

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

**EXERCÍCIO PROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA E CIDADANIA  
NO CONTEXTO DA SAÚDE DA MULHER**

**Diagnóstico situacional da atenção integral à saúde da mulher**

**DIJON HOSANA SOUZA SILVA**

**LAGOA SANTA - MG  
2013**

**DIJON HOSANA SOUZA SILVA**

**EXERCÍCIO PROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA E CIDADANIA  
NO CONTEXTO DA SAÚDE DA MULHER**

**Diagnóstico situacional da atenção integral à saúde da mulher**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família

**LAGOA SANTA – MG**

**2013**

**DIJON HOSANA SOUZA SILVA**

**EXERCÍCIO PROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA E CIDADANIA  
NO CONTEXTO DA SAÚDE DA MULHER**

**Diagnóstico situacional da atenção integral à saúde da mulher**

**Equipe de Saúde da Família Joana Chagas, Município de Jussari-Ba**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família

**Banca Examinadora:**

**Prof. Doutor Leonardo Cançado Monteiro Savassi – Orientador**

**Prof. Edison José Corrêa**

**Belo Horizonte, 13 de abril de 2013.**

Aos meus filhotes, por existirem e darem  
sentido ao que eu sou.

## AGRADECIMENTOS

Ao NESCON e seus coordenadores Prof. Edison José Corrêa e Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Rizioneide Negreiros de Araújo por me acolher e fazer sentir confortável, em casa. Minha única retribuição possível seria dar o melhor de mim mesmo e transformar a UFMG em minha Universidade.

Ao Doutor Raphael Augusto Teixeira de Aguiar, que muito gentilmente abriu espaço em sua agenda e começou um esforço junto comigo que ainda não foi adiante, mas somente ainda.

Ao Doutor Leonardo Cançado Monteiro Savassi, meu ‘amiguirmão’, NAIPE e orientador que gosta de mim tanto quanto eu gosto dele e que é uma das poucas pessoas que eu conheço capaz de me mediar.

A Enfermeira Especialista e Tutora Cristina Maria da Paz Oliveira Martins, ‘Cristutora’, também ‘amiguirmã’, responsável pela totalidade da segunda parte desse trabalho e que reformulou todos os meus conceitos de tutora e tutoria.

A Mestre Ana Carolina Diniz Oliveira, Mestre em Saúde Pública, minha ‘amiguirmã caçula’ que me ensinou muita sobre disciplina e determinação e ainda no divertimos demais por aí.

A meu irmão mais velho, que não tive, mas tive, Wigberto Cunha Azevedo, médico e padrinho de casamento, exemplo profissional a qualquer tempo, parteiro dos meus filhotes e quem me levou pela mão ao longo de anos cuidando e assistindo mulheres, permitindo que eu conhecesse o Planejamento Familiar. Espero que ele não tenha ficado muito chateado por não ter seguido a especialidade, mas meu caminho vinha por onde estou.

Às minhas pessoas de Jussari que trabalhamos em equipe: Josy, Josi, Killi, Ramona, Anne, Priscila, Márcio, Frederico, Cida, Arlete, Gal, Agnaldo, Patrícia, Jammil, Lene, Big, Márcia e tantos outros, lembrando que o trabalho não acabou e que se pode produzir conhecimento da gente, com a gente e por a gente, sempre.

Aos meus colegas de turma e ao pessoal do Pólo de Lagoa Santa: ah, como gosto de vocês !

E aos meus pai e mãe, que me pariram, criaram e, até hoje, quase cinquenta anos depois, ainda torcem por mim.

Não tenha vergonha de ser tolo - comece como um tolo.

Trungpa Rinpoche

É próprio dos néscios confundir valor e preço.

Antônio Machado

É certo que a vida é vivida  
por alguns vividamente,  
por outros, avidamente,  
pela maioria, vivida apenas.  
Somente fique na mente que  
a vida se vive aos poucos,  
se vive dia após dia,  
sem nunca saber da vida  
aquilo que a vida sente  
da gente viver a vida.  
E quando chegado o fim  
dessa vida inocente,  
saberemos, tu, eu, eles,  
que a vida era semente.

Dijon Hosana

## RESUMO

Este se propõe como um trabalho de crítica e de síntese de aspectos dos direitos civis das mulheres, sua incorporação pelo setor saúde, sua transferência para o âmbito da Atenção Básica e do Programa de Saúde da Família e como são vivenciados na realidade de uma equipe específica de um pequeno município do Brasil. Iniciando com a identificação das lutas femininas em busca de seu reconhecimento social, apresenta uma série de vitórias obtidas por elas no cenário do Direito Internacional e como foram sendo assimiladas pelas esferas da saúde nacionais em busca de referendá-las e transformá-las em algo concreto, ao mesmo tempo em que mostra como isso se dá na prática dos programas de saúde e como a Estratégia de Saúde da Família é um ponto de ancoragem para a consolidação dessas conquistas. No âmbito do real, as Equipes de Saúde da Família tem tido sucessos e dificuldades: sucesso em cumprir o cronograma oficial de cuidado integral à saúde delas e fracasso em fazer isso de forma emancipadora em busca de uma nova forma de cidadania na luta por consolidar a democracia. Os profissionais têm ao seu dispor uma série de instrumentos e de organização do processo de trabalho que não sabem utilizar e isso dificulta o sucesso de políticas como as de promoção de saúde, atenção básica e atenção integral à saúde da mulher. O trabalho faz uma apresentação dos programas de saúde oferecidos à comunidade que atende e discute os aspectos que estão sendo ignorados ou não atendidos que tem relevância para a construção da cidadania das mulheres de seu território. Reconhece que existem atravessamentos importantes do modelo econômico hegemônico em suas tarefas e na forma como os direitos humanos são interpretados na prática, em uma tentativa de impedir produção social e buscando a reprodução de condutas hegemônicas que permitam manter sua supremacia. Apesar de alertar para as dificuldades, reconhece que a construção desse ideário é possível a partir do processo de inclusão das mulheres do seu território na discussão junto à equipe de formas locais de luta pelos direitos à saúde em sua forma ampliada.

**Palavras-Chave:** saúde da mulher, políticas públicas, saúde da família, atenção primária à saúde, direitos humanos, direitos da mulher, cidadania, processo de trabalho, feminismo.

## ABSTRACT

This is proposed as a work of criticism and synthesis of aspects of women's civil rights, its incorporation by the health sector, their transfer to the framework of basic care and family health program and how they are experienced in the reality of a specific team from a small town of Brazil. Starting with the identification of women's struggles for their social recognition, presents a series of wins obtained by them in international law and how they were being assimilated by the spheres of national health for adopt them and turn into something concrete, while that shows how this is accomplished in practice of health programs and as the Family Health Strategy is an anchor point for the consolidation of these achievements. Under actual, family health teams have had successes and difficulties: success in fulfilling the official schedule holistic health care and failure to do so in emancipating in search of a new form of citizenship in the struggle for democracy. Health workers have at their disposal a range of instruments and work process organization that they don't know how to use and this makes the success of policies such as health promotion, basic care and full attention to women's health. The monograph giving a presentation, health programs offered to the community that meets and discusses the issues that are being ignored or not met that has relevance to the construction of citizenship of women of their territory. Recognize that there are important crossings of the hegemonic economic model in your tasks, and how human rights are interpreted in practice, in an attempt to prevent social production and fetching the hegemonic conduct playback to maintain its supremacy. Despite the difficulties, to warn that the construction of this concept recognizes is possible from the process of inclusion of women from its territory into the discussion by the team of local forms of struggle for rights to health in its expanded form.

**Keywords:** women's health, public policy, family health program, primary health care, basic care, human rights, citizenship, work process, feminism, women's rights.



## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1	População feminina por faixa etária 10 aos 80 anos, Jussari - Ba, 2009	28
Gráfico 2	Número de consultas de prenatal por faixa etária Programa Saúde da Família	36

## LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1: População Feminina por Faixa Etária a partir dos 10 anos Jussari -Ba, 2009	27
Tabela 2 Internações por Grupo de Causas e Faixa Etária em percentuais a partir dos 10 anos na população geral de Jussari-Ba, 2009	29
Tabela 3 Mulheres em Idade Fértil, Jussari - Ba, 2009	35
Tabela 4 Mulheres em Idade Fértil matriculadas no Planejamento Familiar do Programa de Saúde da Família Equipe 1, Jussari - Ba, 2009	35
Tabela 5 Preventivos do colo do útero realizados no Programa de Saúde da Família Equipe 1 em Jussari – Ba, 2009	35
Quadro 1- Resoluções das Nações Unidas de interesse para saúde da mulher	39
Quadro 2 - Alguns dispositivos constitucionais que afirmam os direitos da mulher	50
Quadro 3- Algumas legislações que dizem respeito aos direitos da mulher e seus cuidados na atenção básica	51
Quadro 4: As prioridades e objetivos do Pacto pela Saúde de interesse para a saúde da mulher e de responsabilidade da Atenção Primária	52
Quadro 5: Algumas Políticas e Programas brasileiros com repercussões para a saúde da mulher	54
Quadro 6: Algumas Normas Técnicas do Ministério da Saúde específicas para a saúde da mulher	55

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	12
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	16
<b>3 OBJETIVOS</b>	17
<b>4 METODOLOGIA</b>	18
<b>5 PRIMEIRA PARTE: JUSSARI</b>	
<b>5.1 Aspectos demográficos e socioeconômicos</b>	19
<b>5.2 Causas de morbimortalidade</b>	21
<b>5.3 Assistência aos direitos reprodutivos e sexuais</b>	23
<b>5.4 Assistência ao prenatal</b>	24
<b>5.5 Assistência à prevenção dos cânceres femininos</b>	26
<b>6 SEGUNDA PARTE: SAÚDE DA MULHER, EQUIPE DE SAÚDE E CIDADANIA</b>	
<b>6.1 A saúde da mulher como um direito humano</b>	30
<b>6.2 A saúde da mulher e o modelo econômico hegemônico</b>	34
<b>6.3 A saúde da mulher e sua construção na Atenção Básica</b>	37
<b>6.4 O conceito de saúde na Atenção Básica e seus desdobramentos no cuidado</b>	39
<b>6.5 A cidadania e políticas públicas de saúde na Atenção Básica</b>	41
<b>6.6 A saúde da mulher e sua história no Brasil</b>	42
<b>6.7 O processo de trabalho em atenção básica à saúde</b>	48
<b>6.8 A saúde da mulher e seus contrastes: mulheres urbanas e mulheres rurais</b>	51
<b>7 DISCUSSÃO</b>	53
<b>8 CONCLUSÃO</b>	60
<b>REFERÊNCIAS</b>	62

## 1 INTRODUÇÃO

Ao concluir o processo de formação de especialista em atenção básica em saúde da família me proponho a construir uma monografia que integre conhecimentos de cidadania e saúde da mulher e discuti-los sob a ótica da organização do processo de trabalho das equipes de saúde da família. Enquanto o tema de organização dos processos de trabalho tem relevância na condução diária do trabalho em equipe, os temas de projetos sociais e saúde da mulher têm relevância tanto nos aspectos técnicos da práxis quanto nos aspectos referentes à participação da comunidade no diagnóstico de suas necessidades de saúde e na discussão sobre os caminhos a serem percorridos em busca de suas soluções. Ao procurar integrar os temas, faço um exercício teórico na busca de uma síntese que reconheça o imbricamento das disciplinas e permita ao leitor entender sob uma ótica sistêmica o trabalho do profissional da Atenção Básica, sua complexidade e seus desdobramentos em temas como democracia, cidadania, modelo econômico e políticas de saúde.

Como profissional de saúde sou resultado de um projeto de aprendizado que não ajudei a construir e que me foi apresentado como dado. Minha faculdade tinha um currículo pronto quando eu bati às suas portas e fui formado com base nele. A minha formação como cidadão não fazia parte desse currículo - talvez estivesse embutida no que se designa de currículo oculto, mas hoje reconheço que não estava presente de maneira uniforme em todos os meus professores. Lembro, porém, que em minha aula inaugural, o coordenador do curso de medicina em sua fala nos alertou de que estávamos agora entrando em uma universidade pública e que sairíamos dela capazes de tratar das doenças mais prevalentes e mais importantes da nossa população, o que me sugere hoje, que a atenção básica, pelo menos no discurso, estava presente na universidade de minha época. Não constava nele a saúde como direito, e muito menos, a mulher como objeto de direitos à saúde. Ela não aparecia como cidadã, mas como paciente. Enquanto profissional de saúde em formação eu me vi convivendo com mulheres ao longo dos anos, mas ela era o objeto de intervenção dos atos de saúde, naquela época, restritos a procedimentos diagnósticos e terapêuticos, sobre os quais elas não tinham inferência, nem determinação, nem direito de questionar, interferir, aceitar ou discutir. Mas, também veremos adiante, este cuidado de saúde já era sustentado por legislações que

obedeciam a conceitos da mulher como pessoa com direitos peculiares à sua condição de mulher e como portadora do status de cidadã, porém, esses não eram explicados ou explicitados durante os anos de formação.

Daquele discurso inaugural até atualmente, se passaram cerca de trinta anos e hoje me vejo exercendo o que aprendi e depois continuei aprendendo, dentro de uma ótica pessoal que é muito mais crítica do que a emoção romântica de como absorvi aquelas palavras e, apesar do discurso sobre a cidadania e os direitos dos cidadãos serem hoje mais frequentes e mais abertos e públicos do que eram naqueles tempos, continuo vendo à minha frente mulheres que não puderam mudar muito suas posições dentro das relações de poder frente a mim ou à minha equipe, que continuam sendo objetos de intervenções sem crítica e que quando apresentam alguma demanda por questionar as ações da e profissionais como eu sobre seus corpos e sua vida são rapidamente descartadas e incluídas no rol das “pessoas problemáticas”.

Inserido como profissional de saúde, trabalho hoje no nível de cuidado da saúde chamado de Atenção Básica, no interior de uma estratégia denominada Saúde da Família, na função de Médico de Família e Comunidade, como integrante de um grupo de pessoas que são designadas equipe de saúde da família. A estratégia de saúde da família tem no atendimento às mulheres um dos seus pilares. Este cuidado acompanha a mulher ao longo de toda a sua jornada vital, desde a assistência ao pré-natal, acompanhamento do par mãe-filho nos primeiros anos de vida deste, planejamento familiar, diagnóstico e tratamento das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), prevenção dos cânceres prevalentes de colo do útero e mama, suporte ao climatério, questões relativas ao envelhecer e na vigilância aos atos de violência contra ela. Ainda mais, se olharmos de forma mais ampla, expande-se em ações como a manutenção de um calendário vacinal e no diagnóstico e acompanhamento de doenças crônicas não transmissíveis, por exemplo.

