

# PEQUIM + 20: SAÚDE DAS MULHERES

Nina Madsen

**Governo Federal**  
**Ministério da Economia**  
**Ministro** Paulo Guedes

**ipea** Instituto de Pesquisa  
Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada ao Ministério da Economia, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

**Presidente**

Ernesto Lozardo

**Diretor de Desenvolvimento Institucional**

Rogério Boueri Miranda

**Diretor de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia**

Alexandre de Ávila Gomide

**Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas**

José Ronaldo de Castro Souza Júnior

**Diretor de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais**

Constantino Cronemberger Mendes

**Diretor de Estudos e Políticas Setoriais de Inovação e Infraestrutura**

Fabiano Mezadre Pompermayer

**Diretora de Estudos e Políticas Sociais**

Lenita Maria Turchi

**Diretor de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais**

Ivan Tiago Machado Oliveira

**Assessora-chefe de Imprensa e Comunicação**

Mylena Pinheiro Fiori

Ouvidoria: <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

URL: <http://www.ipea.gov.br>

# PEQUIM + 20: SAÚDE DAS MULHERES<sup>1</sup>

Nina Madsen<sup>2</sup>

## 1 INTRODUÇÃO

Neste capítulo, iremos nos debruçar sobre a situação da saúde das mulheres no Brasil no período de 1995 a 2015. O objetivo é apresentar, sob o pano de fundo da Plataforma de Ação de Pequim (1995), um panorama da saúde das mulheres no país a partir de conjuntos selecionados de indicadores.

Trabalharemos, prioritariamente, com o conjunto de indicadores produzido pelo *Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça* (Ipea, 2014) a partir dos dados das Pesquisas Nacionais por Amostras de Domicílios (PNADs) de 1995 a 2014, em particular dos Suplementos de Saúde (1998, 2003 e 2008), mas também recorreremos às seguintes fontes:

- 1) Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2013.
- 2) Pesquisa Nacional em Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP) e pelo Ministério da Saúde (MS) em 1986, 1996 e 2006.
- 3) Estudo *Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento*, realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012.
- 4) Pesquisa Nacional de Aborto, realizada em 2010 pela pesquisadora Débora Diniz, do Anis – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero, e pelo pesquisador Marcelo Medeiros, da Universidade de Brasília.
- 5) *Mapa da Violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil*. Estudo elaborado pelo pesquisador Julio Jacobo Weiselfisz.

---

<sup>1</sup> Agradeço a Ana Laura Lobato e a Marcela Torres Rezende (Ipea) pela leitura atenta e pelas preciosas colaborações ao texto.

<sup>2</sup> Doutora em Sociologia pela Universidade de Brasília e sócia do CFEMEA – Centro Feminista de Estudos e Assessoria.

Na tentativa de manter o diálogo com o eixo de saúde da Plataforma de Ação de Pequim, organizamos o texto em duas grandes seções: *i)* determinantes sociais da saúde da mulher; e *ii)* saúde da mulher. Na primeira seção, nos debruçamos sobre um conjunto de seis determinantes sociais da saúde selecionados a partir da leitura da Plataforma. São eles: o racismo; a violência; a pobreza; o trabalho; a saúde ocupacional das mulheres e o uso do tempo; e as condições básicas de habitação. Na seção seguinte, analisamos dados sobre a situação da saúde das mulheres brasileiras a partir de cinco subtemas: doenças selecionadas; saúde sexual e saúde reprodutiva; saúde materna; aborto; e HIV/Aids.

A abordagem escolhida para analisar a saúde das mulheres a partir da Plataforma de Ação de Pequim buscou destacar e dar espaço à análise dos determinantes sociais da saúde das mulheres. Consideramos que a melhoria ou a piora dos indicadores de saúde das mulheres estão associadas, de forma inescapável, às suas condições de vida.

Para que se avance em relação à saúde das mulheres, é fundamental, portanto, que se avance também, de maneira articulada e concomitante, na oferta de políticas integrais e intersetoriais e no enfrentamento de todo o conjunto de desigualdades econômicas, sociais, de gênero e raça que atingem as mulheres brasileiras e que afetam, de modo decisivo, a sua saúde.

## 2 A CONSTRUÇÃO DE UMA AGENDA POLÍTICA E DE POLÍTICAS DE SAÚDE PARA AS MULHERES

A reflexão e a ação sobre a saúde das mulheres é um eixo central da atuação do movimento feminista no Brasil desde a década de 1970 (Costa, 2009). Sua articulação com o movimento sanitário, nos anos 1980, contribuiu para a construção de uma agenda de políticas públicas capazes de reposicionar a abordagem sobre a saúde das mulheres no país.

É nesse contexto que se dá a formulação da Política Integral de Atenção à Saúde da Mulher (PAISM), ainda em 1983. Além de marco fundamental para a luta pela saúde das mulheres, a PAISM é também um marco para o processo de elaboração de políticas públicas com participação social e a partir de uma perspectiva de construção da igualdade entre homens e mulheres no país. É, portanto, insumo

fundamental para a construção, pelos movimentos brasileiros, da plataforma de saúde das mulheres que desembocou no eixo de saúde da Plataforma de Ação de Pequim, mais de dez anos depois.

O documento define cinco grandes objetivos estratégicos a partir dos quais são recomendadas ações ao Estado, aos governos, à sociedade civil e aos organismos internacionais, conforme listado a seguir.

- 1) Promover o acesso da mulher, durante toda sua vida, a serviços de atendimento à saúde, à informação e a serviços conexos adequados, de baixo custo e boa qualidade.
- 2) Fortalecer programas de prevenção que promovam a saúde da mulher.
- 3) Tomar iniciativas que, levando em conta o gênero, façam face às enfermidades sexualmente transmissíveis (HIV/Aids) e outras questões de saúde sexual e reprodutiva.
- 4) Promover a pesquisa e difundir informações sobre a saúde da mulher.
- 5) Aumentar os recursos para o desenvolvimento da saúde das mulheres e acompanhar sua aplicação.

As conquistas institucionais e políticas que essas mobilizações e compromissos anunciavam foram, em parte, concretizadas. