



**1ª** Conferência  
Estadual de  
*Saúde das  
Mulheres  
da Bahia*

Desafios para a integralidade com equidade



# **Eixo I**

**O papel do Estado no desenvolvimento socioeconômico e ambiental e seus reflexos na vida e na saúde das mulheres.**

## **Eixo I - O papel do Estado no desenvolvimento socioeconômico e ambiental e seus reflexos na vida e na saúde das mulheres**

Falar do papel do Estado no desenvolvimento socioeconômico e ambiental e seus impactos na vida e na saúde das mulheres na atualidade é um exercício de análise das complexas relações de disputa de poder entre as forças econômicas, sociais e políticas do âmbito do Estado, do Mercado e da Sociedade Civil.

O Estado da República Federativa do Brasil é atravessado por disputas de interesses travadas entre setores do mercado e da sociedade civil, com impactos na construção em cada momento, principalmente, por se tratar de uma economia periférica aos países do centro do capitalismo no mundo.

O poder se estrutura de acordo com o cenário do momento: se é de crescimento econômico, con-figura-se “situação de bonança” ou, se é de queda, a “situação é de turbulência”. Essas crises são cíclicas no capitalismo e, em caso de ameaça a sobrevivência do sistema, não existe possibilidade de pacto nacional entre as forças sociais e as do mercado sobre agenda única para enfrentá-las, principalmente porque são antagônicas e envolvem poderosos interesses internacionais.

É uma disputa de projetos: os movimentos sociais defendem manter investimentos como forma de superar a crise, respeitando-se a prioridade da agenda das políticas de inclusão social, enquanto setores alinhados ao mercado radicalizam na proposta de corte em todo e qualquer investimento, principalmente em áreas sociais, e mais, congelam gastos de despesas constitucionais no âmbito da seguridade social (saúde, assistência e previdência social), com foco em rigoroso processo de ajuste fiscal, com o objetivo de pagar os juros da dívida pública, favorecendo o sistema financeiro, recaindo sobre as(os) trabalhadoras(es) o ônus do referido ajuste. Isto expressa, sem dúvida, uma clara opção pelo Estado Mínimo, em detrimento de um Estado que contemple as políticas sociais.

O Brasil viveu um de seus períodos mais duros, iniciado com o golpe militar de 1964, instalando um Estado autoritário de corte ditatorial, que teve duração até a abertura democrática, em 1985. Em 1968, o regime militar recrudescer com o Ato Institucional no 5 (AI 5). Este ato, sobrepondo-se à CF de 1967 e às Constituições Estaduais, suspendeu garantias constitucionais, e sua primeira medida foi o fechamento do Congresso Nacional.

Na atual conjuntura, outro ciclo se instala a partir de 2015 e, desta vez, a tomada do poder ocorreu via golpe jurídico-midiático-parlamentar, de abril a agosto de 2016, cujas forças, constituídas com poder ideológico, econômico e político, usaram armas da própria democracia para conter o processo de democ-ratização da sociedade brasileira e, mais, afrontaram a Constituição e o Estado Social, rompendo com o princípio universal da Democracia Representativa - o voto, que é a expressão da soberania do povo. (BOB-BIO, 1988)

Mas, temos fortalezas. Vamos revisitar a experiência dos anos setenta, com expressiva participação das mulheres (movimento feminista) no amplo movimento social pela redemocratização do país, que foi fundamental para impulsionar a abertura

política iniciada com a revogação do AI-5 e para fortalecer massivas e enraizadas mobilizações sociais: 1) pelas Diretas Já (1984) início da chamada ‘Nova República’; 2) pela reforma do sistema de saúde (8ª CNS, 1986); e 3) por uma Assembleia Nacional Constituinte que resultou na nova Constituição Brasileira (CF, 1988) e 4) o Sistema Único de Saúde (SUS) equânime, integral, universal e com participação social.

Foi no marco da 8ª CNS, que aconteceu a “Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher”, em outubro de 1986, com a participação de 900 pessoas de todos os estados e territórios da Federação, sendo 549 delegadas (os). Acontecia em clima de redemocratização do país e grandes mobilizações sociais na luta por direitos e cidadania (BRASIL, 1987). A 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres acontece em um cenário diferente, de ruptura institucional e de ameaças ao Estado Democrático, aos Direitos Sociais, Trabalhistas e de Proteção Social.

É um contexto de afronta à democracia representativa, ao poder constitucional soberano do povo brasileiro e às cláusulas pétreas relativas à saúde, seu financiamento e organização, por medida provisória que tipifica um quadro de ruptura institucional, aprofundado com a instalação de um processo desconstituente, sem Assembleia Nacional Constituinte, que desestrutura os pilares de sustentação da Saúde Pública e que foi perpetrado de forma articulada pelos três poderes da República.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), que tem, como princípio básico para a organização de sua agenda, a defesa da democracia representativa e direta, investe na ampliação da mobilização e da participação social em defesa do SUS e dos direitos sociais.

A Participação Social na Saúde expressa, especialmente, nas Conferências Nacionais de Saúde e nos Conselhos de Saúde (municipais, estaduais, Distrito Federal e nacional), que são a instância e autoridade máximas na “formulação e controle da execução da Política Nacional de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, avaliação no âmbito da saúde pública e dos subsistemas privados do Brasil” (CF 1988), como prescreve a Constituição, tem se posicionado com coerência e organizado ações coletivas e lutas, em relação às seguintes prioridades:

*1. Defesa da PEC 01/2015 , na regulamentação da vinculação de receita da CF 1988;*

*2. Ação direta de inconstitucionalidade (ADIN) da Emenda Constitucional nº 95 junto ao STF, continuidade da luta contra a PEC 241/55-2016 que foi aprovada na Câmara Federal e Senado que institui o Novo Regime Fiscal (EC-95/2016) com teto para realização de despesas primárias até 2036 e torna sem efeito vinculações constitucionais orçamentárias de receita para as áreas da saúde e educação a partir de 2018, e que representa retrocesso na aplicação de recursos por 20 anos, no SUS.*

*3. Revogação do Art. 142 da Lei nº 13.016/2015, que permite a entrada de capital estrangeiro nos serviços de assistência à saúde.*

*4. Combate sem tréguas ao PL nº 1.330/2014, que permite a terceirização sem limites, inclusive, de atividades fins.*

### *5. Fiscalização do Subsistema de Saúde Suplementar:*

*5.1. Posição contrária à PEC 451/2014 porque esta fere o princípio constitucional do direito universal à saúde.*

*5.2. Apoio à Comissão Parlamentar de Inquérito para investigar os Planos de Saúde.*

*5.3. Posição contrária a discussão e elaboração de projeto de Plano de Saúde Acessível estabelecido pela Portaria nº 1.482/2016 e solicita a imediata revogação desta Portaria. Esta Resolução permanece sem homologação (Resolução CNS nº 534/2016).*

*5.4. Aperfeiçoamento do sistema de comunicação entre prestadoras (es), usuárias (os) e operadoras de planos; inserção dos contatos das operadoras e da ANS nos cartões beneficiários, com dias e horários de atendimento; disponibilização de adesivos informativos, em locais visíveis dos prestadores dos serviços de saúde; orienta às operadoras a disponibilizarem cartilhas com instruções de como agir em casos de problemas com atendimento (Recomendação CNS nº 10/2016).*

Retirar direitos fundamentais significa negar acesso a serviços públicos de saúde, gerando adoecimento e mortes em pleno século XXI, com a sociedade do conhecimento e de grandes avanços técnico-científicos. Esta realidade coloca, para a 2ª CNSMu, a defesa intransigente do SUS público e universal na resistência ao desmonte institucional da saúde pública e o fortalecimento da participação social. ‘

<sup>4</sup> Projeto de lei de iniciativa popular fruto da mobilização “Saúde +10”, com cerca de dois milhões de assinaturas.