Direitos humanos, por definição, são universais. As demandas femininas foram reconhecidas ao longo de várias décadas do século passado por organismos internacionais multilaterais e transformadas em legislações, programas de atenção e práticas de cuidados com a sua saúde. Mas as mulheres que lutaram e ainda lutam por estas demandas estão muito longe de serem as mulheres que estão sob os cuidados de minha equipe, por exemplo. As mulheres da minha realidade pertencem a um extrato

social onde a conscientização e a crítica sobre demandas e direitos femininos ainda não foram construídas devido a mais prosaica das razões: a necessidade imperiosa de usar a maior parte, senão toda a sua energia, na luta pela sobrevivência diária, quer seja de seus corpos biológicos, quer seja de suas relações sociais e comunitárias.

Por outro lado, os profissionais de saúde que trabalham com a atenção básica dentro da estratégia Saúde da Família devemos, por conceito, acolher essas tarefas e lhes oferecer resolutividade a partir da ótica de uma política integral de atenção à saúde. Aqui também, essas atribuições são percebidas pela grande maioria dos que labutam na Atenção Básica, como dadas, naturais, e não se perguntam de onde vêm suas origens. Pede-se deles que sejam promotores das idéias da saúde como um direito, do paciente como uma pessoa, da doença como sendo o resultado da combinação de elementos da medicina científica hegemônica com os chamados determinantes sociais. Mas os que trabalham comigo ou próximos a mim não entendem esses conceitos, nem essa forma de trabalho, reproduzindo ainda as figuras da mulher como paciente, da doença como biologicamente determinada e do exercício profissional como uma relação unilateral de poder.

Escrever sobre esta realidade complexa que envolve os profissionais de saúde e as mulheres sob sua responsabilidade sanitária é a tentativa de entender os caminhos que partilham mulheres e profissionais de saúde no cotidiano da unidade de saúde, algumas das transversalidades que aí existem e alguns atravessamentos que nesse espaço convivem, gerando espaços de discussão que podem ser aproveitados, ou não, em busca de objetivos que tem a saúde como mote, mas a democracia e a cidadania como raízes.

A primeira parte desse trabalho apresenta a experiência da equipe de Saúde da Família de uma cidade no sul da Bahia na prática desses cuidados à saúde da mulher em seus principais programas: saúde reprodutiva, assistência ao pré-natal, prevenção dos cânceres prevalentes e violência contra a mulher.

A segunda parte procura articular teoricamente os temas saúde da Mulher, e projeto social - aqui como sinônimo de cidadania no contexto da construção dos direitos à atenção à saúde da mulher, seus atravessamentos pelo pensamento hegemônico e as repercussões desses na organização do trabalho dentro de equipes de saúde da família

A terceira parte procura tecer comentários sobre a discussão teórica apresentada, os dados reunidos e suas articulações sob a minha perspectiva como profissional médico dessa equipe, nessa realidade e articular os conteúdos de saúde da mulher e cidadania sob a ótica da organização do processo de trabalho de equipes de saúde da família.

## 2 JUSTIFICATIVA

As equipes de Saúde da Família têm papel fundamental na construção da cidadania em seus territórios. Os instrumentos que possui na busca desse objetivo são o atendimento à saúde dessa comunidade, quer por demanda espontânea, quer pelo cumprimento das atividades programáticas que lhe são cabidas. No entanto, para vencer o paradigma baseado na doença e realmente começar a adotar o conceito ampliado de saúde, é necessário que todos os seus membros comecem a exercer uma crítica do seu processo de trabalho a fim de passar a incorporar a assistência não como somente um ato biomédico, mas como um espaço público onde as noções de direitos civis, cidadania e democracia possam ser discutidas e construídas, tanto no interior da própria equipe, como na sua pactuação com a comunidade.

A justificativa deste trabalho, então, é, apresentar contextos históricos e embasamento legal que ajudem na construção de um planejamento da atenção à saúde da mulher no PSF de Jussari onde o cuidado tenha características não apenas biomédicas, mas também o enfoque de construção de cidadania e emancipação.



### **3 OBJETIVOS**

Esse trabalho tem os seguintes objetivos:

#### **Objetivo geral**

Articular os temas saúde da mulher, organização do processo de trabalho e projeto social - dentro de equipes de saúde da família para o planejamento estratégico do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher em seu território.

#### **Objetivos específicos**

- a) Ordenar historicamente os direitos da mulher obtidos a partir do século XX.
- b) Comparar estes direitos com o surgimento de Leis civis, Políticas de Saúde e Programas de Assistência no Brasil.
- c) Apresentar o atravessamento dessas conquistas com relação a determinações de políticas sociais por organismos financeiros internacionais.
- d) Apresentar os dados do programa de atenção saúde da mulher no contexto do PSF de uma cidade do interior da Bahia;
- e) Discutir relações entre estes dados, os direitos da mulher e a organização do trabalho de equipe.

#### 4 METODOLOGIA

A primeira parte do trabalho é uma pesquisa de natureza aplicada, de abordagem qualitativa, com objetivo exploratório e feita através de pesquisa na internet através do buscador Google utilizando as palavras-chave saúde da mulher, políticas públicas, programa de saúde da família, atenção primária, atenção básica, direitos humanos, cidadania, processo de trabalho, feminismo, direitos da mulher e dando preferência a artigos que permitissem *download* integral no Portable Document Format (PDF) e que fossem referendados por universidades ou entidades de reconhecido saber. Ainda, a maior ênfase era que os autores fossem gente da gente, brasileiros.

A segunda parte do trabalho pesquisa de natureza aplicada, de abordagem quantitativa, com objetivo exploratório e feita através de pesquisa a documentos que compõem as fontes de dados secundárias referentes à saúde da mulher em Jussari-BA: os apontamentos realizados pela equipe de saúde da família, o Relatório de Gestão da Saúde de Jussari em 2009 e os dados disponíveis nos Sistemas de Informação de Saúde (SIS) do Ministério da Saúde de acesso livre na Internet.

Por fim, uma discussão sobre o tema, com algumas sugestões que pertinentes para a viabilização do planejamento estratégico da equipe, na opinião do autor.

## **5 PRIMEIRA PARTE: JUSSARI**

Para fins de contextualização, quando da realização do diagnóstico situacional da saúde da mulher, o Programa de Saúde da Família em Jussari estava alicerçado no Pacto pela Saúde e pela Gestão (BRASILa, 2006), na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006b), na Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004) e no Programa de Saúde da Família (BRASIL, 2001).

Naquele momento, como visto, o Direito Internacional já havia abraçado todos os direitos femininos vistos no QUADRO 1 e o Relatório Mundial de Saúde (OMS, 2008) tinha o título de “Cuidados de Saúde Primários: Agora mais do que nunca”, significando uma revigoração da importância de Alma-Ata. Quanto ao pensamento econômico prevalente, ele estava alinhado com as propostas do Banco Mundial de combate à pobreza e de respeito aos conteúdos neoliberais de cortes nos gastos públicos e da oferta de pacotes de serviços sanitários básicos a serem oferecidos a clientela-alvo substituindo a universalidade do direito à saúde pelo direito à “universalidade do cuidado essencial” pelos países que pudessem arcar com eles.

### **5.1 Aspectos demográficos e socioeconômicos**

Jussari é um município situado na Região Cacaueira do estado da Bahia, emancipado há 25 anos e com população estimada em 6.900 habitantes (BRASIL, 2009), sendo que cerca de 3.400 delas são mulheres. É a esse grupo que estamos olhando no presente estudo, com a intenção de fazer uma análise da situação de saúde e seus determinantes e a avaliação de como estão sendo oferecidos os serviços de atenção básica através da Estratégia de Saúde da Família.

A população feminina com idade a partir dos 10 anos em Jussari é composta por um total de 2.760 pessoas, distribuídas em números absolutos de acordo com a Tabela 1 e o Gráfico 1., que mostram que as faixas de idade com maior peso são aquelas descritas como adultas jovens e adultas, ou seja, todas na classificação de mulheres em idade fértil do ponto de vista reprodutivo e economicamente ativas do ponto de vista de inserção econômica no mercado de trabalho. Estas mulheres são nascidas no município ou, sendo um município com poucos anos de emancipado, as mais idosas algumas vezes são oriundas de municípios da região sul da Bahia, onde Jussari está localizada. O fluxo migratório

dessas mulheres inclui cidades próximas, como Porto Seguro, aqui na Bahia e Guarapari no estado vizinho do Espírito Santo, além de São Paulo.

**Tabela 1: População feminina por faixa etária a partir dos 10 anos, Jussari -Ba, 2009**

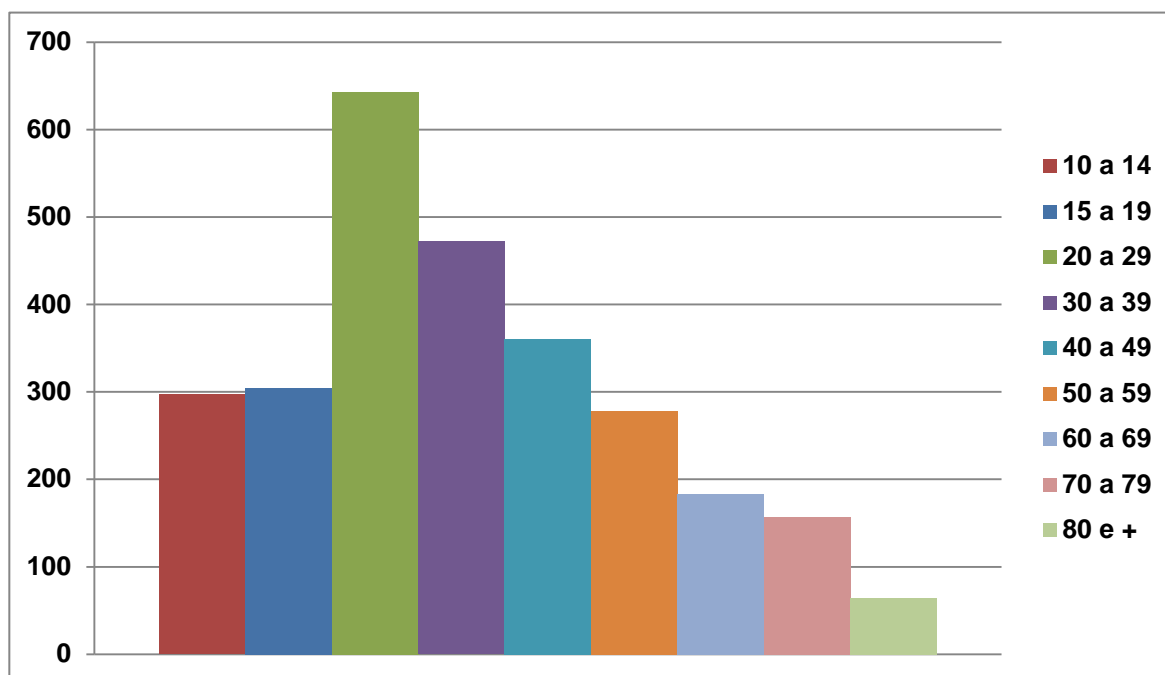
Faixa etária	Mulheres	% população do município
10 a 14	297	1.8
15 a 19	305	7.7
20 a 29	643	9.3
30 a 39	472	8.7
40 a 49	361	8.9
50 a 59	278	18.8
60 a 69	183	13.8
70 a 79	157	10.6
80 e +	64	8.1
<b>Total</b>	<b>2.760</b>	<b>49.0</b>

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas, 2009.

As mulheres em situação economicamente ativa têm suas principais ocupações no funcionalismo público municipal, no comércio local, na agricultura - principalmente na época de colheita do café e do cacau, e no comércio informal - como vendedoras de produtos cosméticos e de limpeza, e na confecção doméstica de produtos alimentícios para venda ambulante. Poucas têm pequenos negócios, sendo os principais os salões de beleza, as lojas de confecções, de produtos de beleza, restaurantes e pousadas.

Outras fontes de renda para as mulheres que não tem possibilidade de inclusão no mercado de trabalho formal e informal os benefícios da Previdência Social sob forma de pensões e aposentadorias e os outros benefícios sociais como os da Bolsa Família, Programa de Renda Mínima, Programa e Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) e Programa Nacional de Inclusão de Jovens (PROJOVEM).

**Gráfico 1 - População Feminina por faixa etária 10 aos 80 anos Jussari - BA, 2009**



Fonte: IBGE, Censos e Estimativas, 2009

Com relação à média salarial, as que fazem parte do grupo de funcionárias municipais têm uma renda média de um ou dois salários mínimos, assim como as contratadas pelo comércio local; as que labutam na informalidade têm uma renda variável, muitas vezes menor que um salário mínimo. Entre as microempresárias, a renda anual não passa dos vinte salários mínimos.

## 5.2. Causas de morbimortalidade

Segundo o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) de 2009, as principais causas de internamento feminino no hospital municipal foram as doenças infecciosas, seguido das doenças do aparelho respiratório, as causas do ciclo gravídico puerperal não complicadas, partos eutócicos, na sua maioria. As complicações do diabetes melito (DM) são responsáveis por um pequeno percentil deles (Tabela 2).

Na UBS, as mulheres são acompanhadas seguindo os cuidados da atenção integral à saúde da mulher, inclusas ações de promoção, prevenção, diagnósticas e oferta de tratamento para as doenças que compõem o leque de doenças do Programa de Atenção

Básica do Ministério da Saúde (MS): planejamento familiar, pré-natal humanizado, prevenção das neoplasias prevalentes, atenção às doenças crônico-degenerativas. Os cuidados com o período com o climatério somente é feito sob forma de aconselhamento e, quando necessário, encaminhamento ao ginecologista. As situações de violência têm uma demanda pequena, possivelmente resultado de subnotificação.

**Tabela 2 - Internações por Grupo de Causas e Faixa Etária em percentuais a partir dos 10 anos da população geral de Jussari-BA, 2009**

CID 10	Idade							Total
	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 a 69	70 e mais		
<b>I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias</b>	33,3	17,9	18,6	27,5	23,1	25,8	25,6	
<b>IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas</b>	-	1,3	3,7	7,8	10,8	9,0	3,6	
<b>IX. Doenças do aparelho circulatório</b>	3,7	3,8	4,3	17,6	20,0	19,1	6,0	
<b>X. Doenças do aparelho respiratório</b>	29,6	5,1	10,4	11,8	24,6	19,1	17,3	
<b>XI. Doenças do aparelho digestivo</b>	11,1	3,8	18,3	13,7	7,7	9,0	12,2	
<b>XIV. Doenças do aparelho geniturinário</b>	-	3,8	9,8	5,9	7,7	7,9	6,5	
<b>XV. Gravidez parto e puerpério</b>	3,7	55,1	21,6	-	-	-	16,5	
<b>XIX. Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências e causas externas.</b>	3,7	2,6	3,0	2,0	-	-	2,2	

Fonte: SIH/SUS 2009

De muita relevância são as queixas psicossomáticas associadas ao grupo de doenças hoje designadas com o rótulo de sofrimento mental comum. Essas queixas têm sido muito frequentes no consultório e fortemente ligadas aos estressores sociais.

