



## BOLETIM INFORMATIVO

# *Gênero e Saúde no 11º Congresso Mundial de Saúde Pública e 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*

### APRESENTAÇÃO

A promoção da equidade em saúde exige o reconhecimento das desigualdades entre homens e mulheres e do impacto destas desigualdades na produção das doenças. Isto implica considerar a dimensão de *Gênero* - atributos distintivos de homens e mulheres socialmente produzidos, como um importante vetor do processo saúde-doença.

Criado em 1995, o Grupo Temático Gênero e Saúde, tem como finalidade ampliar a incorporação da perspectiva de Gênero nos espaços de atuação da ABRASCO.

Avaliação da trajetória do GT realizada durante o V Congresso Brasileiro de Ciências Humanas, Sociais e Saúde, em 2005, constatou que *Gênero* já aparece como recorte transversal, em um volume significativo de pesquisas nesse campo.

No entanto, no âmbito dos estudos epidemiológicos, a noção de gênero muitas vezes aparece confundida com a de sexo, sendo tomada como variável ou categoria empírica e não analítica; já nos estudos de planejamento e políticas de saúde, a abordagem de gênero ainda é esporádica, muitas vezes incipiente e, em geral superposta à proposição de políticas de saúde para as mulheres.

Reconhecendo a enorme desvantagem social das mulheres e admitindo que a equidade em saúde talvez exija a implementação de políticas específicas para este seg-

mento, o GT Gênero e Saúde realizou, durante o 11º Congresso Mundial de Saúde Pública e 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva a oficina *Políticas de Saúde para as Mulheres e Reformas do Setor Saúde: focalização ou universalidade?*

O aprofundamento da reflexão sobre equidade de gênero e saúde também ensejou a organização de um painel e uma palestra sobre o tema “*Empoderamento das Mulheres como condição para o Desenvolvimento*”, com a presença de Ministras de Saúde e outras mulheres com responsabilidade decisória no campo da saúde.

Os debates travados nestes espaços mostraram que a garantia de ações de saúde de qualidade para as mulheres é essencial, embora não suficiente; assim, as dimensões técnicas, políticas, econômicas e as concepções ideológicas que permeiam as propostas de equidade na saúde são temas que precisam ser abordados sob o enfoque de gênero.

Ficou também evidenciada a necessidade de problematizar a pobreza como um determinante específico da (falta de) saúde das mulheres. Gênero, pobreza e etnia se articulam na configuração de um perfil de agravos à saúde cuja superação requer uma adequada concatenação entre políticas universalistas e ações focalizadas, propostas sanitárias e programas de desenvolvimento desenhados na perspectiva de gênero.

Agradecemos à OPAS o apoio dado na realização destas atividades, e sua divulgação neste boletim.

Wilza Villela

## SUMÁRIO

### APRESENTAÇÃO

#### OFICINA PRÉ-CONGRESSO REALIZADA PELO GRUPO TEMÁTICO GÊNERO E SAÚDE

#### Política de Saúde para as Mulheres e Reformas no Setor Saúde: focalização ou universalidade:

##### MESA 1 - Reformas do Setor Saúde:

atualizando os termos do debate

Palestrante: Wilza Villela

Debatedora: Maria de Fátima Oliveira

Contribuições do público

##### MESA 2 – Universalização e focalização das

Políticas de Saúde na América Latina

Palestrante: Maria Angélica Gomes

Debatedora: Taís Santos

Contribuições do público

##### MESA 3 – Impactos sobre a saúde das

mulheres de diferentes políticas de saúde: o

caso da Morte Materna na América Latina

Palestrante: Tânia Lago

Debatedora: Virgínia Camacho

Contribuições do público

##### MESA 4 – A relação publico/privado no

contexto da Reforma e seu impacto sobre a

saúde das mulheres

Palestrante: Lígia Bahia

Contribuições do público

#### Considerações Finais

### PAINEL

#### Empoderamento das mulheres como condição para o desenvolvimento: contribuição de mulheres em cargos de poder

- 1 **Representante da OPAS:** Mirta Roses Periago – Diretora  
**Bolívia:** Nila Herédia – Ministra da Saúde  
**Costa Rica:** Lidieth Carballo Quesada – Vice-Ministra da Saúde  
**Venezuela:** Maria Urbaneja – Ex-Ministra da Saúde, atual embaixadora no Uruguai

### ENTREVISTA

17

**Chile:** Maria Soledad Barrios Iroume – Ministra da Saúde

### 3 PALESTRA

18

**Brasil:** Nilcéa Freire – Ministra da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres

6

#### BOLETIM GÊNERO E SAÚDE NO 11º CONGRESSO MUNDIAL DE SAÚDE PÚBLICA

##### Registro e trabalho editorial:

Angela Freitas e Wilza Villela

##### Revisão de Texto:

Maria Angela Villela

##### Edição:

GT Gênero e Saúde (Coord.: Wilza Villela; Vice coord. Estela Aquino; Núcleo Executivo: Ana Maria Costa; Lilia Blima Schraiber; Maria Luiza Heilborn; Regina Maria Barbosa)

**Diagramação:** SGuerra Design

**Apoio:** OPAS

*Setembro 2006*



## OFICINA PRÉ-CONGRESSO REALIZADA PELO GRUPO TEMÁTICO GÊNERO E SAÚDE

### *Políticas de Saúde para as Mulheres e Reformas do Setor Saúde: focalização ou universalidade?*

#### **MESA I**

##### **REFORMAS DO SETOR SAÚDE: ATUALIZANDO OS TERMOS DO DEBATE**

##### **Palestrante:**

**Wilza Villela (GT Gênero e Saúde/ ABRASCO)**

No Brasil, a proposição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, o PAISM, foi um marco político importante, e o resultante de uma profícua parceria entre movimento social e Governo. O conceito de integralidade que orientou a formulação deste programa inclui três níveis de operacionalidade.

**INTEGRALIDADE NO ÂMBITO DO SISTEMA** – Aponta para a relação entre a porta de entrada e os diversos níveis de complexidade do sistema e implica na agilidade do fluxo entre as diversas unidades, de modo a permitir a resolução das diferentes necessidades de saúde de um indivíduo ou grupo populacional, seja de assistência médica, de informação ou de insumos.

**INTEGRALIDADE NO ÂMBITO DOS SERVIÇOS** – Este conceito envolve o atendimento integral, prestado a

diferentes mulheres em diferentes fases de sua vida, rompendo com a tradição histórica de reduzir a assistência à saúde da mulher à etapa de reprodução biológica. As mulheres têm necessidades de saúde que não se restringem à atenção ao pré-natal, parto e puerpério: é preciso considerar os ciclos de vida de maneira mais ampla, para contemplar mulheres que ainda não reproduziram, as que já reproduziram, assim como as implicações do exercício da sexualidade não relacionadas à reprodução.

**INTEGRALIDADE NO ÂMBITO DA AÇÃO DO PROFISSIONAL** - Muitas vezes a atenção oferecida é pontual, concentrada na queixa e no sintoma, sem considerar que queixas, sintomas, e mesmo algumas doenças estão relacionadas a situações vividas no cotidiano. Isto ganha uma especial relevância quando entra na agenda a questão da violência. Tem sido exaustivamente documentado o impacto da violência nas suas diferentes manifestações sobre a saúde das mulheres e sobre o uso dos serviços de saúde.

A idéia de integralidade está intimamente relacionada ao conceito de universalidade, na acepção de “atendimento para todas as pessoas, em todas suas ne-

cessidades”. No entanto, o Estado brasileiro tem apresentado dificuldades para prover saúde para todas as pessoas, em função do empobrecimento da população, do crescimento demográfico e do aumento de gastos do setor saúde, pressionado pelo envelhecimento da população, o surgimento de novos problemas como a epidemia do HIV/ Aids, e a escalada da violência.

Existe também uma intensa incorporação tecnológica no setor, com produção de fármacos e equipamentos que tanto atendem interesses da população, quanto das empresas que os produzem. As ofertas transformam-se em demandas crescentes, gerando o desafio de buscar formas eficientes de equilíbrio desta balança, já que os recursos, seja qual for o montante, são necessariamente limitados.

O Sistema Único de Saúde (SUS) já tem mais de 20 anos, e foi o primeiro modelo de sistema universal de saúde experimentado no Brasil. Antes do SUS as ações de saúde oferecidas pelo Estado eram restritas, deixando muitas pessoas fora do sistema. O mesmo se reproduzia nos demais países da América Latina.

