

Saúde das Mulheres nos 25 anos de SUS

**Conselho Nacional de Saúde
Brasília, 19/03/2014**

DAPES/SAS/MS



LINHA DO TEMPO

O **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher** foi criado em 1983 no contexto da redemocratização do país e na esteira da Conferência de Alma-Ata (1978). Os movimentos sociais e os movimentos de mulheres, principalmente o movimento feminista, influenciaram a construção do Programa

Paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o **SUS**. A implementação do Programa nos anos 90 foi influenciada pelas características dessa nova política de saúde: integralidade e equidade da atenção

Em 2004, o Programa foi transformada na **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher**. O objetivo da Política é promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres por meio da: (i) garantia de direitos; e (ii) ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde

- ✓ Necessidade de revelar as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre homens e mulheres, os problemas associados à sexualidade e à reprodução, à anticoncepção e à prevenção das DST, à sobrecarga de trabalho das mulheres.
- ✓ Padrões hegemônicos de masculinidade e feminilidade são produtores de sofrimento, adoecimento e morte (OPAS,2000)

Direitos sexuais e direitos reprodutivos são parte integrante dos DIREITOS HUMANOS

CAIRO

CRPD MONTEVIDÉU

ACESSO UNIVERSAL AOS SERVIÇOS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

ACORDOS

Cairo e sua Implementação no Brasil - DSDR

1

- Garantir acesso efetivo a ampla gama de métodos contraceptivos.

2

- Desenvolver políticas e programas para erradicar a discriminação baseada na orientação sexual e identidade de gênero.

3

- Eliminar causas preveníveis de morbimortalidade materna.

4

- Interrupção de gravidez em casos previstos por lei.

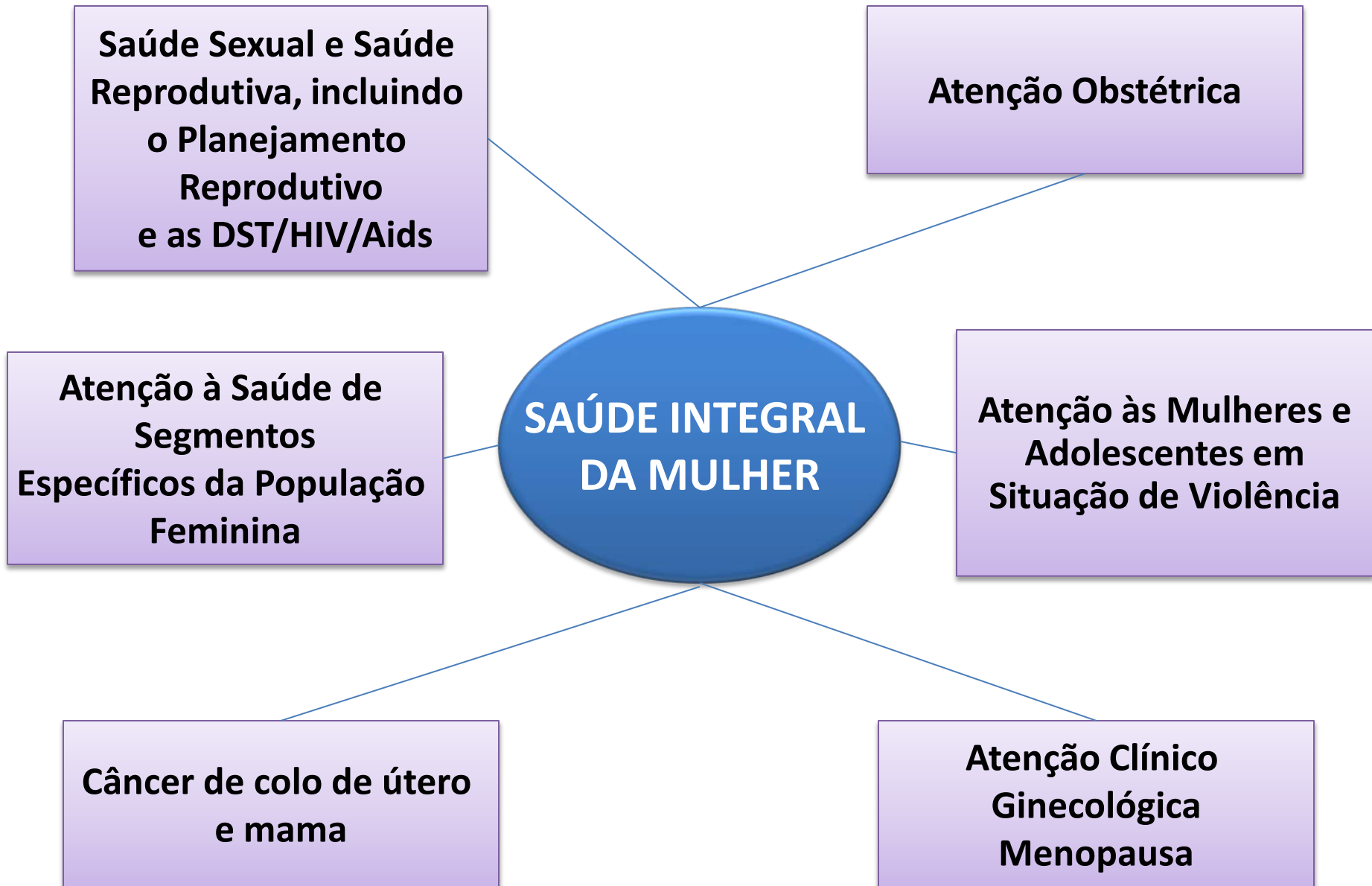
5

- Garantir acesso universal a serviços de saúde sexual e reprodutiva de qualidade considerando necessidades dos homens, mulheres, adolescentes e jovens, LGBT, pessoas com deficiência e aquelas que vivem em condições de vulnerabilidade.

6

- Avançar na prevenção e controle do HIV/AIDS.

LINHAS DE CUIDADO PRIORITÁRIAS



Planejamento Familiar - Marcos Legais

- Constituição Federal, 1988
 - Art. 226 a responsabilidade do Estado no que se refere ao Planejamento Familiar :
 - *“Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.”*
- Lei Nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996
 - Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

Oferta de Métodos Contraceptivos e Preservativos

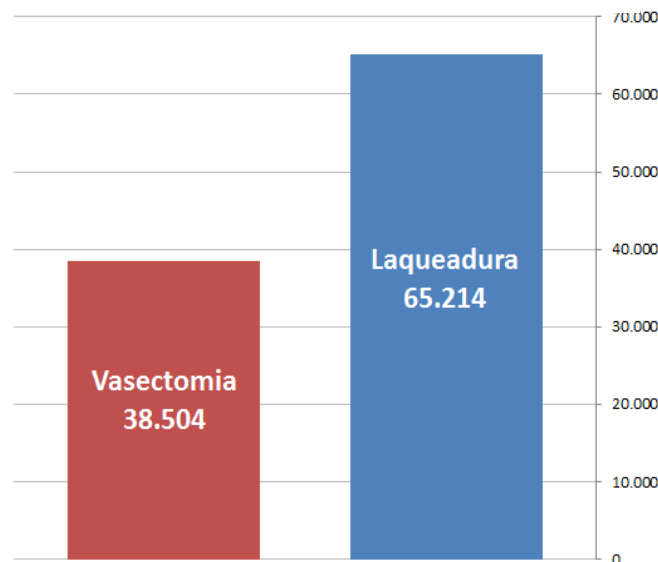
100% da população sexualmente ativa (10 a 49 anos)



Levonorgestrel (Pílula de Emergência)

- Distribuição para todos os municípios brasileiros
- Desnecessária apresentação da receita médica nas UBS

Métodos Contraceptivos Definitivos. Brasil - 2013



Ampliação da oferta dos métodos contraceptivos e preservativos – 100% da população sexualmente ativa

TIPO	QUANTIDADE/milhões/ANO
Pílula Combinada (Etinilestradiol + Levonorgestrel)	30.696.786
Pílula de Emergência (Levonorgestrel)	1.027.510
Minipílula(Noretisterona)	3.614.872
Injetável Mensal(Valerato de Estradiol+Enantato de Noretisterona)	7.411.008
Injetável Trimestral (Medroxiprogesterona)	3.639.279
DIU	772.761
Diafragma	63.266
Preservativo masculino	850.000.000
preservativo feminino	25.000.000
TOTAL	922.225.482