Destaca-se, ainda, na agenda do Estado Nacional Brasileiro, as questões ambientais, econômicas e sociais que são alicerçantes e estruturantes da qualidade de vida e da saúde de mulheres e homens, mas que dependem de investimentos elevados por parte do Estado que, agora, estão fora da agenda nesta conjuntura de congelamento de recursos da saúde. Entre outras, destacam-se as seguintes questões prioritárias ao debate da saúde das mulheres nas etapas das Conferências Municipais, Estaduais, Distrito Federal e Nacional: as desigualdades sociais, gênero, raça/etnia, orientação sexual, identidade de gênero, geração e as políticas de desenvolvimento saudável, de promoção da saúde e de prevenção de doenças.

A compreensão da sociobiodiversidade, em cada contexto, deve ser transversal às políticas de saúde, cuja organização e realização de ações não estão dissociadas das questões ambientais, econômicas e sociais. A Conferência Rio +20 afirma “a convicção de que é importante concentrar a ação sobre os determinantes sociais e ambientais da saúde, tanto para os pobres e os vulneráveis como para toda a população, para criar sociedades inclusivas, justas, produtivas e saudáveis”.

A conquista de direitos individuais e sociais está refém da agenda da economia, com amparo legal depois que o Congresso Nacional aprovou as disposições transitórias de 20 anos pela EC 95/2016, em franco conflito com dispositivos da CF de 1988.

**Neste contexto, propõe-se como questões ativadoras do debate:**

1. Qual o impacto dos grandes empreendimentos, barragens, agronegócio, indústria, etc., ou seja, o modelo de desenvolvimento econômico atual na saúde das mulheres?
2. Qual a situação da água potável e do saneamento básico na sua região e qual o impacto na saúde das mulheres? E os agrotóxicos, qual o impacto?
3. Como atacar na raiz o problema das arboviroses, especialmente, em face ao diagnóstico e tratamento das doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*? Quais os principais impactos na saúde das mulheres?
4. Como resgatar o financiamento da saúde considerando de um lado a vinculação de receitas da CF 1988 e de outro o estabelecimento de teto como disposição transitória pela Emenda Constitucional 95?
5. E a reforma do Estado? Qual a principal ameaça às políticas sociais e como superá-la? Como a saúde das mulheres pode ser afetada?

*Nota: O presente documento é o mesmo documento orientador da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres.*

# **Eixo II**

**O mundo do trabalho e suas  
consequências na vida e na saúde das  
mulheres**

## **Eixo II - O mundo do trabalho e suas consequências na vida e na saúde das mulheres**

No atual contexto da globalização da economia, as reestruturações produtivas, sob a égide da flexibilização, direcionam mudanças no mercado e na organização do trabalho, sem considerar impactos das desigualdades de gênero, assim como as condições de trabalho e a saúde sofrem variações segundo o sexo e a mão de obra. A flexibilização tem como alvo a redução do custo da mão de obra, com promessa de geração de emprego e renda para instituir uma reforma trabalhista que impõe institucionalizar o negociado sobre o legislado.

Estas reestruturações precarizam as relações de trabalho e afetam a saúde e a vida das(os) trabalhadoras(es). Flexibilização significa contratação de mão-de-obra em tempo parcial, trabalho informal, ampliação das jornadas de trabalho, desemprego, entre outras retiradas de direitos. Seus efeitos são mais perniciosos quando analisados sob o recorte de raça/etnia, geração e gênero. Dados estatísticos em diferentes setores do trabalho mostram que as mulheres são as principais vítimas do trabalho precarizado.

A participação das trabalhadoras nos movimentos sociais possibilita ampliar e fortalecer, nos Núcleos Regionais de Saúde e em todo Estado da Bahia, a atuação dos movimentos sociais, entidades sindicais e associações nos espaços de discussões promovidos pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Cerest) em conjunto com os Conselhos Municipais de Saúde em consonância com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Nesse sentido, Cabe ao Controle Social fortalecer e garantir o funcionamento de Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) como uma comissão permanente dos conselhos municipais de saúde, em todos os municípios, em especial nos municípios sede de Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), em todos os Núcleos Regionais de saúde, conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A mulher secundariza sua identidade profissional e se coloca no mundo do trabalho com base na sua posição na família. Mulheres dedicam duas vezes mais tempo que os homens às atividades domésticas, trabalham cinco horas a mais que eles, por semana, e estão inseridas em trabalhos precários e invisíveis ou profissões vinculadas socialmente ao cuidado. As mulheres enfrentam barreiras para o acesso e permanência no mercado de trabalho, recebem salários inferiores aos dos homens, se deparam com entraves à sua qualificação e progressão profissional, sofrem com a ausência de creche e escolas em período integral para deixar filhos e filhas. Os empregos tipicamente femininos são percebidos como os que necessitam de menos habilidades, menos valorizados no mundo do trabalho e, na maioria das vezes, com menor remuneração.



As atividades econômicas relacionadas ao meio ambiente impactam diretamente na saúde e as empresas precisam garantir práticas, normas e condutas sustentáveis que respeitem os direitos humanos. E o Estado deve se responsabilizar por uma legislação que garanta a proteção das trabalhadoras e dos trabalhadores. As mulheres do campo, das florestas e das águas correspondem a 14 milhões de mulheres, e na sua maioria, vivem e trabalham em condições precárias, agravadas pela distância das áreas urbanas e dos serviços públicos. Além disso, estão expostas a acidentes e agravos à saúde relacionados aos processos de trabalho no campo e, particularmente, ao adoecimento decorrente do uso de agrotóxicos, mercúrio e exposição contínua aos raios ultravioletas, além de situações geradas pelos grandes empreendimentos de hidroelétricas/barragens, ocasionando desestruturação social e familiar.

E, para agravar ainda mais as já precárias condições de vida e saúde das mulheres trabalhadoras, chega ao Congresso Nacional, a Reforma da Previdência (PEC no287/16) que, se aprovada, igualará a idade de homens e mulheres em 65 anos para acesso à aposentadoria, sem levar em conta a inserção das mulheres no mundo do trabalho mais cedo que os homens e nem a dupla-tripla jornada de trabalho, a qual está submetida.

Na busca pela melhoria da qualidade de vida e de saúde, é importante que as políticas públicas atuem de forma intersetorial, envolvendo ações de saneamento e meio ambiente, reconhecendo e valorizando os saberes e as práticas tradicionais de saúde dessas populações.

A participação das mulheres com idade ativa (16 anos ou mais) no mercado de trabalho cresceu de 50% (2000) para 55% (2010), enquanto a participação dos homens caiu de 80% para 76% (IBGE/SPM/ MD). O crescimento da participação é maior para aquelas com mais de 30 anos, assim como a participação das que vivem nas cidades (56%) é superior às que vivem no meio rural (46%). A formalidade cresceu no mercado de trabalho brasileiro. Para as mulheres, o nível de formalização passou de 51% para 58% e o dos homens de 50% para 59%. É provável que o emprego doméstico explique parte desse movimento menos intenso de formalização entre as mulheres, pois as trabalhadoras domésticas correspondiam a 15% das mulheres que trabalhavam (em 2000 eram 19%). O registro em carteira de trabalho cresceu de 37% para 47% da força de trabalho masculina e para a feminina foi 33% a 40%. As mulheres estudam mais e têm maior nível de instrução, mas possuem formação em áreas que pagam menores salários e ocupam postos de trabalho com menor remuneração, sendo recorrente o pagamento de salários menores para mulheres que ocupam funções idênticas às dos homens.