Uma das finalidades das reformas do setor saúde é justamente a ampliação da cobertura, com serviços adequados e com estratégias de financiamento que garantam o sistema. Cada país tem adotado um modelo diferente de reforma, com variações na divisão de responsabilidades entre os setores público e privado. No entanto, esta divisão de responsabilidades não garante o atendimento do conjunto de necessidades de todas as pessoas, dado que o setor privado opera com sentido no lucro. Assim, fica o Estado com a responsabilidade pelas ações de saúde não diretamente lucrativas, o que inclui a assistência à saúde dos grupos mais vulneráveis. Como os segmentos mais vulneráveis são as crianças e as mulheres, a perspectiva de priorizar ações para este grupo traz o risco de redução da proposta de assistência integral ao modelo já superado de atenção materno-infantil.

Como assegurar a diminuição dos altos índices de mortalidade infantil e morte materna, sem perder a perspectiva de integralidade? Como articular as ações que diretamente afetam estes índices como saneamento, atenção pré-natal e obstétrica de qualidade, com aquelas indiretamente relacionadas com esse perfil, como a redução da violência contra as mulheres e a

garantia dos seus direitos sexuais e reprodutivos? Estes são alguns dos desafios colocados hoje para o planejamento de políticas e programas voltados para a saúde das mulheres.

## DEBATE

### O FALSO DILEMA ENTRE UNIVERSALIDADE E FOCALIZAÇÃO

#### Debatedora:

**Maria de Fátima Oliveira (Secretária Executiva da Rede Feminista de Saúde e representante desta Rede no Conselho Diretor da Rede de Saúde da Mulher da América Latina e Caribe/ RSMLAC)**

A reforma do Setor Saúde e o chamado dilema entre universalidade e focalização é hoje um tema candente também em outros países da América Latina, onde se vêem experiências diversas como a do Equador, onde se permite que o Governo insira apenas determinadas mulheres no sistema.

O Brasil vive hoje um conflito entre aceitar esta opção ou resistir, mantendo a proposta da universalidade, em nome dos direitos humanos. O SUS permanece como um modelo embrionário: ele ainda está sendo desenvolvido; mas já se nota uma enorme diferença na garantia do atendimento à saúde da população. Assim, assusta ouvir que o SUS precisa de uma reforma. Por que reformá-lo? Para que o Programa de Saúde da Família seja a única porta de entrada? Não estamos de acordo com esta alternativa. O SUS precisa ser implementado, e não reformado!

Grupos que defendem reformas no setor saúde podem ter uma interpretação equivocada do conceito de focalização, incompatível com o que se passa na vida cotidiana. Não se pode opinar nesta discussão para restringir direitos, pois a população brasileira já não aceita um “não” ao sistema de saúde pública como resposta do Estado brasileiro. Por outro lado, há uma tendência de cobrar apenas do Governo Federal a implantação do SUS, o que não está correto. É preciso que este olhar de cobrança, de controle se volte para os estados e municípios, que são as instâncias responsáveis pela

implementação e implantação dos serviços. Por que os estados e municípios não realizam sua parte? São raríssimos os administradores que querem alocar recursos no SUS e muitos os que querem operar exclusivamente com os aportes do Governo Federal. Se há políticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, garantidas por direito, e especificadas nas diretrizes de atenção à saúde, este ministério também deve se responsabilizar pela cobrança no sentido de que sejam cumpridas.

Desde 1990, a mortalidade infantil vem caindo em função de vacinação em massa, novas terapêuticas, acesso da população a melhores condições de vida. Mas, por exemplo, em 2001, a mortalidade infantil das crianças negras dobrou, passando de 21 para 40% a mais do que a mortalidade de crianças brancas. Uma hipótese para explicar esta concentração é que problemas genéticos, como a anemia falciforme, sejam responsáveis por este aumento. Uma vez que a atenção universal não está funcionando neste ponto, seria ético que o Ministério da Saúde tomasse em suas mãos a questão, focalizando uma atuação junto às crianças negras. É este o tipo de focalização que necessitamos. O debate sobre focalização versus universalização deve ser encarado com transparência e serenidade, considerando os reais motivos que têm dificultado a atenção universal à saúde e as questões que necessitam ser resolvidas a partir da focalização.

## **CONTRIBUIÇÕES DO PÚBLICO**

### **COMO GARANTIR FINANCIAMENTOS**

Há dispositivos constitucionais que não são implementados. A CPMF, criada como fonte de recursos para o SUS, não está sendo canalizada para este fim. Existe uma reflexão desenvolvida pela Assembléia da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre a situação perversa que existe na Saúde. Por exemplo, a OMS, embora reúna 171 países, não dispõe de recursos proporcionais a seu mandato. Por sua vez o Banco Mundial, que financia todos os países, sugere a focalização dentro de uma lógica de obtenção de retorno do Capital investido, e não de garantia da cidadania com atendimento para todas as pessoas.

No Brasil, há muitas questões a serem discutidas sobre orçamento, que vão desde a reserva que se faz para o pagamento da dívida externa, em detrimento de políticas para a Saúde, passando por gastos canalizados para a contratação de serviços terceirizados, além da corrupção. Há uma grande necessidade de garantir a transparência dos gastos com Saúde, e insistir na disponibilização de informação a respeito da execução orçamentária.

Além de analisar os fundos alocados para programas específicos em saúde da mulher, é preciso quebrar barreiras e utilizar metodologias adequadas para a análise dos Orçamentos em Saúde. É necessário analisar gastos diversos (para formulação de políticas, distribuição de insumos, capacitação, prestação dos serviços etc) e separar adequadamente o que é afeito a determinada área da administração pública (níveis federal, estadual e municipal). Um fator limitante é a inexistência, no Brasil, de análises econômicas com recorte de Gênero, o que dificulta verificar a canalização de recursos com este recorte. Há recursos direcionados para o combate ao câncer, para o Programa de Saúde da Família, para o Piso de Atenção Básica que vão para as mulheres, e é importante analisar os recursos despendidos com este recorte, de forma a poder cobrar das administrações públicas nos municípios e estados, o cumprimento da lei orçamentária.

## **REFORMA SANITÁRIA E SUA CRÍTICA**

Há estudos como o de Célia Almeida, que tratam da reforma sanitária em contextos de ampliação de direitos constitucionais, mostrando as pressões do capitalismo nacional e internacional para que seja modificada a lógica e o modelo de reforma. Camadas médias e altas da população, que pagam planos de saúde, recorrem ao SUS para intervenções que não são pagas pelo seguro privado (de alta tecnologia, saúde mental, doenças transmissíveis). No Brasil, o movimento feminista amadureceu proposições de políticas, mas falta produzir conhecimento e proposições com potencial efetivo de implementação desses ideais.

Se não há potencial de realização da integralidade ela se transforma em utopia. Em um modelo conservador, a própria universalização pode servir à formação de novos mercados consumidores, pois ao serem cria-

das novas rubricas como saúde do homem, por exemplo, surge a possibilidade de expansão da indústria farmacêutica neste campo.

## UNIVERSALIZAÇÃO VERSUS FOCALIZAÇÃO

Neste debate é importante cotejar o caso brasileiro com o de outros países. O caso extremo do Haiti é exemplo contundente de uma situação em que as mulheres carecem de intervenções básicas: 80% não têm acesso ao pré-natal e para as 20% que têm este acesso, o atendimento é precário. Diante de tamanha carência, o conceito do direito à saúde deve constitui o patamar do debate.

Há países africanos, onde as políticas de focalização resultaram numa fragmentação que não resolveu o problema de um mínimo de mulheres: focaliza-se a política para determinados grupos de pobreza e, ao final, fica pouco clara e incerta a responsabilidade do Estado frente às necessidades dos indivíduos. No Brasil, o desafio que se coloca é o de reduzir as desigualdades entre camadas da população e dentro do próprio sistema. No Chile setores privados questionaram o conceito de universalização, o que resultou num retrocesso no sistema de saúde, com grupos populacionais perdendo direitos.

Este debate precisa ser levado para o Comitê Internacional do Fórum Social Mundial de Saúde, que acontecerá em Nairobi / África ([www.fsms.org.br](http://www.fsms.org.br)). Este espaço está se configurando como um amplo movimento social pela universalidade no atendimento à saúde. No Brasil temos uma política e diretrizes dadas. Cabe ao movimento social acompanhar sua implantação nos estados. Ao Governo Federal, cabe demandar o que ainda não está institucionalizado como política nacional, como é o caso da saúde da população negra, que até o momento não dispõe de uma política nacional.

A focalização deve ser entendida como ação positiva no sentido de desenvolver estratégias específicas para grupos com necessidades especiais. Se o sistema é desigual, são necessárias ações próprias que revertam as desigualdades, e não uma focalização assistencialista, que ofereça cesta básica para pobres sem de fato contribuir para reverter a situação de pobreza.