TIPO	QUANTIDADE/ano
vasectomia	38.504
Laqueadura	65.214

Utilização de Métodos Contraceptivos e Preservativos

- Aumento de 12,4 pontos percentuais (pp) na proporção de MIF em uso de MAC no período de 1996 a 2006 (de 55,4% para 67,8%) e de 3,9 pp entre as mulheres em idade fértil unidas (de 76,7 para 80,6%).
- A prevalência por MAC entre mulheres em idade fértil (MIF) unidas demonstra mudança profunda em relação à situação revelada pela PNDS 1996, quando a anticoncepção estava praticamente restrita a dois métodos, quais sejam: 40% das mulheres laqueadas e 20,7% fazendo uso de pílulas.
- Destaca-se o uso de injetáveis que triplicou passando de 1,2 para 4% das MIF unidas. Também o uso das pílulas e do DIU apresentou acréscimos, respectivamente, de 20,7 para 24,7% e de 1,1 para 1,9%.
- PNDS, 2006: declínio da esterilização feminina que passou de 40% a 29% e um crescimento do uso do preservativo de 4% a 12%, no período de 1996 a 2006

Atenção Obstétrica - Direito às boas práticas, à assistência digna e ao nascimento saudável

Marcos ético-legais

- **ONU** - Declaração Universal dos Direitos Humanos - **1948**
Objetivos do Milênio – **2000**
- **Direitos da Mulher** - Cairo, 1994, Beijing, 1995
- **Direitos da Criança** - ECA- 1990
- **OMS** - Atenção ao parto e nascimento -**1985/1996**
- **Ministério da Saúde**
 - Política de Humanização Pré-natal e Nascimento - 2000
 - Pacto Redução Mortalidade Materna e Neonatal - 2004
 - Portaria 1067- Assistência Obstétrica e Neonatal - 2005
 - RDC 36 - Vigilância Sanitária - 2008
 - Rede Cegonha – Ministério da Saúde 2011

Saúde Materna - Paradoxo Perinatal Brasileiro

Mortalidade infantil e materna elevadas

Causas evitáveis por ações de saúde

Asfixia intraparto: grande porcentagem dos óbitos infantis

Intensa medicalização do nascimento

98% partos hospitalares

88% por médicos

55,7% cesariana (Brasil, 2012)

Avanços tecnológicos, porém práticas sem respaldo científico

Banalização da cesariana

Parto com intervenções desnecessárias que comprometem sua fisiologia

Modelo de atenção ao parto predominante no Brasil: parto traumático ou cesariana

- **Intervenções desnecessárias e dolorosas:** imobilização no leito, jejum, ocitocina, toques vaginais frequentes e manobras perineais , amniotomia, Kristeller, episiotomia: **“parirás com dor”**
- **Complexidade histórico-social-econômica e cultural do Brasil:** discriminação de gênero, parto como procedimento médico, deslocamento do protagonismo e autonomia da mulher e família, violência institucional, controle da natureza, do “corpo defeituoso” da mulher, comodidade, interesses econômicos da indústria ou “business” do nascimento.

**A atual epidemia de cesariana e seus efeitos iatrogênicos
é semelhante à do aleitamento materno Sec.XX**

**Perspectiva: oferecer o modelo adequado a toda mulher e bebê
“o bom parto – a boa hora”
mudança do paradigma e da cultura do nascimento**