O diagnóstico de DST/AIDS também se reveste de boa dificuldade, sendo realizada a propedêutica para estas doenças sempre que existe história de exposição a risco maior ou solicitação por parte da pessoa, em todos os pré-natais.

A coleta do exame citológico do colo do útero tem uma boa demanda e uma aceitação de primeira coleta por parte das usuárias desde a primeira consulta onde se identifica o

início da vida sexual, mas esteve muito prejudicada esses dois últimos anos por questões relativas à forma de gestão de recursos financeiros.

A triagem por mamografia é realizada em mulheres a partir dos 50 anos e antes, se houver história de risco aumentado. Sua aceitação é boa, existe demanda, mas os óbices maiores estão também em questões administrativas e acessibilidade, uma vez que o exame é realizado na cidade polo e os recursos pessoais de deslocamento e manutenção da paciente e seu acompanhante torna o exame inacessível.

As principais causas de morte estão relacionadas à presença de complicações das doenças crônico-degenerativas, já na terceira idade em sua grande maioria.

O número de óbitos maternos entre 1997 e 2008, de acordo com o DATASUS foi de um óbito. Até o momento, ainda não há registro de óbito materno no município no ano de 2010.

O município já implantou o Comitê de Mortalidade Materna e Neonatal, mas não existe evidência de que ele esteja em atividade.

### **5.3 Assistência aos Direitos Reprodutivos e Sexuais**

O planejamento familiar tem sua captação feita pela equipe, além de uma quantidade menor composta por busca espontânea. A captação é feita na visita do agente comunitário às famílias, durante as visitas de enfermagem inclusa a visita puerperal e durante as atividades de médico de saúde da família, quer diretamente à mulher, quer como orientação familiar para aquelas situações em que a mãe leva a preocupação sobre o início da atividade sexual de uma filha ou filho. Após a consulta inicial, a usuária é cadastrada e passa a ser acompanhada por uma enfermeira mensalmente. A entrega do método anticoncepcional também é feita por técnico de enfermagem, quando necessário, a fim de facilitar a acessibilidade e permitir a continuidade do uso sem interrupções.

Os métodos contraceptivos disponibilizados pela UBS incluem anticoncepcional oral e injetável a minipílula e o preservativo. Uma parte deles, que é de responsabilidade do município e, em geral, adquiridos junto a convênio com a BENFAM já não tem sido disponibilizados, o que vem tornando a oferta de métodos insuficiente, resultando em

um abandono do programa por um número importante de usuárias nos últimos dois anos.

A oferta de cuidados para casais inférteis se resume apenas a uma avaliação inicial das causas menos complexas de infertilidade feita através de consulta médica, não existindo serviço de referência para esse grupo na cidade polo. Os profissionais médicos que tem essa especialidade não atendem os pacientes através do SUS, o que inviabiliza o diagnóstico e o tratamento dos casais inférteis devido aos custos.

As atividades educativas para essas usuárias são restritas, não existindo regularidade nas ações educativas e nenhum grupo formado. Também não há capacitação dos profissionais quer pelo município quer pela Diretoria Regional de Saúde, ficando a atualização de rotinas e do conhecimento restritos ao interesse pessoal deles.

As atividades educativas para essas usuárias são restritas, não existindo regularidade nas ações educativas e nenhum grupo formado. Também não há capacitação dos profissionais quer pelo município quer pela Diretoria Regional de Saúde, ficando a atualização de rotinas e do conhecimento restritos ao interesse pessoal deles.

Os cuidados oferecidos pelo município de Jussari às suas mulheres se limitam à oferta de métodos contraceptivos, não estando associados a nenhuma atividade educativa.

As Tabelas 1 e 3 mostram que de uma população entre os 10 a 80 ou mais anos residentes no município, 75% delas se encontra em idade fértil e ao se analisar as informações dos Gráficos 2 e 3 é possível observar que apenas cerca de 5% das MIF nas diversas faixas etárias estão cadastradas no PSF 1, considerando-se baixa a adesão, ainda que a cobertura de PSF inclua outras duas equipes.

Atualmente, a falta de disponibilização dos métodos está inviabilizando, de uma vez por todas, um programa já tão restrito em sua cobertura e oferta de atenção.

#### **5.4 Assistência ao Pré-natal**

Existem, no momento, quarenta e três gestantes no Programa de Pré-natal Humanizado na Equipe 1, o que representa, a princípio, uma boa captação de gestantes pela ESF. A maior parte delas inicia o pré-natal por volta do fim do primeiro trimestre gestacional.



As principais morbidades que acometem essa população são: o risco nutricional, a idade precoce da gestação, a hipertensão arterial e o diabetes gestacional. No ano de 2009 foram classificadas como portadoras de gestação de risco 11 mulheres, sendo que a faixa etária da mulher no início de gestação abaixo dos 18 anos foi responsável por oito desses casos. Uma diabetes gestacional e a evolução de hipertensão - mas sem pré-eclâmpsia, fecharam essa estatística. Todas as gravidezes resultaram em parto a termo aos cuidados do médico de referência do pré-natal de alto risco.

As consultas de pré-natal obedecem à rotina de consulta mensal pela enfermeira de família e uma consulta inicial e seguir periodicidade trimestral com o médico de família, perfazendo um mínimo de seis consultas durante a gestação. Algumas dificuldades nessa meta podem ser vistas no Gráfico 2 que revela um importante número de gestantes nas quais não é atingida essa cobertura, cabendo como dificuldades explicáveis: a mudança de residência quando a gravidez é identificada, a chegada à área após o início da gestação vinda de outro território e o abandono do acompanhamento *per se*.

A oferta de exames para as gestantes estão de acordo com uma boa assistência a esses cuidados, pois incluem: o hemograma, a tipagem sanguínea, as glicemias de jejum no primeiro e terceiro trimestres, a testagem de HBsAg, e as de VDRL e HIV I e II no primeiro e terceiro trimestre (assim como a taxa de Hg), as sorologias para toxoplasmose e rubéola, o sumário de urina e o protoparasitológico de fezes. Todos são coletados e tem seus resultados entregues no próprio município.

A ultrassonografia obstétrica está disponível para solicitação nos três trimestres e é realizada também no próprio município, semanalmente, com entrega do resultado imediato.

Em Itabuna, cidade polo, está situada a Maternidade do Hospital Novaes que é referência para a gravidez de alto risco e os partos cirúrgicos, sendo que os partos eutócicos são realizados no hospital municipal no próprio município. Além disso, o médico obstetra de referência para os casos de risco e cirúrgicos atende no próprio município, semanalmente.

Apenas 16 mulheres das que foram cadastradas receberam a visita puerperal até dezembro de 2009 e observa-se no Livro de Registros do PSF que essa visita foi

realizada naquelas que foram acompanhadas em mais de cinco consultas durante o pré-natal. Usando do mesmo raciocínio, que existe uma migração de algumas dessas mulheres durante a gestação e que algumas ainda não haviam chegado ao término do pré-natal em dezembro desse ano, pode-se avaliar como boa o número de visitas puerperais. A consulta puerperal segue as ações preconizadas pelo Programa de Saúde da Família.

Resumindo, existe uma demanda espontânea importante pelo pré-natal em Jussari, e a ação dos ACS também são adequadas no sentido de identificação de grávidas em sua microárea e a captação dessa mulher para o atendimento pré-natal, o que facilita as ações de promoção de uma gestação saudável e a prevenção de complicações evitáveis da gestação sejam possíveis. É fato, porém, que o número mínimo de consultas de pré-natal e a cobertura puerperal ainda não são ideais.

### **5.5 Assistência à Prevenção dos Cânceres Femininos**

A equipe do PSF 1 tem atividades de prevenção de cânceres do aparelho reprodutivo feminino restrita à busca ativa de mulheres e à oferta de coleta do exame citológico do colo do útero e de mamografia para mulheres em idade fértil. O primeiro é oferecido a partir da ciência de início da vida sexual e a mamografia a partir dos cinquenta anos - ou a partir dos quarenta em mulheres com risco aumentado para a doença.

Atividades educativas são feitas de forma esporádica, respeitando algumas datas do calendário nacional de ações preventivas de saúde, algumas atividades de sala de espera, algumas que são realizadas na comunidade a convite de públicos específicos.

Se contabilizarmos as mulheres em idade fértil (Tabela 1), elas atingiam um total de 2078 pessoas no município. Extrapolando que os três PSFs do município tem um total de pessoas equivalentes e que cerca de metade delas é mulher, podemos calcular em aproximadamente 690 mulheres em idade fértil as no território de abrangência do PSF 1 e que cerca de outras 100 estão na faixa de idade dos 50 aos 59 anos, necessitando das mamografias de rastreamento.

Analisando a Tabela 5 veremos que foram coletados 217 exames citopatológicos, o que representa cerca de 30% de população coberta pelo rastreamento em 2009. Esse índice

cobre a nossa meta com a pactuação da atenção básica do estado da Bahia, mas representa uma diminuição importante do número de coletas se comparados com anos anteriores, resultado da diminuição de oferta de número de preventivos e da falta crônica de material de coleta que vem marcando essa gestão.

Os exames são lidos fora do município e não conseguimos informações sobre o(s) profissional (ais) responsável (eis), não tendo assim a equipe uma referência quanto ao controle de qualidade desse exame.

Exames de imagem e consultas na área de ginecologia são realizados no próprio município e os de mama - qualquer deles - e as consultas são realizadas na cidade polo, o que ainda apresenta um dificultador muito importante ao acesso.

Em 2009 ocorreram 04 diagnóstico de NIC I nos resultados de citopatológicos. Todos foram encaminhados ao serviço de referência e devidamente tratados. Houve um caso de câncer de mama na área de abrangência, com diagnóstico precoce e tratamento bem sucedido.

As estratégias de busca são: a interrogação pelos ACS em suas visitas domiciliares, e a atenção integral à pessoa por médico e enfermeira, que sempre incluem na sua entrevista a pergunta sobre a atualidade desses exames e o encaminhamento para as marcações necessárias. Além disso, as datas nacionais de prevenção são motivos de ações de divulgação e educação por intermédio da realização de feiras de saúde.

O monitoramento dos preventivos é feito por registro em livro próprio a nível local e a nível central através da atualização mensal dos dados de alimentação do Sistema.

Não há dados sobre o número de mamografias solicitadas nas anotações do PSF de Jussari, o que representa também uma falha para nosso sistema de informação.

Não houve ainda nenhum planejamento de qualquer atividade de avaliação da equipe dos seus resultados na captação, realização, qualidade da coleta, acuracidade do resultado ou grau de cobertura desse trabalho por parte da equipe.

**Tabela 3 Mulheres em Idade Fértil, Jussari - BA, 2009.**

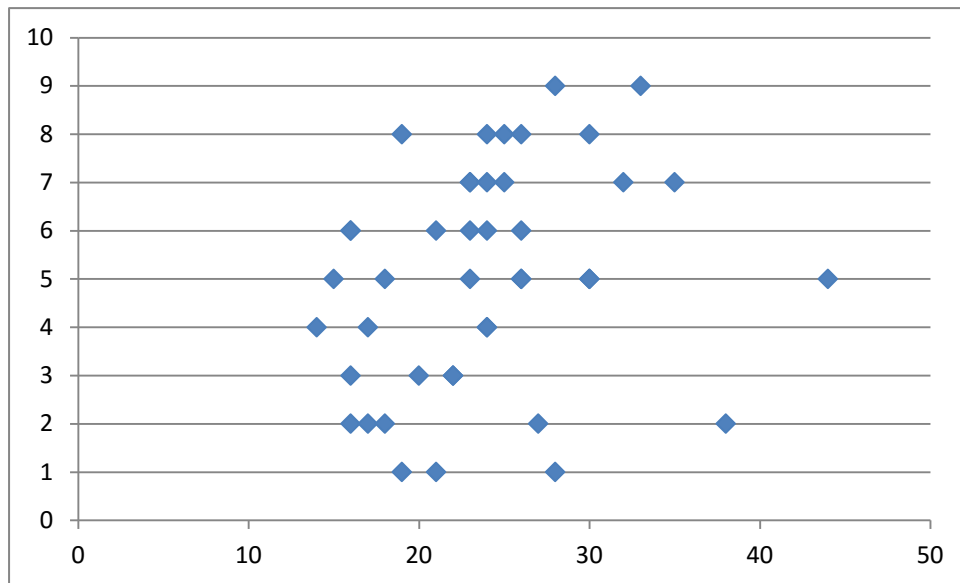
<b>Idade</b>	<b>Nº de mulheres</b>
<b>10 a 14</b>	<b>297</b>
<b>15 a 19</b>	<b>305</b>
<b>20 a 29</b>	<b>643</b>
<b>30 a 39</b>	<b>472</b>
<b>40 a 49</b>	<b>361</b>
<b>Total</b>	<b>2.078</b>

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas, 2009.

**Tabela 4 Mulheres em Idade Fértil matriculadas no Planejamento Familiar do Programa de Saúde da Família Equipe 1, Jussari - BA, 2009.**

<b>Faixa etária</b>	<b>Mulheres</b>
<b>10 a 14</b>	<b>01</b>
<b>15 a 19</b>	<b>31</b>
<b>20 a 29</b>	<b>70</b>
<b>30 a 39</b>	<b>23</b>
<b>40 e mais</b>	<b>11</b>
<b>Total</b>	<b>136</b>

Fonte: Livro de Registro PSF 1 Jussari - BA, 2009.

**Gráfico 5 Número de consultas de PN por faixa etária PSF 1, Jussari - BA, 2009.**

Fonte: Livro de Registro PSF 1 Jussari - BA, 2009.

**Tabela 5 Preventivos de Colo de Útero realizados no PSF 1, Jussari - BA, 2009.**

Faixa etária	Nº de preventivos
15 a 19	22
20 a 29	62
30 a 39	52
40 a 49	36
50 a 59	30
60 a 69	13
70 a 79	02
<b>Total</b>	<b>217</b>

Fonte: Livro de Registro PSF 1 Jussari - BA, 2009.

