de Saúde em parceria com o Coletivo Feminino Plural e o Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Mulher e Gênero (NIEM/UFRGS), com apoio da Aliança de Controle do Tabagismo. Apresenta o relatório da pesquisa que integra o projeto As mulheres e o tabagismo - Uma nova questão na agenda feminista (2009). A primeira parte do relatório analisa os dados da pesquisa. A segunda compreende reflexões políticas e teóricas acerca do tema. E o segmento final apresenta propostas para a agenda de controle do tabagismo, incluindo estratégias de sensibilização e o desenvolvimento de ações públicas e políticas de nível nacional.



Tabaco e Gênero no Brasil: Diferentes olhares Reúne os resumos das pesquisas realizadas em diferentes estados brasileiros. Aborda desde a questão dos direitos humanos e a produção do

fumo no Rio Grande do Sul, até a situação de infratores em São Paulo e de mulheres fumantes em vulnerabilidade social no Piauí. Reflete sobre o tema a partir da agenda dos movimentos de mulheres através das organizações que compõem a Rede Feminista de Saúde. A publicação é resultado do Seminário Tabaco e Gênero, organizado em 2009 pela Aliança de Controle do Tabagismo (ACT). Ao final do evento foi aberto um edital para advocacy para financiamento de pequenos projetos de pesquisa que pudessem contribuir com ações de controle do tabagismo a partir de uma perspectiva de gênero. A pesquisa da Rede Feminista de Saúde/Coletivo Feminino Plural As mulheres e o tabagismo - Uma nova questão na agenda feminista ficou entre as quatro selecionadas. Veja em: http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/438_tabaco_genero_no_brasil.pdf

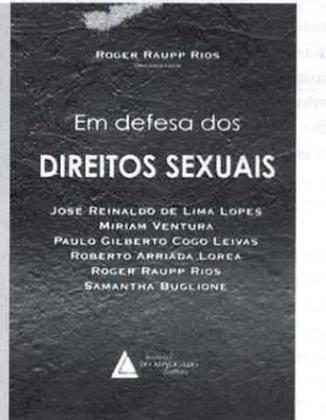


Ferramenta para a ação política das mulheres Reeditada em junho de 2010, com apoio da Associação Brasileira de Enfermagem, e elaborada pela Rede Feminista de Saúde, a publicação integra o projeto Promoção do Direito à Saúde Sexual e Reprodutiva com Equidade. Em oito páginas são reproduzidas, de forma sintética, informações sobre os documentos fundadores do direito à saúde integral das mulheres, bem como as normas técnicas e os marcos nacionais e internacionais instituídos nas últimas décadas. Atende as resoluções do seminário nacional "Implementando os Marcos de Saúde Integral e Direitos Sexuais e Reprodutivos" realizado em Porto Alegre (RS), em junho de 2008. Para saber mais acesse: http://www.redesaude.org.br/portal/home/conteudo/biblioteca/biblioteca/cartilhas-e-cadernos/007.pdf

OUTRAS PUBLICAÇÕES



Dinâmicas do Aborto e Estudo de Atores: Caso Brasil Os resultados de uma investigação sobre as dinâmicas do aborto realizada em 2010 no Brasil, Chile, Nicarágua e México foram apresentados no Seminário "Democracia, Liberdades e Direitos Reprodutivos" organizado pela Faculdade Latinoamericana de Ciências Sociais (Flacso) em Santiago do Chile, em junho de 2011. A apresentação do Caso Brasil, que está publicado, foi feita pela jornalista e cientista política Telia Negrão, secretária executiva da Rede Feminista de Saúde. Ela foi responsável pela elaboração do estudo sobre Dinâmicas do Aborto e Estudo de Atores entre 1999 e 2009. A pesquisa revelou o momento em que o tema se tornou uma agenda pública e midiática. O Estudo de Atores compila entrevistas com 13 pessoas que expressam as posições sobre tema, revelando riqueza de olhares e diferentes estratégias para superar os obstáculos à garantia de direitos no Brasil. Saiba mais em: http://www.redesaude.org.br/portal/comunica/2011-10/inclides_materias/materia_11.pdf