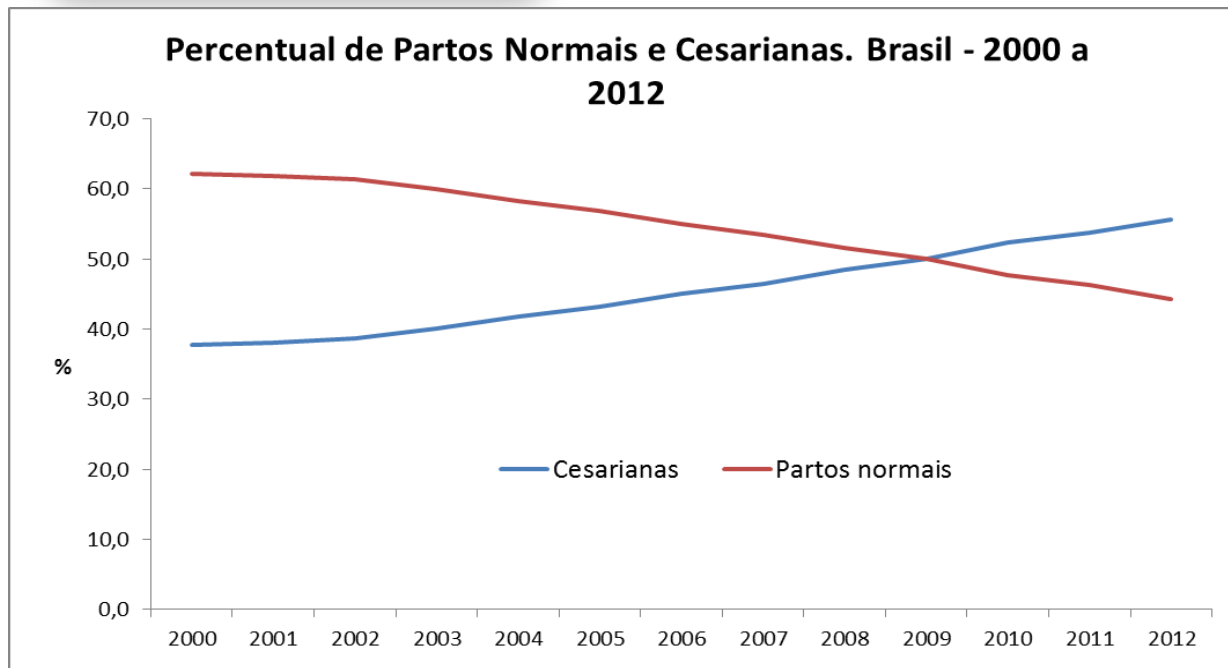
Parto Normal e Cesariana

% Partos Normais

• **44,3%**

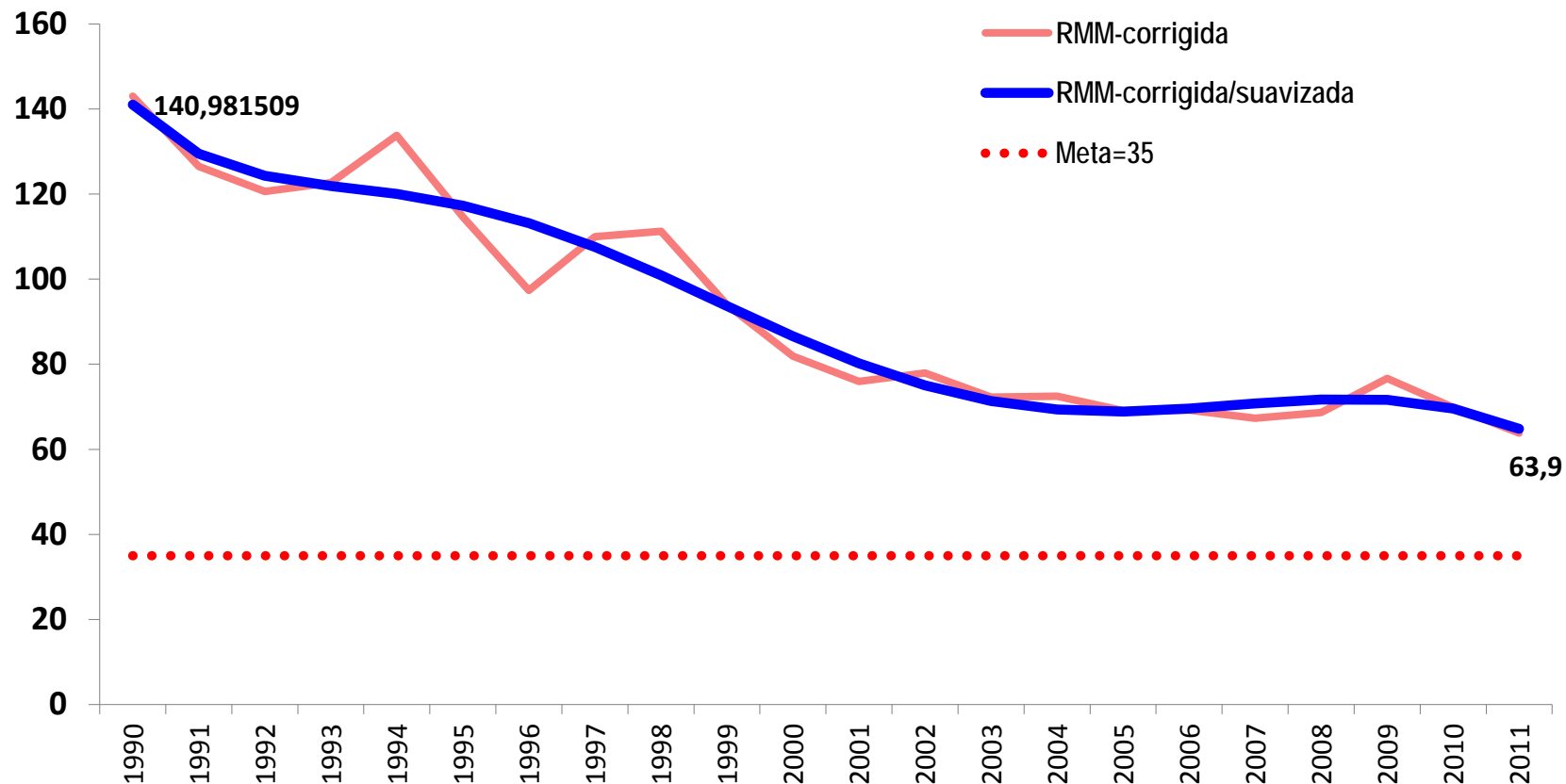
% de Cesarianas

• **55,7%**



Redução da Mortalidade Materna

Razão de Mortalidade Materna*. Brasil, 1990-2011



* Mortes x 100 mil nascidos vivos

Fonte: CGIAE/SVS/MS