## MESA 2

### UNIVERSALIZAÇÃO E FOCALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NA AMÉRICA LATINA

**Palestrante:**

**Maria Angélica Gomes (OPAS – NI)**

No Brasil, a luta pela democratização aconteceu junto com a luta pela reforma do Sistema de Saúde, o que conferiu especial importância para o tema. Sendo este um país de grandes dimensões, resulta que historicamente ficou centrado sobre si próprio, apresentando diferenças que o distanciaram dos vizinhos da região, a começar pela língua. Muitas vezes o Brasil é visto como o “primo rico que não olha a história dos primos pobres”. Assim, deve-se ter em conta que tudo aquilo que se debate e se experimenta no Brasil, em termos de políticas e da participação social, é referência fora de nossas fronteiras.

Diferentemente do que acontece no Brasil - e acontecia mesmo quando o sistema ainda não era regido pelo princípio da universalidade – na maioria dos países latino-americanos se paga pelo serviço público de saúde, e por alguns serviços nos postos de saúde. Uma alegação para justificar esta prática é que o Estado precisa ser ressarcido, embora os recursos que entram, nesse nível de atuação básica, não sejam representativos. Outra justificativa é que quando se paga o serviço é mais valorizado. Em muitos destes países foram criadas organizações não-governamentais (ONGs) para prestar assistência à saúde, financiadas pela cooperação internacional (USAID). Mesmo assim, há uma cultura de exigir que as ONGs tenham viabilidade econômica, obrigando-as a cobrar, nem que seja pouco.

A focalização pode ser entendida como uma ação de discriminação positiva dentro da base universal, embora em vários países a focalização se torne a antítese da universalidade, onde somente grupos muito específicos - como crianças de zero a cinco anos e mulheres durante a gravidez e seis meses depois do parto - conseguem ser atendidos.

A Organização Panamericana da Saúde (OPAS) responde por mandatos construídos por seu Conselho

Diretivo, que é composto pelos ministros da saúde. Neste trabalho, capacidade e conhecimento técnico são requisitos fundamentais, sendo um dos papéis da OPAS enfrentar os bancos, como o Banco Mundial, em defesa da universalização.

Quando o tema é o financiamento para a Saúde, há riscos e características que são específicas de cada região. Percorrendo o mapa da América Latina verificamos diferentes realidades: experiências de discriminação positiva, de focalização são encontradas em Cuba e na Costa Rica. São apropriadas pois existem para proteger alguns grupos, com o cuidado de não abrir espaços para um distanciamento do ideal de universalização presente nesses países. O sistema mexicano é um exemplo em que o custo é muito alto. O México criou um programa para atender a população mais pobre, que a ele se associa para receber um pacote de atenção “x”. Na Guatemala, há um sistema focalizado sem ter a universalidade, que obteve sucesso na redução da mortalidade materna.

Ao invés de se prender em questões teóricas, que não deixam de ser fundamentais, o debate a ser estabelecido na região latino-americana deve ser em torno do direito à Saúde no marco dos Direitos Humanos e como concepção básica de vida. A luta de grupos organizados por avanços específicos é importante, mas é fundamental que exista uma abertura para verificar as necessidades da população como um todo. O Brasil, que já caminhou neste campo, é uma voz potente na região. Trata-se de um país que acumula conquistas na luta pelo direito à Saúde e de mostrar sua experiência para o mundo, praticando a solidariedade entre povos.

O sistema universal jamais atende bem todas as pessoas. Para chegar à universalidade é preciso ter condições de enfrentar também o aspecto da equidade. Devemos lutar para que não se elimine esta suposta gratuidade, que na verdade não significa gratuidade pois os cidadãos pagam impostos que se destinam a essas políticas. É preciso mudar a cultura e a forma de fazer saúde mantendo a universalização, o que implica em discutir, para além dos recursos financeiros, os recursos humanos - que compromisso têm com o que estamos desenvolvendo? A morte materna, por exemplo, está relacionada com a qualidade do atendimento. No

caso brasileiro, a capacidade técnica e a formação estão decaindo, assim como o compromisso de profissionais com a saúde e a universalização. É preciso olhar firme para esta questão.

## DEBATE

### REFLEXÕES SOBRE UNIVERSALIZAÇÃO VERSUS FOCALIZAÇÃO E O PRINCÍPIO DE JUSTIÇA

**Debatedora:**

**Taís Santos – (UNFPA/ Brasil)**

Inicialmente deve-se considerar que universalização está ligada a igualdade, e focalização a equidade, com a ressalva de que esta fórmula não é simples nem há uma associação direta. Anterior aos conceitos de universalização e focalização está o princípio de Justiça, e dentro deste os princípios de Igualdade e Equidade. Há posições divergentes, mas subjacente a elas está o direito da pessoa a uma vida com qualidade.

A Conferência sobre População e Desenvolvimento (Cairo 1994) foi um marco para que se passasse a considerar o direito da população a uma vida melhor, instituindo-se os conceitos de direitos reprodutivos e direitos sexuais. A Cúpula do Milênio, posterior ao ciclo de conferências da ONU, foi sucedida da aprovação, pelos países da ONU, de uma Declaração com oito objetivos e dezoito metas. Esta Declaração foi bastante criticada e qualificada como retrocesso em relação à Conferência do Cairo. Posteriormente o documento foi aprimorado, resultando daí o Projeto do Milênio.

Uma equipe do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), de Apoio Técnico à ONU na temática de População, elaborou um estudo sobre cinco países da América Latina: Chile, Brasil, Colômbia, Costa Rica e Belize. Com o título “Reformas del Sector Salud Y Salud Sexual y Reproductiva en America Latina y Caribe: tendencias e interrelaciones- una revisión”, este trabalho, mesmo sem ter sido conduzido em todos os países da região, é um indicativo importante do que se passa no restante da região, e contém comentários relevantes sobre saúde da mulher e sobre saúde sexual

e reprodutiva na América Latina, conforme se pode observar nos trechos seguintes<sup>1</sup>:

1. *O panorama latino-americano aponta uma vulnerabilidade social bastante evidente. (...) apesar da avançada transição demográfica, persistem problemas associados à pobreza e às desigualdades sociais. As taxas de mortalidade materna e infantil ainda são altas, assim como a gravidez na adolescência, particularmente nas camadas menos privilegiadas da população, aumento do câncer de colo de útero, de mama (curáveis quando diagnosticados a tempo), aumento da AIDS, sobretudo entre as mulheres e mais jovens, aumento da violência de gênero e doméstica, acesso restrito à informação e obtenção de métodos contraceptivos, baixa inserção do homem e jovens no marco da SSR.*

2. *Os estudos de caso conduzidos nos cinco países mostram que as reformas dos sistemas de serviços de saúde implementadas confirmam a difusão de uma agenda comum, adaptadas às condições nacionais (...) sua implementação tem implicado em conflitos com o princípio da solidariedade e equidade;*

3. *... a questão da focalização versus universalização tem sido uma tensão permanente nos modelos de reforma e nos debates setoriais, e remete à discussão sobre a solidariedade nas políticas de saúde, sobretudo a forma de operacionalizá-la e, como uma decorrência, a confusão entre priorização e focalização, que são distintas; ainda que a definição de prioridades signifique escolhas, a idéia de construção de um caminho na direção da universalidade e da integralidade está subjacente à priorização. A focalização, por sua vez, tal como vem sendo preconizada, significa definição de pacotes de atenção, em geral restritos a poucos procedimentos básicos para determinados grupos de população, normalmente rotulados como pobres e alijados do acesso aos serviços de saúde. Assim, a focalização se insere em uma perspectiva de política seletiva, não universalista, e a definição de prioridades para a focalização é, portanto, conceitual e operacionalmente distinta, baseando-se em critérios de custo-eficácia, carga de enfermidade etc que, por sua vez, não incluem a análise dos objetivos de determinada política e excluem ex-*

*plicitamente a valorização dos fins que a justificam, cuja definição e implementação pertencem ao campo político e não ao técnico-analítico. Embora seja desejável e necessário que as ações em saúde sejam mais efetivas e eficiente, a questão das diferentes necessidades de distintos grupos populacionais não se resolve com a diminuição da intervenção estatal e do financiamento público aos chamados mínimos básicos, traduzidos nas políticas de focalização (entre os mais pobres) e da privatização.*

4. *A contradição implícita entre o objetivo de alcançar a atenção integral à mulher, ou da SSR com enfoque de gênero, os direitos e a organização histórica do sistema para responder a cada um de seus componentes em separado é bastante complexa e de difícil superação no curto prazo, e se materializa no enfrentamento cotidiano entre uma forma antiga de trabalho e a construção de uma nova prática. A política de saúde da mulher tem que seguir perseguindo objetivos de longo prazo, ao mesmo tempo em que procura responder as demandas presentes e urgentes das mulheres, e para isso é necessário trabalhar nas “entranhas” do sistema de saúde e de suas agendas de reforma. Isso não significa que a agenda de SSR deve ser abandonada, ou que as estratégias definidas são equivocadas. Ao contrário, a perspectiva de gênero, tal como formulada e discutida no Cairo e em Beijing são fundamentais para o processo de transição nos sistemas de saúde não só da região, mas de todo o mundo.*

Podemos ver que a temática referente à reforma dos sistemas de Saúde e da Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) é complexa e ainda há um longo caminho a ser percorrido. Portanto, iniciativas como essa oficina são fundamentais. Há que se aprofundar a interlocução entre vários movimentos sociais que atuam na área, diferentes grupos de investigadores, e personalidades em cargos de decisão e execução da política de Saúde.