## 6 SEGUNDA PARTE: SAÚDE DA MULHER, EQUIPE DE SAÚDE E CIDADANIA

### 6.1 A saúde da mulher como um direito humano

“Nós, os povos das Nações Unidas, resolvidos a preservar as gerações vindouras do flagelo da guerra... e a reafirmar a fé nos direitos fundamentais do homem, na dignidade e no valor do ser humano, na igualdade de direito dos homens e das mulheres (...) a estabelecer condições sob as quais a justiça e o respeito às obrigações decorrentes de tratados e de outras fontes do direito internacional possam ser mantidos, e a promover o progresso social e melhores condições de vida dentro de uma liberdade ampla.” (Carta das Nações Unidas, ONU, 1945: 3)

Igualdade de direitos e solidariedade nas decisões são as palavras que inauguram, em tempos de pós-guerra no campo político nas nações, a questão da mulher. Três anos mais tarde a *Declaração Universal dos Direitos do Homem* (DUDH), prescreve:

“Art. 25º: 1. Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade. 2. A maternidade e a infância têm direito a ajuda e a assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozam da mesma proteção social.” (Declaração Universal dos Direitos Humanos, ONU, 1948: 4).

As citações chamam a atenção para os seguintes fatos: o reconhecimento de que humanos são homens e mulheres (embrião para o reconhecimento do conceito e das questões de gênero) e que à mulher prenhe e sua prole deve-se assistência privilegiada; os países membros da ONU se comprometem a respeitar e manter os tratados internacionais decorrentes de acordos internacionais, assim como se comprometem com o progresso social e as melhores condições de vida; que é direito inalienável do ser humano um padrão de vida ancorado no direito aos serviços sociais.

Mattar (2008) lembra que mulheres de todos os países, trabalhando em delegações ou em organizações não governamentais, levaram para o cenário internacional, de forma

bastante articulada e provocativa, questionamentos fundamentais sobre a cidadania feminina no mundo e suas consequências.

Desde a *Carta das Nações* e a DUDH, a ONU promove relatórios, conferências, protocolos e outros documentos sobre as questões femininas. Aí se incluem as quatro conferências mundiais sobre a mulher (México, 1975; Copenhague, 1980; Nairobi, 1985; Pequim, 1995); a Declaração sobre a eliminação da discriminação contra a mulher (1966); a adoção de protocolos, como o *Protocolo Opcional da Convenção sobre eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher* (1999) e a promulgação de datas representativas no calendário como o ano de 1975, eleito o Ano Internacional da Mulher; a década 75-85, a Década da Mulher; 8 de março, Dia Internacional da Mulher; 25 de novembro, Dia Internacional pela Eliminação da Violência contra a Mulher.

A mulher está em evidência também em outros documentos das Nações Unidas, como na Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (Rio de Janeiro, 1992), a Conferência Mundial de Direitos Humanos (Viena, 1993), a Conferência Internacional das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994), a Conferência Mundial sobre Assentamentos Humanos (1996). (Quadro 1).

Membro da Organização das Nações Unidas, o Brasil deve se alinhar a essas decisões e os avanços obtidos no plano internacional são capazes de impulsionar transformações internas, tornando possível ao movimento de mulheres exigir a sua implementação no plano local. (PIOVESAN, 2004)

Os documentos internacionais são considerados “*soft law*” (MATTAR, 2008, p. 62), ou seja, mesmo o país sendo seu signatário tem autonomia para decidir o quanto e quando adotar suas determinações. Assim, os avanços obtidos pelas mulheres poderiam permanecer não implantados. O caminho jurídico encontrado foi a reinterpretação dessas conquistas pela ótica dos direitos humanos, no caso específico, através da associação das recomendações oriundas desses encontros internacionais com o tema da saúde, essa sim, descrita em vários documentos como um direito humano.

Assim, quando a CEDAW – *Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a Mulher* (ONU, 1979) prevê o direito à saúde como direito das

mulheres, devendo “assegurar-lhes, com base na igualdade dos homens e das mulheres, o acesso aos serviços médicos, incluindo os relativos ao planejamento familiar” (artigo 12-1) (p. ou art.), que “os Estados-partes garantirão à mulher assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância”(artigo 12-2) e sinaliza que “a plena realização do direito das mulheres à saúde podem ser alcançados somente quando os Estados-Partes cumprirem a sua obrigação de respeitar, proteger e promover o direito fundamental das mulheres para bem-estar nutricional durante toda a sua vida por meio de uma fonte de alimento que é seguro, nutritivo e adaptados às condições locais” (CEDAW, 1999 item 7), estas determinações serão lidas sob a ótica da *Declaração Universal dos Direitos Humanos* quando afirma “a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar” (ONU, 1946) ou do *Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais* ao proclamar o “direito de toda pessoa desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental”. (ONU, 1966)

PIOVESAN (2004) identifica nesses documentos que o movimento internacional de proteção dos direitos humanos das mulheres centrou seu foco nos direitos sexuais e reprodutivos, na discriminação e na violência contra a mulher e termina por reconhecer que o Brasil está em consonância com os parâmetros internacionais do direito com relação a essa tríplice plataforma de luta.

### **Quadro 1: Resoluções das Nações Unidas de interesse para a saúde da mulher**

<b>Ano</b>	<b>Evento</b>	<b>Resolução</b>
1945	Carta das Nações Unidas	Estabelece Princípio de Igualdade entre Homens e Mulheres
1948	Declaração Universal dos Direitos Humanos	Destinado a todos os seres humanos, define parâmetros globais de direitos humanos universais no âmbito das Nações Unidas.
1967	Declaração sobre a eliminação da discriminação contra a mulher	Afirma que o princípio de igualdade de direitos constará na Constituição ou será garantido por lei e que os instrumentos internacionais das Nações Unidas relativos à eliminação da discriminação contra a mulher serão ratificados ou aceitos e completamente implementados assim que possível.



<b>Ano</b>	<b>Evento</b>	<b>Resolução</b>
1975	I Conferência Mundial sobre a Mulher Cidade do México  Inicia o Ano Internacional da Mulher e proclama 1975-1985 a Década da Mulher.	A Declaração incluiu o direito à autonomia reprodutiva e previu o direito à escolha reprodutiva sob a noção de controle e integridade corporal
1979	CEDAW (Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a Mulher)	Determina a obrigação dos Estados-Partes de assegurar que a mulher tenha os mesmos direitos de decidir livre e responsabilmente sobre o número de filhos e o intervalo entre os nascimentos e de terem acesso à informação, à educação e aos meios necessários que lhes permitam exercer esses direitos.
1980	II Conferência Mundial sobre a mulher Copenhague	Uma dos temas principais é o da atenção à saúde da mulher e seu programa de ação chamava a atenção sobre a escassez de serviços sociais de apoio, falta de financiamento e pouca sensibilização das próprias mulheres.
1984	Conferência Mundial de População e Desenvolvimento México	Documento final incluiu a obrigação dos governos de tornar programas de planejamento familiar disponíveis universalmente.
1985	III Conferência Mundial sobre a Mulher Nairobi	Define que os governos estabeleçam suas prioridades para alcançar a igualdade entre mulheres e homens, mas essa igualdade deve impregnar todas as esferas da vida social, política e do trabalho.
1992	Conferência das Nações Unidas sobre Meio ambiente e Desenvolvimento Rio de Janeiro	Reconhece o papel chave das mulheres na conservação e gestão do meio ambiente
1993	Conferência Mundial de Direitos Humanos Viena	Afirma que os direitos humanos das mulheres e das meninas são parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos universais.  Convoca os Estados a combaterem a violência contra as mulheres em conformidade com as disposições contidas na declaração.
1994	Conferência Internacional das nações Unidas sobre População e Desenvolvimento Cairo  Convenção Interamericana para erradicar a violência contra a Mulher Belém do Pará	Reconhece os direitos reprodutivos do indivíduo e do casal como direito humano básico e que a decisão sobre a reprodução deve ser livre de discriminação, coerção ou violência (Programa de Ação do Cairo).  Os Estados são convidados a adotar políticas destinadas a prevenir, punir e erradicar todas as formas de violência contra a mulher.
1995	IV Conferência Mundial sobre a Mulher Pequim	Apresenta como objetivo estratégico a promoção do acesso da mulher a serviços de atendimento à saúde durante todas as fases de sua vida, o fortalecimento das ações de promoção à saúde e adotar iniciativas de enfrentamento das DST/AIDS e outras questões de saúde sexual e reprodutiva.

Ano	Evento	Resolução
1996	II Conferência das Nações Unidas sobre Assentamentos Humanos (HABITAT II)	Reconhece o papel fundamental desempenhado pelas mulheres na busca por assentamentos humanos sustentáveis e enfatiza a necessidade de se garantir o acesso igualitário das mulheres ao crédito e à posse da terra e da moradia
1999	Assembleia da ONU	Adota o Protocolo Opcional do CEDAW O Comitê passa a ter competência para receber denúncias sobre violação dos Direitos Humanos das mulheres

**Fontes:** Unifem; In straw; Coletivo Maria, Maria. s.d.

## 6.2 A saúde da mulher e o modelo econômico hegemônico

Pode também dar-se o caso de que o apoio dado aos cuidados primários de saúde se baseie na falsa impressão de que o método implica a forma mais barata de atenção médica às camadas pobres, com o mínimo indispensável de apoio financeiro e técnico. Somente a ação política, completada por firmes esclarecimentos a respeito do real propósito e alcance dos cuidados primários de saúde, poderá modificar essa atitude.” (OMS, 1979:35).

Private markets will not give the poor adequate access to essential clinical services or the insurance often needed to pay for such services. **Public finance of essential clinical care is thus justified to alleviate poverty.** Such public funding can take several forms: subsidies to private providers and NGOs that serve the poor; vouchers that the poor can take to a provider of their choice; **and free or below-cost delivery of public services to the poor.** (BIRD/BM, 1993:5, grifos do autor).

A Organização das Nações Unidas e o Banco Mundial são duas agências internacionais criadas ao fim da segunda guerra, aquela para ser um fórum de discussões com o objetivo primordial de obter sustentação da nova paz e segurança mundiais e este com a função de capitalizar projetos dos países-membros que não fossem atrativos para o mercado financeiro daquela época. A Organização Mundial da Saúde é uma agência especializada da OMS responsável pelos aspectos do campo da saúde, seja no aprimoramento dos sistemas de saúde, seja no enfrentamento dos problemas de saúde. Na década de 1990 estavam ameaçadas por uma crise de representatividade produto dos ajustes econômicos de austeridade impostos aos países, cortes significativos de custeios fruto da cooperação dos países desenvolvidos e pelo fim da Guerra Fria. Elas vão encontrar, no discurso pela redução da pobreza - seja através do argumento de existir

um compromisso humanitário em sua erradicação, ou pela ameaça que essa oferece para a ordem dos países desenvolvidos, uma forma de ressignificarem a necessidade de sua sobrevivência no panorama mundial.

MATTOS (2003) descreve os movimentos do Banco Mundial nesse contexto:

[...] o Banco aderiu ao novo mote do combate à pobreza, fazendo coro ao grande número de agências internacionais. Ele cunhou seu novo *slogan* – “nosso sonho é um mundo sem pobreza” –, e adotou a prática discursiva de justificar todas as suas iniciativas (inclusive suas recomendações de austeridade fiscal) como se as mesmas tivessem algum impacto positivo sobre a pobreza. Por fim, o Banco Mundial buscou intensificar o diálogo com as demais agências internacionais e órgãos de cooperação internacional, com vistas a produzir consensos sobre o que deve e o que não deve ser apoiado por essa comunidade internacional. MATTOS (2003:381).

Dentro dessa visão, têm importância para a saúde os documentos do Banco Mundial, sendo exemplar o *World Development Report 1993: Investing in Health*, Relatório “Investindo em Saúde”, (Banco Mundial, 1993) que gerou, segundo Aguiar (2003, p.63) “importantes debates nos meios acadêmicos e governamentais, bem como em outras agências de cooperação internacional – notadamente as vinculadas à saúde”. Sepúlveda reafirma essa opinião definindo aquele relatório como “um marco na literatura da saúde pública” (tradução pessoal) e Misra, ex-secretário de saúde da Índia, diz que o documento “tornou-se uma referência padrão para os formuladores de políticas de saúde do mundo inteiro e mantém esse status até hoje”. (BIRD/BM, 2006)

Comentando esse Relatório, Aguiar (2003) diz que, se por um lado há a valorização da atenção à saúde e aos direitos da mulher, por outro atrelaram-se a ele conteúdos neoliberais de corte nos gastos públicos reconhecendo que haveria diminuição do financiamento à saúde a partir da premissa de que nem todos os gastos com ela deveriam ser custeados. O documento sugere um pacote de serviços que incluam a imunização, o planejamento familiar, a nutrição, os cuidados pessoais, a prevenção de zoonoses, o auxílio à redução do consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas e os programas de prevenção da AIDS, com ênfase nas demais doenças sexualmente transmissíveis. Vemos aqui contemplados direitos à saúde femininos, mas agora já com uma ótica racionalizada, restringindo-os a serviços essenciais, clínicos ou de saúde

pública, com um argumento que é, em nossa opinião, segregacionista sob uma racionalidade de justiça social:

“Para se determinar quem deve receber atendimento gratuito é necessário considerar a prevalência de pobreza e a capacidade do país para financiar o atendimento: gastos maiores podem significar um número maior de serviços para os mais pobres, ou o mesmo número de serviços para mais pessoas, inclusive os menos pobres. Na prática, se quiserem prestar aos pobres um atendimento sanitário razoável, os países muito pobres têm que determinar clientelas-alvo” (Banco Mundial, 1993:58).

O recorte permite aos governos determinar “clientelas-alvo” e propõe a criação de “conjuntos de serviços sanitários básicos”, o que significa a substituição da universalidade do direito à saúde pelo direito à “universalidade do cuidado essencial”, ainda assim apenas para os países que possam suportá-lo. O grande viés é definir como “gratuitos” serviços providos pelos Estados nacionais e que, ao invés de gratuitos, são pagos pelo dinheiro arrecadado sob a forma dos mais variados impostos cobrados de sua população. Oferecer serviços públicos não significa oferecer serviços gratuitos e sim redistribuir a renda que foi coletada no meio social à própria sociedade.

A adesão das agências internacionais de saúde a esse discurso se fará em documentos como o *Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe* (OPAS,1994), o *Strategic and Programmatic Orientations, 1995-1998* (OPAS,1995) que já adota o termo ‘Pacote Básico de serviços de saúde’, tentando minimizar sua origem ao descrevê-lo como devendo ser definido “a partir de um processo democrático de consulta”; a OMS também adota o discurso do Banco Mundial em 1993, ainda, quando da comemoração dos quinze anos de Alma-Ata, publica um documento onde surge a equidade como principal elemento da atenção primária e a recomendação pela adoção de pacotes básicos de serviços de saúde, o se aprofunda no documento citado pelo autor *Macroeconomia y salud: Invertir en Salud en Pro del Desarrollo Económico* (OMS, 2001), em que

[...] recomenda-se a definição, em cada país, de um programa geral de *intervenciones esenciales*, cuja cobertura universal seja garantida através de fundos públicos ou de doações de países desenvolvidos. Tais intervenções deveriam ser tecnicamente eficazes e dirigidas a doenças onerosas para a sociedade, de forma a promover benefícios sociais que superem os custos das

intervenções, com uma especial atenção aos mais pobres. (AGUIAR, 2003:65)

Equidade seria, a partir de então, o discurso pelo qual a saúde, enquanto direito humano fundamental, passa a ser mediado pela lógica econômica e o resultado para Navarro (2006), é que a adoção dessas medidas não atingiu os seus objetivos declarados (eficiência econômica e bem-estar social), resultando em aumento brutal das desigualdades. Ele as descreve como “políticas públicas de classe” onde o que existe é “uma ação ou intervenção estatal que entra em conflito com os interesses dos trabalhadores e outras classes populares”.

Ao mesmo tempo, violam-se aqueles direitos humanos de desfrutar um nível de saúde física e mental e de um nível de vida que assegure a si e à sua família a saúde e o bem-estar, resultando na desqualificação e redução das conquistas femininas com relação aos seus direitos à saúde a ‘pacotes básicos’ no interior de ‘programas gerais de intervenções essenciais’.

### **6.3 A saúde da mulher e sua construção na Atenção Básica**

ertas escolas de planejamento econômico talvez manifestem reservas, com base na crença comum de que o crescimento econômico acarretará, por si só, a solução dos problemas de saúde. Esse argumento deveria ser respondido com a seguinte observação: se é verdade que o **autêntico** desenvolvimento econômico e social pode, sem dúvida, acarretar o melhoramento da saúde, não é menos verdade que se torna necessário aplicar medidas diretas de saúde para melhorar a situação sanitária e - como já observamos - os esforços de todos os setores desenvolvidos apoiam-se mutuamente (OMS, 1979:35, grifo do autor) .

A famosa Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, foi sem dúvida um marco nos debates internacionais acerca das políticas de saúde... Mas ela também pode ser vista como o último suspiro de um padrão de cooperação internacional. Talvez tenha sido a última vez em que a voz dos países em desenvolvimento foi levada a sério num fórum internacional.” (MATTOS, 2003:383).

A I Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde (Conferência de Alma-Ata), realizada no Cazaquistão, foi construída sob a orientação teórica de um relatório

conjunto dos diretores da OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). No seu documento final, observa-se um consenso mundial quanto à importância dos cuidados primários de saúde e que sua expansão seria conduzida com fundamento em uma ampla participação dos Estados.

É nesse documento que se tem a definição mais completa e derradeira de Atenção Básica. Diz ele:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país pode manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde ” (OMS, 1979:3).

Na Declaração de Alma-Ata consolidam-se os direitos humanos das mulheres sob a ótica do direito à saúde, incluindo: atenção à saúde (“[os cuidados primários de saúde] incluem, pelo menos, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar”); necessidade de nutrição adequada (“ [as mulheres] requerem conhecimentos em matéria de nutrição que possam aplicar com base nos recursos disponíveis, especialmente no que diz respeito à adequada alimentação dos filhos e à sua própria nutrição durante a gravidez e a lactação”); superação de desigualdades (“Particularmente importante é fazer com que as mulheres desfrutem, tanto quanto os homens, dos benefícios do desenvolvimento agrícola.”); reconhecimento como grupo vulnerável (“Necessidades especiais de grupos vulneráveis e de alto risco... seja atribuída alta prioridade às necessidades especiais de mulheres...); reconhecimento das jornadas de trabalho (“ a maioria das mulheres dedica-se simultaneamente à agricultura, aos afazeres domésticos e ao cuidado dos filhos em tenra idade”); proteção no trabalho (“As mulheres requerem tecnologia apropriada para reduzir sua carga de trabalho e aumentar sua produtividade”); participação comunitária (“A participação da

comunidade na determinação e solução de seus problemas de saúde pode ser facilitada pelo apoio de grupos... femininos”); papel na promoção da saúde (“... as mulheres desempenham importante papel na promoção da saúde, particularmente em razão de sua posição central na família.”) e; no que hoje se denomina de Política das Águas (“a abundância de água de boa qualidade facilita a vida das mulheres.”).

#### **6.4 O conceito de saúde na Atenção Básica e seus desdobramentos no cuidado**

Parece razoável concluir, portanto, que fatores psicossociais como o nível de reconhecimento, autonomia e segurança, o balanço entre esforço e recompensa, entre demandas e controle, entre expectativas, realizações e frustrações que os indivíduos conseguem, assim como a rede social que eles constroem durante a sua vida, têm forte impacto sobre o seu nível de saúde. Dessa forma, pode-se concluir que a qualidade e o padrão das relações sociais constituem um elemento com ampla e inquestionável determinação sobre a saúde. Essa determinação realiza-se predominantemente pela mediação psíquica, sendo a via do estresse crônico o mecanismo de ação mais conhecido para essa determinação. (FARIA, 2009:61)

O conceito atual de saúde é o de vitalidade psicofisiológica que permite ao indivíduo buscar sua realização. Ela é meio, não fim, um dos objetivos humanos na busca por seu desenvolvimento e busca por qualidade de vida, e é condicionada pelas determinações de sua existência como ser. (FARIA, 2009).

Esse conceito está de acordo com o ideário que, fundamentando o relatório final da 8ª CNS em 1986, permitiu à sociedade brasileira apossar-se de um doutrinário e um conjunto de proposições políticas voltada para a saúde (PAIM, 2007) e desaguou na Constituição Federal de 1988 em seu capítulo sobre a saúde.

O mesmo Paim cita Silva (2003) e seu conceito do binômio saúde-doença:

Considera-se saúde e doença como um único processo que resulta da interação do homem consigo mesmo, com outros homens na sociedade e com elementos bióticos e abióticos do meio. Esta interação se desenvolve nos espaços sociais, psicológico e ecológico, e como processo tem dimensão histórica [...]. A saúde é entendida como o estado dinâmico de adaptação a

mais perfeita possível às condições de vida em dada comunidade humana, num certo momento da escala histórica [...]. A doença é considerada, então, como a manifestação de distúrbios de função e estrutura decorrentes da falência dos mecanismos de adaptação, que se traduz em respostas inadequadas aos estímulos e pressões aos quais os indivíduos e grupos humanos estão continuamente submetidos nos espaços social, psicológico e ecológico. (SILVA, 1973:31-32, citado por PAIM, 2003:144).

Ele também diz que, quando da construção daquele ideário, a determinação social e o processo de trabalho em saúde estavam no centro da discussão teórica sobre o conceito de saúde.

Faria (2009) declara que implícita ou explicitamente, são estas as concepções adotadas quando se buscam avaliar as condições de saúde de certo universo humano ou o impacto sobre a saúde de uma dada intervenção (planos, projetos, programas, protocolos, etc.).

É assim que, na prática da Atenção Básica, especialmente no Programa de Saúde da Família, o conceito de saúde extrapolou o modelo biomédico e passou a acatar uma definição que está fundamentada no reconhecimento do binômio saúde-doença como determinado socialmente e em um processo de trabalho alinhado com essa forma de pensar.

A OMS reconhece que o campo da determinação social da saúde é o mais complexo e desafiante de todos, já que diz respeito às implicações de fatores concernentes às formas como pessoas vivem e trabalham, às implicações que políticas econômicas e sociais têm sobre ela e que benefícios os investimentos em saúde podem proporcionar. É a própria OMS quem nomeia entre esses determinantes a classe social, a infância, a alimentação, o trabalho, o desemprego, a exclusão social, o suporte social, o stress, a adição a drogas e o acesso aos transportes (OMS, 2003).

As mulheres conseguiram, ao longo do período histórico, enquanto sexo e gênero, construir um significado de saúde envolvendo tanto aspectos biológicos quanto sociais na construção de direito ao corpo através do planejamento, e à saúde reprodutiva, direito à diferença, proteção contra a violência e ao exercício de sua sexualidade e que esses direitos foram vinculados ao direito humano da saúde e bem estar e condicionados ao direito a um nível de vida suficiente que as assegure. Fica claro que os determinantes sociais da saúde já estavam na pauta da ONU desde a aprovação da DUDH.



Como são responsabilidades institucionais do setor saúde os objetivos específicos de promover, proteger e recuperar a vitalidade psicofisiológica do indivíduo (FARIA, 2009), não há dúvidas de que pesam sobre ele as responsabilidades de abrigar os determinantes sociais de saúde como importantes para cumprir sua função institucional e para respeitar os direitos humanos. Ou seja, não se pode ignorar esse conceito de saúde e de provisão de cuidados durante o planejamento do processo de trabalho da equipe.

Faria (2009) completa dizendo que a inclusão das dimensões sociais no universo de interesse teórico e no campo de prática da saúde, permite explicitar um compromisso e um objetivo específico deste na análise e intervenção social, tornando sua abordagem mais objetiva, operacionalizável e eficaz.

### **6.5 A cidadania e políticas públicas de saúde na Atenção Primária**

Partimos do pressuposto de que existe a necessidade de uma atuação das equipes da atenção básica em dimensões complexas da realidade, muito além do cuidado individual ou mesmo da abordagem familiar usual para que se possa interferir positivamente nos níveis de saúde de uma população. (OLIVEIRA, 2009:18)

A cidadania, que no século XVIII, se resumia ao direito de escolha de representantes na vida pública evoluiu na democracia contemporânea, para a noção de ser o que permeia o debate público e dá forma e conteúdo à prática democrática. Participar do debate público ensina o cidadão a exercer o critério da autonomia, significando sua participação ativa no enfrentamento das dificuldades que vivencia concretamente, criando e/ou ampliando canais de participação e tornando-se atores no encaminhamento das soluções delas. Ao praticar a atuação autônoma, o indivíduo e o grupo de indivíduos que constituem uma comunidade experimentarão um processo de aprendizado onde o aumento da percepção, da articulação e da afirmação dos interesses comuns terminará levando todos em direção à emancipação.

Nessa visão de mundo – democracia cidadã e autônoma – as políticas e projetos sociais não teriam mais cunho paternalista nem seriam dirigidas a clientelas ou públicos, permitindo aos cidadãos que vivenciam os problemas sociais que tenham envolvimento ativo nos processos de decisão e de busca de soluções.

Na organização do processo de trabalho dos profissionais da atenção primária isso significa o reconhecimento dos membros da comunidade como donos de um saber ao qual se acrescenta o saber do profissional, potencializando a construção de cidadania e democracia. Isso é fundamental já que é no território onde existem campos propícios para nascimento e desenvolvimento de espaços públicos onde práticas organizativas de conteúdo deliberativo se desenvolvam, mesmo sabendo que existem limites externos para isso. (OLIVEIRA, 2009)

## 6.6 A saúde da mulher e sua história no Brasil

Fausto (2005) chama a atenção para o fato de que os estudos históricos sobre saúde pública mostram a opção brasileira por ações de atenção primária, nos moldes de campanhas sanitárias de caráter preventivista e coletivas (Sanitarismo Campanhista) desde o século XIX e que no início do século XX a assistência médica não era alvo de políticas públicas, sendo exercido por profissionais liberais e por instituições de caridade. Isso resultou na fragmentação em que as ações de saúde pública eram ações coletivas universais e a assistência médica tinha caráter individual, dirigidas à classe trabalhadora que tivesse inserção formal no mundo do trabalho.

Para Piovesan (2004), a *Constituição Federal* de 1988 incorporou a maioria significativa das reivindicações formuladas pelas mulheres, como resultado da luta feminina e da consonância do Brasil com aqueles dispositivos internacionais. (Quadro 2)

Os direitos constitucionais são/ foram consolidados ao longo dos anos na forma de Leis específicas sobre as questões femininas, cristalizando as conquistas femininas (Quadro 3).

### Quadro 2: Alguns dispositivos constitucionais que afirmam os direitos da mulher

Constituição Federal (BRASIL, 1988).	Prescrição
Artigo 5º, I	Igualdade entre homens e mulheres (geral)

Artigo 226, parágrafo 5º	Igualdade entre homens e mulheres (especificamente no âmbito da família)
Artigo 7º, XXX * <sup>1</sup>	Proibição da discriminação no mercado de trabalho, por motivo de sexo ou estado civil.
Artigo 7º, XX ** <sup>1</sup>	Proteção especial da mulher no mercado de trabalho, mediante incentivos específicos.
Artigo 226, parágrafo 7º *** <sup>1</sup>	Planejamento familiar como uma livre decisão do casal, devendo o Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito.
Artigo 226, parágrafo 8º **** <sup>1</sup>	Dever do Estado de coibir a violência no âmbito das relações familiares

---

Fonte: Adaptado de Piovesan (2004). Os asteriscos identificam no Quadro 3 as leis que regulamentaram dispositivos constitucionais

Para fins desse documento, estabelecemos como limite a publicação da Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Nesse momento de organização do SUS, os gestores firmam o *Pacto pela Saúde e pela Vida* (BRASIL, 2006a) que assumia três dimensões: a defesa a vida, a defesa do SUS e o pacto de gestão. No interesse de nossa discussão, o pacto traz como compromisso a *Política Nacional de Atenção Básica* (BRASIL, 2006b) e a *Política Nacional de Promoção à Saúde* (BRASIL, 2006c). No âmbito desses três documentos estão o *Programa de Saúde da Família*, iniciado em 1994 e a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher* (BRASIL, 2004).

**Quadro 3: Algumas legislações que dizem respeito aos direitos da mulher e seus cuidados na atenção básica**

<b>Ano</b>	<b>Legislação</b>	<b>Prescrição</b>
1940	Código Penal Brasileiro/1940 Artigo 128 (I e II)	Não se pune abortamento praticado por médico para salvar a vida da mulher e gravidez resultante de estupro
1990	Leis 8.080/1990 e 8.142/1990	Lei Orgânica da Saúde
1995	* Lei 9.029, de 13 de abril de 1995.	Proíbe a exigência de atestados de gravidez e esterilização e outras práticas discriminatórias para efeitos admissionais ou de permanência da relação jurídica de trabalho
1996	*** Lei do Planejamento Familiar (Lei 9263 de 12/01/1996)	Estabelece um conjunto de ações de regulação da fecundidade, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. Proíbe a utilização de quaisquer ações voltadas ao controle demográfico.
1997	Lei 9.504, de 30 de setembro de,	Estabelece normas para as eleições, dispondo que cada partido ou coligação deverá reservar o mínimo de trinta por cento e o máximo de setenta por cento para candidaturas de cada sexo.
1999	** Lei 9.799, de 26 de maio de 1999.	Inserir na Consolidação das Leis do Trabalho regras sobre o acesso da mulher ao mercado de trabalho
2001	Lei 10.224 de 15/05/2001	Dispõe sobre o crime de assédio sexual.
2003	Lei 10788 de 24/11/2003 Notificação Compulsória de atos de violência contra a mulher	Destinada a atender as vítimas de violência, prevê abordagem intersetorial e interdisciplinar, com interface com segurança e justiça. Prevê a realização da Notificação Compulsória, mas dispensa o Boletim de Ocorrência Policial para que se assegure a atenção ao abortamento.
2006	**** Lei Maria da Penha (Violência Contra a Mulher) 11.340/2006	Cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, e da CEDAW.