	1990	1996	2001	2009	2010	2011
Fator de Correção	2,5	2	1,4	1,18	1,16	1,15
RMM corrigida	143	97	76	77	70	64
RMM corrigida-suavizada	141	113	80	72	68	64

Vigilância do óbito. Brasil, 2010-2013*

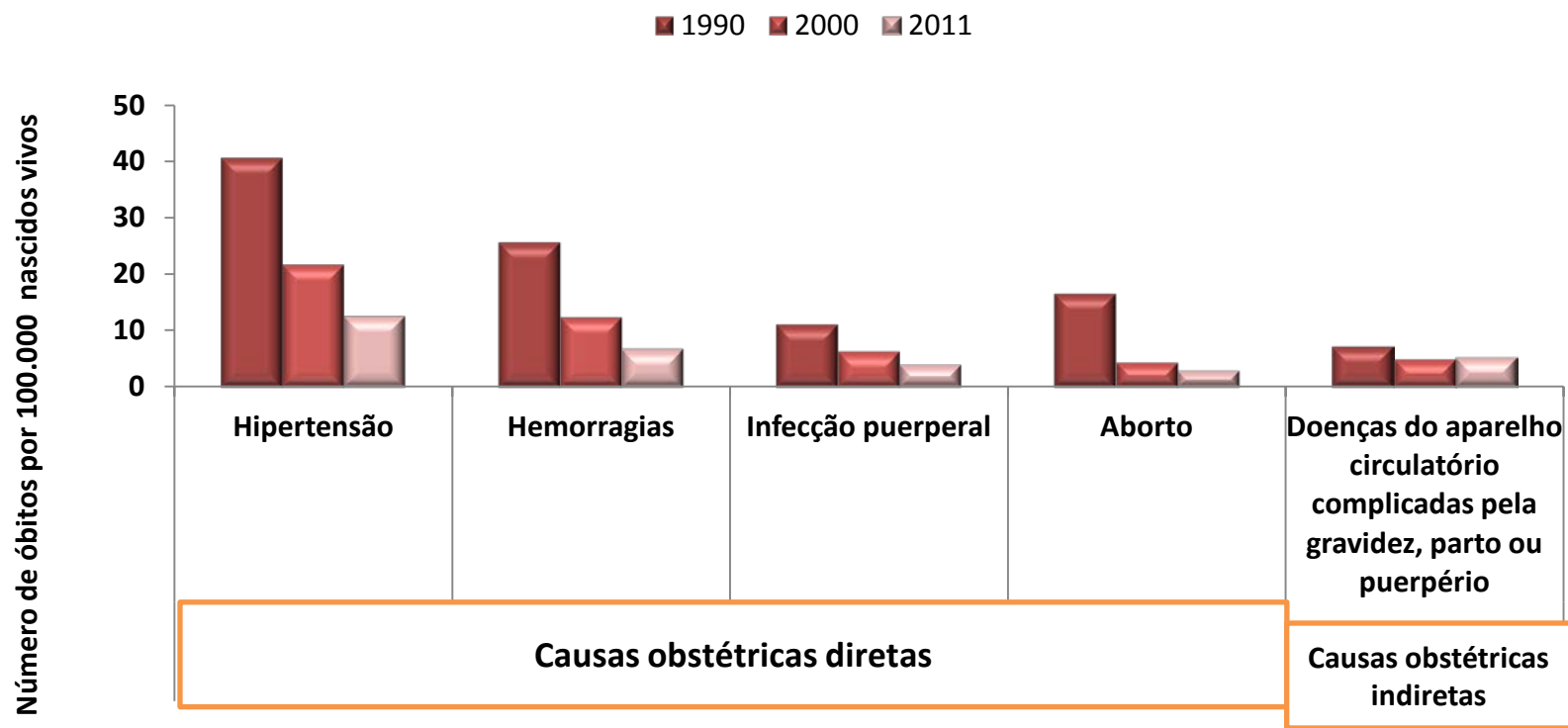
Investigação
de mortes
maternas



Investigação
de mortes de
MIF (não
maternas)