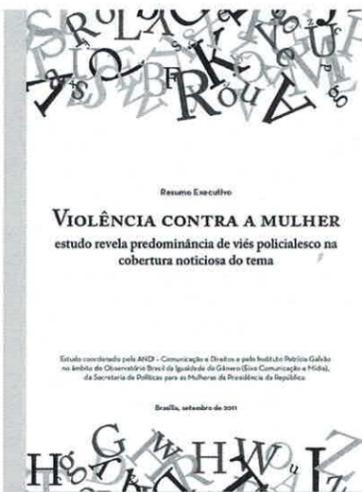
Em defesa dos Direitos Sexuais A experiência dos autores com demandas envolvendo direitos sexuais, aliada à reflexão filosófica e dogmática, resultou na análise de questões como a relação entre liberdade e

direitos sexuais a partir da moral moderna; princípios, institutos e debates envolvendo direito e sexualidade; o conceito de homofobia e a proteção jurídica contra esta discriminação, bem como a análise dos argumentos que pugnam pela rejeição da conduta homossexual; disposições legislativas e políticas públicas da América latina e Caribe a respeito da sexualidade; autonomia corporal e autodeterminação da identidade sexual diante da sexualidade; influência religiosa no enfrentamento jurídico de questões ligadas à cidadania sexual. Assinam os artigos José Reinadl de Lima Lopes; Roger Raupp Rios, Samantha Buglione, Mirian Ventura, Paulo Gilberto Cogo Leivas e Roberto Arriada Lorea. Saiba mais em: http://www.livrariadoadvogado.com.br/progres.asp?page=liv_detalhes.asp&cod=857348483.



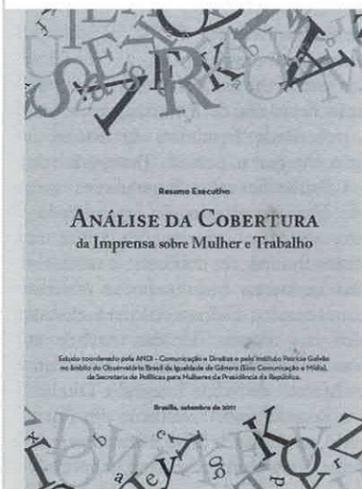
Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil 2009/2010

Organizado pelo professor Marcelo Paixão, do Laboratório de Análises Econômicas, Sociais e Estatísticas das Relações Raciais da Universidade Federal do Rio de Janeiro, o estudo tem como eixo as desigualdades raciais e sua mensuração através de indicadores econômicos, sociais e demográficos. Mostra que a população negra brasileira está em desvantagem no acesso a serviços públicos como educação, saúde, justiça e previdência social. Recebe menor renda e tem uma expectativa de vida mais baixa do que outros segmentos. Com 292 páginas, o trabalho é focado nas consequências da Constituição de 1988 e seus desdobramentos para os afrodescendentes. http://www.redesaude.org.br/portal/comunica/2011-11/incluides_publicacoes/01_Relatorio_2009-2010_desigualdades%20raciais.pdf



Análise da Cobertura da Imprensa sobre Violência contra a Mulher

A violência contra a mulher é um tema de destaque no noticiário brasileiro, como mostra este estudo. Quase 20% do que é publicado nas páginas de jornal merece chamada de capa. No entanto, apenas 13% da cobertura relaciona-se ao Estado e suas ações, o que denota o tom policial das notícias, e somente 2,13% da cobertura mencionam políticas públicas, o que indica um desinteresse em cobrar, monitorar e avaliar as iniciativas do poder público voltadas à questão. Mais de 80% do material analisado são denúncias descontextualizadas e parciais do problema, sem propostas ou soluções para evitar novas ocorrências. Conheça a íntegra da pesquisa em: http://www.andi.org.br/sites/default/files/resumo_executivo_mulher_violencia_ANDI_2011.pdf



