



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MÓDULO

Saúde da Mulher .

UNIDADE 1

Vida de mulher, que vida é esta?

TÓPICO 1

Introdução



Você já teve oportunidade de refletir sobre como vive e adoce a população de sua área de abrangência. Que tal agora aprofundar o olhar sobre as condições de vida das mulheres que estão residindo no território de sua equipe? Você tem uma ideia do que fazem para se sustentar, onde e como residem, quais são as suas aspirações e sonhos?

Para entender o que significa ser mulher e as especificidades da vida das mulheres, há que se compreender como mulheres e homens se constituem como sujeitos sociais, na sociedade atual (FONSECA, 1999). Para facilitar esta análise, vamos apresentar uma ferramenta muito importante para a compreensão dos processos sociais e seus efeitos sobre a saúde-doença das mulheres. Ou seja, vamos discutir o conceito de gênero, cuja definição inclui o conjunto de relações sociais, atitudes, papéis, atributos e crenças que caracterizam os homens e as mulheres.

A compreensão desses processos e dos seus efeitos sobre a saúde-doença das mulheres se dá com a incorporação de gênero para diferenciar mulheres e homens biológica e socialmente e, assim, romper com a compreensão dicotomizada dos papéis sociais, abrindo possibilidades de superar a subalternidade feminina (FONSECA, 2005). Segundo a autora, na maioria das sociedades, as relações de gênero são desiguais e se refletem nas leis, políticas, práticas sociais e pessoais.

O conceito de gênero nos ajuda a diferenciar as mulheres dos homens, não só biológica, mas, acima de tudo, socialmente. Ao utilizar este enfoque, o que se espera é que tanto a formulação de problemas quanto as suas soluções sejam requalificados e promovam mudanças no

posicionamento e comportamento de homens e mulheres. Com isso, busca-se a construção de uma sociedade mais justa, por meio da redistribuição de responsabilidades e oportunidades (YANNOULAS, 2002).

Nos últimos anos, as mulheres têm influenciado na ocorrência de várias alterações no perfil social brasileiro – a partir de mudanças significativas em seu papel na sociedade – tais como a redução da taxa de fecundidade, a crescente participação no mercado de trabalho e o aumento da escolaridade, com conseqüente aumento de sua contribuição na renda familiar. Nesta direção, a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas aprovou, em 2010, uma resolução criando a Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e Empoderamento da Mulher, que passou a ser distinguida como “ONU Mulheres”.



Entidade das Nações Unidas para a Igualdade
de Gênero e o Empoderamento das Mulheres

A Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas aprovou, em 2010, uma resolução criando a Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e Empoderamento da Mulher, que passou a ser distinguida como “ONU Mulheres”. Com essa novidade, espera-se que haja um aumento significativo dos esforços das Nações Unidas, para “promover a igualdade de gênero, expandir as oportunidades e combater a discriminação em todo o globo” (BRASIL, 2010a, p.250).

No Brasil, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República lançou o Programa Pró-equidade de Gênero e Raça, cujo objetivo principal é a promoção da igualdade de oportunidades e de tratamento entre homens e mulheres nas organizações públicas e privadas e demais instituições, por meio do desenvolvimento de novas concepções na gestão de pessoas e na cultura organizacional (BRASIL, 2012a).

Para saber mais: <http://www.onumulheres.org.br/>

As mulheres são maioria na sociedade brasileira

De acordo com o Censo Demográfico 2010 (BRASIL, 2011a), a população brasileira atingiu um total de 190.755.799 habitantes, sendo composta por 97.342.162 mulheres e 93.390.532 homens. Desse modo, existem 95,9 homens para cada 100 mulheres, o que representa um excedente de 3,9 milhões de mulheres em relação aos homens no Brasil. Em 2000, havia 96,9 homens para cada 100 mulheres, o que aponta uma perda significativa de homens jovens em apenas uma década. No entanto, esse percentual varia de acordo com a região do país, como pode ser verificado no Quadro 1.

Quadro 1 - Totais de homens e mulheres por Regiões de acordo com o Censo 2010/Brasil

	HOMEM	MULHER
Brasil	93.406.990	97.348.809
Região Norte	8.004.915	7.859.539
Região Nordeste	25.909.046	27.172.904
Região Sudeste	39.076.647	41.287.763
Região Sul	13.436.411	13.950.480
Região Centro-Oeste	6.979.971	7.078.123

Fonte: BRASIL, 2011a

A estimativa da população residente no Brasil em 2011 foi de 195,2 milhões (BRASIL, 2012a); as mulheres representaram 51,5% (100,5 milhões de pessoas) desta população e os homens, 48,5% (94,7 milhões). Embora o percentual de mulheres na população brasileira total seja maior, ao analisar as faixas etárias abaixo de 30 anos (Gráfico 1), verifica-se uma predominância do sexo masculino. As mulheres de 0 a 29 anos correspondem a 46,7% e os homens, 50,5%. Na população acima de 30 anos ou mais de idade, as mulheres correspondem a 53,3% e os homens a 49,5% (BRASIL, 2012a).

Como pode ser explicada essa diminuição da população masculina após os 30 anos, uma vez que estatisticamente nascem mais homens do que mulheres?