Mortalidade Materna* segundo causas específicas de óbito. Brasil, 1990, 2000 e 2011



Fonte: CGIAE/SVS/MS

* Mortes x 100 mil nascidos vivos

Saúde Materna

Ampliação de acesso e melhoria da qualidade do acompanhamento pré-natal, assistência ao parto e puerpério

Programa de Humanização do Parto e do Nascimento (2000)

Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (2005)

Rede Cegonha (2011)





Fortalecer o trabalho em rede e alterar as práticas de cuidado materno e neonatal

➔ *mudança do modelo de atenção ao parto e nascimento*

Qualificação da atenção pré-natal e puerpério

- Novos exames e testes rápidos de HIV e Sífilis
- Teste rápido de gravidez nas UBS: proporcionar a ampliação da oferta de métodos e prevenir a gravidez não planejada
- Vinculação da gestante ao local do parto
- Sis prenatal web

Qualificação da atenção ao parto e nascimento

- Acompanhante de livre escolha
- Ambiência nas maternidades, Boas práticas de Atenção
- Enfermeira obstétrica no cuidado - capacitações
- Centro de Parto Normal, Casa de Gestante, Bebê e Puérpera

Aborto – Marcos Legais



- Decreto-Lei no 2.848, de 07 de dezembro de 1940 – Código Penal
- Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento - MS
- Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54 (STF/2012), garantiu a interrupção terapêutica da gravidez de feto anencéfalo

ANO	TOTAL ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE QUE REALIZARAM O PROCEDIMENTO ABORTO LEGAL CÓDIGO O.04 CID-10 BRASIL	TOTAL DE PROCEDIMENTO REALIZADOS/ANO BRASIL
2009	300	1.850
2010	252	1.686
2011	228	1.504
2012	216	1.625

- Misoprostol - distribuição aos hospitais públicos e filantrópicos (600 ou mais partos /ano).
- Material de AMIU – distribuição aos hospitais públicos e filantrópicos (300 ou mais curetagens /ano).
- **Pílula de Emergência**
 - Distribuição para todos os municípios brasileiros
 - Elaboração do Protocolo de Uso
 - Desnecessária apresentação da receita médica nas UBS