Em 2010, o rendimento médio das mulheres corresponde a 68% da remuneração masculina. O rendimento médio das negras e pardas representa 35% do rendimento médio do homem branco. O rendimento médio das mulheres rurais é inferior ao salário mínimo.

O último relatório do Fórum Econômico Mundial (FEM) aponta a desigualdade de gênero no que diz respeito à remuneração no mundo. O Brasil ocupa a 129ª posição no ranking mundial, entre 144 países pesquisados, e isso levará um século para ser corrigido. (FEM, 2016)

Os dados do IBGE (2011) apontam diversas formas de declaração da ocupação de trabalhadoras (es) domésticas(os), destacando-se com maior frequência: empregada doméstica, faxineira, diarista, babá, cozinheira, lavadeira, passadeira, arrumadeira, cuidadora de idoso e doente. O emprego doméstico ainda é o nicho feminino por excelência.

Vale destacar que, desde 1941, avanços graduais para o reconhecimento do trabalho doméstico culminaram com EC 72/2013, que já assegura direitos reconhecidos, de um modo geral, na CLT. Em 2/6/2015, a publicação da Lei Complementar no 150 garante a sua aplicação a todos os contratos de trabalho doméstico.

Em 2014, 14% das mulheres ocupadas eram trabalhadoras domésticas, num total de 5,9 milhões. Esse segmento permanece sendo a principal ocupação das mulheres negras: 17,7% delas eram trabalhadoras domésticas. No caso das mulheres brancas, há algumas décadas, o emprego doméstico já deixou de ser a principal atividade econômica, ocupando 10% delas, atrás do comércio e da indústria.

As mulheres adoecem com mais frequência, em face das precárias condições de inserção no mercado de trabalho e das formas recentes de intensificação do trabalho impostas pelas novas tecnologias e processos produtivos. Porém, estas doenças são tratadas como doença de mulheres, sem nexos causal epidemiológico com o trabalho. Embora as mulheres tenham uma incidência menor de acidentes, afastamentos, aposentadorias e mortes relacionadas ao trabalho, quando comparadas aos homens, a maioria das mulheres sofrem sintomas e doenças causadas pelas condições de trabalho que se tornam crônicas, acompanhando-as até o fim da vida.

Muitas trabalhadoras nos distintos ambientes de atividades laborais, dentre muitos sinais, sintomas e disfunções, apresentam varizes, inchaço nas pernas, cansaço, fadiga, hérnia de disco, abortamento espontâneo, parto prematuro, bebê de baixo peso ao nascer, em função do grande esforço físico que realizam. Aquelas que trabalham em ambientes com muitos ruídos e com produtos químicos, como o agrotóxico, com frequência apresentam perda auditiva, estresse, esterilidade, distúrbios hormonais, dermatose, asma ocupacional, alergia, câncer, angústia, depressão, insônia, medo de perder o emprego, aumento da tensão pré-menstrual, displasia mamária, distúrbios digestivos, sensação de incapacidade. As mulheres também apresentam LER (Lesão por Esforços Repetitivos), DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), síndrome de Burnout, suicídios no trabalho, distúrbios psicossociais, envelhecimento prematuro, síndrome do esgotamento profissional, conflitos éticos, alcoolismo, entre outros agravos, que implicam no adoecimento e conseqüente incapacidade para a vida e para o trabalho.

Cabe aos gestores municipais e estaduais, nas suas atribuições específicas, garantir o atendimento, diagnóstico e tratamento integral as trabalhadoras, por equipe multiprofissional em unidades ambulatoriais com apoio e monitoramento dos Cerest

municipais e Estadual, considerando a necessidade de fortalecimento da atenção básica para esta ação. Nesse sentido, deve-se ampliar e garantir o acesso à rede de serviços para diagnóstico, tratamento e reabilitação das trabalhadoras acometidas por doenças e agravos relacionados ao trabalho, incluindo a definição de procedimentos e serviços específicos para a regulação desses casos. Torna-se igualmente necessária a implementação na atenção à saúde da trabalhadora, práticas integrativas e complementares e o diálogo com as práticas populares de cuidado de forma a garantir a formação dos profissionais de saúde e outros(as) trabalhadores(as) e sua inserção nos planos municipais de saúde.

As mulheres adoecem, também, em função da violência de gênero. A violência contra mulheres de todas as idades é grave violação dos direitos humanos. Seu impacto varia entre consequências físicas, sexuais e mentais para mulheres e meninas, incluindo a morte. A violência afeta negativamente as mulheres, impedindo-as de participar plenamente na sociedade e se configura como um dos motivos de falta da mulher ao trabalho.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS/2013) estima-se que 35% das mulheres em todo o mundo já tenham sofrido qualquer violência física e/ou sexual praticada por parceiro íntimo, ou violência sexual por um não parceiro, em algum momento de suas vidas. No Brasil, segundo dados do governo federal, a cada cinco minutos uma mulher é agredida, a cada 11 minutos uma mulher sofre estupro e a cada duas horas uma mulher é assassinada.

Em meio a tanta violência, as mulheres podem sofrer vários tipos de incapacidade – passageira ou não – para o trabalho, perda de salários, isolamento, falta de participação nas atividades regulares e limitada capacidade de cuidar de si próprias, dos filhos e de outros membros da família. Os custos indiretos imediatos da violência incluem a queda na produtividade, falta das mulheres ao trabalho, redução de salário e, em último caso, a perda de emprego. Nesse contexto, vários estudos apontam que os custos sociais e econômicos da violência contra as mulheres são enormes e têm efeito cascata em toda a sociedade.

Além, disso, as mulheres adoecem em função do assédio moral e sexual nas relações de trabalho, que ocorrem regularmente, tanto na iniciativa privada quanto nas instituições públicas. A prática desse crime, efetivamente, fortalece a discriminação no trabalho, a degradação das relações de trabalho e a exclusão social, que marca a exposição das trabalhadoras às situações humilhantes e constrangedoras, repetitivas e prolongadas, durante a jornada de trabalho e relativas ao exercício de suas funções, levando à desestabilização das trabalhadoras e implicando no comprometimento de sua saúde mental.

Outro aspecto a ser considerado, e que afeta a saúde e vida das mulheres, é o aumento de sua inserção nos postos de trabalho desprotegidos e desvalorizados; por não conseguirem se inserir no mercado de trabalho formal, buscam a sobrevivência na informalidade, mesmo diante da completa falta de direitos trabalhistas. Por serem as principais vítimas da precarização do trabalho no setor informal, da ausência da

carteira assinada, do trabalho temporário e das doenças ocupacionais devido ao trabalho repetitivo, estão expostas aos mesmos riscos e agravos à sua saúde.

Essa desproteção social das mulheres significa violação dos direitos humanos, uma vez que rompe com qualquer noção de solidariedade social. Sem proteção social, as mulheres que adoecerem e não puderem trabalhar, não receberão qualquer tipo de auxílio-doença por parte do Estado. Se der à luz, não terá licença maternidade remunerada; se ficar inválida, não receberá pensão por invalidez; e, se morrer, não deixará pensão para os filhos menores. Nesse sentido, ressalta-se a importância de efetivas as ações integradas de reabilitação de trabalhadoras pelo SUS e pela Previdência Social, inclusive àquelas em condições de vulnerabilidade pelo trabalho informal.

O processo de adoecimento das mulheres suscita atenção e implementação de políticas específicas. Dentre elas, estão as políticas de saúde das (os) trabalhadoras (es), envolvendo vigilância, promoção, assistência, recuperação da saúde, reabilitação profissional, normatização e fiscalização, e estão comprometidas no âmbito do SUS, Previdência Social e Ministério do Trabalho e Emprego – MTE.