Para finalizar, deve-se refletir sobre as perguntas levantadas por Marsiglia, Silveira e Carneiro JR, (2005) no trabalho sobre “Políticas Sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil”<sup>2</sup>:

- em sociedades com alto nível de desigualdade as políticas universalista e focalista são incompatíveis entre si, ou complementares para a garantia da equidade?

<sup>1</sup> UNFPA- Reformas Del Sector Salud y Salud Sexual y Reproductiva en América Latina y el Caribe: tendencias e interrelaciones, una revisión. México, DF, 2005, mimeo.

<sup>2</sup> Revista Saúde e Sociedade, 2005:14(2):69-76



- quais são os desafios enfrentados, no campo da saúde sexual e reprodutiva, na América Latina e em especial no Brasil?

## **CONTRIBUIÇÕES DO PÚBLICO**

### **SOBRE SAÚDE E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS**

Um desafio hoje é lidar com direitos sexuais dos jovens, que foram pontos de importante tensão nas conferências do Cairo (População e Desenvolvimento/ 1994) e de Beijing (Mulher e Desenvolvimento/ 1995).

Uma coisa é o discurso que incorpora os conceitos de saúde sexual e reprodutiva. Outra, é a ação, onde a tendência é esquecer a saúde sexual, restringindo-se ao “reprodutivo”. Há muitas lacunas no tratamento da dimensão da sexualidade. Esta é, provavelmente, a dimensão em que há mais lacunas quando se trata dos serviços de saúde. Por exemplo, na região latino-americana as políticas de saúde para jovens e adolescentes tendem a incluir apenas a prevenção da gravidez ou do HIV/Aids, a partir de visões conservadoras que enfatizam a abstinência e a fidelidade.

A idéia da saúde sexual e reprodutiva não substitui, nem deve substituir a noção e o conceito de saúde da mulher. Em 2004, num seminário realizado Brasil, sobre políticas públicas para as mulheres na América Latina e Caribe, verificou-se que as abordagens variam muito de país para país, uns trabalhando na perspectiva do materno-infantil, outros com o conceito de saúde da mulher. Há setores diferentes e diferentes níveis de organização e de poder das pessoas que coordenam e dirigem essas políticas. A questão da saúde sexual e reprodutiva ainda é um problema. Profissionais que cuidam desse campo, nos ministérios e secretarias, enfrentam verdadeira guerra para introduzir estas abordagens, e quando se trata de adolescentes é ainda pior, porque entram em pauta questões relativas a direitos, tutela e fatores culturais.

Um desafio importante é como articular diferentes áreas - saúde da mulher, saúde de adolescentes, programas de Aids – com os diferentes setores de governo, nos níveis federal e locais. No Brasil há tentativas importantes nesta direção.

### **POBREZA, REPRODUÇÃO E METAS DO MILÊNIO**

As transições do modelo econômico, com aumento do desemprego ou do emprego informal, implicam em maior carência na saúde e mais expectativas frente ao Estado como provedor. De outro lado, ressurgem a tendência de abordagem da saúde da mulher não na sua integralidade, mas do ponto de vista reprodutivo. Um desafio neste contexto é como manter o posicionamento a favor da integralidade, sem deixar de discutir a necessidade do foco.

A discussão centrada na taxa de fecundidade é outro fator que tem sido alvo de abordagens problemáticas, pois incorporam debilmente a questão dos direitos sexuais e reprodutivos e estabelece uma relação perversa entre pobreza e fecundidade. Por outro lado as Metas de Desenvolvimento do Milênio baixam o padrão e impulsionam abordagens inadequadas, na medida em que estão niveladas pelo que os países “podem” executar, e não pelo que “devem”.

## **MESA 3**

### **IMPACTOS SOBRE A SAÚDE DAS MULHERES DE DIFERENTES POLÍTICAS DE SAÚDE: O CASO DA MORTE MATERNA NA AMÉRICA LATINA**

**Palestrante:**

**Tânia Lago (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa - São Paulo)**

As reflexões aqui apresentadas baseiam-se em trabalho desenvolvido em um projeto sobre experiências exitosas em saúde, na América Latina. Apoiado pelo BID, este projeto foi iniciado em 2005 e teve a coordenação do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP) da UNICAMP. Para identificar tais experiências definiu-se por êxito, inicialmente, a melhoria em indicadores de impacto, seja na morbidade ou na mortalidade. No âmbito da saúde reprodutiva, ênfase foi dada à identificação de países que tivessem reduzido a mortalidade materna ao longo da década de 1990, pela relevância do problema, pela existência de iniciativas

da OPAS desde o início dos anos oitenta e pela inclusão deste indicador nas Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM).

Após revisão bibliográfica e consulta aos relatórios dos países sobre o monitoramento das MDM identificou-se, na década de 1990, relato de declínio da mortalidade materna em apenas oito países em todo o mundo, sendo três na América Latina: Honduras, Chile e Bolívia.

No caso da Bolívia - embora com indícios deste declínio após a introdução do Seguro Materno Infantil - a documentação é mais difícil, em virtude da precariedade dos registros de óbito materno. Em Honduras houve uma redução expressiva da mortalidade materna, passando de cerca de 200 mortes por 100 mil nascidos vivos em 1990, para valores próximos a 100 em 2000. O declínio da mortalidade materna no Chile foi mais impressionante. Este país já apresentava uma taxa bastante inferior à observada na maioria dos países do continente em 1990, e foi capaz de reduzi-la a menos da metade até o ano 2000. Desta forma, a taxa de mortalidade materna no Chile declinou de aproximadamente 40/100 mil em 1990, para 19/100 em 2000.

A análise dos dados disponíveis demonstra claramente que, na América Latina, a preocupação com a mulher no âmbito das políticas de saúde, salvo raras exceções, se restringe ao campo da assistência à maternidade e, o que é mais grave, não se faz acompanhar de diminuição das taxas de mortalidade materna. Por outro lado, nos três países latino-americanos em que se relata a diminuição deste risco, encontram-se programas nacionais especificamente delineados para atingir esta finalidade.

Em Honduras, a mortalidade materna declinou a partir da implantação de um programa vertical, *strictu sensu*, que se configurou como prioridade política do governo nacional e recebeu recursos financeiros substanciais de agências internacionais, inclusive para sua manutenção. No Chile a atenção à maternidade é importante desde os anos 1950, com o nascimento do Sistema Nacional de Saúde do país, que incorporou a atuação das matronas, principais responsáveis pela atenção à gestante ao longo do pré-natal, no trabalho de parto, no parto propriamente dito e no puerpério.

Esta profissional está presente nas unidades básicas de saúde e no nível hospitalar, de tal forma que a mulher grávida conta com a matrona como um recurso humano quase exclusivo para atendê-la em qualquer nível de atenção.

Além disso, a formação da matrona requer um curso de nível superior, com duração de cinco anos, sugerindo que não há no país a idéia de que a atenção à gestação e ao parto seja algo simples ou simplificado. A redução da mortalidade materna no Chile sinaliza um investimento político e financeiro concreto, no âmbito operacional e na atenção a uma função feminina. Mas há contradições, pois após a introdução do sistema de seguro privado no setor saúde, as mulheres passaram a pagar valores, em média, maiores do que os homens e a remuneração dos profissionais, via procedimentos, contribuiu para elevar as taxas de cesárea a um nível comparativamente maior do que o de outros países latino-americanos.

