



2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Ministério da Saúde

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNAISM

Documento de apoio às Conferências de Saúde das Mulheres
Municipais, Regionais e Estaduais

Brasília/DF, março de 2017

Assuntos

Atenção Obstétrica.....4

Trabalhando com Parteiras Tradicionais.....9

Violências contra as mulheres.....11

Atenção Integral às mulheres em situação de violência sexual...15

Prevenção e Enfrentamento do Câncer de Colo do Útero e de Mama..18

Diversidade sexual e de gênero na saúde...22

Mulheres em Situação de Rua....27

A Saúde das Mulheres Negras.....30

Mulheres do Campo, Floresta e Águas.....36

Saúde das Mulheres Indígenas.....40

Envelhecimento e saúde das mulheres idosas.....43

Saúde Mental e Atenção Psicossocial.....47

Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva.....51

IST, Aids e Hepatites Virais.....55

APRESENTAÇÃO

A II Conferência Nacional de Saúde das Mulheres acontecerá neste ano com o tema central “Saúde das mulheres: desafios para a integralidade com equidade”. A Conferência será um momento essencial para ampliar a discussão sobre a saúde das mulheres no país e uma oportunidade de reafirmar direitos, assegurar avanços e apontar desafios para a consolidação da PNAISM.

O Ministério da Saúde elaborou este documento com o intuito de contribuir para as discussões realizadas nas conferências que precedem a Conferência Nacional. O objetivo deste documento é:

- Apresentar projetos e ações nacionais referentes aos principais eixos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM;
- Informar sobre avanços e lacunas identificados.

Este documento foi elaborado em parceria com as diversas secretarias do Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção a Saúde - SAS, Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS, Secretaria de Saúde Indígena - SESAI e Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SEGEP.

Para avançarmos na promoção da saúde das mulheres, precisamos conhecer os desafios cotidianos no acesso à saúde e aperfeiçoar a implementação das políticas. Acreditamos que os resultados dos debates em curso serão a oportunidade para esse avanço.

Atenção Obstétrica

1. Descrição

A Atenção Obstétrica tem como foco a qualificação da atenção ao pré natal, parto/nascimento, puerpério e ao abortamento e a redução da mortalidade materna e neonatal. A qualificação da atenção ao parto e nascimento passa pela mudança do modelo de cuidado hegemônico no país, a adoção de boas práticas (práticas baseadas em evidências científicas/OMS), a garantia dos direitos das mulheres e dos bebês, a inclusão das enfermeiras obstétricas e obstetrizes, especialmente na atenção ao parto de baixo risco. A Rede Cegonha é uma estratégia lançada pelo governo



federal em 2011 com o objetivo de promover a melhoria do acesso e da qualidade da atenção e de impulsionar/fortalecer os programas e ações já existentes, investindo na regionalização, na pactuação interfederativa com compromissos e responsabilizações em relação aos indicadores e metas preestabelecidas entre os três níveis de gestão do SUS.

2. Situação de Saúde

- Em 2015 foram realizados 1.855.636 partos pelo SUS em 3.174 serviços;
- 18% dos serviços (568) realizam 73% dos partos/SUS;
- 72% dos serviços realizam de 1 a 499 partos, o que corresponde a 15% dos partos/SUS;
- Taxas de cesariana em 2015 – 55,5%;
- Razão de Morte Materna incompatível com o grau de desenvolvimento do país – mais de 90% das mortes maternas são consideradas evitáveis pela OMS;
- 98,4% dos partos no Brasil são hospitalares;
- Near Miss Materno (mulheres que se salvaram de uma situação de quase morte) – 15 a 20 casos para cada morte materna;
- Inadequada atenção à gestação e ao parto são responsáveis por 68% da mortalidade infantil.

3. Normativas

- Lei 11.108/2005 – Garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- Lei 11.634/2007 – Regulamenta o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência ao parto;
- RDC 36/2008 ANVISA– Regulamenta os ambientes de parto;
- Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha;
- Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015 - Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do SUS;





- Portaria nº 353, de 14 de fevereiro de 2017 - Aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal;
- Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia, MS/2014;
- Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana, abril de 2015;
- Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, janeiro de 2016;

4. Avanços

- Pactuação regional da rede de serviços para garantir acesso, qualidade e continuidade do cuidado de acordo com o nível de complexidade – Plano de Ação Regional da Rede Cegonha (PAR RC);
- Construção de novas maternidades (09 em obras, 05 em ação preparatória);
- Adequação das maternidades para garantir privacidade, acompanhante, acesso a chuveiro e banheira, deambulação e parto em posição vertical – 139 obras vigentes (22 concluídas, 36 em obras, 81 em ação preparatória);
- Implantação de Centros de Parto Normal para partos de baixo risco, com condução exclusiva de enfermeiras obstétricas – 95 obras vigentes (12 concluídas, 27 em obras, 56 em ação preparatória);
- Implantação de Casa de Gestante, Bebê e Puérpera - CGBP - 55 obras vigentes (05 concluídas, 09 em obras, 41 em ação preparatória);
- Contratualização de indicadores de qualidade da assistência ao parto, direito ao acompanhante, parto em posição vertical, contato pele a pele, etc, pactuados com as maternidades;
- Elaboração e distribuição da caderneta da gestante para todo o território nacional;
- Implantação da testagem rápida de Sífilis e HIV para gestantes na atenção básica;
- Ampliação da oferta de métodos contraceptivos e exames de pré-natal;
- Implantação do Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia;
- Realização do Projeto Parto Adequado em parceria com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Hospital Israelita Albert Einstein e Institute for Healthcare





Improvement (IHI) com o apoio do Ministério da Saúde - objetiva a implementação nas maternidades de modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e nascimento, que valorizem o parto normal e reduzam o percentual de cesarianas desnecessárias na saúde suplementar;

- Publicação do Protocolo da Atenção Básica: Saúde das Mulheres.
- Publicação das Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana, março de 2016;
- Publicação Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, março de 2017;
- Compra centralizada pelo Ministério da Saúde do material para aspiração manual intra uterina (AMIU) e de misoprostol, com distribuição a todos os estados na perspectiva de qualificar a atenção humanizada ao abortamento e ao parto.

5. Desafios

- País continental, realidades regionais diversas, longas distâncias, difícil acesso e dificuldade de fixação de profissionais de saúde;
- Persistência de um modelo de atenção ao parto e nascimento com intervenções desnecessárias e iatrogênicas sem observância das Boas Práticas de atenção ao parto e nascimento baseadas em Evidências Científicas;

Adequação do processo formativo dos profissionais da saúde para garantia de uma atenção integral e humanizada ao parto e nascimento;

- Efetivar a Norma Técnica/MS de atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento;
- Redução das altas taxas de cesariana e de prematuridade iatrogênica;
- Baixo número de enfermeiras obstétricas na atenção ao parto de baixo risco;
- Baixa integração da rede de atenção, contribuindo para manter “as 3 demoras:” procura-acesso-cuidado;
- Número elevado de óbitos maternos por causas evitáveis;
- Não valorização das queixas das mulheres pelos serviços de saúde;
- A persistência de racismo nas instituições de saúde;





- A prática de violência institucional e de gênero na atenção profissional e nos serviços de saúde;
- Lacunas de informações que permitam o monitoramento e avaliação da qualidade assistencial;
- Ampliar as unidades de Centro de Parto Normal –
- Reduzir a morte materna por causas evitáveis: hemorragia pós parto; hipertensão; infecção puerperal e abortamento.

Perguntas disparadoras

1. Como se avalia o pré-natal ofertado pela AB do município, considerando: captação precoce, média de consultas de pré-natal, exames e vacinas realizados, oferta de ultrassonografia obstétrica no primeiro trimestre da gestação, realização dos testes rápidos de HIV e sífilis e a oferta de eletroforese de hemoglobina?

2. As atividades educativas realizadas durante o pré-natal, incluem o(a) parceiro(a)? A sua cidade tem Centro de Parto Normal?

3. É realizada a vinculação da gestante à maternidade ou Centro de Parto Normal de referência para o parto? É promovida visita antecipada ao local de seu parto?

4. O hospital possui serviço de Acolhimento e Classificação de Risco?

5. Qual o índice de cesariana no seu município? O que você acha deste índice?

6. A assistência ao parto segura, humanizada e respeitosa é uma realidade do seu município? Discuta essa questão.

7. Os serviços de atenção ao parto têm assegurado o direito ao acompanhante de livre escolha das mulheres durante o trabalho de parto, parto e pós- parto?

8. O hospital possui enfermeiras obstétricas ou obstetrizas atuando diretamente na atenção ao parto?

9. O bebê é colocado em contato pele a pele com a mãe? É estimulada a amamentação na 1ª hora de vida?

10. As mulheres tem acesso garantido ao aborto previsto em lei? (Situações: gravidez por estupro, de gravidez que implica em risco de morte da mulher, ou em caso de fetos anencéfalos). Como acontece o atendimento?

11. No seu município/região de saúde/estado, como são tratadas as mulheres em situação de abortamento?





Trabalhando com Parteiras Tradicionais

1. Descrição

O Ministério da Saúde criou em 2000 o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, para responder as demandas geográficas, regionais e sócio-culturais do Brasil. O Programa tem como objetivo qualificar a atenção ao parto domiciliar assistido por parteiras tradicionais e apoiar os municípios onde atuam para incluir esta prática em suas políticas e ações de saúde.

Esta iniciativa está inserida entre as estratégias do Ministério da Saúde para promover direitos de cidadania, equidade no SUS e redução da morbimortalidade materna e neonatal. Sua implantação busca sensibilizar gestores e profissionais de saúde para que reconheçam as parteiras como parceiras na atenção à saúde da comunidade e desenvolvam ações para valorizar seus saberes e práticas de cuidado. Significa que cabe à gestão do município assumir a responsabilidade de apoiar, qualificar e articular a assistência que ofertam ao Sistema Único de Saúde (SUS). Neste sentido, cabe à gestão local garantir condições materiais básicas para a assistência ao parto domiciliar (Kit da Parteira); transporte sanitário para encaminhamento às referências nas intercorrências obstétricas e neonatais e notificação destes partos/nascimentos no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC).

2. Dados

De 2000 a 2010

Oficinas de trocas de saberes com 1.536 parteiras tradicionais e 800 profissionais de saúde nos estados do AC, AP, AM, AL, BA, GO, MA, MG, MT PA, PE, PB, PR, RR e SP, envolvendo 150 municípios, aproximadamente;

De 2011 a 2016

Oficinas de trocas de saberes com 865 parteiras tradicionais e 400 profissionais de saúde, com a distribuição de 865 Kits da parteira, nos estados do AC, AP, AM, MA, MG, PA, PB, PE, RN, RR, SE, TO.





Em 2017

Convênios em andamento para capacitação de parteiras tradicionais nos estados do Amazonas, Bahia, Maranhão, Goiás e Paraíba.

2. Normativas

- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004): inclusão da atenção ao parto e nascimento domiciliar assistido por parteiras tradicionais nas políticas do SUS, com capacitação de parteiras e profissionais e aproximação e responsabilização do município sobre esse modelo de atenção.
- Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004): Inclusão do parto domiciliar assistidos por parteiras tradicionais nas ações e metas de melhoria de indicadores e enfrentamento à morbimortalidade materna e infantil.
- Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial, realizada pela Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, em junho 2005: estimula e preservação dos conhecimentos tradicionais relativos à saúde, o respeito ao etnoconhecimento e a valorização e qualificação parteiras tradicionais.
- Decreto Nº 6.040 de 2007, Instituiu a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais.
- Rede Cegonha (2011): Rede de cuidados que visa a mudança do modelo obstétrico de atenção, tecnocrático e intervencionista, para assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada e singularizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

3. Avanços

- Melhoria da identificação e cadastro das parteiras tradicionais pelas secretarias municipais de saúde, ação que tem envolvido a Estratégia Saúde da Família, com ênfase no trabalho da/o Agente Comunitária/o de Saúde.
- Aumento da notificação dos partos assistidos por parteiras no SINASC;





4. Desafios

- Incluir ações do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais nas políticas e planos de saúde municipais/regionais voltados à melhoria da atenção obstétrica e da atenção integral à saúde das mulheres;
- Institucionalizar apoio ao parto domiciliar assistido por parteira tradicional, e garantir a manutenção do Kit da Parteira;
- Instituir fluxo e garantia de transporte sanitário para a rede de referência, no caso de intercorrência e complicações durante o parto e nascimento domiciliares assistidos por parteiras tradicionais;
- Melhorar a qualidade do registro do parto domiciliar assistidos por parteiras tradicionais no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC)

Perguntas disparadoras

1. Você conhece parteiras tradicionais em sua comunidade/município?
2. Que relação os profissionais e serviços da saúde mantêm com as parteiras tradicionais?
3. Que relação a comunidade mantém com as parteiras tradicionais?
4. Quais as formas de apoio do SUS de seu município em relação

Violências contra as mulheres

1. Descrição

A violência contra mulheres é uma das principais formas de violação dos direitos humanos, atingindo o direito à vida, à saúde e à integridade física.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 35% das mulheres em todo o mundo são vítimas de violência física e/ou sexual e em sua maior parte, produzida por seus parceiros. Estes dados demonstram que as mulheres que sofreram violência sexual são 2,3 vezes mais propensas a desenvolver distúrbios relacionados ao álcool e 2,6 vezes a sofrer de depressão ou ansiedade. Chama a atenção para o fato de que





38% de todos os assassinatos de mulheres sejam cometidos por parceiros íntimos.

2. Situação de Saúde

Os dados da Vigilância de Violências (obtidos do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes - VIVA) apontam as mulheres como principais vítimas de violência: das notificações de violência registradas em 2015, 67,1% foram contra pessoas do sexo feminino, sendo 162.575 de mulheres adultas, seguidas das adolescentes (30.989), das crianças (25.449) e das idosas (7.937). Os tipos de violência mais comuns foram a violência física (48,1%), seguida da psicológica/moral (23,6%) e sexual/estupro (8,3%).

É importante ressaltar que a violência contra as mulheres atinge de maneira diferenciada as mulheres negras, indígenas, em situação de rua, com deficiência, lésbicas, bissexuais, assim como as mulheres do campo e da floresta.

Uma das principais ferramentas no enfrentamento à violência contra as mulheres é a Vigilância de Violências, instrumentalizada pelo setor Saúde no Sistema VIVA. Um dos instrumentos da vigilância é a notificação compulsória dos casos de violência contra mulheres atendidas nos serviços de saúde públicos ou privados. Os dados da notificação são restritos ao Setor Saúde, exceto nos casos de crianças, adolescentes e idosas, cujos casos são também comunicados para os Conselhos Tutelares, da Pessoa Idosa e Ministério Público.

A notificação de violências para a autoridade sanitária é uma exigência da lei, fruto de uma luta contínua para que a violência contra estes segmentos da população saia da invisibilidade, revelando sua gravidade, o perfil das pessoas envolvidas e outras características destes eventos.

A notificação de violência contra as mulheres, meninas e adolescentes é importante para:

- Compreender a situação da violência contra as mulheres nos municípios, estados e no país, revelando os casos que permanecem 'ocultos' nos espaços privados e públicos e subsidiando as políticas públicas para a atenção, prevenção de violências, promoção da saúde e da cultura da paz.

- Intervir nos cuidados em saúde, promovendo atenção integral às mulheres em situação de violência e a garantia de direitos por meio da rede de atendimento à mulher.





3. Normativas

- Lei nº 13.104 de 09/03/2015 - Lei do Femicídio, que altera o Código Penal (Decreto-lei nº 2.848/1940), para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio e a Lei nº 8.072/90, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos.
- Lei nº 10.778/2003 - que estabelece a notificação compulsória do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados;
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004);
- Portaria GM/MS nº 737, de 16 de maio de 2001- aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.
- Portaria nº 1.968 GM/MS, de 25/10/2001, que dispõe sobre a comunicação às autoridades-competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de violência contra crianças e adolescentes atendidos nas unidades do Sistema Único de Saúde;
- Portaria GM/MS nº 2.406, de 5 de novembro de 2004 Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação.
- Portaria GM/MS nº 936, de 18 de maio de 2004 Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação e implementação de núcleos de prevenção à violência em estados e municípios.
- Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (2011)
- Portaria Interministerial nº 01, de 06 de fevereiro de 2015 (SDH, MJ, MS, SGPR e SPM)- Institui a Comissão Interministerial de Enfrentamento à Violência contra Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

4. Avanços

Avanços importantes foram a implantação do VIVA - Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes e a promulgação da Lei Maria da Penha.





5. Desafios

- O grande número de mulheres mortas por causas violentas e a violência de repetição sugere que a rede de atendimento às mulheres em situação de violência não está sendo capaz de interromper o ciclo da violência, o que demanda o fortalecimento das ações intersetoriais de enfrentamento das violências.
- Apesar do aumento do número de casos de notificação de violências na saúde é necessário expandir a notificação para os serviços de saúde de 100% dos municípios brasileiros. Atualmente a notificação acontece em 62% dos municípios.
- Garantir atendimento humanizado e qualificado nos serviços da rede de atendimento à mulher em situação de violência;
- Garantir a implementação da Lei Maria da Penha e demais normas jurídicas nas dimensões da prevenção de violências, assistência, combate e garantia de direitos;

Perguntas disparadoras

1. A violência contra as mulheres é tema contemplado nas políticas de saúde do seu município/estado? Que ações você identifica neste sentido?
2. As mulheres do seu município/estado tem conhecimento do ligue 180?
3. A Secretaria de Saúde tem divulgado a situação da violência contra as mulheres





em seu município/estado?

Atenção Integral às mulheres em situação de violência sexual

1. Descrição

A violência sexual é uma das formas de violência contra a mulher e consiste em qualquer conduta que constranja a mulher a presenciar, manter ou participar de uma relação sexual não desejada, que induza a mulher a comercializar ou utilizar sua sexualidade, que a impeça de utilizar métodos contraceptivos, que a force a se casar, engravidar, abortar ou se prostituir. Isso pode acontecer por meio de intimidação, ameaça, coação, suborno ou uso da força ou manipulação. (BRASIL, Lei Maria da Penha, 2006)

A violência sexual produz consequências traumáticas e indeléveis para quem a sofre. As mulheres e adolescentes agredidas sexualmente vivenciam situações de medo, pânico, baixa autoestima, ansiedade, angústia, humilhação, vergonha e culpa, perda da autonomia e, muitas vezes, fragilidade emocional, que abrem margem para quadros clínicos como depressão, síndrome do pânico, ansiedade, distúrbios psicossomáticos, entre outros.

A gravidez e o adoecimento por infecções sexualmente transmissíveis são consequências possíveis do estupro com conjunção carnal e o atendimento imediato (preferencialmente em até 72 horas) diminui a ocorrência dessas consequências por meio da anticoncepção de emergência e da profilaxia de infecções. Ainda assim, há mulheres que engravidam em decorrência de violência sexual e a interrupção da gravidez está prevista legalmente nessas situações. Ou seja, se uma mulher sofrer violência sexual e engravidar em decorrência dessa violência, ela tem direito à interrupção da gravidez. Além desta situação, está autorizada por lei a interrupção da gestação nos casos de gravidez de fetos anencéfalos e risco de vida para a mulher.

2. Situação de Saúde

Em 2015, foram registrados 45.460 estupro, com uma média de cinco estupros por hora no país (Anuário de Segurança Pública, 2016).

Os registros do Sistema de Informações de Agravo de Notificação do Ministério da Saúde mostram que, em 2014, 89% das vítimas de estupro eram do sexo feminino e que 70% dos estupros foram cometidos por parentes, namorados ou amigos/conhecidos da vítima.





3. Normativas

- Lei 12.845, de 1º de agosto de 2013 - Atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.
- Decreto no 7.958, de 13 de março de 2013 - Diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde.
- Portaria nº 485, de 1º de abril de 2014 e Portaria nº 618, de 18 de julho de 2014 - Definem o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, no Sistema Único de Saúde (SUS), e fazem referência ao cadastramento do Serviço no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) – Serviço nº 165 e suas classificações.
- Portaria nº 2.415, de 07 de novembro de 2014 - Inclui o procedimento Atendimento Multiprofissional para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual e todos os seus atributos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS.
- Portaria nº 288, de 25 de março de 2015 - Estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios.
- Portaria nº 1662, de 02 de outubro de 2015 - Define critérios para habilitação para realização de Coleta de Vestígios de Violência Sexual no Sistema Único de Saúde (SUS), inclui habilitação no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e cria procedimento específico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS.

Na prática, estas portarias asseguram a implementação de serviços de referência para atendimento de pessoas em situação de violência sexual e de interrupção legal da gestação e o estabelecimento da estrutura e o funcionamento necessários para a efetivação da assistência às mulheres nessas situações, com:

- Acolhimento imediato 24h e Privacidade no atendimento no serviço de saúde,
- Informações em relação aos procedimentos que serão realizados
- Respeito às decisões da mulher em todas as etapas do atendimento,
- Profilaxia para infecções sexualmente transmissíveis,
- Anticoncepção de emergência,





4. Avanços

- 215 Serviços de Referência para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual e 75 Serviços de Referência para Atenção à Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde CNES.
- Publicação de normativas que possibilitam a realização da coleta vestígios e registro de informações das mulheres que sofreram violência sexual nos serviços de saúde. O objetivo desta ação é permitir a realização da coleta de vestígios nos serviços do SUS, desde que pactuado com os órgãos da justiça e segurança pública local, para que a mulher que tenha sofrido violência sexual não precise realizar a perícia em outro lugar caso deseje seguir com o processo de criminalização do agressor.
- Capacitação de 64 serviços em 26 estados e Distrito Federal

5. Desafios

- Sensibilizar os profissionais de saúde e gestores quanto a importância da temática da violência contra a mulher, com humanização no atendimento;
- Ampliar e efetivar o atendimento das pessoas em situação de violência sexual e interrupção legal da gravidez de acordo com as normas preconizadas.
- Fomentar a atuação desses serviços em rede intersetorial para o efetivo suporte às mulheres em situação de violência sexual.
- Ampliar o acesso à interrupção legal da gestação.
- Ampliar o acesso à pílula de emergência

Perguntas disparadoras

1. Frente ao exposto, como você avalia o atendimento às mulheres em situação de violência sexual no seu município/estado, em termos de acesso, acolhimento e resolutividade?
2. Como é disponibilizada a pílula de emergência no seu município? Há facilidade de acesso?
3. As mulheres que engravidam decorrente de violência sexual têm acesso à interrupção da gravidez caso seja a decisão delas?
4. As adolescentes tem acesso a pílula de emergência de forma desburocratizada?





Prevenção e Enfrentamento do Câncer de Colo do Útero e de Mama

1. Descrição

Para o ano de 2016, no Brasil, são esperados 16.340 casos novos de câncer de colo do útero, com um risco estimado de 15,85 casos a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de colo do útero é o mais incidente na Região Norte. Nas Regiões Centro-Oeste e Nordeste, ocupa a segunda posição. Contudo, esse tumor apresenta alto potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente.

O principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer de colo do útero é a infecção pelo papilomavírus humano (HPV). Infecções persistentes por HPV podem evoluir para lesões precursoras que, se não diagnosticadas e tratadas oportunamente, progridem para o câncer.

O rastreamento do câncer de colo do útero no Brasil, recomendado pelo Ministério da Saúde, é o exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos. A rotina é a repetição do exame Papanicolau a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano.

O câncer de mama é o tipo que possui a maior incidência e a maior mortalidade na população feminina em todo o mundo. Contudo, pode ser detectado em fases iniciais, em grande parte dos casos, aumentando assim as chances de tratamento e cura. Para o Brasil, em 2016, são esperados 57.960 casos novos de câncer de mama, com um risco estimado de 56,20 casos a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, esse tipo de câncer é o mais frequente nas mulheres das Regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste. Na região Norte, é o segundo tumor mais incidente.

A mamografia bienal para mulheres entre 50 a 69 anos é a estratégia recomendada pelo Ministério da Saúde no Brasil para o rastreamento do câncer de mama.

2. Situação de Saúde

Em 2015, foram registrados no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) 8.843.974 exames citopatológicos no Brasil, dos quais 6.973.782 foram realizados





na faixa etária de maior risco. Todavia, a cobertura ainda é insuficiente, havendo necessidade de ampliação, especialmente em áreas de baixa densidade demográfica e economicamente desfavorecidas.

Em 2015, foram registrados no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) 4.121.128 exames de mamografia no Brasil, dos quais 2.492.603 foram realizados na faixa etária prioritária. No entanto, assim como para os exames citopatológicos, a mamografia também apresenta cobertura insuficiente.

Serviço de referência para diagnóstico de câncer de mama (SDM)/ Serviço de referência para diagnóstico e tratamento de lesões precursoras do câncer de colo de útero (SRC)

São serviços de saúde com habilitação específica, que possuem estrutura mínima - de equipamentos e profissionais - para realizar procedimentos com finalidade diagnóstica e terapêutica dos dois principais tipos de cânceres que acometem as mulheres: o câncer de mama e o câncer de colo do útero. Os serviços de referência deverão atuar de maneira integrada à Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, visando à integralidade do cuidado. Esses serviços deverão realizar um rol específico de procedimentos, de acordo com o tipo de habilitação. Dessa forma, ao acessar o serviço, a usuária poderá realizar os procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos em um só local.

Programa de mamografia móvel

O Programa de Mamografia Móvel foi instituído considerando a necessidade de ampliar o atendimento na faixa etária prioritária e levar o exame preventivo as áreas mais remotas e de difícil acesso, sobretudo às mulheres que vivem nas periferias das grandes cidades e no interior do país.

Qualificação nacional em citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QUALICITO)

A estratégia tem como objetivo contribuir para melhorar a qualidade e a confiabilidade dos exames citopatológicos por meio do Monitoramento Interno e Externo da Qualidade (MIQ / MEQ) dos laboratórios vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Pretende-se, ainda, colaborar para a organização e o planejamento das





ações de prevenção e controle do câncer de colo do útero. Participam da QualiCito os laboratórios públicos ou privados que prestam serviço ao SUS, classificados como Tipos I e II. São considerados Laboratórios Tipo I os laboratórios que realizam exames citopatológicos. Os Laboratórios Tipo II correspondem aos laboratórios públicos responsáveis por realizar as ações de Monitoramento Externo da Qualidade.