Desta forma, deve-se promover a intersetorialidade (Previdência Social, SUS e Trabalho e Emprego) para garantir a produção e publicização das informações e a análise de situação de saúde das trabalhadoras, mediante a integração, em uma plataforma específica, com as principais bases e fontes de dados de interesse à saúde da trabalhadora (Sinan, SIA, SIH, SIM, E-SUS, Dataprev, IBGE, RAIS/Caged etc.), nas três esferas de governo e para todos os segmentos de atividade econômica, e para ações conjuntas em benefício da trabalhadora formal e informal.

Na atualidade, as medidas adotadas pelo governo impactam na organização desses serviços, que terão orçamentos reduzidos, incidindo na diminuição das ações de vigilância, na compra de equipamentos para atenção à saúde, na redução de recursos humanos, na capacitação das (os) servidoras (es), nas pesquisas, entre outros, refletindo de forma negativa na vida da população em situação de maior vulnerabilidade. Assim, a redução das ações sanitárias no meio ambiente, e de saúde das (os) trabalhadoras (es), não criará os efeitos desejados para proteger a saúde da população e das (os) trabalhadoras (res), o que implicará no aumento das estatísticas de adoecimento e morte.

Dados do Ministério de Saúde indicam que as mulheres são as principais usuárias do SUS. Frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento mas, sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhas(os), amigos e, além disso, muitas trabalham como cuidadoras. As políticas públicas devem considerar as condições de vida e de trabalho associadas às dimensões de geração, raça, etnia, orientação sexual e identidade de gênero, visando o acesso aos serviços de saúde, à redução de riscos e agravos decorrentes dos processos de trabalho e à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida.

**Neste contexto, propõe-se como questões ativadoras do debate:**

1. Refletir sobre a condição de inserção das mulheres no mundo do trabalho e suas implicações na condição de vida e de saúde.
2. Que ações possibilitam a promoção da saúde das mulheres no campo e na cidade, considerando as dimensões de raça e etnia, orientação sexual, identidade de gênero e geração?
3. Como os serviços de saúde podem contribuir para reduzir o adoecimento relacionado ao trabalho, que afeta a vida e a saúde das mulheres?
4. Que políticas públicas podem ser criadas e implementadas, que garantam às mulheres melhores condições de vida e de trabalho?
5. Como as situações de violência de gênero, assédio sexual, assédio moral e discriminações relacionadas à raça/etnia, geração, credo, orientação sexual e identidade de gênero afetam a vida e a saúde das mulheres e de que forma podem ser enfrentadas no ambiente de trabalho?

*Nota: O presente documento foi adaptado do documento orientador da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, incluindo contribuições da 4ª. Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora do Estado da Bahia pelo Centro de Estudo, Prevenção e Apoio aos Portadores de LER/DORT.*

# **Eixo III**

Vulnerabilidades nos ciclos de vida das mulheres na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde das Mulheres

**Eixo III - Vulnerabilidades nos ciclos de vida das mulheres na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde das Mulheres**

1. A abordagem de gênero na saúde é fundamental para pensarmos os contextos de vulnerabilidades às quais as mulheres estão sujeitas. As desigualdades de gênero devem ser analisadas em articulação a outras desigualdades sociais, como raça/etnia, classe social, geração, orientação sexual, identidade de gênero, entre outras. Estas desigualdades produzem efeitos concretos e subjetivos na vida das mulheres e são determinantes da forma de adoecer e morrer.
2. Para analisar a situação da saúde das mulheres, alguns conceitos podem ser úteis:

<p align="center"><b>Gênero</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gênero é diferente de Sexo</li> <li>- Sexo diz respeito às diferenças anatômicas e biológicas entre os indivíduos enquanto Gênero implica pensar como as sociedades interpretam e organizam esta diferença sexual. Gênero remete às diferenças socialmente são atribuídas a mulheres e homens. São portanto, construções sociais e culturais (arbitrárias) do masculino e feminino e não resultado da natureza humana, sendo reproduzidas em todas as instâncias (família, escola, trabalho, serviços de saúde, etc).</li> <li>- O masculino não é apenas diferente do feminino. A diferença se transforma em assimetria, em relação de poder, com a superioridade do masculino e subordinação do feminino.</li> <li>- As diferenças de gênero implicam desigualdades que configuram contextos de vulnerabilidades específicas para homens e mulheres</li> </ul>	<p align="center"><b>Vulnerabilidade</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conceito que busca compreender a exposição das pessoas à AIDS, e supera a noção de fator de risco, comportamento de risco. Pode ser compreendido como as <i>“condições de maior ou menor fragilidade de grupos populacionais à saúde, enfatizando-se dimensões sociais políticas e econômicas e não apenas os aspectos comportamentais dos indivíduos, soltos e extrínsecos aos seus contextos</i> (Castiel, 1999)”. Três dimensões devem ser consideradas de forma integrada para se analisar a vulnerabilidade (Ayres et al., 1999):</li> <li>- <u>Individual</u>: relativa aos comportamentos das pessoas e seus modos de vida que favorecem o adoecimento e morte;</li> <li>- <u>Social</u>: relacionada às condições de vida dos indivíduos, a exemplo do acesso aos serviços de saúde, da qualidade do atendimento, da aplicação da legislação, entre outras;</li> <li>- <u>Institucional/programática</u>: referente à existência ou não de políticas e ações organizadas para enfrentar os problemas de saúde.</li> </ul>
<p align="center"><b>Heteronormatividade</b></p> <p>A representação predominante do gênero e da sexualidade define uma coerência “natural” e “inerente” entre sexo, gênero e sexualidade, o que pressupõe uma representação binária (homem e mulher).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sexo, gênero e orientação heterossexual devem ser coerentes e cada sexo só pode se interessar pelo sexo oposto (sexualidade heterossexual) (Louro, 1999).</li> <li>-Desse modo, mulheres que não compartilham uma</li> </ul>	<p align="center"><b>Interseccionalidade</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Conceito formulado por Kimberlé Crenshaw (1989) que diz que na sociedade, o sexismo, o racismo e a luta de classes impõem múltiplas opressões</li> </ul>

orientação heterossexual e identidade de gênero coerente (LGBT - lésbicas, mulheres bissexuais, travestis e transexuais) enfrentam graves dificuldades, tanto no viver a vida, sendo marginalizadas, ignoradas ou perseguidas por práticas sociais, crenças ou políticas, como também na relação com os serviços de saúde, com dificuldade de diálogo com profissionais, discriminação e desrespeito aos seus direitos, o que termina por reiterar as vulnerabilidades desses segmentos femininos.

aos indivíduos. Utiliza a imagem de um cruzamento de avenidas, em que o “fluxo do tráfego dos veículos” representa a multiplicidade de opressões as quais as pessoas estão submetidas. Busca superar o modelo de mulher universal e conferir visibilidade às mulheres negras, consideradas pela autora “sujeitos implícitos” (as desigualdades raciais não eram levadas em conta nos movimentos feministas e as desigualdades de gênero não eram discutidas nos movimentos negros). Possibilita identificar contextos de vulnerabilidades.