Análise da Cobertura da Imprensa sobre Mulher e Trabalho

Segunda de uma série de pesquisas realizadas pela ANDI - Comunicação e Direitos e pelo Instituto Patrícia Galvão, no

âmbito do projeto desenvolvido com o Observatório Brasil da Igualdade de Gênero da Secretaria de Políticas para as Mulheres do Governo Federal. Mostra que as mulheres convivem com problemas como a dupla jornada de trabalho e um baixo salário médio, que representa apenas 70% do que os homens recebem. Mas, segundo o estudo, em 2010 apenas 9% do noticiário tratou da questão salarial e só 15% cobriu o acúmulo de atividades no ambiente profissional e doméstico. Em sua maioria, os 450 textos analisados se concentram em trajetórias profissionais bem sucedidas (28,54% das matérias) e em questões genéricas do mercado de trabalho (24,94%), como a dificuldade de acesso ao emprego e o desemprego. Leia em: http://www.andi.org.br/sites/default/files/resumo_executivo_mulher_trabalho.pdf



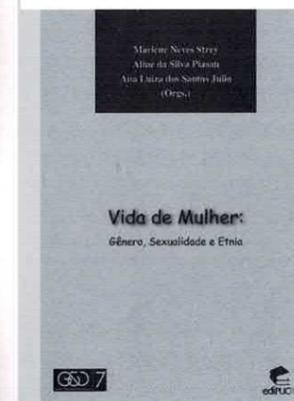
Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil

O 6º volume da coleção Consciência em Debate reúne artigos publicados na imprensa entre 2001 e 2010 pela filósofa Sueli Carneiro, doutora em Educação pela Universidade de São Paulo. Em cada texto, a fundadora do Geledés Instituto da Mulher Negra convida a refletir criticamente sobre a sociedade brasileira, explicitando de forma contundente como o racismo e o sexismo têm estruturado as relações sociais e políticas no país. Para a autora, o Brasil vive atualmente um clima de crescimento da intolerância. A coleção é coordenada por Vera Lúcia Bedito, mestre e doutora em Sociologia e Estudos Urbanos pela Michigan State University (EUA), e pesquisadora dos movimentos sociais e da diáspora africana. Para ler as primeiras páginas, acesse: <http://www.gruposummus.com.br/indice/40046.pdf>



Revista Mujer Salud

Publicação da Rede de Saúde das Mulheres Latinoamericanas e do Caribe. Tem 76 páginas. A edição nº 2 de 2011 inclui as matérias: *Goce de salud integral: un derecho de las mujeres; Reflexiones sobre el Cuerpo, la Salud y el Medio Ambiente; Salud en el cuerpo de las mujeres; Experiencia de lucha por la despenalización del aborto en Venezuela e Participación política de las mujeres - Acoso y violencia política*. Apresenta ainda um informe completo sobre a resolução histórica do Comitê das Nações Unidas para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher - Comitê Cedaw - que aponta o Brasil como violador dos direitos humanos no Caso Alynne da Silva Pimentel de mortalidade materna. E traz a cobertura do seminário "Democracia, liberdades e direitos reprodutivos" organizado pela FLACSO/ Chile, que contou com a participação da jornalista e cientista política Telia Negrão, da Rede Feminista de Saúde. Pode ser acessada no www.reddesalud.org. Informações sobre assinaturas: secretaria@reddesalud.org



Vida de Mulher: Gênero, Sexualidade e Etnia

Lançado em novembro de 2011, o livro organizado por Marlene Neves Strey, Aline da Silva Piason e Ana Luiza Júlio propõe pensar e discutir a vida das mulheres em toda a sua com-

plexidade. Diferentes facetas, entrelaçadas ou distantes, levam as mulheres a se aproximarem em função de sua sexualidade, etnia, deslocamentos geográficos e militância em prol de ideais sociopolíticos. A publicação traz diferentes pontos de vista das autoras/autor do Brasil, Chile, Espanha e Portugal, originários da Antropologia, Ciências Sociais, Educação, Pedagogia, Psicologia e Serviço Social. Coleção Gênero e Contemporaneidade - 7º volume - EDIPUCRS