Brasil e Belize seguiram pelo caminho da atenção integral. No Brasil, a implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, no início dos anos 1980, estendeu a assistência à saúde da mulher para além dos períodos de gestação e parto, incluindo a atenção às demandas no âmbito da sexualidade, da anticoncepção e das queixas ginecológicas. Ampliou-se com isto o acesso das mulheres à rede básica de saúde e aos demais níveis de atenção, à medida que progrediu a organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, vinte anos depois, não se pode verificar redução significativa nas taxas de mortalidade materna.

É fato que o movimento sanitário brasileiro conseguiu inscrever, na Constituição de 1988, a saúde como direito e criar um sistema público de acesso universal, fato incomum no continente. Hoje o SUS é realidade em todo o país e, ainda que se mantenham desigualdades regionais, assiste a 80% da população com financiamento público, ou seja, sem requerer qualquer tipo de cotização.

É preciso reconhecer, no entanto, que em se tratando da mortalidade materna, a ampliação de acesso aos serviços públicos não tem sido suficiente para reduzir os riscos a que estão submetidas as mulheres quando engravidam. O que estaria faltando operacionalizar, na política e no sistema de saúde, para transformar esta

realidade? Que alternativas de política e gestão do sistema devem ser adotadas para transformar o acesso a serviços em benefícios concretos, com impacto sobre a saúde das mulheres? Como fazer para transformar a assistência recebida em cuidado efetivo para assegurar a vida de uma mulher no momento em que ela se dispõe a trazer ao mundo uma nova pessoa? Não deveria o Brasil, após ter garantido o acesso universal aos serviços de saúde e ter estabelecido o direito das mulheres a uma atenção integral, passar a delinear programas ou estratégias específicas para vencer problemas prioritários? Não é este o caso da Mortalidade Materna?

## DEBATE

### A EXPERIÊNCIA LATINO AMERICANA DE REDUÇÃO DA MORTE MATERNA

**Debatadora:**

**Virginia Camacho (OPAS-WAS)**

Reforçando a idéia de que a mortalidade materna tem sido um desafio enorme na região, a debatedora relatou que a OPAS deverá publicar brevemente uma análise deste índice entre 1950 e 2000, no Chile, Cuba e Costa Rica, e que está também examinando experiências com intervenções de naturezas diversas - como em populações indígenas onde o fator exclusão, fortemente relacionado à morte materna, tem suas especificidades. À luz destes estudos, retomou algumas questões postas pela palestrante.

Para além da subnotificação, os estudos sobre morte materna enfrentam o problema de ausência de informação sobre as razões da morte materna. Estas razões são de naturezas diversas, muitas vezes além do âmbito dos sistemas de vigilância epidemiológica. Em Honduras, como foi mostrado, a taxa de mortalidade materna foi reduzida de maneira notória, mesmo sendo 40% dos partos realizados na comunidade. Neste país a taxa de mortalidade materna tem como principal causa a hemorragia pós-parto, o que normalmente ocorre quando a média de parto domiciliar é alta e quando o sistema de saúde é de má qualidade ou não está apto para atender casos complexos. No Chile, onde 100%

dos partos são institucionais, houve a mesma redução de 40% no índice de mortalidade materna, e as principais causas de morte continuam sendo a eclampsia e, principalmente, o aborto.

Uma coincidência entre Chile e Honduras foi a priorização da autoridade sanitária. As mudanças políticas não interferiram nos programas de saúde; uma das grandes lições aprendidas com o Chile é que o processo de gravidez, parto e pós-parto é um contínuo, onde cada etapa depende da etapa anterior. Se as principais causas de morte materna se encontram ao redor do parto, é importante que os sistemas de saúde estejam preparados para fazer face a isto, o que se torna possível quando a mulher tem um acompanhamento permanente durante a gravidez.

O modelo obstétrico é eficaz para dar conta dos grandes eventos, mas não prescinde da presença de um profissional especialmente formado para cuidar da saúde integral da mulher. Há o lado humano da relação que se estabelece entre a mulher e o profissional que a atende, e disto a parteira dá conta com muita competência: acompanha a gestante e está preparada para atender o parto normal. Estes aspectos constituem um grande dilema entre as associações profissionais, num conflito que pode ser atribuído à idéia de que “parto normal não é para obstetras” e de que estes devem cuidar mais das complicações. Este é um desafio enorme nos lugares onde se tem 100% de partos institucionais e a qualidade da assistência continua sendo um problema.

Observar os fatores envolvidos na mortalidade materna dos países pobres remete a outras condições que afetam a vida e a saúde das mulheres e que devem ser consideradas. Por exemplo, não se conhece bem a correlação entre mortalidade materna e a epidemia do HIV, mas nos países mais pobres observa-se que infecções oportunistas tendem a aparecer durante a gravidez.

A OPAS realizou uma pesquisa com mulheres de 70, 50 e 20 anos que tiveram filhos, sobre sua história e comportamento reprodutivo, e sobre sua relação com o sistema de saúde. Observou-se uma mudança, de geração para geração, no status da mulher e em sua condição de vida e saúde. Todas as participantes, em algum momento, atribuíram valor extremamente positivo ao papel da parteira no programa e na atenção à saúde materna. As parteiras estão nas comunidades,

têm conhecimento para atender as necessidades, e também foram aprendendo, através dos anos, a trabalhar outras questões como câncer de colo, violência e planejamento familiar.

De fato existe uma forte relação entre morte materna e qualidade do sistema de saúde, sendo determinante o modo como o Estado encara a questão do financiamento. Não basta que a mulher aceda ao serviço, é preciso receber um serviço de qualidade, e a vigilância epidemiológica é fundamental.

## **CONTRIBUIÇÕES DO PÚBLICO**

### **SOBREMEDICALIZAÇÃO E CESARIANA**

A relação entre cesárea e morte materna, suscitou colocações em torno da sobremedicalização. Como lidar com o fato das mulheres terem começado a “optar” pela cesariana, sabendo que uma assistência qualificada não é sinônimo de intervencionismo?

Por outro lado, é preciso analisar em que medida as cesarianas são uma ameaça, pois em condições ótimas não há razão para que redundem em complicação. No Chile, por exemplo, o alto índice de cesariana aumentou a morbidade, mas não a mortalidade, que diminuiu. A cesárea é um risco quando não há boas condições de saúde, ou quando a decisão é tardia. O problema estaria na cultura da sobremedicalização, difícil de mudar, pois está introjetada na prática de médicos, enfermeiras e mesmo parteiras, que podem ser tão intervencionistas quanto médicos.

A prática intervencionista está relacionada com o sistema de saúde, e com as condições de trabalho do obstetra. Não é adequado que este fique sozinho, a cargo de uma unidade de parto. É preciso dispor de uma equipe responsável por oferecer os todos os cuidados necessários para a saúde das mulheres. No entanto, a diferença de custo entre o atendimento por uma equipe de profissionais e o atendimento feito por provedores de atenção primária é grande.

### **MORTALIDADE MATERNA INDIRETA**

A maior porcentagem de mortes maternas tem causas diretas. Quando ocorre a morte por causa indireta, é sinal de que existe um problema no sistema. É preciso

analisar a coordenação com outros campos de atenção como cardiologia e planejamento familiar. Nos Comitês de Morte Materna um dilema presente é o conceito de inevitabilidade, pois se a mortalidade materna não se reduz, é preciso poder contar com mecanismos de alerta que acionem outros sistemas de monitoramento.

### **VISÃO HOLÍSTICA, ATITUDE DO PROFISSIONAL E DIREITOS DAS MULHERES**

Em Porto Alegre a Secretaria Municipal de Saúde desenvolveu ações focadas que tiveram um bom impacto. Entre as lições aprendidas, se confirma a necessidade da visão holística que profissionais devem ter sobre as mulheres, inclusive para recomendar se elas têm ou não condições de engravidar, desaconselhando as hipertensas, por exemplo, como medida preventiva. Mas esta perspectiva se esbarra na postura autoritária desses profissionais, que nem sempre estão preparados para o aconselhamento, e sim para repreender as mulheres que “engravidam sem poder”. É necessário amadurecer o debate sobre aconselhamento, colocando a discussão no campo dos direitos.

### **MONITORAMENTO E CONTROLE SOCIAL**

Os modelos de atenção à saúde materna devem atender as necessidades das mulheres, e não o contrário. A sociedade civil, provedores, grupos que estão refletindo, têm que desempenhar um papel mais ativo, de cobrança e monitoramento, sobretudo no nível local e comunitário, mas também no nível federal.