3. Normativas

- Lei 12.732/12 - Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início (Lei dos 60 dias).
- Portaria nº 189, de 31 de janeiro de 2014 - Institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação.
- Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013 – Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Portaria nº 2.304, de 4 de outubro de 2012 - Institui o Programa de Mamografia Móvel no âmbito do Sistema Único de Saúde.
- Portaria nº 1.228, de 30 de outubro de 2012 - Institui o Programa de Mamografia Móvel no Sistema Único de Saúde.
- Portaria nº 827, de 23 de julho de 2013 - Inclui incremento de 44,88% no valor do componente SA do procedimento Mamografia bilateral para rastreamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde.
- Portaria nº 3.388, de 30 de dezembro de 2013 Portaria - Redefine a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.
- Portaria nº 94, de 21 de janeiro de 2016 – Institui na Tabela de Procedimentos do SUS, o procedimento 02.03.01.001-9 - Exame Do Citopatológico Cervico Vaginal/ Microflora, com o valor de R\$ 6,97 (seis reais e noventa e sete centavos), sem a exigência da habilitação 32.02, até 30 de junho de 2016.

Para mais informações acesse o site da CGAPDC: rede.cronicas@saude.gov.br





4. Avanços

- Habilitação de três 3 SDM (01 em Fernandópolis/SP de abrangência regional, 01 em Araraquara/SP de abrangência regional e 01 em Fortaleza/CE de abrangência municipal).
- Habilitação de três SRC (01 em Araguaína/TO, 01 em Campo Grande/MS e 01 em Tupã/SP).
- Habilitação de 09 unidades de mamografia móvel habilitadas no território nacional, sendo 05 em Salvador/BA e 04 em Brasília/DF.
- Habilitação de 845 laboratórios no programa QualiCito em todo território nacional, sendo 768 do tipo I, 13 do tipo II e 17 do tipo I e II.

5. Desafios

- Fortalecer as ações voltadas ao diagnóstico precoce, à confirmação diagnóstica e ao tratamento especializado dos cânceres de colo do útero e mama.
- Fazer valer a lei dos 60 dias. A Lei nº 12.732/12 (em vigor desde 23/05/2013) estabeleceu que o primeiro tratamento oncológico no SUS deve-se iniciar no prazo máximo de 60 dias a partir da assinatura do laudo patológico ou em prazo menor conforme necessidade terapêutica do caso registrado no prontuário do paciente.
- Articular ações que visem ao aumento da cobertura mamográfica em todo território nacional, prioritariamente em favor das mulheres na faixa etária elegível, entre 50 e 69 anos de idade, para o rastreamento do câncer de mama;
- Fortalecer ações de prevenção secundária para o câncer de mama, com favorecimento para o seu diagnóstico precoce e o encaminhamento em tempo adequado para a confirmação diagnóstica e o tratamento especializado; e
- Fortalecer o desenvolvimento regional da rede de atendimento à população nos três níveis de atenção à saúde.
- Promover a melhoria contínua da qualidade dos exames citopatológicos do colo do útero ofertados à população;
- Incentivar o aumento da cobertura de realização do exame citopatológico do colo do útero na população feminina de acordo com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero vigente;





- Promover a melhoria dos padrões de qualidade dos laboratórios públicos e privados prestadores de serviços para o SUS que realizam o exame citopatológico do colo do útero;
- Estabelecer critérios e parâmetros de qualidade para o contrato e o distrato de laboratórios prestadores de serviços para o SUS;
- Promover a educação permanente dos profissionais de saúde; e Monitorar, através do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) ou de outro sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde, os indicadores de qualidade dos exames citopatológicos do colo do útero.

Perguntas disparadoras

1. Quais as ações voltadas ao diagnóstico precoce, à confirmação diagnóstica e ao tratamento especializado dos cânceres de colo do útero e mama que são desenvolvidas no seu município/estado?
2. As mulheres diagnosticadas com câncer ginecológico ou com lesões precursoras têm conseguido o segmento no prazo de 60 dias para o tratamento efetivo;
3. Os municípios e estados têm garantido o cumprimento da Portaria (Port. Nº 55, de 24 de Fev. de 1999) que dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicilio no Sistema Único de Saúde – SUS?

Diversidade sexual e de gênero na saúde

1. Descrição

O princípio da equidade norteia o Sistema Único de Saúde (SUS) ao reconhecer as necessidades de grupos específicos e ao instituir um modelo de atuação voltado a reduzir o impacto das diferenças. A efetividade do princípio da equidade evidencia-se no atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades, oferecendo mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados.

O SUS tem com isso o compromisso de reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde das populações e nas necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelo reconhecimento de que as diferenças econômicas, ambientais, socioculturais e étnicas produzem a diversidade e que para promover a igualdade de direitos é preciso promover a equidade.





Ao se discutir a integralidade e a promoção da saúde das mulheres é fundamental reconhecer que as diferentes trajetórias e condições de vida, habitação, trabalho, renda e de acesso à educação, lazer, cultura e serviços públicos impactam direta e diferentemente em suas vidas e saúde, assim como o racismo, sexismo, misoginia, LGBTfobia e outras formas de preconceito e discriminação. Portanto, as Políticas de Promoção de Equidade em Saúde constituem um meio para diminuir as desigualdades persistentes que o Brasil precisa superar.

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, vem dialogando com os vários movimentos das populações LGBT, negra, quilombola, cigana, do campo da floresta e das águas, matrizes africanas, e em situação de rua, reconhecendo e respeitando suas diversas formas de organização e mobilização, com o esforço de contribuir para construir e materializar o princípio da equidade no Sistema Único de Saúde.

2. Situação de Saúde

Mulheres lésbicas e bissexuais

Entre os principais problemas relatados por mulheres lésbicas e bissexuais no atendimento, destacam-se a percepção equivocada, por elas e até pelos profissionais de saúde, de que elas não têm risco de desenvolver cânceres de mama e de colo de útero. Outra questão é a oferta de anticoncepcionais e preservativos masculinos pelos profissionais de saúde pressupondo que todas as mulheres são heterossexuais.

Mulheres transexuais

O preconceito atinge as mulheres transexuais de diversas formas e, muitas vezes, impede que elas exerçam seus direitos mais básicos, como o acesso à saúde. Para essa população são recorrentes as situações de preconceito e discriminação relatadas, bem como a falta de conhecimentos e informações necessárias a um atendimento que promova os direitos assegurados nas políticas do Sistema Único de Saúde (SUS).

As mulheres transexuais são alvos frequentes de gozações e maus tratos. Em sua grande maioria, são hostilizadas na família, na escola, nos espaços comunitários e de lazer e acabam por dispor de pouca ou quase nenhuma educação formal, o que dificulta sua entrada ou permanência no mercado formal de trabalho. Aliado à concepção machista da sociedade, sofrem preconceitos em relação ao desejo e reconhecimento da mudança do corpo masculino para um corpo feminino, a fim de adequar seu pertencimento de identidade de gênero.





Uma das especificidades em saúde desta população refere-se às questões relacionadas às modificações corporais, seja pela demanda por tais procedimentos ou pela necessidade de lidar com problemas causados pelos mesmos.

Pesquisa realizada pela Rede Trans de 2016 registrou 143 casos de homicídios de pessoas trans, o maior número entre todos os países participantes da pesquisa: http://redetransbrasil.org/uploads/7/9/8/9/79897862/redetransbrasil_dossier.pdf

3. Normativa

- Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, que institui a Política Nacional de Saúde Integral LGBT. A Política considera a orientação sexual e a identidade de gênero como determinantes sociais da saúde e visa à eliminação das iniquidades e desigualdades em saúde dessa população, estabelecendo diretrizes, ações e estratégias de formação, capacitação dos/das profissionais de saúde e difusão de informações pertinentes ao acesso, à qualidade da atenção à saúde de mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais.

4. Avanços

- Inclusão dos campos nome social, orientação sexual e identidade de gênero na Ficha de Notificação de Violência no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Além desses, também foi incluído um campo para preenchimento da violência motivada por homofobia/lesbofobia/transfobia. Essas informações são imprescindíveis para dar visibilidade à violência sofrida pela população LGBT e qualificar os indicadores de saúde, o que melhora o planejamento das ações de prevenção e promoção da saúde para essa população.

- NOME SOCIAL - O nome social é aquele pelo qual as travestis, as mulheres transexuais e os homens trans preferem ser chamados(as), cotidianamente, refletindo sua identidade de gênero, em contraposição aos nomes de registro civil determinados no nascimento, com os quais não se identificam. A identificação pelo nome social é um direito garantido no SUS desde 2009 pela Carta de Direitos dos Usuários do SUS (Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009). Por isso, independente do registro civil ou de decisão judicial, é direito do(a) usuário(a) do SUS ser identificado(a) e atendido(a) nas unidades de saúde pelo nome de sua preferência.

- PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO SUS - Instituído pelas Portarias





nº 1.707 e nº 457 de agosto de 2008 e ampliado pela Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, o Processo Transexualizador realizado pelo SUS garante o atendimento integral de saúde a pessoas trans, incluindo acolhimento e acesso com respeito pelos serviços do SUS, desde o uso do nome social, passando pelo acesso à hormonioterapia, até a cirurgia de adequação do corpo biológico à identidade de gênero e social.

- Curso de Educação à Distância (EaD) sobre a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, disponível em: <http://unasus.gov.br/politica-de-saude-lgbt>
- Saúde e sexualidade: Construindo a equidade no SUS, Publicação com lançamento programado para o dia 25 /04.
- Campanha “Cuidar bem da saúde de todas. Faz bem para as mulheres lésbicas e bissexuais. Faz bem para o Brasil”, lançada em setembro de 2015, em comemoração ao Dia Nacional pela Visibilidade Lésbica (29 de agosto), disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=19525&catid=1174&Itemid=187
- Cartilha Chegou a hora de cuidar da saúde: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/chegou_hora_cuidar_saude.pdf
- Cartilha Mulheres Lésbicas e Bissexuais- Direitos, Saúde e Participação Social: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mulheres_lesbicas_bissexuais_direitos_saude.pdf
- Vídeo Oficina de Comunicação em Saúde para Lésbicas e Mulheres Bissexuais – Brasília: <https://www.youtube.com/watch?v=3WHYvNFzHPA>
- Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais- Relatório da Oficina Atenção à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais realizada em Brasília de 23 a 25 de abril de 2014: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2014/livreto-atencao-a-saude-de-mulheres-lesbicas-versao-web.pdf>
- Vídeo inserido no Curso EAD sobre a Política Nacional de Saúde Integral LGBT- Rompendo com a Simbologia da Reprodução como Sexualidade do Feminino: <https://www.youtube.com/watch?v=6RbTBXrmeMU>
- Livro Transexualidade e Travestilidade na saúde: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/transexualidade_travestilidade_saude.pdf
- Cartilha Atenção Integral à Saúde da População Trans: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/18/CARTILHA-Equidade-10x15cm.pdf>





- Campanha LGBT – Saúde Trans: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21882&catid=1174&Itemid=187
- Vídeo Visibilidade Trans: https://youtu.be/zlHI9mov_M8
- Página sobre o Processo Transexualizador: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/898-sas-raiz/daet-raiz/media-e-alta-complexidade/l3-media-e-alta-complexidade/12669-cgmac-teste-botao-8>
- Vídeos do Módulo EAD:
 - Nome Social: Cidadania e respeito. <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/2247>
 - O atendimento no serviço do processo transexualizador e a questão: ambulatório X UBS. <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/2338>
 - O projeto transexualizador. <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/2339>
- O Balanço Anual da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos 2015 (<http://www.sdh.gov.br/noticias/2016/janeiro/CARTILHADIGITALBALANODODISQUE1002015.pdf>)

5. Desafios

- Ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde;
- Qualificar os/as trabalhadores/as em saúde sobre as necessidades e especificidades da população LGBT;
- Ampliar os serviços do processo transexualizador no SUS;
- Criar e fortalecer espaços e mecanismos de articulação e participação social referentes às demandas e reivindicações de saúde da população LGBT, na busca de melhor integração entre esses espaços e a gestão do SUS.

Perguntas Disparadoras

1. Quais são as principais demandas de saúde das mulheres lésbicas, bissexuais, Travestis e Transexuais?
2. Existem estratégias municipais/estaduais em desenvolvimento para atender essas demandas? Quais?





3. As necessidades de saúde das mulheres lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis estão inseridas como temas específicos na Conferência Estadual/Municipal?
4. Os movimentos LGBT estão representados nas Conferências Estaduais e Municipais e nos Conselhos de Saúde?
5. Como aperfeiçoar e estimular o controle social, o monitoramento e a avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT em seu território?
6. Como enfrentar o preconceito e discriminação a esta população de mulheres no seu município/estado?

Mulheres em Situação de Rua

1. Descrição

A heterogeneidade das mulheres que se encontram em situação de rua nos obriga a transversalizar o cuidado com várias políticas de saúde, uma vez que esse grupo é composto por negras, LGBT, idosas, crianças, gestantes e deficientes, as quais são praticamente invisíveis.