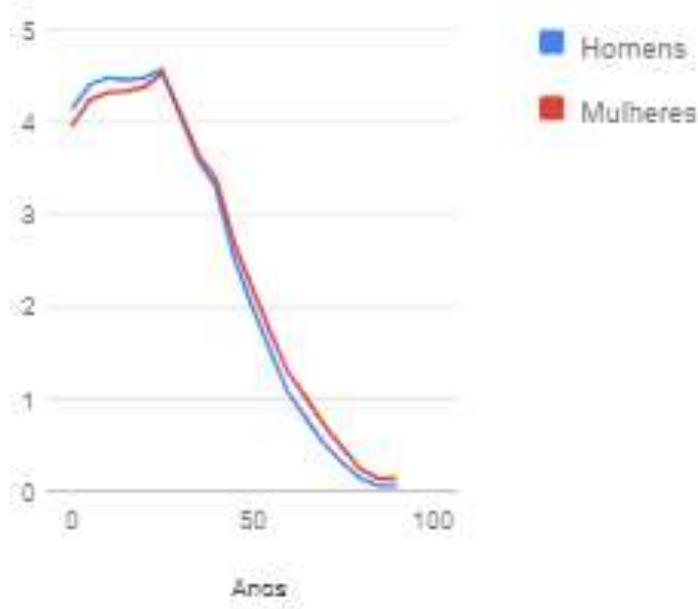
No Brasil, o número maior de óbitos masculinos ocorre em quase todos os grupos etários. Desse modo, do total de óbitos informados no Censo de 2010, 57,2% eram do sexo masculino. A faixa etária de 20 a 24 anos de idade representa 80,8% dos óbitos da população masculina, o que aumenta a necessidade de investimentos públicos no sentido de reverter esse quadro (BRASIL, 2011a).

Apesar de a violência e os acidentes de trânsito (causas externas) atingirem ambos os sexos em todas as faixas etárias, o que poderá estar contribuindo para esse aumento da mortalidade masculina em idade produtiva?

Essa situação da mortalidade masculina é importante para análise das condições de vida das

mulheres porque pode representar uma tendência às mulheres assumirem precocemente as responsabilidades com a criação dos filhos e o cuidado de familiares vitimados com sequelas físicas.

Gráfico 1 - Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade (2010)



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

É importante ressaltar que em 2010 a população urbana representou 84,4% da população total, enquanto 15,6% dos habitantes residiam em áreas rurais. Em 1950, essa situação era bem diferente, enquanto 63,8% da população residiam em áreas rurais, apenas 36,2 % residiam em áreas urbanas (BRASIL, 2011a).

Você deve estar se perguntando a razão dessa inversão, não é mesmo?

A partir da Segunda Guerra Mundial, houve um incremento no processo de industrialização e urbanização, que fez com que aumentassem os movimentos migratórios das áreas rurais para as urbanas. Em 1960, as taxas de fecundidade eram, respectivamente, de 5,1 filhos por mulher, na área urbana e 8,4 filhos na rural (BRASIL, 2011a). O maior número de filhos na zona rural se explicava pela necessidade de mão de obra, pois o Brasil era um país predominantemente agrícola. No entanto, essa inversão trouxe sérios problemas à saúde pública com a migração de grandes levas de população do campo para as áreas urbanas.

Se no primeiro cenário, o grande número de nascimentos, especialmente de filhos homens, representava possibilidade de maior mão de obra para o cultivo, ajudando na subsistência da família. Nos centros urbanos, mais filhos implicavam em maior número de familiares a serem mantidos pela restrita renda familiar.

Aliado a isso, houve também um grande despreparo dos pais para assumirem os postos de trabalho, pois estavam acostumados ao trabalho no campo. Isso fez com que um grande contingente de mulheres assumisse o mercado de trabalho para contribuir com o sustento de suas famílias. Como tinham habilidade para os serviços domésticos, a maioria dedicou-se, inicialmente, a tarefas muito mal remuneradas e desprotegidas em termos de leis trabalhistas, cuja luta pela garantia de direitos se estende até os dias atuais.

Em termos de moradia, a população oriunda da zona rural teve de se acomodar em pequenos espaços urbanos, em condições sub-humanas, na maioria das vezes. No entanto, a procura por melhor qualidade de atendimento à saúde e educação, aliada à falta de investimento esses serviços em áreas rurais, acabaram fixando as pessoas próximas aos polos de desenvolvimento econômico.

Ao longo dos últimos trinta anos, houve uma significativa diminuição da mortalidade, em especial, nos primeiros anos de vida e materna. A taxa de mortalidade infantil teve um decréscimo de 47,6% de 2000 para 2010 (de 29,7‰ para 15,6‰) segundo o IBGE (BRASIL, 2011b), devido, principalmente, a diminuição das desigualdades sociais e regionais. Desse modo, o Nordeste liderou o declínio da taxa de mortalidade infantil com uma queda de 58,6%, passando de 44,7 para 18,5 óbitos de crianças menores de um ano por mil nascidas vivas. A região Sul manteve os menores índices em 2000, com 18,9‰ e em 2010, com 12,6‰. No entanto, para que o Brasil atinja os níveis de cerca de cinco óbitos de crianças menores de um ano para cada mil nascidas vidas, encontrados hoje nos países mais desenvolvidos, existe ainda um longo caminho a ser percorrido (BRASIL, 2011b).