### **NO BRASIL**

Em 2004 o Ministério da Saúde lançou o Pacto de Redução da Morte Materna, e o país caminha no sentido de enfrentar esta questão. Já foram realizados seminários em quase todos os estados - faltando apenas Mato Grosso e Goiás - com visitas de retorno a estados que levaram adiante a capacitação e prepararam seminários. Já são visíveis transformações nos serviços, como a presença de acompanhante no pré-parto e a melhor abordagem nos casos de pré-eclâmpsia; e estão sendo realizados cursos de enfermeiras obstetras. Entretanto, alterações no indicador não acontecem da noite para o dia.

## CONHECER MELHOR PARA NÃO INVENTAR O QUE JÁ EXISTE: UMA CRÍTICA AO PSF

Já existe densidade tecnológica disponível no mundo para enfrentar os problemas relacionados com a morte materna, e conhecer este universo é tão fundamental quanto garantir direitos. Mas faltam estratégias delineadas para aproveitar este conhecimento. O Programa de Saúde da Família (PSF), por exemplo, não dispõe de técnicos formados para seu trabalho específico e a universidade não está formando profissionais com este perfil. Sendo assim, qual a razão de “inventar” o PSF?

## POBREZA E MORTE MATERNA: COMO LIDAR COM AS DIVERSIDADES REGIONAIS

No Brasil os índices de mortalidade materna são mais altos nas Regiões Norte e Nordeste do que no Sul e Sudeste, dadas as condições sociais e econômicas diversas reverberando sobre as condições de saúde. O mesmo acontece em toda a região latino-americana e caribenha, “a mais desigual do mundo”. Se em Buenos Aires o índice de morte materna é de 9/100 mil nv, no norte do país o índice sobre para 300/ 100 mil nv.

Há uma relação direta entre pobreza, educação e morte das mulheres por causas obstétricas, e é preciso verificar que programas estão sendo adotados em lugares com alto índice de analfabetismo, ou “onde se está brigando por comida”.

A OPAS está trabalhando o “empoderamento” de mulheres, das famílias e das comunidades, a partir da clareza de que a capacidade de tomar decisões tem um papel fundamental na saúde e vida das mulheres. As intervenções precisam ser também intersetoriais e não só nos serviços de saúde, pois do contrário a morte materna irá persistir. Dentro do setor saúde, é preciso ter acuidade para verificar em que momento os programas e suas gerências são capazes de tomar as decisões mais acertadas.

Comparando o comportamento dos índices no Chile e em São Paulo, verifica-se que a situação chilena anda à frente. Em média, a queda dos índices de morte materna no Chile se deu em todos os serviços, e o “gap” entre a maior e a menor taxa também diminuiu. Para reduzir a disparidade regional brasileira, é preciso ter a coragem de adotar diferentes medidas para di-

ferentes lugares. A desigualdade regional no Brasil é um problema histórico que precisa ser enfrentado com especificidade e proatividade.

## MESA 4

### A RELAÇÃO PÚBLICO/ PRIVADO NO CONTEXTO DA REFORMA E SEU IMPACTO SOBRE A SAÚDE DAS MULHERES

**Palestrante:**

**Lígia Bahia (UFRJ)**

Vivemos no Brasil um contexto conservador, que reorienta o debate sobre saúde na perspectiva da intervenção sobre o corpo das mulheres. Mulheres com planos privados não utilizam o sistema público, mas se há vítimas dos planos de saúde no Brasil, estas são exatamente as mulheres, numa assimetria que não se verifica no SUS.

As mulheres no Brasil são reféns do conservadorismo e do medo de intervir no sistema de saúde, que segue um modelo fortemente biomédico e centrado nas explicações biológicas, celulares, do nível micro que, casadas com os poderes macro, ganham contornos assustadores. O Brasil alimenta um processo de acumulação de riquezas muito baseado na “exploração do corpo das brasileiras”. Por exemplo, convivemos com uma publicidade para atrair clientes da fertilização *in vitro* que se apresenta com o texto: “Gravidez? Quer pagar quanto?”. Em seguida vêm as ofertas de financiamento direto dos bancos, com diferentes planos de pagamento. Isto, evidentemente, sem possibilidade de acesso para aquelas cujos recursos não lhes permitem se encaixar nas diferentes ofertas de parcelamento. Deparamo-nos também com propagandas em jornais de “parto a prestação”.

O que se passa com o câncer de mama é um flagrante exemplo. Se em outros tempos a inovação tecnológica entrava através do sistema público, hoje já não se consegue regular estes mecanismos, que ficam expostos às leis do mercado, num “jogo alto” sem regras e de franca intervenção na saúde das mulheres. Assim, os serviços privados investem forte na prevenção

e tratamento do câncer de mama e todas as promessas estão concentradas neste setor, que detém a maior parte dos mamógrafos disponíveis no país. Por outro lado, os sistemas universais de saúde, aqueles voltados para toda a sociedade, são altamente normatizados e isso retarda a sua possibilidade de incorporação tecnológica. Se existe vontade política em torno da meta de reduzir a mortalidade por câncer de mama, esta vontade é incompatível com a manutenção da privatização desses equipamentos, que na verdade representa um verdadeiro seqüestro de recursos pelo setor privado. Este tema precisa ser debatido com profundidade.

Um modelo onde espelhar este debate é o sistema inglês, que parte da postura filosófica de reconhecer a impossibilidade de financiar uma assistência universal. Existe na Grã-Bretanha um pacto social para privilegiar setores considerados prioritários em termos de investimento. Especificando uma política, na hemodiálise não são admitidos idosos.

No Brasil paira uma grande indagação: o SUS é um sistema para a população pobre? De que universalismo se parte na atual política do SUS ou do PSF? O que assistimos é um sistema universal concreto e democratizante para baixo, e este é um debate que a sociedade brasileira não está disposta a enfrentar. Estaria a saúde integral da mulher reduzida ao parto a prestação, à cesariana como opção cada vez mais freqüente? Aparentemente sim, pois é raro encontrar uma avó cujos netos nasceram de parto normal. As taxas de cesariana são mais elevadas no setor privado do que no público, onde também são altas.

Há uma cultura sociopolítica favorável a este padrão de consumo, totalmente americanizado, com a ressalva de que os Estados Unidos são um país melhor equipado e com melhores indicadores de saúde. A contradição brasileira aparece flagrante com a força de trabalho nas profissões de saúde extremamente feminilizada - uma tendência que é mundial - onde agentes comunitárias de saúde, mulheres, não têm acesso a vários dos serviços que, teoricamente, seriam de acesso universal. Elas garantem uma expansão à qual não têm acesso e apresentam-se remotas, as possibilidades de transformação deste sistema público.

Enquanto as prescrições brasileiras para as mulheres pobres são de atenção integral, médico de família,

parto normal e pré-natal, os serviços privados estão investindo em dermatologista ou realizando esclerose de varizes, sem qualquer contato com a prescrição que é feita para a outra parte da população.

Em que medida a população brasileira, como um todo, gostaria de contar com um médico de família? Qual seria a contribuição desejada ao receber a visita deste profissional? Não desejar a visita cotidiana de um agente de saúde é um direito que se tem, e este debate é fundamental e deve ser combinado com o higienismo, principalmente quando diz respeito à mulher, pois o agente comunitário de saúde não visita o bilhar, os espaços masculinos. É nos espaços femininos que se fazem presentes.

No Brasil, os gastos privados com saúde alcançam mais de 3% do PIB, o que não é compatível com a situação de “país subdesenvolvido”. Isto é grave, quando se sabe que este gasto não tem impacto sobre a mortalidade materna, e que este impacto só é possível com medidas universais.

A política brasileira sobre o HIV/ Aids teve êxito por causa da universalidade. E o programa de HIV/ Aids se mantém porque há um pacto com a sociedade brasileira de que assim deve ser. Se a saúde da mulher fosse prioridade, o mesmo deveria acontecer neste campo. É preciso definir prioridades e, neste ano eleitoral, seria importante que os candidatos à presidência anunciassem as suas – lembrando da atenção integral à saúde das mulheres para alcançar este grande impacto sobre suas vidas.

O tema é complexo e exige o estabelecimento de uma coalizão técnica-política em torno de alguns pontos. Há desinformações que são entraves, e uma delas é sobre a relação público-privado, e sobre os problemas do setor público, num caminho de reconhecimento da profundidade das dificuldades para transformar as condições de saúde da população como um todo.

Se o estado brasileiro mais rico está 19 pontos acima do estado mais pobre, este nível de desigualdade requer uma alocação diferenciada dos investimentos públicos, para privilegiar as regiões mais oprimidas. E o campo da saúde da mulher encerra essas contradições de maneira flagrante. Para superá-las é necessário haver um pacto social que legitime este investimento diferenciado.