3. Necessário atentar para as singularidades da Bahia, pela sua dimensão territorial; população majoritariamente negra e pobre; e com expectativa de vida ao nascer ainda menor do que a média nacional. Mulheres baianas vivem, como a maioria da população brasileira, em áreas urbanas, muitas vezes, em condições precárias, nas periferias das cidades, sem acesso à saneamento e condições adequadas de habitação ou, em situação de completa exclusão social, como as moradoras de rua (estima-se que 18% da população em situação de rua é feminina), mas também as mulheres são numerosas no meio rural (representam 48% desta população).
4. É importante considerar que não existe uma mulher universal, mas uma diversidade de mulheres. Mulheres negras; lésbicas, bissexuais, travestis, transexuais e trabalhadoras do sexo. Mulheres de comunidades tradicionais como quilombolas, indígenas e ciganas. Mulheres que residem na área rural, em seus diferentes modos de vida relacionados predominantemente com a terra: as que habitam as florestas e/ou são extrativistas, camponesas (agricultoras familiares, trabalhadoras rurais assentadas ou acampadas); Mulheres das águas, pescadoras, marisqueiras; Populações femininas ribeirinhas, aquelas atingidas por barragens; Trabalhadoras assalariadas e temporárias que residem no campo e na cidade ; Mulheres com diferentes tipos de deficiências; moradoras de rua; Mulheres em situação de prisão; que fazem uso abusivo de drogas ilícitas. E mulheres de diferentes gerações: adolescentes, jovens, adultas e idosas
5. As desigualdades sociais implicam diferentes oportunidades e condições de vida para as mulheres e incidem diretamente sobre a sua saúde, sendo determinantes do processo de adoecimento e morte, penalizando as que vivem em contextos de maior vulnerabilidade. São necessárias ações específicas para uma atenção diferenciada (oportuna, humanizada e sem discriminação) a esses segmentos femininos no SUS, reconhecendo-se que são as mulheres as principais usuárias dos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2013).
6. Nesse sentido, a PEAIMS-BA - Política Estadual de Atenção Integral à Saúde das Mulheres na Bahia<sup>1</sup>, aprovada no Conselho Estadual de Saúde da Bahia, em 2016, foi elaborada por meio de um processo coletivo e participativo, com base na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres-PNAISM (2004) e considera a

<sup>1</sup>[http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/images/stories/pdf/Politica\\_Estadual\\_Saude\\_das\\_Mulheres.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/images/stories/pdf/Politica_Estadual_Saude_das_Mulheres.pdf)



diversidade e as vulnerabilidades. Para compreender a situação de saúde das mulheres, ressalta a importância de considerar o enfoque de gênero, as desigualdades raciais e étnicas e a necessidade de conferir visibilidade às mulheres em seus distintos contextos, garantindo a sua incorporação como sujeitos de direitos.

7. As diretrizes e estratégias para a atenção à saúde das mulheres, na PEAISM-BA, à luz de princípios e doutrinas do SUS (integralidade, universalidade e equidade), reafirma a necessidade de garantia dos direitos das mulheres e do respeito às suas diferenças como aspectos importantes a serem considerados na sua relação com os serviços de saúde, garantindo o acesso, a humanização da atenção, a adoção de práticas de saúde seguras e a participação social. Também enfatiza necessidade de respeito aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, suas escolhas reprodutivas, de modo a se evitar gravidez não planejada e a prática do aborto inseguro. Reforça a necessidade de prevenção e tratamento da infecção pelo HIV/Aids, do vírus HTLV, das Hepatites virais e da Sífilis. Indica a necessidade de combate à violência doméstica e sexual e a prevenção ao uso abusivo de drogas ilícitas, dentre outros problemas prioritários de saúde. A complexidade do quadro de doenças e agravos apresentados pelas mulheres durante o seu ciclo de vida é expressa pela carga importante de doenças crônicas, aliada à permanência de doenças antigas e ressurgimento de novas (Dengue Chikungunya, Zica), com desigualdades entre as regiões do Estado.
8. Ao reconhecer a diversidade das mulheres e suas demandas específicas, a PEAISM-BA destaca como muitas delas ainda permanecem invisíveis à sociedade e mesmo ao SUS. Portanto precisam ser consideradas para que se possa superar as barreiras de acesso aos serviços de atenção básica, média e alta complexidade, combater a violência e a discriminação nestes espaços.
9. É preciso reconhecer as injustiças sociais e os imensos vazios assistenciais existentes em nossas cidades e no Estado como fatores determinantes do não acesso ou acesso parcial aos serviços de atenção básica, fazendo com que as mulheres tenham que enfrentar longas distâncias em busca de atendimento e posteriormente, para a continuidade do cuidado nos níveis mais complexos da atenção. À fragilidade da atenção primária se soma à insuficiente articulação com serviços de média e alta complexidade, que comprometem a continuidade do cuidado.
10. Os contextos de vulnerabilidades nos quais vivem as mulheres na Bahia são reforçados por práticas discriminatórias e violadoras dos seus direitos – o racismo, a violência institucional, a discriminação, a exemplo do não reconhecimento do nome social das travestis e mulheres transexuais, o não atendimento às mulheres em situação de rua e que fazem uso abusivo de drogas ilícitas, entre outras.
11. No que diz respeito aos efeitos do racismo cada vez mais confirmados como agravantes e condicionantes de saúde, dados mostram a população negra apresenta indicadores sociais e de saúde em particular piores quando comparados aos da população branca. As mulheres negras são vítimas recorrentes do racismo e do sexismo<sup>2</sup> na sociedade, o que leva à dificuldade no acesso aos serviços de saúde do SUS. Assim mulheres negras realizam menos consultas no pré-natal, recebem menos anestesia no parto, têm mais dificuldades de internação na atenção ao aborto

---

<sup>2</sup> atitude de discriminação fundamentada no sexo.

Dados da pesquisa da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO) mostram na última década uma redução de mortes por violência entre mulheres brancas em 9,8% e um aumento de 54,2% de mortes entre meninas e mulheres negras (Waiselfisz, 2015). Entre estas formas de violências destaca-se a violência sexual, notadamente os estupros, que também atingem, em sua maioria, as mulheres negras, em função da simbologia e coisificação dos seus corpos.

12. Em uma sociedade em que predomina a heteronormatividade e a representação binária sexual (existem apenas dois sexos – masculino e feminino), mulheres que não compartilham uma orientação heterossexual e identidade de gênero coerente, a exemplo das mulheres lésbicas, mulheres bissexuais, travestis e transexuais (mulheres LBT) enfrentam graves dificuldades cotidianamente no viver a vida e na relação com os serviços de saúde, o que termina por reiterar as vulnerabilidades dessa população. Nos serviços de saúde, persistem enormes dificuldades de diálogo com os profissionais de saúde de modo a atender e compreender os seus modos de vida, as suas necessidades e demandas.
13. As doenças crônicas são as principais causas de morbidade e mortalidade da população adulta feminina, bem como de hospitalizações e procedimentos de alto custo e incapacidades precoces. Neste grupo estão a hipertensão, o diabetes, os cânceres e os transtornos mentais. Como as mulheres vivem mais do que os homens, é importante lhes garantir uma vida com qualidade, já que estão mais sujeitas aos problemas crônicos de saúde decorrentes do envelhecimento. Portanto são necessárias ações de prevenção, acesso ao diagnóstico precoce e acompanhamento do tratamento. Os transtornos mentais continuam sendo pouco visíveis, apesar de se registrar entre as mulheres elevada frequência de depressão e ansiedade, sendo elas grandes consumidoras de medicamentos.
14. Um dos graves problemas que afetam as mulheres é relacionado a doenças que ocorrem durante a gravidez, o aborto, o parto e o pós-parto, podendo levar a mortes maternas. A mortalidade materna permanece como importante na agenda da saúde pública no país, com suas taxas permanecendo estáveis nos últimos anos. Apesar dos avanços nos indicadores, com a implantação das ações da Rede Cegonha, o Brasil não conseguiu atingir a meta do Milênio de redução da mortalidade materna em 75% até 2015. O perfil de causas das mortes maternas praticamente não mudou na última década - hipertensão, infecção puerperal, aborto e hemorragia continuam como principais. As mulheres negras são as principais vítimas dos óbitos por causas maternas; de acordo com dados notificados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), do total de 1.583 mortes maternas em 2012, 60% eram de mulheres negras e 34% de brancas. A mortalidade materna é considerada uma violação aos direitos humanos das mulheres pois se constata que cerca de 90% dos óbitos poderiam ser evitados, com uma atenção oportuna e de qualidade às mulheres durante a gravidez, o parto e o pós-parto.
15. Dados da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia revelam que a mortalidade materna permanece elevada nos últimos anos com diferenças importantes entre as regiões. No ano de 2013, a maioria dos óbitos maternos ocorreu entre mulheres solteiras (40%), entre 30 a 39 anos (41,5%); pardas (63,4%) e pretas (21,9%), e com baixa escolaridade (65% tinham até 11 anos de estudo); 71% causas de morte foram “obstétricas diretas”, com predomínio da hipertensão na gravidez. Apesar do aumento da proporção de gestantes que realizaram 07 ou mais consultas de pré-natal (33,9% em 2006; 50,9% em 2014), o que demonstra a ampliação do acesso das gestantes