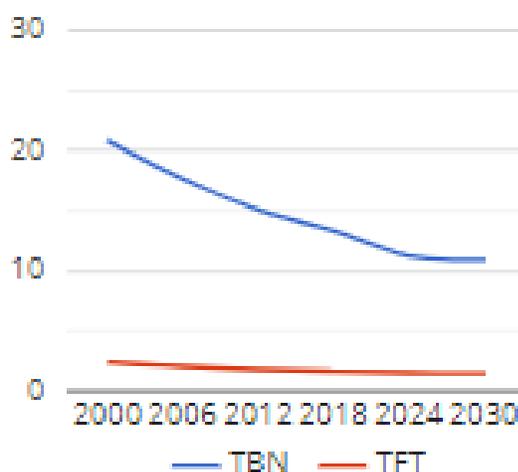
Isso se deveu a um maior investimento nas políticas sociais no país e aos esforços de milhares de profissionais que se engajaram nos processos de mudança, dentre eles a reforma sanitária. Assim, nas últimas décadas, expandiu-se o acesso da população à vacinação, ao acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, terapias de reidratação oral, assistência ao pré-natal, tratamento das infecções respiratórias agudas e crônicas, que resultou na redução da mortalidade precoce de milhares de vidas humanas.

Acreditamos que você já tem consciência do quanto está contribuindo, neste momento, para a melhoria do acesso da população aos serviços de saúde, cujos resultados só serão visíveis nas próximas décadas.

O perfil demográfico está em transição.

Houve diminuição das taxas de fecundidade e de natalidade no período compreendido entre 1999 e 2009. Sobre o perfil demográfico, clique aqui e saiba mais.

Gráfico 2 - Taxas Brutas de Natalidade (TBN) e Taxa de Fecundidade Total (TFT) - Brasil - 2000/2030



Fonte: IBGE, Projeção da População do Brasil - 2013

Verifica-se que houve um expressivo estreitamento na base da pirâmide populacional, o que aponta uma diminuição do número de crianças e adolescentes de até 19 anos de idade. Assim, se em 1999 esse grupo representava 40,1% da população total, uma década após ocorreu a redução de 7,3%, passando a representar 32,8%. Nesse mesmo período, houve também um significativo aumento da população idosa de 70 anos ou mais de idade, que em 1999 representava 3,9% da população total, passando para 5,1% em 2009 (BRASIL, 2010a).

Em 2009, as pessoas com menos de 30 anos correspondiam a 52,2% da população, proporção que diminuiu para 48,6% em 2011. Já a população acima de 30 anos, que era de 11,3% em 2009, aumentou para 12,1% em 2011. Essas mudanças já vêm ocorrendo nas últimas décadas e estão estritamente relacionadas com a queda da taxa de fecundidade/natalidade e o aumento da longevidade (BRASIL, 2012b).

Análise da situação de vida das mulheres na perspectiva de gênero

- O acesso a oportunidades em educação das mulheres afeta indicadores sociais importantes

O Censo de 2010 (BRASIL, 2011a) apontou que ocorreu uma diminuição das taxas de analfabetismo, tanto em área urbana como rural. A taxa de analfabetismo das mulheres de 10 anos ou mais de idade permaneceu um pouco mais baixa que a dos homens, caindo de 13,2% para 9,4%, na masculina, e de 12,5% para 8,7%, na feminina, de 2000 para 2010. Verificou-se essa queda em todas as faixas etárias, o que pode ser consequência do aumento da escolarização das crianças e o acesso a programas de alfabetização de jovens e adultos, principalmente para aqueles indivíduos que não puderam frequentar a escola nas idades apropriadas.

No entanto, quando comparadas as regiões brasileiras, no período de 2000 a 2010, verifica-se que a Região Sul continuou detendo a mais baixa taxa de analfabetismo de pessoas com 10 anos e mais, com diminuição de 7,0% para 4,7%. Em segundo lugar, vem a Região Sudeste, que caiu de 7,5% para 5,1%, seguida pela Região Centro-Oeste, que passou de 9,7% para 6,6%. Embora a Região Nordeste tenha a mais alta taxa de analfabetismo, ela apresentou a maior redução, de 24,6% para 17,6%, acompanhada da Região Norte, que baixou de 15,6% para 10,6% (BRASIL, 2011a).

- **Há uma iniquidade na participação feminina no mercado de trabalho**

Apesar de a população feminina ser mais elevada em termos percentuais, ao verificar os dados relativos a trabalho e rendimento, observa-se uma inserção diferenciada das mulheres no mercado de trabalho, apontando para aspectos de desigualdade entre homens e mulheres em todas as faixas etárias.

De acordo com o IBGE, no ano de 2010, a população ocupada era composta de 54,7% de homens e 45,3% de mulheres. Embora esteja havendo um crescimento da participação da mulher na população ocupada ao longo dos últimos anos, ela ainda continua a ser minoria. No entanto, representa maioria quando verificamos a população em idade ativa, o que implica estar ocorrendo, provavelmente, uma mortalidade de homens de maneira prematura em nossa sociedade (BRASIL, 2010b).

Ainda segundo o IBGE (BRASIL, 2011a), o rendimento médio mensal de todos os trabalhos das pessoas ocupadas em 2010 foi de R\$ 1.345, contra R\$ 1.275 em 2000, houve um ganho real de 5,5%. O rendimento médio real das mulheres de 2000 para 2010 passou de R\$ 982 para R\$ 1.115, com um ganho real de 13,5% para as mulheres. O rendimento dos homens passou de R\$ 1.450 para R\$ 1.510, de 2000 para 2010, representando um ganho de 4,1% no período. Desse modo, a mulher passou a ganhar 73,8% do rendimento médio de trabalho do homem, enquanto em 2000, esse percentual era 67,7%.

- **As mulheres estão esperando mais tempo para ter filhos**

O Censo de 2010 (BRASIL, 2011a) apontou, ainda, que as mulheres estão esperando mais tempo para terem filhos, pois a idade média de fecundidade passou de 26,3 anos em 2000 para 26,8 anos. Houve, também, uma redução do número de gravidez nas mulheres entre 15 e 19 anos (17,7% em 2010, contra 18,8% em 2000) e entre 20 e 24 anos (27% em 2010, contra 29,3% em 2000).

- **A longevidade das pessoas está aumentando**

Em 2010, a esperança de vida ao nascer, para ambos os sexos, foi de 73,48 anos, ou seja, 73 anos, 5 meses e 24 dias de acordo com o IBGE. Houve um incremento de 3,03 anos ao longo da década de 2000. Assim, se um indivíduo sobreviver até os 40 anos de idade em 2010, ele terá, em média, mais 37,74 anos, podendo atingir uma vida média de 77,74 anos. Caso seja mulher, sua expectativa de vida é de 80,22 anos (BRASIL, 2011b).

Esses dados demonstram que o Brasil está passando por um processo de aumento da longevidade de sua população, que, somado à baixa taxa de fecundidade, fará com que, nos próximos anos, tenhamos uma população majoritariamente envelhecida. Desse modo, torna-se fundamental a criação de políticas sociais e econômicas que considerem as necessidades desse contingente populacional. Do contrário, mais uma sobrecarga se coloca para o público feminino, já que o cuidado com os mais velhos, ainda, é predominantemente realizado pelas mulheres.

Essa realidade se expressa também no aumento das famílias intergeracionais, que possibilita a convivência de até três gerações em um mesmo domicílio, com um fato de alta relevância econômica e social, em que idosos, entre eles as mulheres, têm sido responsáveis por mais da metade da renda familiar, principalmente no Nordeste (BRASIL, 2008a).

- **O envelhecimento populacional afeta de maneira especial as mulheres**

Pode-se falar de uma “feminização do envelhecimento”, decorrente da maior mortalidade masculina em idades jovens. Entretanto, por essa mesma longevidade relativa, as mulheres apresentam uma menor expectativa de vida livre de incapacidades, com maior prevalência de demências, depressão e dependência funcional. Também se observa o aumento das doenças de forte preponderância nos homens, como as cardiocirculatórias (CHAIMOWICS, 2009).

Relembrando alguns conceitos:

Esperança de vida ao nascer: número médio de anos de vida esperados para um recém-nascido, mantido o padrão de mortalidade existente na população residente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Taxa de fecundidade total: número médio de filhos nascidos vivos, tidos por uma mulher ao final do seu período reprodutivo, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Taxa bruta de natalidade: número de nascidos vivos por mil habitantes, por ano.

Coeficiente de mortalidade infantil: número de óbitos de crianças até um ano de idade, por 1.000 nascidos vivos, por ano.

Taxa bruta de mortalidade – número de óbitos por 1.000 habitantes, por ano.

População ocupada – pessoa com trabalho durante toda ou parte da semana de referência, ainda que afastada por motivo de férias, licença, falta, greve, etc.

Glossário <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/matriz.htm>

Para refletir!

Ao permanecer mais tempo viva, a mulher necessita de mais cuidados por parte da equipe, ao mesmo tempo em que precisará de apoio dos serviços de saúde para prestar cuidado aos seus familiares envelhecidos.

• Aumento da Escolaridade entre as Mulheres

O aumento da escolaridade entre as mulheres, por outro lado, é um fenômeno mundial e as tem estimulado para novos valores e níveis de aspiração. Isso tem refletido no comportamento reprodutivo e, em consequência, na diminuição das taxas de fecundidade e, comprovadamente, na taxa de mortalidade infantil. Vários estudos demonstram que a taxa de mortalidade infantil é inversamente proporcional aos anos maternos de estudo. Os valores altos das taxas de analfabetismo estão estritamente relacionados ao poder aquisitivo da população, assim, quanto menor o rendimento, maior o grau de analfabetismo da população.

TÓPICO

Mulher na perspectiva de gênero

Outro fato importante em relação às mulheres brasileiras é que elas possuem, em média, um ano a mais de escolaridade na comparação com os homens, tanto na população total quanto na ocupada, o que reflete uma diferença de gênero favorável às mulheres (BRASIL, 2006a, 2008a).

No entanto, ainda persistem grandes desigualdades entre os sexos, em especial, no mercado de trabalho, nos salários e na política, além de milhares de mulheres vítimas da violência doméstica em nosso país. Nesta direção, foram desenvolvidas várias iniciativas governamentais e da sociedade civil, dentre as quais destacamos: II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres; Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres; Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180; Programa Gênero e Diversidade na Escola; Programa Mulher e Ciência; Programa Pró-Equidade de Gênero; Programa Trabalho e Empreendedorismo das Mulheres; Programa Trabalho, Artesanato, Turismo e Autonomia das Mulheres; Programa Mulheres Construindo a Autonomia; Programa Organização Produtiva de Mulheres Rurais; Incentivo à Formalização do Emprego Doméstico; Ampliação da Licença-Maternidade; Campanha Mais Mulheres no Poder; Revisão da Legislação Eleitoral; Observatório Brasil da Igualdade de Gênero; Comitê Técnico de Estudos de Gênero e Uso do Tempo; Programa Nacional de Documentação da Trabalhadora Rural; Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar; Assistência Técnica e Extensão Rural para Trabalhadoras Rurais; Medidas de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas (BRASIL, 2010e).

No tópico anterior, você identificou como vivem as mulheres de seu território. Agora você vai refletir sobre como essas desigualdades sociais, econômicas e culturais se revelam no processo de adoecer e morrer dessas mulheres. Ao ocupar lugares de subalternidade, desprivilegiados nas esferas de poder, elas acabam vivendo em condições extremamente precárias de vida e de trabalho, com sérias implicações no processo saúde-doença. Por se encontrarem com mais frequência em situação de pobreza, trabalharem mais horas e gastarem pelo menos a metade do tempo de que dispõem com atividades não remuneradas, elas ficam mais vulneráveis e resta-lhes pouco tempo para o cuidado consigo mesmas (FERNANDES; NARCHI, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012d c), houve uma redução de 12% na mortalidade feminina nos últimos 10 anos (2000 a 2010). As principais causas de mortes são:

As doenças do aparelho circulatório, como Acidente Vascular Cerebral (AVC) e o infarto, estão entre as principais causas de mortalidade feminina, representando 34,2%. Embora tenha ocorrido uma queda das doenças cerebrovasculares e as isquêmicas do coração no período de 2000 a 2010, as taxas ainda são consideradas altas. Desse modo, a incidência de AVC diminuiu de 43,87 para 34,99, e incidência de doenças isquêmicas do coração, como o infarto, caiu de 34,85 para 30,04. Entre os principais fatores de risco, encontram-se a falta de exercícios físicos e uma dieta rica em gordura saturada, cujos efeitos incidem sobre o aumento dos níveis de colesterol e hipertensão (BRASIL, 2012d c).

A segunda causa de óbitos femininos são as neoplasias que representaram 18,3% do total de mortes, em 2010. O câncer de mama teve o maior índice 2,8%, seguido pelo câncer de pulmão 1,8% e pelo câncer do colo do útero 1,1% (BRASIL, 2012d c).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2011d), as estimativas de câncer para o ano de 2012 (válida também para 2013), apontam 52.680 casos novos de câncer da mama, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres. Esse tipo de câncer também é o mais frequente nas mulheres das regiões Sudeste (69/100 mil), Sul (65/100 mil), Centro-Oeste (48/100 mil) e Nordeste (32/100 mil), se não levarmos em conta os tumores da pele não melanoma. Na região Norte, é o segundo tumor mais incidente (19/100 mil).

Em relação ao câncer do colo do útero, esperam-se 17.540 casos novos no Brasil, com um risco estimado de 17 casos a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2011d). No entanto, sua incidência varia de acordo com as regiões do país. Se não levarmos em consideração os tumores da pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o mais incidente na região Norte (24/100 mil). Já nas regiões Centro-Oeste (28/100 mil) e Nordeste (18/100 mil), ocupa o segundo lugar na incidência, na região Sudeste (15/100 mil) ocupa a terceira, e na região Sul (14/100 mil), a quarta posição.

Nesse sentido, foi lançado, em 2011, o Plano Nacional de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo do Útero e de Mama, cujas ações preveem a incorporação de um dos mais eficientes medicamentos de combate ao câncer de mama, o trastuzumabe, bem como a expansão dos serviços de radioterapia no país, favorecendo o diagnóstico e tratamento precoce (BRASIL, 2012d c).

Ressalta-se que as doenças do aparelho circulatório e neoplasias ocorrem mais na faixa etária a partir dos 30 anos. Entre as mulheres de 10 a 29 anos de idade, as causas externas, principalmente devido a acidentes e agressões, são mais frequentes, causando não somente os óbitos, como também sequelas físicas e emocionais. Nos menores de 10 anos, predominaram as afecções perinatais (BRASIL, 2012d).

Aumento da Escolaridade entre as Mulheres

O aumento da escolaridade entre as mulheres, por outro lado, é um fenômeno mundial e as tem estimulado para novos valores e níveis de aspiração. Isso tem refletido no comportamento reprodutivo e, em consequência, na diminuição das taxa de fecundidade e, comprovadamente, na taxa de mortalidade infantil. Vários estudos demonstram que a taxa de mortalidade infantil é inversamente proporcional aos anos maternos de estudo. Os valores altos das taxas de analfabetismo estão estritamente relacionados ao poder aquisitivo da população, assim, quanto menor o rendimento, maior o grau de analfabetismo da população.

Outro fato importante em relação às mulheres brasileiras é que elas possuem, em média, um ano a mais de escolaridade na comparação com os homens, tanto na população total quanto na ocupada, o que reflete uma diferença de gênero favorável às mulheres (BRASIL, 2006a, 2008a).

No entanto, ainda persistem grandes desigualdades entre os sexos, em especial, no mercado de trabalho, nos salários e na política, além de milhares de mulheres vítimas da violência doméstica em nosso país. Nesta direção, foram desenvolvidas várias iniciativas governamentais e da sociedade civil, dentre as quais destacamos: II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres; Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres; Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180; Programa Gênero e Diversidade na Escola; Programa Mulher e Ciência; Programa Pró-Equidade de Gênero; Programa Trabalho e Empreendedorismo das Mulheres; Programa Trabalho, Artesanato, Turismo e Autonomia das Mulheres; Programa Mulheres Construindo a Autonomia; Programa Organização Produtiva de Mulheres Rurais; Incentivo à Formalização do Emprego Doméstico; Ampliação da Licença-Maternidade; Campanha Mais Mulheres no Poder; Revisão da Legislação Eleitoral; Observatório Brasil da Igualdade de Gênero; Comitê Técnico de Estudos de Gênero e Uso do Tempo; Programa Nacional de Documentação da Trabalhadora Rural; Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar; Assistência Técnica e Extensão Rural para Trabalhadoras Rurais; Medidas de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas (BRASIL, 2010e).

É importante destacar, ainda, que as discussões sobre a questão das mulheres ganharam destaque nos cenários nacional e internacional. Desde a IV Conferência Mundial sobre a Mulher em Beijing, 1995, organizada pelas Nações Unidas, o Brasil e diversos outros países assumiram acordos e compromissos internacionais para o combate à discriminação e às desigualdades de gênero. Decorrentes disso, os governos têm buscado introduzir a abordagem de gênero no processo de formulação de políticas públicas, como um mecanismo para promover ações mais eficazes para o desenvolvimento humano e social das mulheres (BRASIL, 2011c).

No Brasil, foi criada a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, que representou um avanço e um reconhecimento da necessidade de se terem políticas específicas que tratem a questão de gênero como uma das áreas prioritárias da ação governamental e não somente como um tema transversal nas políticas públicas. Com isso, o Brasil tem assumido os acordos e compromissos internacionais para o combate da discriminação e das desigualdades de gênero, o que resultou na criação da Plataforma Brasileira de Direitos Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais (DESCA), em 2000. Esse projeto atua monitorando os compromissos do Brasil no campo dos direitos humanos com o apoio de diversas organizações brasileiras e internacionais. O trabalho dessas instituições tem sido fazer cumprir a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), as deliberações do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) e a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (CERD).

Na primeira parte, você identificou como vivem as mulheres de seu território. Agora você vai refletir sobre como essas desigualdades sociais, econômicas e culturais se revelam no processo de adoecer e morrer dessas mulheres. Ao ocupar lugares de subalternidade, desprivilegiadas nas esferas de poder, elas acabam vivendo em condições extremamente precárias de vida e de trabalho, com sérias implicações no processo saúde-doença. Por se encontrar com mais frequência em situação de pobreza, trabalhar mais horas e gastar pelo menos a metade do tempo de que dispõem com atividades não remuneradas, elas ficam mais vulneráveis e resta-lhes pouco tempo para o cuidado consigo mesma (FERNANDES; NARCHI, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012d c), houve uma redução de 12% na mortalidade feminina nos últimos 10 anos (2000 a 2010). A taxa de mortalidade caiu de 4,24 óbitos por mil mulheres para 3,72. As doenças do aparelho circulatório, como Acidente Vascular Cerebral (AVC) e o infarto, estão entre as principais causas de mortalidade feminina, representando 34,2%. Embora tenha ocorrido uma queda das doenças cerebrovasculares e as isquêmicas do coração no período de 2000 a 2010, as taxas ainda são consideradas altas. Desse modo, o AVC diminuiu de 43,87 para 34,99, e as doenças isquêmicas do coração, como o infarto, caiu de 34,85 para 30,04.

Entre os principais fatores de risco, encontra-se a falta de exercícios físicos e uma dieta rica em gordura saturada, cujos efeitos incidem sobre o aumento dos níveis de colesterol e hipertensão (BRASIL, 2012d c).

A segunda causa de óbitos femininos são as neoplasias que representaram 18,3% do total de mortes, em 2010. O câncer de mama teve o maior índice 2,8%, seguido pelo câncer de pulmão 1,8% e pelo câncer do colo do útero 1,1% (BRASIL, 2012d c). Segundo o Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2011d), as estimativas de câncer para o ano de 2012 (validas também para 2013), apontam 52.680 casos novos de câncer da mama, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres. Esse tipo de câncer também é o mais frequente nas mulheres das regiões Sudeste (69/100 mil), Sul (65/100 mil), Centro-Oeste (48/100 mil) e Nordeste (32/100 mil), se não levarmos em conta os tumores da pele não melanoma. Na região Norte, é o segundo tumor mais incidente (19/100 mil).

Em relação ao câncer do colo do útero, esperam-se 17.540 casos novos no Brasil, com um risco estimado de 17 casos a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2011d). No entanto, sua incidência varia de acordo com as regiões do país. Se não levarmos em consideração os tumores da pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o mais incidente na região Norte (24/100 mil). Já nas regiões Centro-Oeste (28/100 mil) e Nordeste (18/100 mil), ocupa o segundo lugar na incidência, na região Sudeste

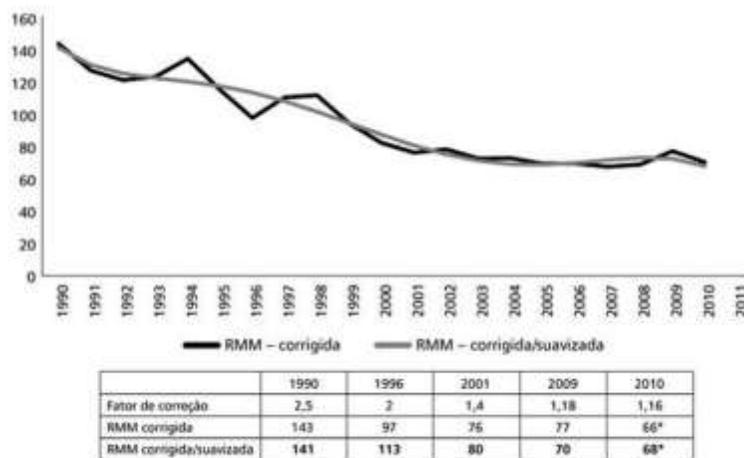
(15/100 mil) ocupa a terceira, e na região Sul (14/100 mil), a quarta posição.

Nesse sentido, foi lançado, em 2011, o Plano Nacional de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo do Útero e de Mama, cujas ações preveem a incorporação de um dos mais eficientes medicamentos de combate ao câncer de mama, o trastuzumabe, bem como a expansão dos serviços de radioterapia no país, favorecendo o diagnóstico e tratamento precoce (BRASIL, 2012d c).

Ressalta-se que as doenças do aparelho circulatório e neoplasias ocorrem mais na faixa etária a partir dos 30 anos. Entre as mulheres de 10 a 29 anos de idade, as causas externas, principalmente devido a acidentes e agressões, são mais frequentes, causando não somente os óbitos, como também sequelas físicas e emocionais. Nos menores de 10 anos, predominaram as afecções perinatais (BRASIL, 2012d).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012e f), nos últimos 20 anos houve uma queda de 50% no indicador razão da mortalidade materna no Brasil, chegando a 68 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, em 2010, como pode ser verificado no Gráfico 3 (BRASIL, 2012e).

Gráfico 3– Razão de mortalidade materna estimada pelo Ministério da Saúde, Brasil 1990 a 2010.



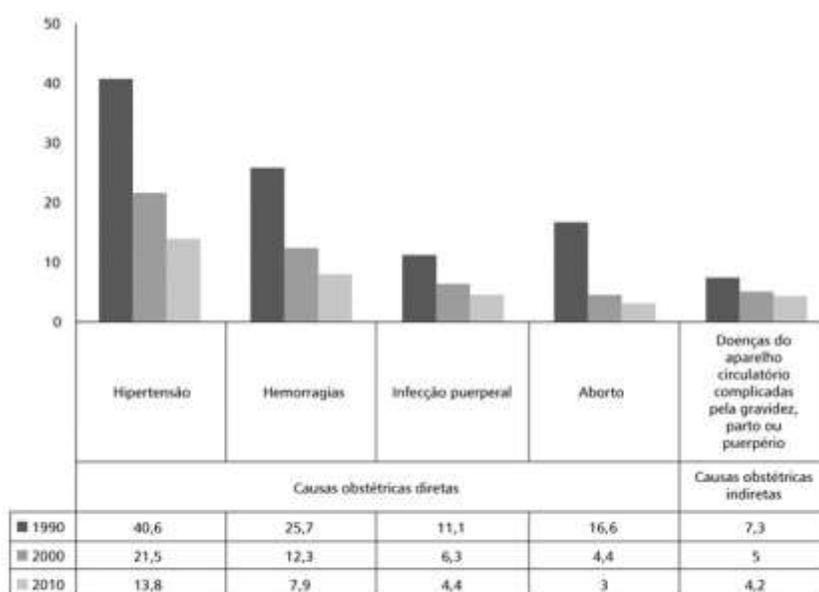
*Dados preliminares para 2010.
Fonte: SIM-CGIAE/DASIS/SVS/MS.

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2012e).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012e f), as duas principais causas específicas de morte materna no Brasil são a hipertensão e a hemorragia seguidas pela infecção puerperal e o aborto. Essas causas são consideradas como obstétricas diretas, porque resultam de complicações que surgiram durante a gravidez, o parto ou o puerpério, (período de até 42 dias após o parto). Ou seja, foram resultantes de intervenções, ou da falta delas, omissões, tratamento incorreto, etc. As causas indiretas são aquelas relacionadas com doenças preexistentes ou que se desenvolveram durante a gestação e que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gestação, dentre elas, a de maior importância epidemiológica tem sido a doença do aparelho circulatório (BRASIL, 2012e).