Aborto no Brasil e países do Cone Sul: panorama da situação e dos estudos acadêmicos

Coletânea resultante do seminário "Estudos sobre a questão do aborto em países da América do Sul, com ênfase no Brasil", realizado em 2007 por ocasião do Ciclo de Eventos Comemorativos dos 25 anos do Núcleo de Estudos de População da Unicamp. Foi organizada por Maria Isabel Baltar da Rocha (1947-2008) em parceria com Agnès Guillaume, Susana Lerner, Rosana Baeninger e Regina Maria Barbosa. A primeira parte traça um panorama da situação na Argentina, Chile, Paraguai e Uruguai. A segunda reúne sete capítulos de pesquisadoras/es brasileiras/os. Agnès Guillaume e Susana Lerner fecham a coletânea com uma síntese do seu trabalho: um levantamento sobre o aborto na América Latina e no Caribe. Acesse em: <http://www.nepo.unicamp.br/textos/publicacoes/livros/aborto/aborto.pdf>

Realização:



Parceria:



Apoio:



Patrocínio:



O que é a Rede Feminista de Saúde?

A Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, ou Rede Feminista de Saúde, como é mais conhecida, é uma articulação política constituída em agosto do ano de 1991 por iniciativa de um grupo de feministas, ativistas em saúde, reunidas no Seminário Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, realizado em Itapeverica da Serra (SP). Nasceu da reflexão de que o coletivo é mais forte do que o individual, e de que um coletivo de mulheres poderia contribuir com maior peso para o avanço das políticas de saúde. Atualmente, reúne cerca de 300 filiadas entre grupos de mulheres, organizações não-governamentais, núcleos de pesquisa, organizações sindicais/profissionais e conselhos de direitos da mulher, além de profissionais de saúde e ativistas feministas que desenvolvem trabalhos políticos e de pesquisa em saúde da mulher, direitos sexuais e direitos reprodutivos.

Compõe-se de 12 regionais, organizadas nos Estados da Bahia, Goiás, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo e no Distrito Federal. São coordenadas politicamente por um Conselho Diretor e por uma Secretaria Executiva.

A Rede Feminista de Saúde possui representações em conselhos, comitês e comissões em âmbito nacional, estadual e municipal, e participa de entidades da sociedade civil nos mesmos níveis, além de outras redes e articulações de defesa dos direitos das mulheres e direitos humanos. Está representada no Conselho Nacional de Saúde e no Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. Em nível internacional integra a Rede de Saúde das Mulheres Latinoamericanas e do Caribe (RSMLAC), com presença no Conselho Diretivo dessa entidade, e a Rede Mundial de Mulheres pelos Direitos Reprodutivos.

Sua atuação fundamenta-se nos seguintes princípios:

- fortalecimento do movimento de mulheres em âmbito local, regional, nacional e internacional nas áreas da saúde, dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos;
- reconhecimento dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos como direitos humanos;
- reconhecimento da violência sexual, racial e doméstica como violação dos direitos humanos;
- defesa da implantação e da implementação de ações integrais de saúde da mulher no âmbito do Sistema Único de Saúde;
- legalização do aborto, constituindo sua prática uma decisão que deve competir às mulheres como direito.

Desde sua fundação, a compreensão da necessidade de uma rede específica para a agenda da saúde integral e defesa dos direitos sexuais e direitos reprodutivos esteve alinhada com os paradigmas de cidadania, participação social e monitoramento das políticas públicas.

R E D E
Feminista
DE SAÚDE
REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE
DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS

Secretaria Executiva
Av. Sen. Salgado Filho, 28
sala 601 - Centro
Porto Alegre / RS
Fone: 51 3212.4998
www.redesaude.org.br

...mas imagina
a vida