Políticas para enfrentamento da violência contra mulheres e feminização da AIDS



PACTO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

**EIXO I - Garantia da Aplicabilidade da Lei
Maria da Penha**

**EIXO II - Ampliação e Fortalecimento da
Rede de Serviços para Mulheres em
Situação de Violência**

**EIXO III - Garantia da Segurança Cidadã e
Acesso à Justiça**

**EIXO IV- Garantia dos Direitos Sexuais e
Reprodutivos, Enfrentamento à Exploração
Sexual e ao Tráfico de Mulheres**

**EIXO V - Garantia da Autonomia das
Mulheres em Situação de Violência e
Ampliação de seus Direitos**

REDE NACIONAL ATENÇÃO INTEGRAL PARA MULHERES E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL

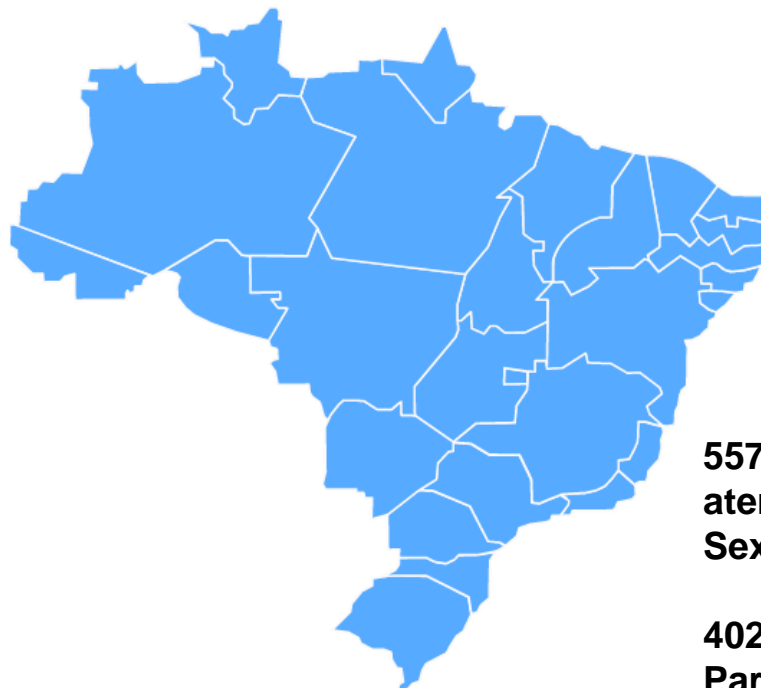


• Lei nº 12.845/agosto 2013

Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual;

• Decreto nº 7.958/março 2013

Diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS.



SITUAÇÃO ATUAL:

557 Serviços de Saúde para atendimento da violência Sexual

402 Serviços de Saúde Para atendimento da violência Doméstica

211 Serviços realizaram procedimento de interrupção da gravidez prevista em lei em 2013



FICHA DE NOTIFICAÇÃO

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL Nº

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS

Definição de caso: Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação computarizada de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idosos são de notificação obrigatória.

1) Data da Notificação 2) UF 3) Município de Notificação Código (IBGE)

4) Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código (CNES)

5) Data da Ocorrência do Evento 6) Hora da ocorrência (0 - 24 horas)

7) Nome 8) Data de Nascimento

9) Idade 10) Sexo 11) Gestante

12) Cor 13) Escolaridade

14) Ocupação 15) Situação conjugal

16) Relações sexuais 17) Possui algum tipo de deficiência?

**LEIS, DECRETOS E PORTARIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE
QUE ORIENTAM A AÇÃO DE ATENÇÃO INTEGRAL
PARA MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA EM REDES**

- **Lei nº 10.778 de 24/11/2003** - Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.
- **Portaria nº 1.508 de 01/09/2005** – Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.
- **Portaria GM/MS nº 528, de 1º de Abril de 2013** -redefine o funcionamento do Serviço de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). CNES, serviço 165

PARCERIAS INSTITUCIONAIS EM DESENVOLVIMENTO 2013 - 2014

CEMICAMP

PROJETO SUPERANDO BARREIRAS

88 hospitais em capitais e interior do país para Atenção às Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Sexual e interrupção da gestação prevista em lei

UNIFESP

PROJETO HU

30 hospitais universitários em capitais e interior do país para interrupção da gestação prevista em lei

AADS

PROJETO ATENÇÃO HUMANIZADA AO ABORTAMENTO

10 hospitais de referência em regiões prioritárias do país

INSTITUTO
PATRICIA
GALVÃO

OFICINAS MÍDIA E COMUNICAÇÃO

para profissionais que atuam em serviços de atenção à violência sexual e interrupção da gestação prevista em lei – 27 Estados

UFMG

PROJETO PARA ELAS, POR ELAS, POR ELES, POR NÓS

Construção da Rede de Atenção à Mulher em situação de violência em 10 municípios brasileiros prioritários do campo, da floresta e das águas e suas respectivas microrregiões

Enfrentamento da epidemia de Aids

- Em 10 anos redução de 34,8% em crianças menores de 5 anos e 71% na faixa etária de 10 a 14 anos
- Programa “Fique Sabendo”, que tem como missão principal estimular a mobilização da sociedade em favor do diagnóstico do HIV.
- Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): ações nas escolas e unidades básicas de saúde. No Censo Escolar das 99.316 escolas de Ensino Básico, 94% trabalham algum tema relacionado à promoção da saúde e educação preventiva e 52 mil (52%) desenvolvem ações relacionadas à prevenção do HIV/aids.
- Programa Saúde na Escola (PSE) – instituído em 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286. Ações conjuntas com o Ministério da Saúde e do Ministério da Educação – 18 milhões de escolares atendidos



Direitos Humanos e Saúde

**PORTARIA
Nº 1.707,
DE 18 DE
AGOSTO DE
2008**

Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador.

**PORTARIA
Nº 233, DE
18 DE MAIO
DE 2010**

Assegura aos servidores públicos, no âmbito da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional, o uso do nome social adotado por travestis e transexuais.