Certamente, a invisibilidade é um dos problemas que agrava as condições de vida e saúde dessa população e impede o reconhecimento dos seus direitos. Essa invisibilidade se torna evidente quando pensamos que apenas em 2009 instituiu-se a Política Nacional para a População em Situação de Rua e que o Movimento Nacional da População em Situação de Rua só surgiu no início do Século 21. Embora existissem ações do Estado e da sociedade civil voltadas a essa população, podemos afirmar que esses atores agiam quase sempre numa ótica assistencialista ou até com políticas higienistas. Ou seja, o reconhecimento dessas pessoas como cidadãos de direitos é recente e ainda não é acolhido/legitimado pela sociedade.

Outro fator de extrema relevância é o preconceito contra essas pessoas, manifestado cotidianamente por meio de xingamentos, o que acaba se refletindo na forma como essas pessoas se percebem e vivem no mundo.

Não podemos também esquecer as múltiplas violências sofridas por essas mulheres, que se expressam desde a submissão a maus tratos dos homens em troca de





proteção, a adoção de práticas violentas para retirada das pessoas em situação de rua de determinados locais por forças policiais. As dificuldades de acesso à saúde é uma das maiores expressões de violação a seus direitos.

2. Normativas

- Publicação do Decreto nº 7.053 em dezembro de 2009 que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e cria o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da política.
- Resolução CIT nº02/2013 que define as diretrizes e estratégias para as ações de saúde para a População em Situação de Rua.
- Portarias nº 122/2011 e nº 123/2012 que, respectivamente, cria as equipes de Consultório na Rua (CnaR) e que define as diretrizes para organização e funcionamento das mesmas.

3. Avanços

Instituição em 2011 do Consultório na Rua pela PNAB que visa ampliar o acesso da população de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, o qual se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados.

Realização de oficinas de Sensibilização para Profissionais que atuam com a População de Rua, que tem como objetivo capacitar e sensibilizar os profissionais da saúde, assistência, guarda municipal, promotorias e defensorias.

Articulação com estados e municípios para a Criação de Comitês Técnicos de Saúde nos territórios.

Capacitação de Lideranças do Movimento Nacional da População em Situação de Rua.

Realização de Seminários com o objetivo de combater a tuberculose e as ISTs entre a População em Situação de Rua - PSR.

Instituição dos Consultórios de Rua, que são formados por equipes multiprofissionais e prestam atenção integral à saúde de uma referida população em situação de rua in loco. As atividades são realizadas de forma itinerante desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS).





Os Consultórios na Rua lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário.

O Brasil registra atualmente 125 estabelecimento na categoria Consultório na Rua.

Materiais Informativos:

- Campanha “Cuidar Bem da Saúde de Todos. Faz Bem Para a População de Rua. Faz Bem Para o Brasil”. / Ministério da Saúde/Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/Secretaria de Direitos Humanos : Ministério da Saúde 2015
- Cartilha e folder Saúde da População em Situação de Rua: Um direito humano./ MS, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Deptº de Apoio à Gestão Participativa -Brasília : Ministério da Saúde 2015
- Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAB - Brasília : Ministério da Saúde 2012

Perguntas Disparadoras

1. Como seu município vem cuidando da saúde das mulheres em situação de rua?
2. Qual a sua avaliação sobre as ações da saúde das mulheres em Situação de Rua no seu município?
3. Como são tratadas as situações de alta da maternidade de mulheres e bebês que moram na rua?
4. Como fazer valer o direito à maternidade e à convivência familiar da criança sem abrigamento específico?





A Saúde das Mulheres Negras

1. Descrição

Historicamente, a população negra apresenta indicadores sociais piores quando comparados aos da população branca, resultado da histórica exclusão social, de inserções desfavoráveis no mercado de trabalho, de acessos desiguais a bens e serviços, dentre diversos outros fatores estruturantes da desigualdade presente na sociedade brasileira. A maior parte destes indicadores evidenciam piores condições de vida das mulheres negras quando comparadas com a de homens brancos e negros e com a vida de mulheres brancas. As mulheres negras vivenciam o impacto negativo do racismo e do sexismo na sociedade e no acesso aos serviços de saúde do SUS.

Assim, o racismo deve ser reconhecido enquanto fator determinante na prevalência da morte de mulheres negras, enfatizando que políticas universais precisam ter a centralidade na perspectiva racial para promover a equidade do SUS.

2. Situação de Saúde

Em relação aos dados de óbitos maternos, foram notificadas 1.583 mortes maternas em 2012 no Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM, sendo 60% delas de mulheres negras e 34% de brancas (MS/SVS/CGIAE).

As mortes maternas notificadas no SIM apresentaram melhora no registro da variável raça/cor. Em 2000, das mulheres que morreram por alguma causa obstétrica, 16,6% teve sua cor/raça ignorada. Este percentual caiu pela metade em 2005 e, finalmente, atingiu 4,5% em 2012.

A Razão de Mortalidade Materna em 2011 foi de 68,8 /100.000-NV para mulheres negras e de 50,6/100.000-NV para mulheres brancas. (MS/SVS/CGIAE).

A maior parte das mortes maternas corresponde a mulheres de cor ou raça negra e, de acordo com Escalante et al (2014), essa proporção vem aumentando ao longo dos anos seguindo a mesma distribuição da população no período de 2000 a 2012.

No período considerado, houve redução do número de óbitos por todas as causas diretas entre as mulheres de cor ou raça branca, com exceção dos óbitos obstétricos indiretos. Entre as mulheres negras, o registro de redução envolveu apenas os óbitos por hemorragia. Considerando a hipertensão e infecção puerperal, observa-se um





acréscimo em torno de 6,5% de óbitos entre 2000 e 2012. Outros dados de alerta para a qualidade da atenção à saúde materna das mulheres negras se refere ao abortamento e às Doenças Cardiovasculares (DCV), pois no mesmo período essas duas causas foram responsáveis por um acréscimo de aproximadamente 30% e 50%, respectivamente, de mortes de mulheres negras no país.

Em 2012, o quantitativo de consultas de pré-natal realizadas mostrou desigualdades no acesso ao acompanhamento pré-natal entre os diferentes grupos populacionais, a saber população branca (85,8%), seguida da amarela (80,7%), depois parda (71,8) e por último da população preta (71,2%).

Os dados sobre parto em adolescente apontam que a proporção de nascidos vivos de mães adolescentes (de 10 a 19 anos) diminuiu entre 2000 e 2012, mantendo maior incidência na faixa etária de 15 a 19 anos, já que o grupo mais jovem se manteve estável. Com relação ao quesito raça/cor, o percentual de mães adolescentes entre 15 e 19 anos diminuiu para todas adolescentes, com exceção da indígena que manteve a proporção nos anos de 2005 a 2012. No período, o percentual de partos em adolescentes foi superior na cor/raça parda e preta do que na amarela ou branca.

3. Normativas

- Lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989 – Define os crimes resultantes de preconceitos de raça ou de cor.
- Lei nº 10.639, de 9 de janeiro de 2003 – Altera a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da Rede de Ensino a obrigatoriedade da temática “História e Cultura Afro-Brasileira”, e dá outras providências.
- Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010 – Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nos 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003.
- Lei nº 10.678, de 23 de maio de 2003 – Cria a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, da Presidência da República, e dá outras providências.
- Portaria nº 1678, de 13 de agosto de 2004 – Cria Comitê Técnico para subsidiar o avanço da equidade na Atenção à Saúde da População Negra e dá outras providências.





- Portaria nº 1391, de 13 de agosto de 2005 - Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, as diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias.
- Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009 – Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.
- Resolução nº 2, de 2 de setembro de 2014 – Dispõe sobre o II Plano Operativo (2013-2015) da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Portaria nº 1.321, de 21 de dezembro de 2015 – Inclui, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, a compatibilidade do transplante alogênico aparentado de medula óssea, de sangue periférico ou de sangue de cordão umbilical, para tratamento da doença falciforme, e estabelece indicações e tipo de transplante para essa finalidade.

4. Avanços

Em 2009, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN e em 2014 foi instituído o II Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, Resolução nº 2, de 2 de Setembro de 2014, que estabelece estratégias de aplicação da PNSIPN para garantir o acesso da população negra a ações e serviços de saúde de qualidade, de forma oportuna e humanizada, contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população negra, para redução das iniquidades de raça, gênero, geracionais e de classe, bem como para promoção da qualidade de vida de brasileiros e brasileiras.

Dentre as ações e estratégias do Ministério da Saúde para o enfrentamento do racismo, melhoria do acesso e promoção da saúde integral das mulheres negras, destacam-se:

- Implantação do quesito raça/cor em todos os sistemas de informação do SUS

O Ministério da Saúde tem feito um esforço institucional para incluir o quesito raça/cor em todos os sistemas de informação do SUS, pois a ausência da variável raça/cor na maioria dos sistemas tem dificultado uma análise mais consistente sobre iniquidades e desigualdades que impactam na saúde das mulheres negras no Brasil. O recorte racial/étnico é fundamental para a vigilância em saúde, qualificando a análise dos indicadores e o planejamento e execução de ações de saúde.





Indicadores de saúde que consideram cor/raça/etnia são imprescindíveis para que se possa avaliar a qualidade de vida de grupos populacionais, conhecer de que e como adoecem e morrem. Alguns problemas de saúde são mais prevalentes em determinados grupos raciais/étnicos e, no caso das mulheres negras, a literatura refere maior frequência de diabetes tipo II, miomas, hipertensão arterial e doença falciforme.

- Ações para a Doença Falciforme

A Doença Falciforme (DF) é uma enfermidade genética e hereditária, com incidência significativa entre pretos e pardos (negros), que segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística caracterizam-se como o segmento de maior vulnerabilidade socioeconômicas.

Sendo Brasil um país miscigenado, a relevância epidemiológica da doença tornou-a um problema de saúde pública. Estima-se que no Brasil existam cerca de 60.000 pessoas com a doença. Segundo dados do Programa Nacional de Triagem Neonatal - PNTN/MS, em 2015, foram 1.149 novos casos e 65.796 para hemoglobina S (traço falciforme). Apenas 20% destas crianças atingem os 5 anos de idade caso não recebam o devido tratamento.

Neste contexto, o Ministério da Saúde investiu em iniciativas tais como: a instituição das diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, a inclusão de seu diagnóstico no Programa de Triagem Neonatal (Teste do Pezinho) em todos os estados e o exame de eletroforese de hemoglobina na atenção básica, assegurados pela estratégia Rede Cegonha (a eletroforese de hemoglobina passa a compor o rol de exames no pré-natal) e na doação de sangue. Também incorporou ao SUS o transplante de células-tronco hematopoiéticas entre parentes a partir da medula óssea, de sangue periférico ou de sangue de cordão umbilical.

Com a inclusão desse Transplante de Células Tronco Hematopoiética, também chamado de Transplante de Medula Óssea, procedimento no SUS, objetiva-se que os pacientes tenham maior acesso a esse tratamento. Isto significa esperança de cura e a possibilidade de vida livre das intercorrências comuns à doença.

- Promoção da Igualdade Racial e combate ao Racismo Institucional

Para contribuir com o enfrentamento do racismo institucional, o Ministério da Saúde e a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República lançaram, em 2014, a campanha publicitária contra o racismo voltada para profissionais e pacientes da rede pública de saúde. A campanha “Racismo faz mal à Saúde. Denuncie!” foi veiculada em televisão, rádio, jornal impresso, revistas e nas redes sociais, assim como foram distribuídos panfletos e cartazes para serviços de saúde.





Além disso, por meio do “Disque Saúde 136”, o Governo Federal incentiva a população a denunciar qualquer situação que envolva discriminação racial nas unidades de saúde. Esse mesmo serviço também permite que as pessoas obtenham informações sobre doenças mais prevalentes na população negra, a exemplo da doença falciforme e a diabetes tipo 2. Nesse sentido, o disque denúncia do racismo soma-se ao ligue 180, instrumento de denúncia das violências contra as mulheres; e ao disque 100, instrumento de denúncia das violações de direitos humanos. Estes serviços incentivam a participação da sociedade na busca pela a superação de todas as formas de discriminação.

- Curso à distância sobre Saúde da População Negra

Em 2014, o Ministério da Saúde, em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS), lançou o curso gratuito e à distância sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. O curso é aberto ao público, sendo ofertado para profissionais de quaisquer áreas do conhecimento que se interessem pelo tema.

<http://unasus.gov.br/populacaonegra>

- Ciência e Tecnologia

O Ministério da Saúde, em 2014, lançou o segundo edital de pesquisa em saúde da população negra. No total, oito pesquisadores/projetos de pesquisa foram selecionados nessa chamada, sendo disponibilizados cerca de R\$ 2 milhões para a ação. Os dados da pesquisa serão importantes para apontar diretrizes para execução e readequação de processos de gestão e atenção à saúde com vistas à redução das desigualdades étnico-raciais e de promoção da equidade em saúde.

- Comitê Técnico de Saúde da População Negra - CTSPN

O Comitê Técnico de Saúde da População Negra, instituído pela Portaria nº 1.678/GM/MS, de 13 de agosto de 2004, é uma instância que possui a finalidade de participar da elaboração, implementação e acompanhamento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN, assim como apresentar subsídios técnicos e políticos que contribuam para iniciativas e ações programáticas relacionadas com a saúde da população negra. O comitê é composto por representantes governamentais, especialistas na temática e movimentos sociais atuantes no campo da saúde da população negra.