No Gráfico 4 (BRASIL, 2012e), é apresentada a razão de mortalidade materna por causas específicas de morte entre 1990 e 2010.

Gráfico 4– Razão de mortalidade materna por causas específicas de morte (por grupos de 100 mil nascidos vivos). Brasil, 1999, 2000 e 2010.



*Dados preliminares para 2010; extração de dados do SIM em maio de 2012.
Fonte: SIM-CGIAE/DARIS/SVS/ME.

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2012e).

Como pode ser verificado, houve uma redução de 66,0% no risco de morte por hipertensão; de 69,3% por hemorragia; de 60,4% por infecção puerperal; de 81,9% por aborto; e de 42,5% por doenças do aparelho circulatório que complicam a gravidez, o parto e o puerpério. No entanto, as maiores quedas ocorreram entre as mortes decorrentes do aborto e hemorragia (BRASIL, 2012e).

De um modo geral, vem ocorrendo queda da mortalidade materna, provavelmente devido a diversos fatores, como a introdução de várias medidas governamentais, entre as quais se destacam a inclusão, na declaração de óbito (DO), de uma variante que permite identificar as grávidas por ocasião do óbito e até um ano após o parto, a implantação dos Comitês de Mortalidade Materna, a expansão da rede pública de saúde e das ações de pré-natal, parto e puerpério e de planejamento familiar e a melhora de registro (BRASIL, 2011a).

Em maio de 2012, o relatório Trends in maternal mortality (Tendências da Mortalidade Materna): 1990 a 2010 (WHO, UNICEF, UNFPA, WORLD BANK, 2012), apontou que no período compreendido entre 1990 e 2010, houve uma redução de 51% no número de mortes maternas, ou seja, queda de 120 para 56 mortes maternas a cada 100 mil nascimentos. Desse modo, o Brasil, conseguiu um progresso substancial para atingir o ODM de reduzir em 75% a mortalidade materna entre 1990 e 2015. Porém, para atingir a meta, o número de mortes maternas deveria chegar a 35% em 2015.

Ressalta-se, também, que o Ministério da Saúde lançou em 2011, a estratégia Rede Cegonha, que vem ampliando e qualificando a assistência à mulher e ao bebê, com destinação de R\$ 3,3 bilhões para execução das ações da rede, além de mais de R\$ 89 milhões para fortalecer o pré-natal no SUS. Nesse sentido, mais de 4.800 municípios já aderiram à estratégia, com a previsão de atendimento de mais de dois milhões de gestantes no país (BRASIL, 2012d).

No entanto, existe ainda, intensa medicalização no momento do parto, seja por intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas ou pela prática abusiva de cesarianas. Geralmente, a parturiente é isolada de seus familiares e verifica-se a falta de privacidade e desrespeito à sua autonomia. A atenção ao puerpério precisa ser mais bem assistida pelos serviços de saúde, cuja preocupação maior tem sido o atendimento ao recém-nascido.

Doenças sexualmente transmissíveis (DST)

Em relação às doenças sexualmente transmissíveis (DST), além de provocar danos graves à saúde das mulheres, são consideradas o principal facilitador da transmissão sexual do vírus da imunodeficiência humana (human immunodeficiency vírus – HIV). As complicações mais frequentes das DSTs nas mulheres incluem a doença inflamatória pélvica – responsável por infertilidade, dor crônica, gravidez

ectópica, mortalidade materna e a predisposição ao câncer de colo de útero. Neste último caso, existe estreita relação com alguns subtipos de vírus do papiloma humano (human papiloma virus – HPV) e a imunodeficiência promovida pelo HIV (BRASIL, 2011c).

Embora o Brasil tenha desenvolvido um programa de controle de DST/AIDS, que é exemplo para vários países, ainda apresenta dados preocupantes, principalmente em relação às mulheres, cujas taxas de infecção aumentou assustadoramente nas últimas décadas. Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012e), em 1985, para cada 26 casos de aids entre homens, havia um caso entre mulheres. Em 2010, essa relação foi de 1,7 homens para cada caso em mulheres. Sabe-se que entre as mulheres afetadas a relação heterossexual, consensual, sem proteção e principalmente envolvendo afeto tem sido a maneira mais frequente de transmissão (VILLELA; DINIZ, 1998).

Para compreender como isso ocorre, é necessário recorrer ao conceito de vulnerabilidade, que utiliza fatores de diferentes naturezas – individual, social e político – para explicar o que tem facilitado a exposição de mulheres ao HIV. A dependência financeira e emocional em relação ao parceiro, por exemplo, pode representar constrangimento concreto para que as mulheres passem a negociar o uso de camisinha nas relações sexuais com os parceiros, principalmente aqueles que são os provedores. Ressalta-se, ainda, que a prevenção e o controle das DSTs são fundamentais para a promoção da saúde reprodutiva, principalmente entre as mulheres (BRASIL, 2011c).

As mulheres constituem a principal clientela do Sistema Único de Saúde



Este é um fato de fácil observação: as mulheres são as maiores usuárias do sistema de saúde, tanto para resolver as próprias demandas, como parte do cuidado que dispensam aos seus familiares, parentes, amigos e vizinhos (BRASIL, 2011c).