## **CONTRIBUIÇÕES DO PÚBLICO**

### **NECESSÁRIO DEBATE SOBRE PÚBLICO-PRIVADO**

A discussão público-privado precisa ser aprofundada enfocando as questões de poder que perpassam toda a estrutura do setor saúde: de gestores a profissionais que estão operando na base. Há falácias na desqualificação da universalização, veiculadas por setores mais conservadores e autoritários, que precisam ser desmistificadas.

A segmentação no cardápio de ofertas de serviços entre o setor público e privado também deveria ser discutida. Utopicamente, o serviço público de saúde deveria garantir acesso da população a qualquer modalidade de cuidado à saúde, como cirurgias plásticas ou consultas psicanalíticas, por exemplo. Por que não há cardiologistas disponíveis? Ou se há, o que justifica que as consultas sejam marcadas somente para “daqui a 8 meses”? Com oftalmologia é a mesma coisa. Um prazo de 8 meses, para uma consulta, é o mesmo que não existir acesso.

É preciso que o sistema universal introduza as inovações tecnológicas e de processo. Por exemplo: há uma

competição enorme das curas alternativas. Por que não compartilhar isto com o setor público de saúde?

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao final da oficina, as organizadoras destacaram o acerto na escolha do tema para a oficina, reconhecendo, no entanto, a necessidade de continuar aprofundando as questões surgidas, em particular no que se refere ao enfrentamento dos problemas de saúde num contexto de pobreza e desigualdades regionais, quer se considere a América Latina ou cada país individualmente. Foi também saudada a presença maciça e permanente de jovens, para uma discussão política, de dia inteiro.

Ficou um recado final em relação à necessidade da maior politização da discussão sobre focalização versus universalização, em sua interseção com a desigualdade, já que sem dúvida esta é uma questão que não deve ser olhada apenas pelo prisma técnico e o reconhecimento da importância do apoio que a OPAS deu para a realização da oficina e têm dado para que as mulheres tenham acesso a uma vida mais saudável.

## **PAINEL**

# **EMPODERAMENTO DAS MULHERES COMO CONDIÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO**

## *Contribuições de mulheres em cargos de poder*

### **REPRESENTANTE DA OPAS**

**Mirta Roses Periago, Diretora**

A OPAS tem compromisso com o desenvolvimento dos países da região como condição para alcançar me-

lhores indicadores de Saúde, partindo do entendimento que a construção de estratégias inclusivas deve levar em conta as desigualdades entre homens e mulheres, que criam obstáculos ao próprio desenvolvimento. Esta é a razão por que nas Metas de Desenvolvimento do Milênio figura, ao lado das metas de redução

de pobreza e combate ao HIV/Aids, a de “promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres”.

A igualdade de gênero não ocorre sem o empoderamento das mulheres, compreendendo *empoderamento* como a capacidade de perceber opções, fazer escolhas, tomar decisões e colocá-las em prática. Não se trata de poder *sobre*. Trata-se de poder de “transformar”. Trabalhar com este conceito envolve ações no âmbito das políticas públicas em setores como Educação e Trabalho, mas também mudanças de mentalidades e práticas do dia a dia, implicando que as mulheres tenham controle sobre os recursos. Assim, a construção da cidadania das mulheres deve fazer parte de uma agenda ampla, com ações e políticas intersetoriais.

A subcomissão “Mulher, Saúde e Desenvolvimento” da OPAS, além de fomentar e dar suporte técnico a programas voltados para a saúde das mulheres e equidade de gênero, participa de processos de capacitação de profissionais para que mudem suas posturas frente às mulheres.

Em alguns países da região como Chile, Uruguai, Bolívia, Nicarágua e Costa Rica, os ministérios da Saúde estão chefiados por mulheres e hoje temos a presença pioneira de uma mulher na direção da OPAS. Este quadro é uma expressão das conquistas das mulheres, mas ele permite observar, também, o esforço que ainda deve ser feito para alcançar a igualdade plena entre homens e mulheres.

## **BOLÍVIA**

### **Nilá Herédia, Ministra de Saúde**

Na Bolívia a questão do empoderamento das mulheres demanda a adoção de uma perspectiva de interculturalidade. O país é pouco populoso e muito heterogêneo em termos sociais, econômicos e culturais, com uma intensa migração interna e com mais de 60% da população de origem indígena. A situação das mulheres deve ser pensada a partir do contexto nacional, considerando as condições de pobreza e os precários indicadores de saúde, mas também a importância da cultura tradicional indígena. Não é possível pensar o desenvolvimento boliviano e a inclusão das mulheres

neste processo a partir de marcos culturais “brancos” ou estrangeiros.

O atual governo adotou como diretriz para o processo de construção da democracia, incorporar os valores e as concepções populares, e isto se faz valorizando a complementaridade nas relações entre homens e mulheres, atribuindo importância semelhante a ambos. Pela lógica tradicional, os homens precisam das mulheres e as mulheres dos homens: às mulheres cabe cuidar e proteger os homens, assim como são elas as transmissoras dos valores da cultura e da tradição. Na lógica intercultural não existem ímpares, apenas pares. As organizações comunitárias incluem homens e mulheres, com igual poder de participação.

No entanto, as leis priorizam os varões. Por isto, torna-se necessário o desenvolvimento de mecanismos para garantir às mulheres um estatuto legal semelhante ao dos homens. Um passo importante nesta direção é a possibilidade aberta de que as mulheres sejam proprietárias de terras, uma proposta contemplada no processo de reforma agrária promovido pelo atual governo.

Entre os 16 ministérios que compõem o governo boliviano, quatro são ocupados por mulheres sendo que destas, duas têm origem indígena e uma trajetória política em organizações comunitárias. Na atual Assembleia Nacional Constituinte 44% são mulheres.

Em suma, é necessário incorporar as mulheres na vida ativa do país com três estratégias: a assimilação dos valores tradicionais e respeito à interculturalidade; o fortalecimento da participação de mulheres em instâncias de poder e decisão política; a implementação de ações específicas no campo da saúde das mulheres, em particular no que se refere à atenção materno-infantil e acesso à contracepção.

## **COSTA RICA**

### **Lidieth Carballo Quesada, Vice Ministra da Saúde**

Hoje na Costa Rica os cargos de ministra e vice-ministra da saúde estão ocupados por mulheres, um fato inédito no país. Não se pode considerar o tema do “empoderamento das mulheres e desenvolvimento”



sem levar em conta os contextos nacionais, tanto do ponto de vista da cultura, como apontado anteriormente, como do desenvolvimento econômico e tecnológico. Para os países em desenvolvimento, o empoderamento das mulheres é fundamental, de modo a permitir a sua incorporação no processo de crescimento econômico e tecnológico.

Entretanto, o processo de empoderamento muitas vezes se esbarra com valores tradicionais da cultura - em especial aqueles que concorrem para a sobrecarga laboral das mulheres. Na Costa Rica, e em todo o continente, as mulheres têm aumentado o seu nível educacional e cada vez mais trabalham fora de casa, mas continuam com todas as responsabilidades relacionadas aos cuidados com a casa e com a saúde da família. Ao mesmo tempo, o acesso das mulheres aos postos de trabalho ainda está marcado pelo viés de gênero. Por exemplo, as profissões da saúde, inclusive as profissões médicas têm se feminilizado, o que talvez esteja relacionado ao papel social das mulheres enquanto cuidadoras. O que se nota é que isto contribui para reduzir o prestígio e a remuneração dessas profissões, e as funções de chefia e cargos de maior prestígio e remuneração continuam sendo ocupados por homens.

## **VENEZUELA**

Maria Urbaneja, Ex-ministra da Saúde da Venezuela, atual embaixadora da Venezuela no Uruguai

Para abrir com certo humor sua fala, a palestrante registrou que ministras mulheres aparecem como uma “curiosidade estatística”, e sua existência justifica a realização de painéis em um congresso com este. Nunca se teria pensado em um painel sobre ministros-homens, pois sua existência é um fato “normal”.

A promoção da equidade de gênero é importante como estratégia de redução de pobreza na região, e na América Latina pobreza tem “cara de mulher”. O fenômeno de “feminização da pobreza”, ou seja, o fato de que as mulheres sejam as mais pobres entre a totalidade de pobres, e que as famílias chefiadas por mulheres sejam mais pobres que as chefiadas por homens, significa também um grande número de crianças e jovens excluídos e aliados da sociedade, trazendo um

profundo impacto negativo para o desenvolvimento dos países.

A feminização da pobreza mostra que o processo de produção de desigualdades sociais está apoiado na desigualdade de gênero. Assim, qualquer proposta de desenvolvimento nacional ou regional que assuma como princípio a equidade e a redução das desigualdades sociais, deve ter como base a formulação de políticas que melhorem a condição social das mulheres.