Fontes: Rede Nacional Feminista de Saúde (2008) e Piovesan (2004)

A regulamentação das diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde define dentre suas prioridades o controle do câncer do colo de útero e da mama, a redução da mortalidade infantil e materna e o fortalecimento da Atenção Básica.

**Quadro 4 - As prioridades e objetivos do pacto pela saúde de interesse para a saúde da mulher e de responsabilidade da atenção básica**

<b>Pioridades</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Meta nacional</b>
Controle do câncer do colo de útero e da mama	Ampliar a cobertura do exame preventivo do câncer do colo do útero,	80%
	Ampliar a cobertura de mamografia, com vistas ao diagnóstico precoce do câncer da mama.	60%
Redução da mortalidade infantil e materna	Reduzir a mortalidade neonatal.	5%
	Reduzir os óbitos infantis por doença diarreica.	50%
	Reduzir os óbitos infantis por pneumonia.	20%
	Criar comitês de vigilância do óbito em municípios com população acima 80.000 habitantes.	80%
	Reduzir a razão da mortalidade materna.	5%
Fortalecimento da Atenção Básica	<p>Assumir a estratégia de saúde da família como a estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais.</p> <p>Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família.</p> <p>Consolidar e qualificar a estratégia de saúde da família nos pequenos e médios municípios.</p> <p>Ampliar e qualificar a estratégia de saúde da família nos grandes centros urbanos.</p> <p>Garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços.</p> <p>Aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação do profissional.</p> <p>Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção Básica que considere os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades loco-regionais.</p>	

Fonte: Adaptado de Regulamento: Pactos pela Vida e de Gestão (BRASIL, 2006).

Nos Quadros 5 e 6 vemos, dispostas em ordem de ano, algumas Políticas, Programas e Normas Técnicas que dizem respeito à incorporação dos direitos femininos pela área de cuidados à saúde no Brasil.

Apesar do lançamento de uma nova versão da *Política Nacional de Atenção Básica* em 2012, quando da realização do diagnóstico que aqui é discutido estava em vigor a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) publicada em 2006, apontando para a redefinição dos princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infraestrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da estratégia Saúde da Família. Afirma que a Atenção Básica deve se constituir como porta de entrada preferencial do SUS e que é prioridade “consolidar e qualificar a estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde” (BRASILc, 2006).

O *Programa de Saúde da Família* é definido com uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua. Teve início em 1991 com o *Programa de Agentes Comunitários de Saúde* (PACS) e suas primeiras equipes multiprofissionais foram montadas a partir de 1994, incorporando os princípios básicos do SUS (universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade com o objetivo de reorganizar a assistência à saúde substituindo o modelo centrado na doença e no hospital para uma atenção centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, possibilitando uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (BRASIL, 2001).

Com relação específica ao Programa de Saúde da Família, a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 que aprova a nova PNAB descreve que ele havia se consolidado como prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil (BRASIL, 2006d).

**Quadro 5: algumas políticas e programas brasileiros com repercussões para a saúde da mulher**

1994	Programa de Saúde da Família	Estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua.
2004	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM	Voltada para as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais.
2005	Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos	Apresenta as diretrizes do Governo para garantir os direitos de homens e mulheres, adultos (as) e adolescentes, em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva, enfocando, principalmente, o planejamento familiar.
2006	Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal  Política Nacional de Atenção Básica Política Nacional de Promoção de Saúde	Tem como objetivo mobilizar atores sociais, governamentais e não governamentais em torno de um conjunto de ações, cuja meta é reduzir em 75% a mortalidade materna no país até o ano 2015. vinculada às Metas do Milênio  Afirma que a Atenção Básica deve se constituir como porta de entrada preferencial do SUS
2007	Política Nacional de Planejamento Familiar  Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia do HIV/Aids e outras DSTs.	Implementa a Lei do Planejamento Familiar  Pretende-se enfrentar a epidemia por meio da redução das vulnerabilidades que atingem as mulheres, estabelecendo políticas de prevenção, promoção e atenção integral.

Fonte: o autor

### Quadro 6: Algumas normas técnicas do Ministério da Saúde específicas para a saúde da mulher

Ano	Legislação	Prescrição
2005	Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes  Norma Técnica do Pré Natal e Puerpério – Atenção Qualificada e Humanizada	Destinada a atender as vítimas de violência, prevê abordagem intersetorial e interdisciplinar, com interface com segurança e justiça. Prevê a realização da Notificação Compulsória, mas dispensa o Boletim de Ocorrência Policial para que se assegure a atenção ao abortamento.  Referência para a organização da rede assistencial, a capacitação profissional e a normatização das práticas de saúde na atenção à mulher na gravidez e no pós-parto.
2006	Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento - Ministério da Saúde	Prevê o acolhimento digno e respeitoso, baseado na promoção da autodeterminação e autonomia, sem julgamentos, como uma ação de saúde, humanizada.

Fonte: o autor

#### 6.7 O processo de trabalho em atenção básica à saúde

No Brasil, pensar outros caminhos para garantir a saúde da população significou pensar a redemocratização do País e a constituição de um sistema de saúde inclusivo. (BRASIL, 2006c:9)

Mas o que tudo isso tem a ver com o processo de trabalho da equipe de saúde da família? Afinal de contas, não está todo mundo sendo atendido? Qual a importância do processo de trabalho na distribuição de cidadania?

Para FARIAS (2009), o processo de trabalho na saúde tem como características: produzir serviços e não bens; modificar seus atores ao longo do exercício profissional; ser coparticipativo, ou seja, as pessoas que se servem dessa prestação de serviço também são atores principais e autônomos e; proporcionar durante seu exercício, uma troca intensa de subjetividades entre as partes envolvidas, profissional e pessoa.

Do ponto de vista organizacional, o profissional de saúde, na prática de sua atividade tem em sua figura uma série simbólica de diferentes papéis: é o representante institucional do governo (em suas três instâncias) e de suas políticas e programas (aqui,



atenção integral à saúde da mulher no âmbito da Atenção Básica e no seio do Programa de Saúde da Família) e no dia-a-dia de trabalho em equipe, tem o papel concreto de ser um agente de saúde, mas também o de representante da sociedade que lhe delegou função de servidor público e de sua comunidade, em especial, por precisar exercer não somente a legalidade da função, mas a sua legitimidade.

Frente a si, o profissional tem aquele a quem oferece o seu cuidado. Esta pessoa também possui vários papéis: o de demandante dos serviços e, por isso, o objeto e o sujeito imediato desse cuidado; o de membro individual da sociedade como um todo e sua forma de organização e o de sujeito autônomo daquela comunidade adscrita com suas características peculiares.

FARIAS (2009) deixa muito claro que estes papéis são mais ou menos respeitados, tornando-se pouco relevante quando a abordagem clínica se restringe ao aspecto biológico e a terapêutica se restringe à intervenção farmacológica ou cirúrgica e assumindo capital importância quando se consideram aspectos psicossociais (inclusive comportamentais) na abordagem do problema e no plano terapêutico.

Mas, se tudo há de ter uma razão, de onde se origina esse novo espaço de prática onde o paciente vira pessoa, a abordagem da saúde deixa o campo de práticas fundamentadas só na doença e se volta para aspectos psicossociais e o profissional deixa de ser sozinho, passando a trabalhar em equipe e ver toda pessoa como autônoma quando da produção do cuidado e precisar ter preocupação com a construção de cidadania?

Ele se inaugura a partir da *Política Nacional de Promoção à Saúde* (BRASILc, 2006) com seu forte apelo ao conceito ampliado de saúde, à determinância social como responsável pelo binômio/doença e ao convite pelo exercício intensivo da participação social. E vai se inscrever na prática da Atenção Básica, em especial no interior do Programa de Saúde da Família.

Vejamos o texto de introdução da Política Nacional de Promoção da Saúde, PNPS:

Na Constituição Federal de 1988, o estado brasileiro assume como seus objetivos precípuos a redução das desigualdades sociais e regionais, a promoção do bem de todos e a construção de uma sociedade solidária sem quaisquer formas de discriminação. Tais objetivos marcam o modo de conceber os direitos de cidadania e os deveres do estado no País, entre os quais a saúde. (BRASIL, 1988).

E, ainda

[...] o sistema sanitário brasileiro encontra-se comprometido com a integralidade da atenção à saúde, quando suas ações e serviços são instados a trabalhar pela promoção, proteção e recuperação da saúde, com a descentralização e com a participação social. (BRASILc, 2006:12).

A descrição da PNPS continua afirmando que

A integralidade implica, além da articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde, na ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, quer individual e/ou coletivamente, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde, respeitando e considerando suas especificidades e suas potencialidades na construção dos projetos e da organização do trabalho sanitário.” (BRASIL, 2006c: 13).

E conclui

A ampliação do comprometimento e da corresponsabilidade entre trabalhadores da saúde, usuários e território em que se localizam altera os modos de atenção e de gestão dos serviços de saúde, uma vez que a produção de saúde torna-se indissociável da produção de subjetividades mais ativas, críticas, envolvidas e solidárias. (BRASIL, 2006c: 13).

Não fica impossível entender, agora, em que momento a responsabilidade sanitária de uma equipe de saúde da família troca o modelo assistencialista fundamentado no pensamento centrado na doença e no exercício de poder médico pelas noções que exigem um novo pensar dos processos de trabalho.

Existe, no entanto uma importância ainda mais capital para que esse processo de mudança de visão seja incorporado de forma definitiva pelas equipes de saúde da família:

Historicamente, o relatório da *8ª Conferência Nacional de Saúde*, cujo tema foi “Democracia e Saúde” foi o fundamento inicial da construção do Sistema Único de Saúde – SUS em cuja base se encontra o conceito ampliado de saúde, a necessidade de

criar políticas públicas para promovê-la, o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e a impossibilidade do setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população.” (BRASIL, 2006c).

Em outras palavras, incorporar essa nova visão do paciente como pessoa autônoma, da mudança de ênfase da doença *per se* pela visão dos aspectos psicossociais como determinantes de saúde e do trabalho individual pelo trabalho em equipe com a participação ativa da comunidade significa defender a construção democrática do país.

Finalmente, cientes da luta feminina para se ver reconhecida em gênero e direitos e sendo na atenção à saúde o lugar onde estes direitos foram consolidados, firma-se o processo de trabalho das equipes de saúde da família, dentro desses moldes, como o responsável por assegurar que toda aquela luta não tenha sido em vão.

## **6.8 A saúde da mulher e seus contrastes: mulheres urbanas e mulheres rurais**

“Half the world’s people currently live in rural and remote areas.”(OMS 2010:i)

Sem entrar em discussão sobre os conceitos de urbano e rural, usando somente o senso comum do que sejam, é importante destacar que a saúde da mulher sofre importantes distinções/variações a depender se ela mora em uma região urbana ou em uma região rural.

Se atentarmos para a informação da OMS de que metade da população mundial vive em áreas rurais e remotas, fica claro o impacto dessa questão em relação aos direitos da mulher à saúde e às diferenças de acesso a eles entre as mulheres que moram em regiões rurais em contraste com as que residem em áreas urbanas. Isso se dá tanto na questão feminina enquanto pessoa, quanto na questão do exercício profissional das mulheres na área da saúde, já contemplada em pelo menos dois recentes documentos - a *Declaração de Tirana* (World Organization of National Clinica Associations - WONCA, 2010) e o *Increasing Access to Health Workers in Remote and Rural Areas* (OMS, 2010).

A *Declaração de Tirana*, fruto do III Congresso Internacional de Saúde, reconhece, que as populações rurais estão submetidas a uma iniquidade crônica de acesso aos cuidados

de saúde, terapêuticos e/ou preventivos, são deficitárias de ações de proteção e seguro social e que as mulheres estão submetidas a uma exposição a mais às doenças e riscos secundários à sua condição de dupla jornada de trabalho, destacando ainda que o trabalho doméstico é não remunerado.

A OMS, por sua vez, no documento *Increasing Access to Health Workers in Remote and Rural Areas* reconhece que são necessários estudos para uma melhor compreensão e identificação de quem são os trabalhadores da saúde em áreas rurais, chamando atenção para as questões de gênero e considerando ainda inconclusivas as evidências sobre a extensão da força de trabalho em saúde composta por mulheres que existe nesse contexto.

Então, dentro das preocupações com relação à saúde da mulher, um capítulo seminal deverá ser dedicado ao estudo de como tornar as conquistas femininas realmente universais, já que atualmente as referências têm, como universo de estudo, mulheres que moram em regiões urbanas do mundo.

No contexto desse trabalho, o município do Jussari tem uma população menor que sete mil habitantes, teve sua origem em virtude da lavoura do cacau, situa-se a sete quilômetros da principal rodovia e se distancia em 60 quilômetros de sua cidade polo sem que exista uma boa oferta de transportes públicos para chegar ou sair de lá. As mulheres de Jussari, então, são mulheres de regiões rurais e vivenciam as dificuldades próprias das populações rurais.

## 7 DISCUSSÃO

Expostos alguns conceitos que devem fundamentar o processo de trabalho da equipe de saúde e os dados coligidos no cuidado à saúde integral da mulher prestado pela Equipe de Saúde da Família de Jussari-BA, cabem algumas observações sobre a prática desse cuidado na opinião desse profissional, baseadas na observação do cotidiano da equipe desde o ano de 2003, quando aqui cheguei e agora enriquecida pelos conteúdos apreendidos durante o Curso de Especialização em Atenção Básica na Saúde da Família, para o qual este documento serve como trabalho de conclusão e, principalmente, como forma de contribuir para a discussão local do cuidado que prestamos às mulheres de nossa comunidade.

Ressaltam-se quatro aspectos principais quanto às dificuldades da equipe: o primeiro é quanto à dificuldade em vencer o modelo de atenção à saúde centrado na doença; o segundo, as dificuldades de incorporar os conceitos e as consequências da determinação social do binômio saúde-doença; o terceiro, a dificuldade de instrumentalizar no cotidiano as bases de um processo de trabalho que inclua o planejamento e a avaliação e; o quarto, a dificuldade de se abandonar o pensar na ‘oferta de serviços’ e começar a pensar a ‘oferta de cuidados’ como um exercício de cidadania compartilhado com a comunidade.

O modelo de saúde hospitalocêntrico, médico centrado e baseado na doença ainda não foi ultrapassado, com os profissionais de saúde da equipe e os gestores municipais ainda pensando em seus termos. Isso é representado por uma crônica defesa em reuniões por solicitações de exames, ou por sua racionalização; por diagnósticos fechados e definitivos; por opiniões sobre doenças oriundos de informações midiáticas; tudo permeado por muita desinformação. Há forte resistência em abandonar esse modelo associado a um interesse menor por temas de educação continuada que permitissem uma reavaliação desses valores.