- Implantação da Política de Saúde Integral da População Negra nos estados e municípios





Atualmente, o SUS conta com 13 Comitês Técnicos Estaduais de Saúde da População Negra e 16 Comitês Técnicos Municipais de Saúde da População Negra.

5. Desafios

- Preenchimento do Quesito Raça/Cor como prática condicionante e obrigatória;
- Estabelecimento de metodologia de monitoramento e avaliação para efetivar a implementação da PNSIPN no âmbito federal, estadual e municipal – Construção de Indicadores;
- Estímulo à inserção de representações da população negra nos conselhos de saúde nacional/estadual/municipal - e demais instâncias de participação social;
- Estimulo à inclusão da PNSIPN nos instrumentos de planejamento de gestão nas esferas federal, estadual e municipal (PPA, Plano Nacional de Saúde, Plano Estadual de Saúde, Plano Municipal de Saúde, entre outras possibilidades).

Perguntas disparadoras

1. Que estratégias estão sendo desenvolvidas para ampliar o acesso e a promover a saúde das mulheres negras no estado/município?
2. O recorte raça/cor é utilizado ao se produzir dados em saúde no seu município?
3. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é utilizada/priorizada pelos gestores do seu município/estado para implantação/implementação das ações em saúde?
4. De que maneira podemos aperfeiçoar e estimular as práticas de monitoramento e avaliação referentes à implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População?





Mulheres do Campo, Floresta e das Águas

1. Descrição

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas foi instituída no âmbito do Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 2.866/2011. Nasceu das experiências concretas dos movimentos sociais do campo, da floresta e das águas que têm sua atuação relacionada à questão agrária e que trazem presentes o seu modo de viver e de produzir, bem como a temática da saúde ambiental, saúde do trabalhador (a) do campo, da floresta e das águas e da defesa e luta pelo Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo seus princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação popular.

O reconhecimento de que as condições econômicas, sociais e ambientais em que vivem as populações do campo, da floresta e das águas determinam processos de adoecimento nessas populações, foi fundamental para instituir no âmbito do Ministério da Saúde (MS), o Grupo da Terra (instituído pela Portaria nº 2.460/2005), o qual é composto por movimentos sociais organizados do campo, da floresta e das águas, técnicos das Secretarias e Órgãos afins do Ministério da Saúde (MS) e outros convidados. Cabe destacar que esse Grupo se constitui como um espaço de diálogo entre os movimentos sociais e Governo Federal, buscando dar consequência às suas demandas e necessidades de saúde.

Neste contexto, esta política visa diminuir as iniquidades em saúde, promovendo o reconhecimento das condições de vida, ambiente e trabalho, a compreensão sobre os determinantes sociais, as especificidades e necessidades dessas populações em relação aos seus processos de vida e trabalho associados aos territórios onde vivem. Propõe ampliar o acesso por meio da articulação de ações, estratégias e políticas como a Atenção Básica / Estratégia Saúde da Família (ESF), o acesso às Redes de Atenção em todos os níveis de complexidade, melhoria de indicadores de saúde e da qualidade de vida destas populações.

2. Normativas

- Portaria nº 2.460, de 12 de dezembro de 2005, institui no âmbito do Ministério da Saúde, o Grupo da Terra que tinha como objetivo principal a elaboração da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo (revogada pela Portaria nº 3.071, de 27 de dezembro de 2012, o qual redefine a composição e as atribuições do Grupo da Terra no âmbito do Ministério da Saúde).





- Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011, instituiu a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo da Floresta e das Águas no âmbito do Sistema Único de Saúde.

3. Avanços

A pactuação do Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo da Floresta e das Águas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), resultou na publicação da Resolução nº 3/2011 que envolve a gestão federal, estadual e municipal na responsabilidade de instituir a Política no âmbito do SUS. Esse Plano encontra-se estruturado em quatro eixos prioritários, a saber: 1) Acesso das populações do campo, da floresta e das águas na Atenção à Saúde; 2) Ações de promoção e vigilância em saúde; 3) Ações de educação permanente e educação popular; 4) Monitoramento e avaliação do acesso às ações e serviços de saúde. Busca assim, subsidiar os gestores e trabalhadores do SUS no processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde, bem como promover a articulação intra e intersectorial e a transversalidade com outras ações e políticas, pode-se destacar algumas ações como:

- Criação de Unidades Básica de Saúde (UBS) Fluviais e Estratégia de Saúde da Família (ESF) para as populações ribeirinhas;
- Inclusão do Programa Mais Médicos nas regiões consideradas como vazios assistenciais, visando ampliar o acesso e a qualidade do atendimento em saúde das populações do campo, da floresta e das águas (ribeirinhos, camponeses, pescadores artesanais, quilombolas, extrativistas, entre outros) como direitos de cidadania destas populações;
- Instituição de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador Rural (CEREST rural), nos estados do CE, GO, MG, MS, MT, PI, RO e RR;
- Instituição de Comitês de Políticas de Promoção de Equidade em Saúde, nos estados do ES, PI, RS e SE, com participação dos movimentos sociais do campo, da floresta e das águas;
- Mestrado Profissional em Trabalho, Saúde, Ambiente e Movimentos Sociais (ENSP/FIOCRUZ) com o objetivo de desenvolver investigações em torno da saúde, ambiente, trabalho e movimentos sociais do campo, floresta e águas, a fim de ampliar e consolidar conhecimentos sobre o tema para apoio da gestão.
- Formação na Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas voltada aos movimentos sociais do campo da floresta e das águas.





Materiais produzidos sobre a saúde das mulheres do campo, da floresta e das águas

- Cartilha: Tecendo a saúde das mulheres do campo, da floresta e das águas: direitos e participação social.
- Livro: Saúde e Ambiente para as populações do campo, da floresta e das águas (Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa, 2015) - [Água: ambiente livre para saúde dos pescadores e pescadoras do Brasil; p. 139; 2015. Saúde e Ambiente: a experiência no movimento de mulheres camponesas; p. 205, 2015].

4. Desafios

- Ampliar o acesso das populações do campo, da floresta e das águas às ações e serviços de saúde humanizados e resolutivos;
- Formar e informar trabalhadores/as e gestores/as da saúde sobre as necessidades e especificidades das populações do campo, da floresta e das águas;
- Apoiar Estados e Municípios na implementação do Programa Nacional de Saneamento Rural, conforme especificidades dos territórios;
- Apoiar e fortalecer espaços de articulação e participação social, a exemplo dos Comitês de Promoção de Equidade em Saúde, visando melhor integração entre a gestão do SUS e as populações do campo, da floresta e das águas, no sentido de atender as demandas e reivindicações dessas populações e o controle social no SUS;
- Promover mecanismos de informação e comunicação, de acordo com a diversidade e as especificidades socioculturais.





Perguntas disparadoras

1. A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas é de conhecimento dos gestores do SUS?
2. O seu município implantou estratégias específicas para assegurar o acesso das mulheres do campo, da floresta e das águas às ações e serviços de saúde? (Exemplos: horário diferenciado; flexibilidade de agenda; concentração de várias ações de cuidado para aproveitar a presença dessa mulher; no mesmo dia? Garantia de vagas para quem é da área rural?). O Plano de Saúde municipal/estadual contempla ações específicas para estas populações?
3. Os Conselhos de Saúde têm representação dos movimentos sociais do campo, da floresta e das águas? Caso negativo, por que isso ocorre?
4. Foram instituídos os Comitês de Promoção de Políticas de Equidade em Saúde no seu estado?
5. Quais ações realizadas no seu município/estado que refletem à implementação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas?
6. Existem ações e serviços de saúde voltados para as mulheres do campo, da floresta e das águas, que levem em conta suas necessidades específicas e seu jeito próprio de cuidar da vida e da saúde?





Saúde das Mulheres Indígenas

1. Descrição

A atenção à saúde das mulheres indígenas deve estar orientada de acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), que compatibiliza as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com os direitos indígenas previstos na Constituição Federal de 1988, reconhecendo aos indígenas seus direitos étnicos, culturais e territoriais. A PNASPI prevê que para a efetivação dos princípios e diretrizes de descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social, é necessário que a atenção à saúde indígena assegure, ainda, a atenção diferenciada, levando-se em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos.

As ações de atenção básica nos territórios indígenas são desenvolvidas desde 1999 pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS) criado no âmbito do SUS e gerido, atualmente, pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), do Ministério da Saúde, através dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

Os DSEI têm como retaguarda as redes municipais e estaduais de saúde para a garantia da integralidade da atenção. Os serviços hospitalares e de atenção básica que atendem as mulheres indígenas em contextos urbanos devem também seguir os princípios e diretrizes da PNASPI e estar preparados para desenvolver um atendimento diferenciado, considerando as diferenças linguísticas e culturais dos povos indígenas daquele território.

Um dos aspectos importantes a se considerar é o histórico de conflito e violência que marcou a relação com as populações indígenas no país. Este ainda está presente em muitos contextos e se expressa em preconceitos, racismo e discriminações que repercutem diretamente sobre a saúde dessas mulheres e sobre o acesso delas aos serviços de saúde.

2. Situação de Saúde

Com relação à atenção a saúde materna, o parto natural e normal é o tipo de parto mais frequente entre as mulheres indígenas. O modo tradicional de parir é predominante entre muitos povos indígenas, embora se observe um aumento dos partos hospitalares nos últimos anos. De acordo com o SIASI – Sistema de Informação de Saúde Indígena, de 2010 a novembro de 2016, 45% dos registros de nascidos vivos no sistema





possuíam a informação do local onde ocorreu o parto. Desses, 48% nasceram por partos domiciliares e 52% nasceram por partos que ocorreram em estabelecimentos de saúde (maternidades, upas e hospitais) dos municípios de referência.

A principal causa de mortalidade materna entre os povos indígenas, de acordo com o SIASI, é por situações relacionadas à eclampsia (29,5% dos óbitos maternos indígenas registrados entre 2010 a agosto de 2016) seguido das hemorragias (28,2% dos óbitos maternos no mesmo período). As causas relacionadas a abortamentos representam 11,8% do total de óbitos maternos no período.

3. Normativas

- Decreto nº 3.156, de 27.08.1999: dispõe sobre a assistência à saúde indígena no âmbito do SUS;
- Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – Portaria nº 254, de 21.12.2002;
- Diretrizes da gestão na Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena – Portaria GM/MS nº 2.656, de 17.10.2007.

4. Avanços

- V Conferência Nacional de Saúde Indígena, dezembro de 2013 em Brasília-DF, onde foram aprovadas propostas para maior participação das mulheres indígenas nas instâncias do controle social e na implementação das ações de saúde, através de contratações para que atuem como Agentes Indígenas de Saúde, nas Unidades Básicas de Saúde Indígena.
- I Conferência Livre de Saúde das Mulheres Indígenas, a ser realizada nos dias 23 e 24 de abril de 2017, em Brasília. Neste sentido, é extremamente relevante o incentivo e apoio à participação das mulheres indígenas nas conferências municipais, regionais e estaduais, onde serão eleitas as delegadas da II Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, de forma dar visibilidade e voz às demandas específicas das mulheres indígenas, considerando a diversidade de povos que representam.

5. Desafios

- Efetivar o princípio da atenção diferenciada na saúde em contexto interétnico, concretizando a própria PNASPI.





- Estabelecer relação de cuidado baseada no respeito, reconhecimento, proteção, e articulação entre as práticas de cuidado ofertadas pelo SUS e os saberes tradicionais dos povos indígenas.
- Organizar, ambientar e capacitar a rede de atenção obstétrica para a oferta de cuidado adequado às especificidades das mulheres indígenas, levando em conta o perfil epidemiológico e étnico cultural. Deve-se ter especial atenção ao respeito e proteção às práticas tradicionais alimentares, bem como rituais e modos específicos de lidar com o parto e nascimento.
- Conhecer as especificidades epidemiológicas e étnico culturais que envolvem o tema da violência e mulheres indígenas, em todas as suas formas, o que exige dos trabalhadores e gestores aprofundamento do diálogo com as mulheres, lideranças e comunidades indígenas. Esse desafio é essencial para que os serviços de saúde realizem ações culturalmente adequadas, conforme institui a PNASPI.
- Conhecer e intervir no enfrentamento da violência institucional/preconceito relatado pelas mulheres indígenas

Perguntas disparadoras

1. Como as mulheres indígenas podem participar mais ativamente das elaborações de políticas públicas de saúde a respeito da saúde indígena?
2. Como as/os trabalhadores/as das Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena podem promover a inclusão das práticas e cuidados das medicinas indígenas, de forma a atender expectativas e necessidades específicas de cada mulher, de acordo com as medicinas tradicionais de seu grupo étnico?
3. Como a rede de saúde dos estados e municípios podem desenvolver uma ambiência adequada e uma atenção humanizada e respeitosa às mulheres indígenas, conforme suas especificidades culturais e necessidades de saúde?
4. Quais estratégias são necessárias para o SASI-SUS e o SUS efetivarem o direito à atenção diferenciada e reduzirem o preconceito e discriminação narradas pelas mulheres indígenas que acessam os serviços de saúde?
5. Como as mulheres indígenas podem ampliar e fortalecer sua participação no controle social da saúde indígena? E no controle social da atenção na rede do SUS?