ao acompanhamento na gravidez, isto não teve impacto na mortalidade materna, que não se reduziu de forma importante. Outros problemas são apontados como: falta de vinculação de gestantes aos serviços levando a peregrinação no momento do parto, rede de atenção fragmentada e com pouca resolutividade, número insuficiente de profissionais qualificados (obstetras, neonatologistas e enfermeiras obstetrias), número insuficiente de Centros de Parto Normal, dificuldade de funcionamento dos serviços de sangue (hemoderivados) e acesso insuficiente das mulheres a leitos de UTI em caso de complicações.

16. Na atenção ao parto é também importante promover medidas para que, nos hospitais maternidades, gestantes de baixo risco gestacional tenham atenção de qualidade, sem intervenções desnecessárias que transformem o parto em uma experiência traumática, dolorosa e solitária (como o corte vaginal/episiotomia, o uso de soro com ocitocina para acelerar o trabalho de parto, o jejum, entre outras), em total desrespeito aos direitos das mulheres. A lei do acompanhante (lei federal 11.108/2005) deve ser garantida para todas as mulheres. O enfrentamento das epidemias de cesárea permanece como um desafio.
17. No tocante ao aborto, pesquisas recentes mostram como que a despeito de ser um recurso utilizado pelas mulheres diante de uma gravidez não prevista, a sua criminalização no Brasil leva as mulheres à clandestinidade e faz com que sejam as mais pobres, negras e jovens, sem condições de pagar um procedimento em clínicas privadas de luxo, aquelas que mais recorrem a práticas inseguras. As curetagens por aborto continuam a ser um dos procedimentos obstétricos mais realizados nas internações na rede pública e o aborto constitui a quinta causa de mortalidade materna. Nos serviços de saúde as mulheres sofrem negligências no atendimento e maus tratos, tendo se registrado no país, prisões de mulheres, denunciadas por profissionais de saúde, em completo desrespeito aos códigos de ética profissional. A penalização do aborto impacta até o funcionamento dos serviços de aborto legal existentes na rede pública do país. Na Bahia existem apenas dois serviços. Estes atuam de modo quase clandestino, sem ampla divulgação, estão concentrados nas capitais e grandes cidades e em muitos deles, há retardo da realização de interrupção da gravidez pois os médicos dos serviços se recusam, alegando objeção de consciência. No cenário atual do país, há fortes ameaças aos direitos reprodutivos das mulheres, com projetos de lei tramitando na Câmara Federal, considerada a mais conservadora desde a República, para criminalizar o aborto em todos os casos. Entretanto, foi depositado no Supremo Tribunal Federal uma Ação pelo PSOL e ANIS- Instituto de Bioética para descriminalização do aborto até 12 semanas de gravidez, como ocorre na maior parte dos países onde o aborto é legalizado.
18. É nesse cenário que o surgimento da epidemia do Zika Vírus e o registro da Síndrome Congênita do Zika, nos coloca desafios, pois o maior número de casos tem sido registrado entre mulheres pobres do nordeste brasileiro. Estudos recentes mostram que a infecção causa uma série de danos ao feto em qualquer época da gravidez, abrangendo problemas auditivos, oftalmológicos, além dos efeitos neurológicos. A epidemia reflete fragilidades do saneamento básico nesta região, com as dificuldades de sua população, sobretudo aquela das zonas rurais de armazenar água. Se trata, na maioria dos casos, de povos e comunidades tradicionais, que dependem da água para seu sustento, mas também populações periféricas dos centros urbanos. O Estado brasileiro deve garantir às mulheres infectadas o direito de interromper a gravidez de forma segura. Mas também

assegurar àquelas que escolhem prosseguir com a gravidez, um pré-natal de qualidade e após o nascimento, garantir de forma precoce os cuidados necessários aos recém-nascidos que apresentem problemas.

19. Para garantia de planejamento reprodutivo devem ser superadas as dificuldades de acesso a informações e aos métodos contraceptivos seguros para prevenção da gravidez não planejada ou indesejada e do aborto inseguro. Muitas mulheres ainda fazem uso descontínuo de métodos pois há oferta irregular nos serviços de saúde. A esterilização feminina (ligadura de trompas) permanece nas regiões mais pobres como a alternativa mais utilizada pelas mulheres. A contracepção ainda é de responsabilidade quase exclusiva das mulheres, sendo baixo o índice de uso do preservativo masculino (mesmo com o aumento após a epidemia de HIV/AIDS) e da vasectomia.
20. Embora haja uma política de enfrentamento à feminização de AIDS, a epidemia de HIV/AIDS ainda é importante entre as mulheres na Bahia que representam 40% dos casos diagnosticados. As desigualdades de gênero e a violência contribuem para a vulnerabilidade das mulheres às doenças sexualmente transmissíveis. A grande maioria das mulheres adquire a infecção por meio de transmissão heterossexual. A situação das transexuais merece atenção pois continuam com dificuldades no acesso à profilaxia pós-exposição. As mulheres portadoras do vírus HTLV tem sido pouco consideradas (Salvador é a cidade com maior frequência de casos em relação à população no Brasil). A Sífilis permanece um problema importante, sendo registrados nos últimos anos um aumento do número de casos de recém-nascidos com a doença. Entre as Hepatites Virais, mais da metade dos casos de Hepatite B na Bahia são de mulheres.
21. A situação das mulheres que adoecem e morrem por um câncer ginecológico (mama, útero e ovário) deve ser ressaltada. Nem todas as mulheres têm acesso à mamografia, exame de rastreamento para câncer de mama a ser realizado em mulheres (sem sinais e sintomas) a partir dos 50 anos. Muitas mulheres o realizam sem necessidade antes desta idade e pouco se sabe sobre a situação das mulheres que recebem o resultado do exame com muito atraso, o que prejudica a confirmação precoce do diagnóstico de lesões e retarda o início do tratamento (pode incluir quimioterapia, radioterapia, cirurgia, inclusive para reconstrução da mama) e os cuidados paliativos (quando não há mais a possibilidade de cura) (Lei dos 60 dias). O câncer do colo do útero, continua apresentando mortalidade elevada, considerando seu alto potencial de prevenção e cura.
22. A violência contra as mulheres, denominada violência de gênero, atinge mulheres independente da classe social, raça/etnia, geração e religião. Representa uma violação dos seus direitos humanos (à vida, à saúde e à integridade física). Apesar dos avanços com a Lei Maria da Penha, em todo o país cresceu o índice de feminicídio (mortes de mulheres por serem mulheres). A morte muitas vezes é a reta final de uma longa vida de agressões. Estima-se que ocorram 5.6 mortes de mulheres por causas violentas a cada ano, 472 a cada mês, 15,52 a cada dia, ou uma a cada 1 hora e meia. As vítimas são as mulheres jovens, negras e de baixa escolaridade, mortas nas suas residências, sendo parceiros/ex-parceiros os principais agressores. Casos de violência sexual são frequentes (sobretudo estupro). Dados do Sistema de Notificação Obrigatória de Agravos – SINAN para a Bahia mostram aumento dos registros de violência, sobretudo de agressões, sendo maior a ocorrência entre jovens 20 a 34 anos e solteiras. Registros telefônicos da Central de

Atendimento à Mulher – 180 apontam que na Região Nordeste, a Bahia lidera o número de denúncias de violência doméstica Pesquisa do IPEA. A Bahia também ocupa a segunda posição no país quanto ao risco de morte por feminicídio. Os serviços de saúde têm um papel importante para acolher as mulheres e identificar aquelas em situação de violência. Ações de combate à violência exigem articulação da saúde com outros setores (justiça, educação, etc).