No atendimento à saúde da mulher em Jussari esta dificuldade se mostra quando profissionais e gestores fazem críticas àquelas que não procuram o serviço para “saber se estão doentes”, ou então usam muito o serviço por razões “não justificáveis”, ou ainda aquelas que não aceitam os cuidados de saúde “oficiais” e buscam outras formas alternativas de cuidado, por exemplo. O planejamento, o acompanhamento pré-natal e o

controle de doenças crônicas sofrem com esse tipo de discriminação, pois o argumento que se apresenta é de que elas não querem se cuidar, que não aproveitam as oportunidades que tem e que não dão valor ao gasto que se realiza para oferecer estes diagnósticos, exames e tratamentos. Não está no mérito do comentário a mulher enquanto sujeito de direitos, mas a mulher como objeto do serviço ou do programa de saúde.

A dificuldade de incorporar a determinância social da saúde, os conceitos de saúde ampliada, é recorrente. A equipe vivencia a realidade do território onde as condições socioeconômicas são difíceis, a baixa escolaridade de idosos e adultos é grande e a má qualidade da educação de jovens e crianças é visível, o desemprego grassa, as atividades de lazer comunitário não existem, o acesso a alimentos é pobre e as relações sociais dentro de famílias intergeracionais e em vizinhança em que as tensões pela sobrevivência são facilmente percebidas são silenciosamente insuportáveis. Talvez como um mecanismo de defesa contra o sofrimento vivenciado, se escuta um discurso paradoxal onde se reconhece que a vida é difícil e que isso piora a situação da saúde individual e coletiva, mas que, se essas pessoas procurassem a Unidade de Saúde, estariam em melhores condições.

A responsabilidade aqui, no entanto, não deve recair somente sobre a equipe. O conceito ampliado de saúde deixa de ser um elemento da medicina e passa a ser competência de todas as áreas da gestão municipal. Aqui aparece a necessidade de uma gestão que conheça e reconheça a importância da intersetorialidade das suas secretarias na construção de uma comunidade saudável e a necessidade de um Programa de Governo que contemple esta intersetorialidade na busca de formas de desenvolvimento social sustentado, o que, em nosso caso, realmente não existe.

A construção da intersetorialidade exige também o reconhecimento da interdisciplinaridade na construção da saúde, uma vez que se deixa de ter como referência para a sua concepção as ciências biológicas e da saúde somente, e passa-se ao patamar de uma saúde que está atrelada às ciências sociais, econômicas, políticas, humanas e religiosas, entre tantas que extrapolam o exercício do profissional de saúde “puro”.

Nesse ponto, para maior desapontamento, os profissionais de diferentes áreas de saber estão disponíveis no território, mas não se comunicam e nem são ouvidos quando se

pronunciam, o mais das vezes por questões vinculadas ao partidário político. Aqui, vale comentar, fomos educadamente repreendidos várias vezes por ‘estar dando espaço e ouvidos a essas pessoas’.

No exercício do cuidado integral à saúde da mulher, a falta de compreensão do conceito de saúde ampliado muitas vezes é responsável por abandonos de acompanhamentos por parte das pessoas ao se verem confrontadas apenas com ‘obrigações’: de comparecer às consultas, tomar os remédios, realizar os exames, aceitar as prescrições, oferecer a dieta ideal para as crianças, cuidar do seu peso e prestar silêncio obsequioso durante as palestras e, mais do que tudo, não questionar a organização do serviço.

Mais uma vez, aqui não se identificam as mulheres como portadoras de direitos e nem se pensam formas de estimular a autonomia, mas tão somente se exige delas uma participação acrítica sob forma de objetos passivos da oferta de serviços. Não existe um diagnóstico da realidade de vida das mulheres desse território e nenhum movimento em busca de um pacto comunitário que possa vencer esse impasse. A oferta dos serviços é feita unicamente sob a ótica medico-centrada.

Com a doença como um motivo, e o serviço fundamentado em exames, diagnósticos e tratamento, a equipe não entende a importância de incorporar na prática as atividades de planejamento, estabelecimento de objetivos concretos e processos de avaliação. Acredita que, feitas as visitas domiciliares, agendadas as consultas e disponíveis exames e medicações, o trabalho está completo. Disso resulta tanto um processo de trabalho de equipe fragmentado e centrado no cuidado médico quanto na impossibilidade dos profissionais desenvolverem uma consciência crítica do trabalho.

A equipe trabalha, então, sob uma ótica de produção que está voltada apenas para as reuniões de fechamento das informações a cada fim de mês. Contam-se visitas, consultas, preventivos, diarreias, com as atividades descontextualizadas dos fundamentos teóricos do Programa tanto quanto dos pressupostos de cidadania. Parecem estar centrados em números, na busca por ‘superávits’ primários e na luta para evitar ‘déficits’ ao alimentar os sistemas de informação, uma contabilidade da saúde, onde a equipe busca apenas confirmar dados epidemiológicos que confirmem teorias econômicas e que permitam o controle pelo sistema hegemônico. Será que é esta realidade que está retratada nos gráficos e tabelas anexados a este diagnóstico?

Nesse percurso, o pacto social, que deve ser o fundamento da intenção de uma Unidade de Saúde da Família e que foi realizado pelos fundadores dessa equipe quando implantada, foram esquecidos e a comunidade que deveria estar participando de forma ativa da construção do cuidado está esquecida.

Por outro lado, uma proposta de prática de cuidado (não mais de prestação de um serviço de saúde) com fundamento no conceito ampliado de saúde traz à tona uma discussão sobre a governabilidade da equipe.

Oliveira (2009) conclui que as equipes de saúde tem em sua agenda diária um grande número de problemas sobre os quais não possui nenhuma governabilidade, seja por questões ligadas aos aspectos que são de responsabilidade de outros setores da gestão municipal, quer por deficiências na própria formação acadêmica, ainda centrada na biologia e na patologia e com pouca atenção ao campo das ciências sociais. Isso termina por causar sofrimento ao se reconhecerem impotentes em apresentar soluções, quer pela complexidade da determinação social, que pela falta de ferramentas ou técnicas que lhes permitam ter alguma resolutividade sobre eles.

Será que, ao realizar o acompanhamento pré-natal, o planejamento familiar, a identificação de violência, a equipe avalia os aspectos sociais de determinação da saúde e possui alguma governabilidade sobre eles? Ao receber a incumbência de cumprir estas funções a equipe as adéqua às realidades do seu território ou somente o realiza de forma alienada? Talvez o exercício alienado seja uma das razões pelas quais não se discute o processo de trabalho, não se realizem planejamentos, não se definam objetivos e metas locais e, finalmente, não se avaliem os resultados do cuidado prestado. Talvez até mesmo a forma como é oferecida e descrita nesse relatório signifique apenas uma discreta forma de reprodução social, educada e indulgente, mas sem características de respeito às pessoas num contexto de cidadania.

Esse raciocínio nos leva ao último comentário. Nesse complexo horizonte, em que os direitos da mulher foram conquistados nos fóruns internacionais, tiveram que ser incorporados aos cuidados com a saúde para conseguirem o status de Direitos Humanos, foram racionalizados pelo modelo econômico hegemônico sob a redução de atenção à pobreza e, aqui em nosso país terminaram por estar vinculados à Atenção Básica e ao Programa de Saúde da Família, é mandatário que nessa proposta de planejamento do cuidado à saúde de nossas mulheres a equipe não se renda a uma prática profissional



que insista na determinação biológica da doença, não ignore a determinação social da saúde, não se furte às necessidades de processos de educação continuada que permitam discussão e incorporação desses conceitos, reconheça a necessidade de construir um processo de trabalho em equipe e que inclua a comunidade como parceira.

Ao não realizar estas tarefas, fundamentais para uma práxis crítica e não alienada, a equipe de saúde além de estar desqualificando todo o esforço feminino por estas conquistas, termina por deixar de lado o exercício da cidadania, cara aos processos democráticos que desencadearam a luta das mulheres e a constituição do SUS, não contribuem para a construção da autonomia nem da maturidade democrática, deixando cada vez mais distantes os ideais da Reforma Sanitária.

Claro que, ao lado dessa vivência dos profissionais está a realidade de vida da mulher em nosso território. É fato que as mulheres de nossa comunidade ainda não demandam criticamente por seus direitos de cidadania e saúde, mas tão somente por saúde. Esta é a contrapartida comunitária da dificuldade em vencer o conceito de saúde centrado na doença e da falta de conscientização sobre os aspectos da determinação social da saúde, mas também resultado de muito tempo sendo atendidas por profissionais que reforçaram um e desqualificaram o outro na busca por manter intacto o poder médico.

Do exercício crônico de uma prestação de serviços calcado no poder e agravado por níveis de escolaridade e crítica muito ruins, a comunidade também deixa de demandar por cuidados de saúde onde ela se proponha a ser ator social proativo e se coloca como objeto passivo dos serviços. Em minha experiência, quantas vezes, ao tentar formar um pacto terapêutico, não escutei longos silêncios de hesitação frente à possibilidade de fazer escolhas pessoais sobre formas de acompanhamento!

Pior, enquanto oferta de cuidados de saúde fundamentadas em práticas emancipatórias, é a experiência de uma comunidade humilhada por décadas de submissão ao poder médico, sempre sob uma percepção subjetiva de risco de desqualificação e agressão por parte de profissionais se em algum momento demandar por uma forma de cuidado diferenciado e igualitário.

E, mais grave, ver que o Programa de Saúde da Família está esquecendo-se de incluir e respeitar no seu processo de trabalho, o pacto comunitário e a formação de Conselhos Locais de Saúde.

Nesse momento em que se pensa o planejamento estratégico para o cuidado integral à saúde da mulher, vale pensar urgentemente nessa instância da participação comunitária e do controle social, propondo reuniões com nossa comunidade a fim de discutirmos juntos as propostas e as intenções desse cuidado, e escutar com atenção as demandas que estão escondidas nas falas do dia-a-dia nos moldes das oficinas que são realizadas para o levantamento de problemas e temas que tenham relevância local para os vários temas da Atenção Básica.

Finalmente, podemos refletir sobre um exemplo sensível das dificuldades de associar o cuidado à cidadania e à participação da comunidade no planejamento do cuidado à saúde da equipe comentando sobre a questão da violência contra a mulher, uma vez que ela não se inscreve na nosologia comum da prática médica, estando muito mais vinculada às determinações sociais e ao respeito aos seus direitos fundamentais.

Nos cinco anos que estou inserido nessa equipe não posso dizer que as questões da violência de gênero fossem uma constante ou existisse uma relevância nela, mas houve momentos em que chegaram demandas, quer através de consulta individual, quer via informações dos demais componentes.

A equipe, porém, enquanto equipe, nunca recebeu nenhuma orientação, treinamento ou capacitação específica sobre a questão da violência contra a mulher, estando informada sobre a questão apenas tendo como referência as informações veiculadas pelos meios abertos de comunicação.

Em uma comunidade adscrita que tem a maioria de suas famílias na linha da pobreza, com baixa escolarização, onde o uso do álcool pela comunidade é tema de desconforto para eles próprios, já estivemos presentes em situações que envolveram homicídio, estupro, agressões físicas, assédio moral ao longo desses anos, mas sabemos que existe uma demanda reprimida ou, ainda, uma demanda não percebida por falta de sensibilização da comunidade.

Por ser uma cidade pequena, a estrutura disponível para o atendimento à mulher vítima de violência está restrita ao atendimento (não específico) no pronto-socorro do hospital municipal, atendimento na unidade básica por médico e/ou enfermeira de família, uma delegacia de polícia que acolhe as queixas e registra os boletins de ocorrência (com a presença de um delegado apenas uma vez na semana), um pequeno contingente de

policiais militares que intervêm no primeiro momento (três policiais em regime de plantão), um promotor público e um membro do ministério público que atendem em uma cidade a cerca de 60 km da nossa sede, uma assistente social municipal de presença errática, um centro de referência de assistência social com uma equipe pouco motivada e que não tem traquejo com esse tipo de demanda e um conselho tutelar que dá um pequeno suporte nos casos em que filhos menores estão envolvidos.

Assim, ainda não houve em Jussari um terreno propício para o início da discussão desse tema, nem se originando do interior da secretaria de saúde ou outra à qual o problema seja afeito, nem da comunidade de forma organizada ou por algum grupo de população. Vale lembrar que durante as oficinas de levantamento de problemas realizadas junto à comunidade para discussão de temas relevantes da atenção básica para construção de uma proposta compartilhada, não houve sequer uma menção à violência, apesar de ter sido forte a demanda por temas sociais como a sexualidade e o alcoolismo. Talvez seja uma indicação indireta de que, se essa violência existe de forma muito grave, sua denúncia está muito bem amordaçada pelos valores culturais da comunidade.

## 8 CONCLUSÃO

A atenção integral à saúde da mulher no processo de trabalho da equipe de saúde deve ter como fundamento o reconhecimento de que ela representa o sucesso feminino em ter sua identidade de gênero reconhecida e respeitada, seu direito à diferença reconhecido e é parte importante da construção dos processos de cidadania e democracia. Deve ser oferecida, assim, como um cuidado, mais do que como um serviço, e buscar a participação ativa e efetiva das mulheres do território na discussão de seu planejamento e prática.

A história dessas conquistas deve fazer parte das atividades de educação em saúde, tanto a educação permanente da equipe como dos projetos de educação junto à comunidade, de forma a permitir o entendimento da saúde como um Direito Humano e a formação de uma consciência comunitária da importância dos processos democráticos que estão incluídos no Sistema Único de Saúde e na Estratégia de Saúde da Família.

Um destaque importante deve ser a discussão sobre o aspecto negativo que vem embutido no discurso econômico de que esta atenção é fruto da luta contra a pobreza, pois isso reduz a o cuidado a uma forma de estigmatização das mulheres sob nossos cuidados, exclui o direito daquelas que tem uma condição econômica melhor de sentirem-se abrigadas pelo direito universal à saúde gratuita - que é garantia constitucional - e evitar que um direito humano seja transformado em mercadoria de troca em discursos ideológicos que identifiquem este cuidado sectário como uma vitória política ou um avanço social.

A equipe deve ser continuamente lembrada, capacitada e estimulada a exercer discursos críticos seja sobre as origens desse cuidado, sua desvinculação do modelo de saúde centrado na doença e incorporação do conceito ampliado de saúde a fim de que não se reduza o seu trabalho a uma repetição descontextualizada e alienada de um cotidiano de trabalho que não tenha sentido e seja apenas uma maneira educada de reproduzir um modo de saúde edificado sobre exercícios de poder sobre a comunidade e resulte apenas em uma contabilidade de resultados que reflitam apenas a medicina centrada em diagnóstico e tratamento nas mãos de um profissional, principalmente o médico.