Envelhecimento e saúde das mulheres idosas

1. Descrição

Uma característica marcante do processo de envelhecimento da população no Brasil e no mundo é a “feminização da velhice”. De acordo com dados do IBGE/PNAD/2015 as mulheres representam 56% da população idosa brasileira, se considerarmos a população mais idosa, com idade superior a 80 anos, o percentual de mulheres sobe ainda mais. Em geral, as mulheres idosas têm menor renda e escolarização, grandes percentuais delas são chefes de família, bem como exercem o papel de principais cuidadoras de familiares em situação de dependência de uma forma geral. Estas especificidades variam considerando a região de residência, raça/cor e grupo/classe social da idosa. Chama atenção o predomínio de mulheres entre as vítimas de violência contra a pessoa idosa, o aumento dos casos de HIV/AIDS entre mulheres idosas, bem como o agravamento de problemas de saúde decorrentes do mundo do trabalho nas idades mais avançadas.

O processo de envelhecimento da população brasileira impactou e trouxe mudanças no perfil demográfico e epidemiológico em todo o país, produzindo demandas que requerem respostas das políticas sociais envolvendo o Estado e a sociedade, implicando em novas formas de cuidado. No Brasil, atualmente, a proporção de pessoas idosas alcançou 14,3% da população, o que significa 29.374.000 de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (PNAD/IBGE, 2015). Segundo projeções do IBGE, em 2016, a esperança de vida ao nascer é de 71,9 anos para os homens e 79,1 anos para as mulheres e, sendo possível que esse indicador aumente ainda mais nos próximos anos.

Esta transição demográfica é acompanhada pela transição epidemiológica caracterizada pelo aumento progressivo da prevalência de doenças e agravos crônicos não transmissíveis, sendo a população idosa a mais exposta a essas condições onde se observa, na maioria, a presença de multimorbidades. Assim, observa-se a crescente demanda por cuidados entre os idosos que, com o aumento progressivo da expectativa de vida, tenderá a compor um grupo que demandará cuidados de longa duração. Soma-se a isso a heterogeneidade do envelhecimento em todo o país, caracterizado, ainda, por importantes desigualdades sociais e regionais. As condições do curso de vida individual, em um determinado contexto socioeconômico e cultural, determinam ‘como uma pessoa idosa fica velha’.





2. Situação de Saúde

Violência contra as mulheres idosas

Segundo conceito elaborado pela Organização Mundial de Saúde – OMS – e adotado no Brasil pelo Estatuto do Idoso (Lei n 10.741/2003, alterada pela Lei nº 12.461, de 2011), a violência contra a pessoa idosa caracteriza-se por ações ou por omissões cometidas uma vez ou muitas vezes, prejudicando a integridade física e emocional do(a) idoso(a), impedindo o desempenho de seu papel social. A violência acontece como uma quebra de expectativa positiva por parte das pessoas que a cercam, sobretudo dos filhos, dos cônjuges, dos parentes, dos cuidadores, das instituições, da comunidade e da sociedade em geral. Os tipos mais comuns de violência contra a pessoa idosa são: abuso físico, maus tratos físicos ou violência física, abandono, abuso sexual, violência sexual, abuso financeiro e econômico, negligência, autonegligência e violência psicológica (Brasil, 2014).

A legislação brasileira prevê no art. 19. do Estatuto do Idoso que os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos: autoridade policial, Ministério Público, Conselho Municipal, Estadual ou Nacional do Idoso.² A notificação compulsória é registrada no sistema VIVA-SINAN do Ministério da Saúde. Os dados apontam para um aumento da notificação da violência contra esta população:

- No ano de 2013, foram registradas 11.785 notificações compulsórias de violências contra idosos, destas, 6.532 foram cometidas contra mulheres, e entre os tipos de violência a mais comum para ambos os sexos foi a violência física.
- Segundo o Disque-100 da Secretaria de Direitos Humanos, em 2013, foram registradas em 36.976 denúncias de violência contra pessoas idosas, tendo como tipo de violência mais comum a negligência (29.426 denúncias), o principal agressor o(a) filho(a) (11.132 denúncias) e a casa da vítima como local onde mais ocorre a violência (29.919 denúncias).

Apesar do número expressivo de notificações e denúncias, vale ressaltar a invisibilidade da violência contra pessoas idosas nas unidades de saúde. Esse fato pode ser compreendido pela falta de capacitação dos profissionais para identificar e atender os casos de idosos que sofreram algum tipo de violência, falta de sensibilização dos gestores e profissionais de saúde e a ausência de uma rede de proteção bem articulada para o encaminhamento adequado. Diante disso, torna-se importante mapear e





caracterizar os serviços do SUS que atendem, entre outros grupos, pessoas idosas em situação de violência no Brasil, bem como conhecer os fluxos da rede de proteção para qualificar o atendimento ofertado.

Direitos sexuais das mulheres idosas

Falar de sexualidade na velhice ainda é um tabu, o que dificulta a busca de informação e a superação de obstáculos para ter uma vida sexual e qualidade de vida nesta faixa etária. Neste sentido, a Convenção Interamericana sobre Proteção dos Direitos Humanos das Pessoas Idosas, aprovada pela Organização dos Estados Americanos em 15 de junho de 2015, destaca a importância de se “fomentar políticas públicas sobre saúde sexual e reprodutiva da pessoa idosa”. O Plano Internacional de Madrid (2002) também aponta que “a pessoa idosa tem pleno direito de contar com acesso à assistência preventiva e curativa, incluída a reabilitação e os serviços de saúde sexual”.

As mulheres têm vida sexual ativa após os 60 anos, ao contrário do que o censo comum propaga. Além disso, cabe destacar a que a vivência sexual de mulheres idosas é diversa, hetero e homoafetivas, e devemos conversar sobre essa dimensão da vida abertamente com as idosas. Alterações sexuais que ocorrem com o avançar da idade podem ser resolvidos com orientação e educação. Alguns problemas comuns também podem afetar o desempenho sexual: artrites, diabetes, fadiga, medo de infarto, efeitos colaterais de fármacos e álcool. Desse modo, devem fazer parte da avaliação sistemática das pessoas idosas sexualmente ativas a investigação de doenças sexualmente transmissíveis/AIDS.

Vale destacar que as mulheres após a menopausa, principalmente, após os 60 anos, normalmente apresentam algum desconforto nas relações sexuais com penetração vaginal. A utilização de cremes vaginais/lubrificantes favorecem as condições genitais para o exercício pleno da sexualidade. As equipes de saúde devem estar preparadas para não reproduzir os padrões de que não existe vida sexual na velhice e estar apta a prestar a atenção à saúde sexual das mulheres idosas.

3. Normativas

- Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, que prevê a garantia dos direitos sociais à pessoa idosa, definida como a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96).
- Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 1/10/2013)





- Portaria GM/MS nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.
- Convenção Interamericana sobre Proteção dos Direitos Humanos das Pessoas Idosas, aprovada pela Organização dos Estados Americanos (OEA) em 2015.
- Relatório Mundial sobre o Envelhecimento e Saúde, publicado pela Organização Mundial de Saúde em 2015.

4. Desafios

- Incorporar novo paradigma de práticas de saúde, tendo como foco o “cuidado”, com ampliação do olhar para além do modelo biomédico.
- Reconhecer as peculiaridades da pessoa idosa quanto à apresentação, instalação e desfechos dos agravos em saúde, traduzidas pela maior vulnerabilidade a eventos adversos, necessitando de intervenções multidimensionais e multisetoriais.
- Identificar condicionantes e determinantes do processo saúde/doença, em particular no que tange à capacidade funcional, o condicionante mais importante de desfechos desfavoráveis na pessoa idosa, como hospitalização, institucionalização e morte.
- Organizar o sistema de saúde para responder às crescentes demandas da população que envelhece rapidamente e de forma heterogênea, com foco na promoção do envelhecimento saudável, assim como na organização da atenção às pessoas idosas.

Perguntas disparadoras

1. Existem ações de saúde integral para as mulheres idosas no seu município? Quais?
2. Há conhecimento de ações de promoção do envelhecimento saudável nas unidades de saúde?
3. Existe alguma prática de grupo para mulheres na menopausa?
4. As mulheres idosas têm acesso a informações referentes à violência e à sexualidade?





Saúde Mental e Atenção Psicossocial

1. Descrição

A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, com base nas Leis nº 10.216/01, nº 10.708/03 e nº 11.343/06, configurou-se como uma política de Estado alinhada aos princípios e diretrizes de organismos internacionais que objetivam o alcance do maior grau possível de saúde por todos os povos.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3088/2011, tem como finalidade a “criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2011b). A organização da RAPS em diversos componentes e pontos de atenção retrata a complexidade do cuidado a esta população, sendo que cada ponto de atenção desempenha um papel específico no Projeto Terapêutico Singular de cada usuário da RAPS. Os componentes da RAPS são: Atenção Básica, Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação Psicossocial.

A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas afirma o usuário como sujeito de direitos. Espera-se que o fortalecimento da RAPS promova a oferta qualificada de atenção integral e contínua, de modo a produzir transformação nas realidades sociais em prol do cuidado em liberdade, da equidade, da tolerância às diferenças, da ampliação da autonomia e da garantia de direitos humanos e de cidadania. E que se promova a construção na sociedade de uma nova sensibilidade cultural para a questão da loucura, já que na lógica manicomial operam-se formas de invalidação do sujeito.

2. Situação de Saúde

- Pesquisa Nacional Saúde, 2013

Verificou-se que havia uma maior prevalência de depressão sobre pessoas do sexo feminino, 10,9%, contra 3,9% dos homens (quase 3 vezes maior).

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas – Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014.





- No contexto nacional, a depressão é a primeira causa de carga de doença entre as mulheres no Brasil (Leite et al., 2015).

3. Normativas

- Lei nº 10.216, de 06/04/2001 - Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

- Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003 - Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações;

- Portaria/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 - Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Republicada em 21 de maio de 2013.

- Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012 - Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Republicada em 21 de maio de 2013.

- Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012 - Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.

- Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012 - Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

- Portaria nº 1.615, de 26 de julho de 2012 – Altera artigos da 148 no que diz respeito ao número mínimo (4) e máximo de leitos (25) e o valor do incentivo passa a ser por leito (4 mil);

- Portaria nº 2.840 de 29 de dezembro de 2014 - Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio.

- Nota Técnica Conjunta MS e MDS nº 001/2016 Diretrizes, fluxos e fluxogramas





para atenção integral às mulheres e adolescentes em situação de rua ou e/ou usuárias de álcool e/ou crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos.

4. Avanços

- Lei 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
- Rede de Atenção Psicossocial como referência estratégica do cuidado na promoção e garantia dos direitos de cidadania, sustentados na autonomia e no protagonismo de usuários e familiares.
- Centro de Atenção Psicossocial como serviço estratégico essencial ao cuidado em liberdade.
- Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), para egressos de longa internação em Hospitais Psiquiátricos ou de Custódia.
- Programa “De Volta Para Casa” (PVC) que estabelece o auxílio à reabilitação psicossocial para pessoas egressas de internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos, e seus reajustes sucessivos.
- Princípios da Redução de Danos como ética de cuidado.
- Fortalecimento do controle social no SUS (assembleias, colegiados de gestão, reuniões sistemáticas, reuniões de conselhos locais de saúde, sociedade civil organizada).
- Portaria MS 854/2012: que institui hospitalidade noturna para todo CAPS
- Articulação e mobilização interfederativa (União, Estados e municípios) para aceleração dos processos de desinstitucionalização.
- Estratégias e ações para atenção psicossocial aos povos indígenas e tradicionais.

5. Desafios

- Mudança de cultura e da formação médica em relação ao modelo de atenção à saúde mental, de modo a facilitar o processo de desinstitucionalização e implantação de rede substitutiva.





Necessidade de qualificação do cuidado nos territórios, ampliação dos pontos de atenção da RAPS e fortalecimento da articulação intersetorial com diversos atores da sociedade.

- Criar condições para que os serviços mantenham as “portas abertas”, garantindo o acesso irrestrito e desburocratizado.
- Garantir privacidade nas Unidades de Acolhimento, reconhecendo-as como um ambiente residencial.
- Fortalecer o cuidado em saúde mental nos serviços de Atenção Básica, especialmente nos municípios com menos de 15 mil habitantes, onde a atenção básica da RAPS é prioritária para o acompanhamento psicossocial no cotidiano.
- Necessidade de mudar o paradigma de intervenção coercitiva a partir de ações da segurança pública para uma perspectiva com base na ampliação do acesso e garantia de direitos.
- Fortalecer intervenções baseadas na participação dos usuários e na participação local para contemplar a discussão sobre os determinantes sociais da saúde, considerando o “problema das drogas” como um fenômeno mais amplo que não se restringe ao binômio repressão □ cuidado e que é profundamente relacionado com a pobreza e a exclusão.
- Necessidade de não institucionalizar os bebês de mães com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.
- Necessidade de intensificar estratégias e ações para atenção psicossocial aos povos indígenas e tradicionais e para pessoas em situação de rua.
- Sustentar a garantia dos direitos apontados no Estatuto da Criança e do Adolescente, como prioridade nacional absoluta, nos serviços de Saúde Mental.
- Fortalecer o protagonismo da população infantojuvenil na Rede de Atenção Psicossocial, estimulando a atuação em coletivos articulados aos serviços e encontros de grupos de crianças e jovens.
- Ampliar a prevenção do suicídio. Que as pessoas com depressão grave, antecedentes ou risco de suicídio cheguem, de alguma forma, até a atenção





especializada, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e intensificar o acompanhamento pela equipe de Atenção Básica.