As mulheres tradicionalmente são responsáveis por todo o trabalho doméstico e pela organização das famílias, atividades fundamentais em qualquer comunidade humana. No entanto, os vieses de gênero que permeiam a sociedade destituem este trabalho do seu valor social, tornando-o invisível e considerando-o como uma atividade inerente à “natureza feminina”.

Na Venezuela, desde o último governo, o trabalho doméstico é reconhecido como um trabalho que produz riqueza. Assim, as donas de casa têm o direito de receber um salário mínimo por esta atividade, aposentadoria e demais benefícios sociais conquistados por todos os trabalhadores. Esta medida é da maior relevância, pois não há como pensar autonomia sem que as mulheres tenham acesso mínimo a recursos financeiros. O reconhecimento do trabalho doméstico das mulheres como um trabalho social também tem uma repercussão importante para a auto-estima e, conseqüentemente, para a saúde das mulheres. Trata-se de uma medida concreta para romper com a perspectiva de que a subordinação social das mulheres é decorrente da sua “natureza”.

## **ENTREVISTA**

### **CHILE**

**Maria Soledad Barrio Iroume,  
Ministra de Saúde**

O Chile passa pela experiência inédita de ter um governo paritário entre homens e mulheres e um compromisso explícito com a promoção da equidade de gênero.

No campo da saúde, as primeiras medidas adotadas

por esta gestão foram a ampliação da rede de atenção à saúde com ênfase nas unidades de atenção primária, e o aumento das patologias cobertas pelo Sistema Nacional de Saúde (AUGE).

A saúde sexual e reprodutiva é reconhecida como uma das 16 prioridades sanitárias do país deste 1997. Assim, uma das prioridades do governo atual é formular e implementar uma política de saúde sexual e reprodutiva que contemple a ampliação da oferta de contraceptivos incluindo a anticoncepção de emergência, a melhoria da qualidade da atenção ao aborto inseguro e o atendimento às mulheres vítimas de violência.

O Chile tem hoje uma boa infra-estrutura para atender as demandas de saúde sexual e reprodutiva, mas permanece como problema a capacitação dos profissionais em questões de gênero, para que possam dar uma atenção de qualidade às mulheres. Igualmente o país ainda não conta com uma estrutura adequada para atender as mulheres em risco por questões de violência. É importante que cada distrito tenha ao menos uma casa para acolher mulheres vítimas de violência e que as ações contra a violência sejam realizadas numa perspectiva intersetorial, para que as mulheres atendidas tenham acesso a programas de emprego ou de capacitação profissional permitindo-lhes sair da situação de risco em que se encontram.

A violência contra as mulheres grande impacto sobre a saúde, e profissionais da área devem ser capacitados para perceber esta problemática nos consultórios e nos espaços de atenção primária. Em realidade, os profissionais devem estar capacitados para perceber as demandas de saúde das mulheres desde uma perspectiva de Gênero.

## **PALESTRA**

### **BRASIL**

#### **Nilcéa Freire, Ministra da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres**

Partindo do perfil socioeconômico das mulheres brasileiras tomando por base a análise dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílios

(PNAD), é possível afirmar que as dimensões de gênero e raça se articulam para determinar perfis diferenciados de acesso a emprego, renda, educação e saúde entre homens e mulheres, negros e brancos. Existe uma perversa associação entre essas variáveis e o processo de exclusão social das mulheres de maneira geral, e das mulheres negras em particular, que tendem a ser mais desfavorecidas<sup>3</sup>.

Para desconstruir este perfil de desigualdades, é necessário observar a situação de trinta anos atrás, quando renasceu o movimento feminista e outros movimentos de mulheres, com suas conquistas como a ocupação dos espaços públicos; o reconhecimento, como questão política, de muitas das questões referidas ao cotidiano das mulheres antes consideradas como do âmbito privado; a afirmação de direitos, entre estes a autonomia sobre o próprio corpo.

Mais recentemente, outro legado importante para a construção da cidadania das mulheres foi o ciclo de conferências da Organização das Nações Unidas (ONU), ocorrido ao longo da década de 1990. Várias das conferências, como a de Direitos Humanos (Viena), a de População e Desenvolvimento (Cairo), a da Mulher (Beijing), e conferência contra o Racismo (Durban), enfocaram a importância do reconhecimento dos direitos das mulheres em todos os âmbitos, inclusive do direito a uma vida sem violência.

No Brasil vivemos um processo contínuo e consistente de conquista de espaços públicos, políticos e institucionais pelas mulheres. Exemplos dessas conquistas são a criação dos conselhos de Direitos das Mulheres, das Delegacias Especiais de Atendimento às Mulheres e, mais recentemente, a criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM).

Há um desafio de construção de políticas que de fato transformem em realidade estas conquistas obtidas no plano formal, mudando o cotidiano das mulheres e trazendo um impacto no ordenamento político do país. As políticas não são neutras. Para reduzir as brutais desigualdades entre homens e mulheres, em nosso país, é necessário que as políticas incorporem a perspectiva de

---

<sup>3</sup> Dados sobre a situação das mulheres brasileiras podem ser encontrados em: <http://www.planalto.gov.br/spmulheres/estudos/index.htm> e <http://200.130.7.5/spmu/SNIG/snig.html>

gênero. A SPM em si é uma política afirmativa. Trabalhamos no sentido de construir leis, programas e projetos de redução das desvantagens históricas acumuladas, desenvolvendo um conjunto de estratégias distintas para a efetivação dos direitos das mulheres e entendendo que a superação da condição subalterna exige um repertório amplo de propostas e atividades.

Os resultados da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, realizada em 2003, foram subsídio para a elaboração do Plano Nacional de Políticas para Mulheres, elaborado em 2004 e implementado a partir de 2005<sup>4</sup>. Este Plano está organizado segundo 04 eixos:

1. Autonomia, cidadania e igualdade no mundo do trabalho.
2. Educação inclusiva e não sexista.
3. Saúde das mulheres e direitos sexuais e reprodutivos.
4. Enfrentamento da violência contra as mulheres.

Cada um desses eixos está desdobrado em diferentes temas correlatos, e estes nas respectivas atividades e metas. Por exemplo, o primeiro eixo considera a importância da contribuição econômica das mulheres para o país nos últimos anos, e também as mudanças no perfil da sociedade brasileira, com o aumento significativo do número de famílias chefiadas por mulheres e sua entrada maciça no mundo do trabalho, sem que isto tivesse significado maior ocupação de postos de chefia e tomada de decisão. Neste eixo, uma das propostas relevantes é a de valorização do trabalho doméstico.

O segundo eixo está orientado pela assertiva de que a educação é a base da mudança dos padrões culturais que sustentam a situação de desigualdade das mulheres. Nele são propostas ações para reduzir as desigualdades educacionais entre mulheres negras e brancas, entre as mulheres das distintas regiões do país, e entre

mulheres e homens; ações nas escolas para consolidar a diretriz de educação não sexista e ainda o Programa Mulher e Ciência, que estimula a produção de conhecimento na perspectiva de gênero em todos os níveis educacionais.

O terceiro eixo, desenvolvido em parceria com a Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, é orientado para a implementação da Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, tendo como pressuposto o reconhecimento dos direitos das mulheres para a garantia da sua saúde.

No último eixo cabe assinalar, entre outras iniciativas, a recém promulgada lei que penaliza de forma clara os autores de violência, o que permite enfrentar figuras jurídicas aviltantes para as mulheres como a de “legítima defesa da honra”, nos casos de homicídio.

Para a operacionalização do Plano foi construída uma parceria com diferentes órgãos e setores do Governo Federal, e também com instâncias estaduais e municipais responsáveis por realizar as ações que dão concretude ao Plano, compatibilizando as atividades propostas às características de cada município, estado ou região.

No debate foi retomada a questão focalização versus universalidade, tema abordado na oficina pré-congresso realizada pelo GT Gênero e Saúde. Para a Ministra esta é uma falsa questão, dado que a necessidade da implementação de políticas universalistas não anula a importância da focalização em determinados grupos, como forma de promover equidade.

Ao final desta atividade foi proposto o encaminhamento, ao plenário do Congresso, de uma moção reivindicando às autoridades sanitárias presentes a realização de gestões junto aos governos dos seus respectivos países, para a revisão da legislação punitiva em relação ao aborto, pelos graves prejuízos que a penalização acarreta para a saúde das mulheres. Esta proposta foi aprovada e a moção apresentada na plenária final do Congresso.

<sup>4</sup> Disponível na íntegra em <http://www.planalto.gov.br/spmulheres>

ABRASCO