Quanto à execução do cuidado, ainda há necessidade de se ampliar a captação das mulheres em idade fértil para os cuidados com o planejamento da família, a prevenção das DSTs/AIDS, os cuidados do pré-natal, e dos cânceres prevalentes, incluindo aqui o necessário acesso aos exames que forem necessários, métodos, intervenções e fármacos indicados a cada caso. O mesmo tipo de cuidados no acesso deve estar disponível às mulheres com doenças crônicas não transmissíveis, no período do climatério e durante o período da adolescência, esquecidos e/ou englobados em um grande grupo único de atenção desrespeitando suas especificidades.

Um cuidado ainda maior deve regular a atenção à saúde, uma vez que, aqui no município, a distinção entre zona urbana e zona rural não exclui a realidade de que toda a nossa população faz parte de uma comunidade que apresenta as características da ruralidade, estando, portanto, submissas às suas agruras de pior acesso e piores desfechos de saúde.

Quanto ao argumento da racionalização dos custos, se o cuidado for oferecido de maneira ética e competente, os excessos resultantes de um cuidado centrado no consumo serão substituídos pelos cuidados para a prevenção quaternária e suas moderações.

Finalmente, esperamos que esta contribuição possa ajudar a melhor entender importância e responsabilidade da equipe de saúde e dos gestores no planejamento dos cuidados à saúde da mulher e que na próxima oportunidade de avaliar a questão um novo panorama já seja vivido.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, R.A.T. **A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, 2003. Disponível em <[http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/ECJS-76RHW7/1/raphael\\_augusto\\_teixeira\\_de\\_aguiar.pdf](http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/ECJS-76RHW7/1/raphael_augusto_teixeira_de_aguiar.pdf)>. Acesso em 04/11/12 às 12:30hs

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto promulgado em 05 de outubro de 1988. Senado Federal. Secretaria Especial de Editoração e Publicações. Subsecretaria de Edições Técnicas. Brasília, 2010. Disponível em <[http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988\\_05.10.1988/CON\\_1988.pdf](http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON_1988.pdf)>. Acesso em: 04/11/12 às 12:31hs

BRASIL. **Código Penal Brasileiro**. DECRETO-LEI N.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Disponível em <[http://www.amperj.org.br/store/legislacao/codigos/\\_cp\\_DL2848.pdf](http://www.amperj.org.br/store/legislacao/codigos/_cp_DL2848.pdf)>. Acesso em: 04/11/12 às 12:34hs.

BRASIL. **IBGE, Censos e Estimativas** Instituto Brasileiro de Geografia e estatística, 2009. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/default.shtm>>. Acesso em 04/11/12 às 12:35hs.

BRASIL. **Lei 10.224/2001 de 15 de maio de 2001** Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, para dispor sobre o crime de assédio sexual e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LEIS\\_2001/L10224.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10224.htm)> Acesso em 04/11/12 às 12:37hs.

BRASIL. **Lei 10788 de 24 de novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.778.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm)>. Acesso em 04/11/12 às 12:38 hs.

BRASIL. **Lei 11.340/2006 de 07 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e Familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm)>. Acesso em 04/11/12 às 12:39 hs.

BRASIL. **Lei 8.142/1990, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)> Acesso em 04/11/12 às 12:40.

BRASIL. **Lei 9.029/1995 de 13 de abril de 1995**. Proíbe a exigência de atestados de gravidez e esterilização, e outras práticas discriminatórias, para efeitos admissionais ou de permanência da relação jurídica de trabalho, e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L9029.HTM](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9029.HTM) >. Acesso em 04/11/12 às 12:43 hs.

BRASIL. **Lei 9.263/1996 de 12 de janeiro de 1996**. Lei sobre planejamento Familiar. Regulamenta o § 7º, do art. 126, da Constituição Federal, que trata do planejamento Familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm) >. Acesso em 04/11/12 às 12:45hs.

BRASIL. **Lei 9.504/1997 de 30 de setembro de 1997** Estabelece normas para as eleições. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9504.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9504.htm) >. Acesso em 04/11/12 às 12:48hs.

BRASIL. **Lei 9.779 de 26 de maio de 1999** Insere na Consolidação das Leis do Trabalho regras sobre o acesso da mulher ao mercado de trabalho e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em < [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19799.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19799.htm) > Acesso em 04/11/12 às 12:50hs.

BRASIL. **Leis 8.080/1990 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em < [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm) >. Acesso em 04/11/12 às 12:55 hs.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Saúde da Família** Brasília Ministério da Saúde, 2001. Disponível em < <http://www.ccs.saude.gov.br/saudebateaporta/mostravirtual/ingles/publicacoes/psf01.pdf> >, Acesso em 04/11/12 às 12:57hs.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília. 2004. Disponível em < [http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Arquivos\\_pdf\\_word/pdf/Pacto%20Aprovado%20na%20Tripartite.pdf](http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Arquivos_pdf_word/pdf/Pacto%20Aprovado%20na%20Tripartite.pdf) > Acesso em 04/11/12 às 12:58hs.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos**. Brasília, 2005. Disponível em < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_direitos\\_sexuais\\_reprodutivos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf) > Acesso em 04/11/12 às 12:59hs.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica**. 2ª ed. atual. e ampl. – Brasília: Ministério da Saúde,

2005. Disponível em < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao\\_agravo\\_violencia\\_sexual\\_mulheres\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf) > Acesso em 04/11/12 às 13:00hs.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** - manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em < [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_puerperio\\_2006.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf) >. Acesso em 04/11/12 às 13:03hs.

BRASIL. **Regulamento dos pactos pela vida e de gestão** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/RegulamentoPactosPelaVidaGestao.pdf> > Acesso em 04/11/12 às 13:05hs.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf) > Acesso em 04/11/12 às 13:06hs.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação e Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006c. Disponível em < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf> > Acesso em 04/11/12 às 13:07hs.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher : princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. Disponível em < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_mulher\\_principios\\_diretrizes.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf) > Acesso em 04/11/12 às 13:10hs.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia do HIV/Aids e outras DSTs**. Brasília, 2007. Disponível em < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_feminizacao\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_feminizacao_final.pdf) >. Acesso em 04/11/12 às 13:12hs.

BRASIL. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm> >. Acesso em 04/11/12 às 13:14hs.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher**. – 2. ed. atual. e ampl. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. Disponível em < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada.pdf) >. Acesso em 04/11/12 às 13:15hs.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Farmacêutica. SOBRAFITO. **Curso de Educação à Distância em Fitoterapia para Médicos do SUS**. 2012.



Disponível em < <http://ead.sobrafito.com.br/ead/login/index.php> > Acesso em 04/11/12 às 13:16hs.

BRASIL. **Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399\\_20060222.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf) >. Acesso em 04/11/12 às 13:20hs.

FARIA, H. **Processo de trabalho em saúde** 2ª ed. -Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. Disponível em < <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1790.pdf> > Acesso em 04/11/12 às 13:23hs.

FAUSTO, M.C.R.. **Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira.** Tese de doutorado Universidade do Estado do Rio de Janeiro, – 2005. Disponível em < [http://www.rededepesquisaaps.org.br/UserFiles/File/MONOGRAFIAS/dosprogramas28\\_02.pdf](http://www.rededepesquisaaps.org.br/UserFiles/File/MONOGRAFIAS/dosprogramas28_02.pdf) > Acesso em 04/11/12 às 13:25hs.

MATTAR , L.D. **Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais – uma análise comparativa com os direitos reprodutivos** in SUR - REVISTA INTERNACIONAL DE DIREITOS HUMANOS Ano 5 número 8 São Paulo, junho de 2008 Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/sur/v5n8/v5n8a04.pdf> > Acesso em 04/11/12 às 13:28hs.

MATTOS, R.A. **As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias** Ciência & Saúde Coletiva, 6(2):377-389, 2001. Disponível em < <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63060208.pdf> > Acesso em 04/11/12 as 23:30hs.

NAVARRO, V. **A luta de classes à escala mundial** Monthly Review vol 54 n 4 setembro 2006. Disponível em < [http://resistir.info/mreview/luta\\_de\\_classes\\_mundial.html](http://resistir.info/mreview/luta_de_classes_mundial.html) >. Acesso em 04/11/12 às 13:33hs.

OLIVEIRA, C.C. **Projeto social: saúde e cidadania** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. Disponível em < <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2789.pdf> > Acesso em 04/11/12 às 13:35hs.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados de Saúde Primários: Agora Mais Que Nunca.** Organização Mundial da Saúde, 2008. Disponível em < [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_pr.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf) > Acesso em 04/11/12 às 13:37hs.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Increasing access to health workers in remote and rural areas: Global Policy Recommendations,** Organização Mundial de Saúde, 2010. Disponível em < [http://whqlib.doc.who.int/publications/2010/9789241564014\\_eng.pdf](http://whqlib.doc.who.int/publications/2010/9789241564014_eng.pdf) > Acesso em 04/11/12 às 13:40hs.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Macroeconomía y salud: Invertir en Salud en Pro del Desarrollo Económico Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud.** Organização Mundial de Saúde, 2002. Disponível em < [http://www.who.int/macrohealth/background/cmh\\_spanish.pdf](http://www.who.int/macrohealth/background/cmh_spanish.pdf) > Acesso em 04/11/12 às 13:45hs.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Social Determinants of Health: The solid facts** 2º edition Edited by Richard Wilkinson and Michael Marmot, 2003. Disponível em < [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0005/98438/e81384.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf) > Acesso em 04/11/12 às 13:47hs.

OMS/UNICEF. **Cuidados Primários de Saúde: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.** UNICEF, Brasília, 1979. Disponível em < [http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011\\_por.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011_por.pdf) > Acesso em 04/11/12 às 13:50hs.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, **Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais** Adotada pela Resolução n.2.200-A (XXI) da Assembléia Geral das Nações Unidas, em 16 de dezembro de 1966 e Ratificada pelo Brasil em 24 de janeiro de 1992. Disponível em < <http://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Economicos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf> > Acesso em 04/11/12 às 13:52hs.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Violência contra a Mulher – CEDAW.** Adotada pela Resolução 34/180 da Assembléia Geral das Nações Unidas, em 18.12.1979. Disponível em < [http://www.campanhapontofinal.com.br/download/marcos\\_legais\\_internacional\\_01.pdf](http://www.campanhapontofinal.com.br/download/marcos_legais_internacional_01.pdf) > Acesso em 04/11/12 às 13:55hs.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Carta das Nações Unidas e Estatuto da Corte Internacional de Justiça** Organização das Nações Unidas, 26 de junho de 1945. Disponível em < <http://www.oas.org/dil/port/1945%20Carta%20das%20Na%C3%A7%C3%B5es%20Unidas.pdf> > Acesso em 04/11/12 às 13:58hs.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** Tradução oficial do Alto Comissariado da Organização das Nações Unidas. Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas, 10 de dezembro de 1948. Disponível em < <http://www.oas.org/dil/port/1948%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos.pdf> > Acesso em 04/11/12 às 14:00hs.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **The Millennium Development Goals Report 2010** Published by the United Nations Department of Economic and Social Affairs (DESA) — June 2010. Disponível em < <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG%20Report%202010%20En%20r15%20-low%20res%2020100615%20-.pdf> > Acesso em 04/11/12 às 14:03 hs.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **United Nations Millennium Declaration (Nações Unidas Declaração do Milênio)** versão em português publicada por United Nations Information Centre, Lisbon 2001. Disponível em < <http://www.unric.org/html/portuguese/uninfo/DecdoMil.pdf> > Acesso em 04/11/12 às 14:05 hs.

PAIM, J.S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Tese Doutorado Instituto de Saúde Coletiva – UFBA. 2007. Disponível em <

[http://www.biblioteca\\_digital.ufba.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=576](http://www.biblioteca_digital.ufba.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=576) > Acesso em 04/11/12 às 14:08hs.

PIOVESAN, F. **Mulher e o debate sobre direitos humanos no Brasil** in BuscaLegis.ccj.ufsc.br. Artigo publicado em 24.08.2004 na Revista Doutrina TRF 4, Disponível em < <http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/15659-15660-1-PB.pdf> > Acesso em 04/11/12 às 14:10hs.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS e DIREITOS REPRODUTIVOS. **Marcos da Saúde das Mulheres, dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos: ferramenta para a ação política das mulheres.** Porto Alegre, 2008. Disponível em < [http://www.redesaude.org.br/trilhas/img/MarcosdeSaude\\_dasMulheresdosDireitosSexuaiseDireitosReprodutivos.pdf](http://www.redesaude.org.br/trilhas/img/MarcosdeSaude_dasMulheresdosDireitosSexuaiseDireitosReprodutivos.pdf) > Acesso em 04/11/12 às 14:12 hs.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JUSSARI. **Livro de Registro PSF 1 Jussari - BA, 2009.** Cópia pessoal do autor.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JUSSARI. **Plano Municipal de Saúde do Município de Jussari - 2006-2010.** Cópia pessoal do autor.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JUSSARI. **Relatório Anual de Gestão – 2009.** Cópia pessoal do autor.

THE WORLD BANK. **Disease Control Priorities in Developing Countries.** 2ª ed. Editores: Jamison, D.T. *et alli*. Publicação conjunta do The World Bank and Oxford University Press. 2006a Disponível em < <http://www.dcp2.org/pubs/DCP> >. Acesso em 04/11/12 às 14:15hs.

THE WORLD BANK. **Prioridades em Saúde.** Editores: Jamison, D.T. *et alli* The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. 2006b. Disponível em < <http://files.dcp2.org/pdf/PIH/PIHPortuguese.pdf> >. Acesso em 04/11/12 às 14:17hs.

THE WORLD BANK. **World Development Report 1993 Investing in Health** The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank Published by Oxford University Press, Inc. 1993. Disponível em < <http://files.dcp2.org/pdf/WorldDevelopmentReport1993.pdf> >. Acesso em 04/11/12 às 14:20hs.

UNIFEM, INSTRAW, MARIA, MARIA. **Nações Unidas e a Mulher – de 1945 a 2000**(s.d.). Disponível em < [http://www.agende.org.br/docs/File/dados\\_pesquisas\\_nacoes\\_unidas/A%20participacao%20da%20ONU%20na%20luta%20de%20genero.pdf](http://www.agende.org.br/docs/File/dados_pesquisas_nacoes_unidas/A%20participacao%20da%20ONU%20na%20luta%20de%20genero.pdf) > Acesso em 04/11/12 às 14:22hs.

WONCA. **The Tirana Declaration on Rural Health** 3rd International Congress on Rural Health in Mediterranean and Balkan Countries. 2010. Disponível em < <http://www.sbmfc.org.br/media/file/GT%20Medicina%20Rural/The%20Tirana%20Declaratio.n.pdf> > Acesso em 04/11/12 às 14:25hs.