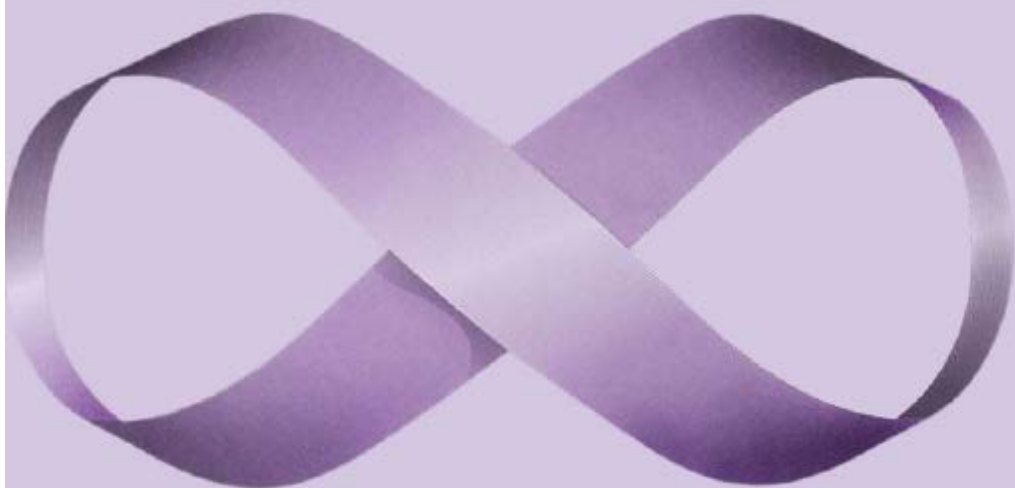
**PORTARIA
Nº 2.836,
DE 1º DE
DEZEMBRO
DE 2011**

Institui a **POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS** - ações para eliminar a discriminação contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais

**PORTARIA
Nº 2.803,
DE 19 DE
NOVEMBRO
DE 2013**

Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS).





Prevenção e tratamento do câncer de colo de útero e de mama.

Um cuidado que vale para toda vida.



Epidemiologia

ESTIMATIVAS DE NOVOS CASOS EM 2012

<input type="checkbox"/> Mama	52.680
<input type="checkbox"/> Colo do Útero	17.540
<input type="checkbox"/> Cólon e Reto	15.960
<input type="checkbox"/> Glândula Tireoide	10.590
<input type="checkbox"/> Traqueia, Brônquio e Pulmão	10.110

MORTALIDADE POR TIPOS DE CÂNCER 2010-2011

Câncer de mama: 12.705 - **15,3% dos óbitos**

Traqueia, brônquios e pulmões: 8.190 - **9,8%**

Colo, reto e ânus: 6.892 - **8,3%**

Colo de útero: 4.986 - **6%**

Estômago: 4.768 - **5,8%**





DESAFIOS E NECESSIDADES

- Ampliar o acesso: medicação e exames.
- Qualificação do cuidado/boa prática clínica.
- Integração com a rede e compartilhamento do cuidado.
- “Lei dos 60 dias”

Desafios

- Superar as desigualdades em saúde ainda existentes no país, garantindo acesso com equidade;
- Ampliar acesso da população a serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva, incluindo ações de prevenção, diagnóstico e tratamento das DST/Aids → Fortalecer as ações de planejamento reprodutivo e saúde sexual nos serviços de atenção básica especialmente em informações e acesso aos métodos não hormonais – 98% das mulheres usam hormônios como método contraceptivo ;
- Aumentar a queda da mortalidade materna com redução das desigualdades socioeconômicas e raciais;
- Introduzir a vigilância do near miss materno e neonatal;
- Ampliar a participação dos homens nos eventos reprodutivos;

Desafios

- Ampliar os Serviços de Saúde para atendimento de procedimentos relacionados à violência sexual e ao aborto legal, superando questões morais e religiosas;
- Ampliar o acesso universal aos serviços de saúde considerando necessidades dos homens, mulheres, adolescentes e jovens, LGBT, pessoas com deficiência e aquelas que vivem em condições de vulnerabilidade;
- Ampliar o acesso a informação para adolescentes sobre os cuidados com a sua saúde sexual e saúde reprodutiva favorecendo atitudes responsáveis e saudáveis;
- Produzir informação em saúde de forma desagregada dando visibilidade as desigualdades existentes, principalmente raça e etnia;
- Reduzir as intervenções desnecessárias e iatrogênicas no parto- mudança de modelo.

Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres

Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas

Secretaria de Atenção à Saúde

Ministério da Saúde

Saude.mulher@saude.gov.br

Tel: 61 33159101