Perguntas Disparadoras

1. Como se dá o cuidado das mulheres à rede de atenção psicossocial? (considerando acesso, acolhimento da demanda, qualificação do cuidado, continuidade da atenção)
2. Existem atividades ofertadas pela rede de atenção psicossocial no seu território? Elas são suficientes?
3. Como apoiar os processos de implementação da Rede de Atenção Psico Social no seu território?
4. Quais encaminhamentos possíveis para as mulheres que sofrem em relações de opressão e muitas vezes tal sofrimento gera ou agrava transtornos mentais?
5. Como fortalecer as mulheres quanto às discriminações (mulher negra, indígena, de comunidade tradicional, com deficiência, baixa renda, usuária de drogas, entre outros)?

Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva

1. Descrição

Os direitos sexuais e os direitos reprodutivos são Direitos Humanos já reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais. Os direitos à saúde sexual e a saúde reprodutiva representam uma conquista histórica, fruto da luta pela cidadania e pelos Direitos Humanos.

O Ministério da Saúde vem trabalhando para fortalecer as ações de saúde sexual e saúde reprodutiva no sentido de garantir que as mulheres e homens adultos, jovens e adolescentes tenham o direito de decidir, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas; direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças, independentemente de estado civil, idade ou condição física; e o direito de acesso a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e um atendimento de qualidade, sem discriminação.





2. Situação de Saúde

De acordo com a pesquisa Nascer no Brasil – Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento publicada em 2014, 55% das mulheres entrevistadas não planejaram aquela gravidez; entre adolescentes, o percentual é ainda maior: 66,6%. Tais dados denotam a existência de dificuldades no acesso às ações de saúde sexual e saúde reprodutiva, apesar do amplo rol de métodos contraceptivos ofertados no âmbito do Sistema Único de Saúde, inclusive com a disponibilidade de método reversível de longa duração e alta eficácia – o DIU de cobre.

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006) apontou aumento de 12,4% na proporção de mulheres em idade fértil (MIF) em uso de métodos anticoncepcionais (MAC) no período de 1996 a 2006 (de 55,4% para 67,8%).

Observou-se uma mudança profunda em relação à situação revelada pela PNDS 1996, quando a anticoncepção estava praticamente restrita a dois métodos: 40% das mulheres laqueadas e 20,7% fazendo uso de pílulas. O uso de injetáveis triplicou, passando de 1,2 para 4%. O uso das pílulas e do DIU apresentou acréscimos, respectivamente, de 20,7 para 24,7% e de 1,1 para 1,9%. Também observou-se declínio da esterilização feminina (laqueadura tubária), que passou de 40% a 29% e um crescimento do uso do preservativo de 4% a 12%, no período de 1996 a 2006.

Observamos, por estes resultados, um uso muito restrito de métodos não hormonais, como por exemplo o DIU de cobre. O DIU se configura como um método reversível de alta eficácia, longa duração e com baixos efeitos colaterais. É um método pouco difundido no Brasil, apesar de ser o método mais utilizado no mundo.

Temos que levar em conta também outros métodos não citados na pesquisa, como a camisinha feminina e diafragma, métodos de barreira, que também devem estar disponibilizados para que seja garantida a autonomia e escolha das mulheres. O preservativo feminino inclusive tem dupla proteção, pois é um método que evita tanto a gravidez como as infecções sexualmente transmissíveis.

O MS distribui atualmente os métodos contraceptivos para a Atenção Básica, sendo que em 2015 foram distribuídos pelo MS um quantitativo de 626.718.756 cartelas, ampolas e unidades de métodos contraceptivos para todo país. No intuito de garantir a escolha das mulheres e homens adultos, jovens e adolescentes pelos métodos contraceptivos mais adequados a sua situação, faz-se necessária a ampliação do acesso a esses métodos, de modo a prevenir gestações não-planejadas e indesejadas.

Adolescentes e jovens: Adolescentes e jovens são sujeitos de direitos e devem receber atenção diferenciada pelas equipes de saúde. Segundo o Estatuto da Criança e do





Adolescente, constituem-se direitos fundamentais do(a) adolescente a privacidade, a preservação do sigilo e o consentimento informado. Assim, os(as) adolescentes têm o direito de ter privacidade durante a consulta, com atendimento em espaço reservado e apropriado, e de ter assegurada a confidencialidade. Ressalta-se o direito dos/das adolescentes ao atendimento desacompanhado dos pais e/ou responsáveis, ao planejamento reprodutivo e ao acesso desburocratizado a métodos anticoncepcionais, inclusive a anticoncepção de emergência.

Corresponsabilização dos homens: É importante a construção de parcerias igualitárias, baseadas no respeito entre as parcerias e em responsabilidades compartilhadas. Portanto, é fundamental o envolvimento dos homens com relação à paternidade responsável, à prevenção de gestações não desejadas, à prevenção das IST/HIV/Aids, dividindo também com as mulheres as responsabilidades no cuidado dos(das) filhos(as) e nas atividades domésticas.

Menopausa: A menopausa é um marco de uma fase natural da vida da mulher que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo. Muitas mulheres passam por esse momento sem queixas ou necessidade de medicalização, outras têm sintomas transitórios que variam na sua diversidade e intensidade. No entanto, em ambos os casos, é fundamental que haja, nesta fase da vida, um acompanhamento na perspectiva da promoção e da prevenção da saúde.

Infecções sexualmente transmissíveis (IST): é fundamental o uso de preservativo masculino ou feminino em todas as relações sexuais (oral, anal e vaginal), não só como método contraceptivo, mas também para a prevenção de IST, inclusive sífilis, HIV/Aids e hepatites virais. Para detecção da sífilis e do HIV podem ser feitos testes rápidos, realizados gratuitamente pelo SUS, nas unidades básicas de saúde e nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). A realização dos testes rápidos deve ser acompanhada de acolhimento e aconselhamento das mulheres e suas parcerias, com informações sobre seus direitos, possíveis decisões e impactos na saúde sexual e reprodutiva, garantindo respeito, sigilo e confidencialidade.

3. Normativas

- Declaração Universal dos Direitos Humanos – 1948
- IV Conferência Mundial sobre a Mulher, Beijing – 1995
- Lei 9.263/96 do Planejamento Familiar
- Cadernos de Atenção Básica, n. 26 - Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.





- Teste Rápido de Gravidez na Atenção Básica. Guia Técnico. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasília – DF. 2014. Ministério da Saúde
- Cuidando de Adolescentes: Orientações Básicas para a Saúde. Sexual e a Saúde Reprodutiva. Brasília – DF. 2016.
- Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

4. Avanços

- Distribuição dos métodos contraceptivos para todos os municípios;
- Disponibilização dos testes rápidos de Gravidez, possibilitando a detecção precoce da gravidez e, de acordo com o resultado e expectativas da mulher, oferta de aconselhamento e cuidados específicos de acordo com cada situação.
- Ministério da Saúde anunciou no dia 08 de março de 2017 o compromisso do Governo Federal com a ampliação do acesso aos métodos contraceptivos, através da disponibilização do DIU de cobre nos serviços de maternidade, para que as mulheres que desejarem esse método possam inseri-lo logo após o parto ou abortamento, bem como em ambulatórios.
- Disponibilização dos Testes Rápidos de HIV e Sífilis nas Unidades Básicas de Saúde, Centros de Testagem e no Aconselhamento (CTA) para a detecção precoce de IST's.

5. Desafios

- Garantir acesso de todos os métodos contraceptivos e informação qualificada nas unidades básicas de saúde, bem como ampliar o acesso aos métodos, em especial o DIU de cobre na atenção básica e nos hospitais para que a mulher possa ter a opção de iniciar um método de alta eficácia logo após o parto e abortamento;
- Dispensar sem barreiras a pílula de emergência na atenção básica;
- Garantir acesso a métodos contraceptivos para adolescentes e jovens (com atenção diferenciada das equipes de saúde), ao atendimento desacompanhado dos pais e/ou responsáveis, à privacidade durante consultas, à preservação do sigilo e ao consentimento informado;
- Qualificar a atenção em saúde sexual para todos os ciclos de vida, incluindo adolescentes e idosas;





- Aumentar a corresponsabilização dos parceiros com relação à paternidade responsável, à prevenção de gestações não desejadas, à prevenção das IST/HIV/Aids, e no cuidado dos(das) filhos(as) e atividades domésticas.
- Ampliar abordagem diferenciada para mulheres na menopausa, incluindo questões relativas à sexualidade e práticas de promoção de vida saudável.

Perguntas disparadoras

1. Quais os problemas enfrentados pelas mulheres (adultas e adolescentes) para acesso aos métodos contraceptivos e anticoncepção de emergência?
2. As mulheres do seu município têm amplo acesso a informações para que possam fazer uma escolha esclarecida sobre os métodos contraceptivos?
3. O Dispositivo Intrauterino –DIU de cobre está sendo disponibilizado e inserido na rede básica e hospitalar no seu município?
4. Quais as principais demandas em saúde sexual e quais as melhores estratégias para atender essas demandas?
5. De que maneira podemos aperfeiçoar e estimular as práticas de monitoramento e avaliação referentes à implementação das ações de saúde sexual e saúde reprodutiva pelos estados e municípios?

IST, Aids e Hepatites Virais

1. Descrição

Para enfrentar as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), HIV/aids e Hepatites Virais (HV) em mulheres é fundamental estabelecer, fortalecer e integrar políticas e estratégias voltadas para a prevenção, promoção e atenção integral, com vistas a reduzir barreiras sócio culturais para o acesso à saúde integral e garantindo a equidade. As IST, HIV/aids e as HV atingem as mulheres de diferentes formas, sendo portanto, fundamental ter ações específicas para aquelas mais vulneráveis.

Em 2009 foi estabelecido o conceito de Prevenção Combinada em HIV/aids por um grupo referencial de especialistas internacionais envolvidos na temática, que a conceituaram como:

“O uso simultâneo de diferentes abordagens de prevenção (biomédica, comportamental





e sócio estrutural) que operam em múltiplos níveis (individual, nas parcerias/ relacionamentos, comunitário, social) para responder a necessidades específicas de determinados públicos e de determinadas formas de transmissão do HIV” (UNAIDS, 2009).

No contexto brasileiro, a Prevenção Combinada significa:

Combinação de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais, alicerçadas em evidências científicas e no direito social à saúde, garantido em ações e serviços que constituem o SUS - Sistema Único de Saúde. Essas ações devem ser destinadas a atender as necessidades de prevenção da infecção pelo HIV na população em geral e, prioritariamente, nas populações-chave, de modo a alcançar maior impacto na redução de novas infecções.

Estudos existentes em todo o mundo sugerem que as mulheres transexuais e travestis possuem altíssima vulnerabilidade ao HIV. A prevalência da infecção pelo HIV, na população geral, encontra-se em torno de 0,4% em 2016. Entre mulheres e homens de 15 a 49 anos, por sua vez, as prevalências eram de 0,3% e 0,6%, respectivamente (2016), apresentando uma tendência de aumento de casos entre jovens de 15 a 24 anos (BRASIL, 2016). Esse aumento na prevalência entre jovens acompanha a tendência mundial: relatório divulgado pela UNAIDS (2014) aponta para um crescimento de 11% das infecções nesta faixa etária, nos últimos 8 anos, especialmente entre jovens gays.

Ainda não existem dados oficiais da prevalência de HIV/Aids entre a população trans no Brasil. Considera-se esta uma população-chave por estimativas mundiais. Todavia, os dados de prevalência do HIV/aids entre a população trans serão obtidos por meio de um estudo que será realizado por metodologia RDS em 12 capitais brasileiras. No Brasil, algumas pesquisas como o Projeto Transcender encontrou uma prevalência de 31,2% entre travestis e mulheres transexuais do Rio de Janeiro e baixada fluminense (GRINSZTEJN, 2017), já o Projeto Muriel relata uma prevalência de 26% autorrelatada de HIV entre pessoas trans da cidade de São Paulo (VERAS et al, 2016).

A profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP) consiste no uso de antirretrovirais (ARV) para reduzir o risco de adquirir a infecção pelo HIV em mais de 90%. A eficácia e a segurança da PrEP já foram demonstradas em diversos estudos clínicos e subpopulações, e sua efetividade evidenciada em estudos de demonstração (Fonner 2015).

A partir dos marcos da Prevenção Combinada ao HIV/Aids, que estabelecem diferenciação de ações de prevenção para distintos grupos, de acordo suas vulnerabilidades, a PrEP é orientada apenas para algumas das populações sob maior risco de adquirir o vírus HIV, listadas a seguir:





- Gays e homens que fazem sexo com homens (HSH);
- Pessoas trans (travestis e transexuais);
- Profissionais do sexo; e
- Parcerias sorodiscordantes (quando apenas um dos parceiros está infectado).

2. Situação de Saúde

Sífilis (Boletim Epidemiológico Aids e DST - 2015/2016)

Em 2015, o número total de casos notificados de sífilis no Brasil foi de 65.878. Também foram notificados 33.365 casos de sífilis em gestantes e 19.228 casos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.