- 23.** As mulheres que utilizam drogas ilícitas têm dificuldades de acesso aos serviços de cuidados e tratamento que levem em consideração suas demandas por serviços que ofereçam cuidados nos territórios de uso de drogas a partir da lógica da redução de danos e atenção psicossocial, assim como por serviços especializados com tratamento humanizado, garantindo espaço de acolhimento para seus filhos e filhas. Devem estar disponíveis unidades de acolhimento transitório para mulheres gestantes usuárias de drogas em situação de rua. A articulação intersetorial é essencial para ampliação da rede de proteção notadamente às gestantes.
- 24.** Frente a essas iniquidades, as Políticas de Promoção de Equidade vigentes no SUS —Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, incluindo o Processo Transexualizador (Portaria GM/MS nº 2.803/2013); Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas; a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e as ações de saúde do Plano da Política Nacional da População em Situação de Rua — são instrumentos que conferem visibilidade à situação desses segmentos femininos, apontam sua vulnerabilidade e os reconhecem como sujeitos de direitos, recolocando a equidade como imprescindível para garantir os princípios da integralidade e da universalidade no SUS. É fundamental que em cada uma dessas a diversidade da população feminina esteja representada, bem como as especificidades dos momentos dos seus ciclos de vida.
- 25.** É necessário, ouvir as mulheres, suas demandas e identificar as lacunas na PEAIMS-BA. O espaço da 1ª Conferência Estadual de Saúde das Mulheres e a 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres são momentos de grande oportunidade. O respeito aos processos de participação popular como nas conferências (de Saúde, de Políticas para as Mulheres, de Igualdade Racial, de Direitos Humanos, para a população LGBT etc.), devem permear a interseccionalidade das políticas públicas para mulheres e vislumbrar a redução de indicadores desfavoráveis para as mulheres.
- 26.** Nesse sentido, é importante observar se as recomendações da 9ª Conferência Estadual de Saúde, Conferência Nacional de Saúde e a 4ª Conferência Nacional de Políticas para Mulheres contemplam as dimensões de raça/etnia, orientação sexual e identidade de gênero e os contextos de vulnerabilidades em que vivem as mulheres,
- 27.** A luta das mulheres por saúde vem de muito longe. E o fato de ser a primeira vez que discutem especificamente a saúde das mulheres - 1ª CESMU – irão eleger 80% de delegadas será um diferencial importante para propor políticas de promoção de equidade em saúde, para as quais terão que ser exigidos o compromisso das (os) gestoras (es) das secretarias estaduais e municipais do SUS, bem como das (os) profissionais de saúde, das (os) prefeitas (os), governadoras (es) e outras (os) dirigentes além do setor saúde, e a articulação com políticas intersetoriais que promovam melhorias nas condições de vida e saúde, como a educação, trabalho, moradia, saneamento e ambiente.

**28.** É preciso realizar um amplo diagnóstico da situação das mulheres que tenha por base evidências científicas em saúde e que considere as dinâmicas de classe social, de gênero, de raça/etnia, orientação sexual e identidade de gênero, entre outras. Que considere os direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres. Que considere as condições de moradia (urbana e rural), os povos e comunidades tradicionais, reiterando os terreiros enquanto espaço acolhedor pelo saberes ancestrais e cuidado com a população, bem como benzedeiras e rezadeiras. Na elaboração das propostas, é importante considerar os diversos contextos de vulnerabilidades das mulheres: negras, ciganas, em situação de prisão, com deficiência - visual, auditiva, física e outras -, lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis, em situação de violência, em situação de rua, em uso de drogas ilícitas, sejam elas do campo, da floresta, ou das águas.

Neste contexto, propõe-se como questões ativadoras do debate:

Refletir sobre: Quem são as mulheres baianas? Como vivem e como se relacionam? Quais os contextos de vulnerabilidades em que vivem?

Que estratégias e ações podem possibilitar a superação das condições em que vivem e como articular no SUS à sua promoção e garantia?

E as mulheres que sofrem violências? Como enfrentar o racismo institucional? Como enfrentar a lesbofobia, a bifobia e a transfobia? Como enfrentar a violência doméstica e sexual?

Como garantir os direitos sexuais e direitos reprodutivos considerando a autonomia das mulheres e sua diversidade?

O que falta, na sua região, na sua cidade, na Bahia, para o efetivo cumprimento da legislação vigente da Rede de Atenção às Mulheres em Situação de Violência, da Rede Cegonha, do atendimento em 60 dias dos casos de câncer, e outros?

*Nota: O presente documento foi elaborado pela Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e tem como base o documento da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres e a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (Bahia). Algumas fontes consultadas estão citadas no texto e outras foram contribuições enviadas por meio eletrônico que foram incorporadas ao conteúdo.*

# **Eixo IV**

**Políticas Públicas para Mulheres e  
Participação Social**

## **Eixo IV – Políticas Públicas para Mulheres e Participação Social**

A 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres (2ª CNSMu) acontece em um momento especial de luta democrática e de resistência, e ainda sob os ecos do processo de mobilização da 15ª Conferência Nacional de Saúde, fazendo valer a trajetória de conquistas das mulheres para o avanço da democracia participativa, reafirmando o SUS como impulsionador de direitos e cidadania, de acesso às ações de saúde, educação, seguridade social, essencialmente constituído por valores promotores de relações mais humanizadas, com mais vínculo e afeto.

Contudo, em meio a esse cenário de desafios inerentes ao processo de organização de uma conferência, a vivência nos mostra hoje um cenário de deslegitimação do legislativo constitucional com a EC 95 do teto dos gastos públicos, que tente a aprofundar a atual política econômica recessiva, o desemprego, a queda de renda e o sucateamento das políticas sociais, dentre outras, que só agrega valor e peso para a limitação do crescimento/desenvolvimento do país, da inclusão social e da maximização das desigualdades sociais e regionais. (SANTOS; FUNCIA, 2016)

E a 2ª CNSMu pode ser uma oportunidade para a construção de políticas que expressem as necessidades das mulheres, além de reafirmar os princípios orientadores do SUS e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres, fazendo valer: a autonomia das mulheres em todas as dimensões da vida; a busca da igualdade efetiva entre mulheres e homens, em todos os âmbitos; o respeito à diversidade e combate a todas as formas de discriminação; o caráter laico do Estado; a universalidade dos serviços e benefícios ofertados pelo Estado; a participação ativa das mulheres na vida social, econômica e política do país; e a transversalidade e abordagem de gênero em todas as políticas públicas. O enfrentamento das desigualdades de gênero em todos os aspectos e ciclos de vida é a busca permanente pela igualdade no cotidiano cidadão. (BRASIL, 2013)

Portanto, o debate sobre as políticas públicas e, em especial, as de saúde, deve considerar a questão de gênero, a intersetorialidade e a equidade no SUS como conquistas e direitos das mulheres, e servirão de guias, dentro do presente eixo, que se enriquecerá com as contribuições das conferências no âmbito municipal, estadual e nacional.

O surgimento do feminismo como ator político na esfera pública, nos meados das décadas de 70 e 80; a redemocratização e a agenda de políticas públicas para as mulheres, na década de 80 e 90; a internacionalização das agendas – globalização econômica, universalização dos direitos humanos, conferências das Nações Unidas; e as políticas na atualidade são aspectos importantes que devem permear toda análise e avaliação no processo da 2ª CNSMu. (BRASIL, 2004)

Ao refletirmos sobre o percurso histórico das lutas, conquistas e desafios vivenciados pelos movimentos de mulheres em meio as diversidades visíveis e



invisíveis nos distintos espaços de participação social e de controle, é imprescindível memorarmos as contribuições da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (2004), firmando o debate sobre igualdade de gênero e igualdade étnica e racial, pois apesar dos avanços e dos pressupostos constitucionais de 1988, que afirma igualdade de todos perante a lei, ainda há distanciamento entre os escritos formais/legais e as diversas instâncias da vida e da percepção social, dos poderes públicos e as instâncias de governo. (BRASIL, 2004)

E a luta continua com legados importantes e que serviram de alicerce para os desenhos que se configuram no cotidiano de cada cidadão e cidadã brasileira. Nesse contexto, a 2ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, resultou na elaboração do II Plano Nacional de Políticas para Mulheres – PNPM e a 3ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres resultou no Plano Nacional de Políticas para Mulheres 2013-2015, com maior inserção e valorização das temáticas de gênero em diversas frentes do governo, além de sinalizar linhas de ações que extrapolam as fronteiras do território nacional. O PNPM 2013-2015 orienta a implementação de linhas de ações já pactuadas/negociadas por meio de objetivos e metas que devem ser debatidos e (re)significados em consonância com as necessidades das mulheres.

A 4ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres aconteceu no mesmo momento em que a primeira mulher Presidenta do Brasil sofreu ataques a sua condição de dirigente máxima da nação brasileira, em 13 de maio de 2016. Essa ruptura democrática que o país vive também traz reflexões sobre a condição feminina em espaços de poder e na construção e consolidação de políticas públicas voltadas para as mulheres. Para tanto, imperativo se faz questionar e refletir sobre como fazer valer as políticas públicas para as mulheres a partir da pluralidade e complexidade da democracia e da participação social.

As políticas públicas são o resultado de disputas de ideias, conceitos, interesses diversos, de posição entre Governo e Sociedade Civil, envolvendo diferentes atores sociais, institucionais e políticos. O que amplia, legitima e faz a mediação do processo de disputa é a democracia participativa. É importante ressaltar que a participação para a efetivação de políticas para as mulheres antecede a Carta Magna e o SUS. A luta das mulheres por cidadania e direitos passa pelo reconhecimento do seu lugar de cidadã na sociedade, do respeito à sua condição feminina, a legitimação de seu direito social e civil.

As mulheres são protagonistas de suas próprias vidas e nos seus distintos cenários, territórios, comunidades e mundos que somam esforços e agregam valor na construção de um Brasil mais solidário, mais igual, com mais equidade, mais cidadania e democracia participativa.

O processo de democratização é chave para garantir governabilidade política e social, direitos, acessos, políticas públicas e participação social que legitima processos, de ações e de agendas temáticas de políticas públicas. São várias as formas de participação social, que vão desde as institucionalizadas no âmbito da administração pública, como os conselhos e as conferências, até as organizadas de forma legítima e livre por grupos, entidades e movimentos sociais.

Vários são os espaços e ferramentas de manifestações das pessoas e das populações. As ouvidorias, as audiências públicas, os plebiscitos, os referendos populares, mobilizações por projetos de lei de iniciativa popular estão entre diversos e distintos movimentos coletivos que configuram um leque de possibilidades e se multiplicam no fortalecimento do protagonismo das mulheres, visando a garantia dos direitos civis, sociais e políticos.

A regulação das relações entre Estado e Sociedade é fundamental para a democracia participativa. Neste caminho o Governo Federal instituiu por meio do Decreto nº 8.243 de 23 de maio de 2014 a Política Nacional de Participação Social (PNPS) e o Sistema Nacional de Participação Social (SNPS) definindo espaços de escuta e participação da população e dos movimentos sociais. Na contra mão do movimento de fortalecimento e consolidação da Democracia no Brasil o Congresso Nacional aprova o projeto PDC 1.491/2014, que cancela o Decreto, em outubro do referido ano.

Nesta conjuntura de retrocessos no campo social, jurídico, político e ético é fundamental resgatar esta iniciativa tão necessária ao fortalecimento da democracia brasileira e ao desenvolvimento econômico-social do País. Portanto, cabe a 2ª CNSMu o debate da questão e das proposições para barrar qualquer retrocesso nas relações entre Estado e Sociedade Civil.

Participação e controle social na saúde significam a corresponsabilidade entre Estado e sociedade civil na formulação, na execução, no monitoramento e avaliação das políticas e programas de saúde, conforme estabelece a Lei n.º 8.142/1990. Existem atualmente 5.570 conselhos municipais, 26 estaduais e 1 distrital de saúde, compostos por trabalhadoras (es) da saúde, usuárias (os), gestoras (es) e prestadoras (es) de serviços de saúde.

Entretanto, a conjuntura requer o resgate desses espaços como instrumentos vivos de gestão participativa, capazes de cumprir com suas atribuições legais e políticas, fortalecendo sua autonomia deliberativa, estrutura e representação perante o Estado e a sociedade.

As conferências de saúde são espaços importantes de avaliação, formulação e proposição no campo da política de saúde. No entanto, para que se tornem ainda mais representativas, é preciso incluir novos atores/atrizes sociais, ainda que não estejam organizados formalmente. Urge que a aprovação de diretrizes e propostas pelo órgão de participação social seja amplamente comunicada à sociedade e conquiste espaço

como formador de opinião e formulador de agenda em defesa do SUS junto a toda a sociedade e aos tomadores de decisão.

**Neste contexto, propõe-se como questões ativadoras do debate:**

1. Que ações intersetoriais podem ser desenvolvidas para garantir os direitos das mulheres à saúde, educação e seguridade social, com observância aos ciclos de vida, gênero, orientação sexual, identidade de gênero, raça, etnia, cultura?
2. Como garantir o acesso e acessibilidade das mulheres à integralidade da atenção à saúde e seguridade social e em defesa do SUS, público, integral, equânime e universal, com observância às necessidades das mulheres em seus distintos territórios?
3. Como fortalecer a articulação entre os espaços de participação social em todas as políticas públicas, com vistas ao desenvolvimento de ações intersetoriais que garantam os direitos das mulheres (trabalhadoras, desempregadas...) por meio da atuação do controle social, em especial dos conselhos de saúde em seu município/estado/Distrito Federal e dos movimentos sociais?
4. Que estratégias podem ser desenvolvidas para promover a inclusão, nos espaços dos conselhos de saúde, de representações femininas que buscam o enfrentamento das iniquidades em saúde, considerando as diversidades como geração, orientação sexual, identidade de gênero, raça/etnia, campo floresta, águas e cidades, deficiências, mulheres em situação de rua, entre outras?
5. Como fortalecer as instâncias de controle social e garantir o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã?

Que estratégias e ferramentas de mobilização social e política podem ser utilizadas para o fortalecimento da participação da mulher nos distintos territórios?

*Nota: O presente documento é o mesmo documento orientador da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres.*