Quando não tratada, a sífilis pode causar aborto, morte do feto, parto prematuro, baixo peso ao nascer, malformações e morte do recém-nascido. Em caso de teste positivo, tanto a gestante quanto seu(sua) parceiro(a) devem ser tratados o mais rápido possível, pois caso o(a) parceiro(a) não se trate, a gestante pode ser reinfectada. O tratamento da sífilis com a penicilina benzatina (bezetacil) é o único meio eficaz de tratar o bebê ainda na barriga da mãe e prevenir que ele tenha alguma seqüela. Esse tratamento deve ser feito na unidade básica de saúde onde é realizado o pré-natal. E este teste deve ser realizado no primeiro e no terceiro trimestre da gestação.

HIV/Aids (Boletim Epidemiológico Aids e DST - 2015/2016)

A Prevalência de HIV na população em geral é de 0,43% (2015), enquanto entre mulheres profissionais do sexo a Prevalência é 4,9% (2009).

A taxa de detecção de gestantes com HIV no Brasil vem apresentando tendência de aumento nos últimos dez anos, com maior aumento na Região Norte - de 0,8% em 2004, para 2,3% em 2014.

A maior concentração dos casos de Aids no Brasil está nos indivíduos com idade entre 25 e 39 anos para ambos os sexos; entre os homens, essa faixa etária corresponde a 53,0% e, entre as mulheres, a 49,4% do total de casos registrados de 1980 a junho de 2016.

Desde 2000 a faixa etária entre 25 a 29 anos é a que apresenta o maior número de casos de gestantes infectadas com HIV (vírus causador da aids). No entanto, nos últimos dez anos observa-se um aumento na proporção de gestantes acima de 40 anos. Em 2014, foram identificadas 7.668 gestantes com HIV.





O HIV pode ser transmitido da mãe para o filho durante a gravidez, o parto ou a amamentação. Assim, quanto mais cedo iniciar o tratamento, menor a chance de transmitir o HIV para a criança. A gestante e seu (sua) parceria (o) deverão realizar o teste rápido de HIV no início (primeiro trimestre) e no final da gestação (terceiro trimestre). A mãe que tem o vírus não deve amamentar o bebê, porque há risco de transmissão do vírus pelo leite materno.

Tem-se observado um aumento na proporção de casos entre indivíduos autodeclarados pardos e uma queda na proporção de casos em brancos.

- Em relação aos dados de óbito por aids, a proporção de óbitos por aids em mulheres pretas é maior que a de óbitos em homens pretos. Em 2015, 13,3% dos óbitos ocorreram em homens pretos, enquanto essa taxa foi de 15,3% em mulheres pretas.

Hepatites Virais B, C e Delta (Boletim Epidemiológico Hepatites Virais - 2015/2016):

Os vírus da hepatite B (HBV), da hepatite C (HCV), da hepatite delta (HDV) e da imunodeficiência humana (HIV) apresentam algumas formas de transmissão em comum. Portanto, a ocorrência de coinfeção com outros vírus pode ocorrer e afetar de forma significativa a história natural da doença. A transmissão desses vírus pode ocorrer por solução de continuidade (pele e mucosas), via parenteral (compartilhamento de agulhas, seringas, material de manicure e pedicure, lâminas de barbear e depilar, tatuagens, piercings, procedimentos odontológicos ou cirúrgicos que não atendam às normas de biossegurança, entre outros) e relações sexuais desprotegidas, sendo esta a via predominante. A transmissão vertical (materno-infantil) também é importante e ocasiona uma evolução desfavorável, com maior chance de cronificação para as crianças que nascem com o vírus.

A notificação da hepatite B no Brasil, de 1999 a 2015, totaliza 196.701 casos, sendo que 54,1% estão entre homens. A diferença entre o número de casos segundo sexo vem diminuindo ao longo dos anos. Em 1999, eram quase dois casos em homens para cada caso em mulheres; atualmente, são 1,2 casos em homens para cada caso em mulheres, sendo que a taxas de detecção entre homens e mulheres apresentam tendência de aumento no período de 1999 a 2015. Em relação Hepatite B, a maioria dos casos entre as mulheres encontra-se na faixa de 25 a 34 anos de idade.

A hepatite C se manifesta e evolui de forma silenciosa: muitas vezes, a doença é diagnosticada décadas depois da infecção, com manifestação de sinais e sintomas em fases mais avançadas da doença. Essas características também afetam negativamente o diagnóstico da infecção, contribuindo para os números de portadores





assintomáticos em todo o mundo. Sua transmissão ocorre fundamentalmente por via parenteral, sendo que a transmissão sexual do HCV também tem sido relatada de forma esporádica em grupos populacionais específicos.

A notificação da hepatite C no Brasil, de 1999 a 2015, totaliza 289.459 ocorrências de anti-HCV ou HCV-RNA reagentes e 144.024 ocorrências com ambos os marcadores anti-HCV e HCV-RNA reagentes. A partir desses dados, os casos confirmados de hepatite C totalizam 152.712 casos de hepatite C, sendo 89.858 (58,8%) casos entre os homens e 62.796 (41,2%) entre as mulheres. Apesar de o número de casos entre homens ser superior ao das mulheres, observa-se que essa proporção vem diminuindo ao longo dos anos. Nos quatro primeiros anos (1999 a 2002), eram notificados cerca de dois casos em homens para cada caso em mulheres e, atualmente, são notificados apenas 30% a mais de casos em homens que em mulheres (razão de sexos de 1,3). A tendência da taxa de detecção segundo sexos mostra aumento em todo o período para ambos os sexos, principalmente na faixa etária de 50 a 59 anos.

O vírus Delta (HDV) só causa infecção em pessoas que também tenham o vírus da hepatite B. Essa infecção pode ocorrer ao mesmo tempo (coinfecção HBV/HDV) ou em momentos distintos em que a pessoa já tenha hepatite B e venha adquirir o vírus da hepatite Delta (superinfecção). A hepatite Delta representa grave problema de saúde pública, particularmente nos países endêmicos para hepatite B e populações tradicionais e indígenas. Estima-se que 18 milhões de pessoas vivam com o HDV no mundo. No Brasil, foram notificados 3.494 casos de hepatite Delta no SINAN, entre 1999 e 2015. Atualmente, 41% e 27% dos casos notificados concentram-se nos estados do Amazonas e Acre, respectivamente a maioria dos casos verifica-se entre homens (57,1%), embora a diferença entre o número de casos em homens e mulheres esteja diminuindo ao longo dos anos. Nos primeiros anos chegou-se a quase dois casos em homens para cada caso em mulheres, relação que se reduziu para apenas 10% a mais de casos em homens que em mulheres (razão de sexos de 1,1 em 2015).

Testes Rápido

Para detecção da sífilis e do HIV podem ser feitos testes rápidos, que apresentam resultados em até 30 minutos após sua realização. Esses testes são realizados gratuitamente pelo SUS, nas unidades básicas de saúde (UBS) e nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). É importante destacar que a infecção pelo HIV pode ser detectada com, pelo menos, 30 dias a contar da situação de risco.

Os testes rápidos também são disponibilizados durante o pré-natal para todas as





gestantes e suas parcerias sexuais. O diagnóstico oportuno da infecção pelo HIV e da sífilis durante a gravidez é fundamental para a redução das taxas de transmissão do HIV da mãe para a criança e a eliminação da sífilis congênita.

A realização dos testes rápidos deve ser acompanhada de acolhimento e aconselhamento das mulheres e suas parcerias, com informações sobre seus direitos, possíveis decisões e impactos na saúde sexual e reprodutiva, garantindo respeito, sigilo e confidencialidade.

3. Normativas

- Lei Federal nº. 9.313, de 13 de novembro de 1996 - dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS.

- Lei nº 12.984, de 02 de junho de 2014

- o Art. 1º Constitui crime punível com reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos, e multa, as seguintes condutas discriminatórias contra o portador do HIV e o doente de aids, em razão da sua condição de portador ou de doente:

- VI - recusar ou retardar atendimento de saúde.

- Portaria SVS/MS nº 29, de 17 de dezembro de 2013

- o Art. 4º Deve ser exigida a apresentação de um documento oficial do indivíduo submetido à coleta de amostra, que deverá ser conferido, tanto no momento do registro no serviço de saúde, quanto no momento da coleta da amostra.

Parágrafo único. Fica assegurada a testagem anônima, entretanto o indivíduo deverá ser informado no momento da coleta que não será fornecido resultado por escrito.

- Portaria nº 2.836 de 1º de dezembro de 2011 – Institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT).

- Portaria MS nº. 992, de 13 de maio de 2009. – Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra;

- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia antirretroviral pós-exposição de risco à infecção pelo HIV;

- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais;

- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos;





- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes;
- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST);
- Novo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções (PCTD);
- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite Viral Crônica B e Coinfecções;
- Manual Técnico para o Diagnóstico da infecção pelo HIV;
- Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais;
- Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis

4. Avanços

- Redução da taxa de detecção da infecção pelo HIV entre as mulheres (especialmente em mulheres de 25 a 29 anos).
- Redução da taxa de transmissão vertical do HIV (queda de 36% nos últimos 6 anos).
- Ampliação da testagem de gestantes durante o pré-natal e o início do tratamento a partir do diagnóstico positivo.
- Lançamento do edital de pesquisa nacional de dados específicos de prevalência de HIV, hepatites B e C e sífilis entre mulheres trans e travestis em 12 municípios brasileiros. A estratégia Viva Melhor Sabendo também vem obtendo dados importantes sobre a questão do HIV entre travestis e transexuais;
- Lançamento do webdocumentário POPTRANS (janeiro de 2017) que trata de importantes conceitos sobre a vida e as demandas de saúde das pessoas trans.
- A inserção de travestis e transexuais nos espaços de Controle Social, como no Comitê Interministerial de Saúde Integral da População LGBT do Ministério da Saúde, da Comissão de Articulação com Movimentos Sociais do DIAHV, etc.
- Ampliação da faixa etária de vacina do HPV, de 09 a 26 anos, para mulheres vivendo com HIV;





- Distribuição crescente de preservativos femininos (em 2015 foram 22.310.800 unidades).
- Disponibilização da vacina para hepatite B (2016) para toda a população. Expansão do acesso ao tratamento para os pacientes com hepatite C crônica - ampliação do número de locais de atendimento (de 157 em 2013 para 332 em 2015).
- Lançamento do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (2015) para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais com o objetivo de orientar os profissionais de saúde na atenção ao pré-natal e parto.
- Publicação do Caderno de Boas Práticas de Sífilis, do Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical e do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Atenção Integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis.
- Lançamento da Agenda de Ações Estratégicas para a Redução da Sífilis Congênita no Brasil (2016), visando à qualificação da atenção à saúde, na prevenção, assistência, tratamento e vigilância da sífilis (elaborada pelo Ministério da Saúde (MS) com parceria do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), associações, sociedades e conselhos de classes dos profissionais de saúde.

5. Desafios

- Superar elevadas taxas de sífilis entre mulheres negras. Para a variável raça/cor, do total de 33.381 gestantes diagnósticas com sífilis, 15.7628 se autodeclararam como pardas, 4.021 pretas, 10.145 brancas, 241 indígenas, 266 amarelas.
- Certificar municípios que eliminarem a transmissão vertical do HIV e Sífilis;
- Ampliar o acesso, uso e aceitabilidade do preservativo feminino;
- Ampliar o acesso de todas as mulheres à prevenção combinada, com especial atenção às mais vulneráveis, (mulheres trans e travestis, profissionais do sexo, mulheres negras, mulheres indígenas e mulheres privadas de liberdade);
- Incorporar e ofertar a Profilaxia-Pré Exposição ao HIV (PrEP) no SUS para mulheres profissionais do sexo, mulheres trans e mulheres em parcerias sorodiscordantes que tenham maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV;
- Enfrentar a epidemia de HIV/aids entre as mulheres trans e travestis;
- Enfrentar preconceito, estigma e discriminação nos serviços de saúde, especialmente contra as mulheres mais vulneráveis (mulheres trans e travestis,





profissionais do sexo, mulheres negras, mulheres indígenas e mulheres privadas de liberdade);

- Ampliar a testagem da sífilis para as mulheres (gestantes e não gestantes);
- Ampliar o diagnóstico e tratamento adequados das IST para mulheres;
- Iniciar o tratamento precoce do HIV para as mulheres HIV positivas;
- Elaborar proposta de enfrentamento da Hepatite Delta na Região Amazônica.

Perguntas disparadoras

1. As mulheres do seu município/estado têm acesso ao aconselhamento e testagens para infecções sexualmente transmissíveis?
2. Que medidas deverão ser adotadas em seu território para que todas as gestantes sejam aconselhadas e testadas para a infecção por HIV, sífilis e hepatites virais?
3. Quais serviços especializados para gestantes infectadas por HIV/sífilis/hepatites virais (serviços de pré-natal e SAE/HD) existem no seu município/estado? Caso existam, como eles funcionam?
4. Como vocês avaliam o atendimento no que tange o acesso, acolhimento, medicamentos disponíveis, rede de referência/retaguarda?
5. Que estratégias poderão ser desenvolvidas no seu território para divulgação e empoderamento das mulheres em relação à prevenção e tratamento das ISTs/aids/Hepatites Virais?

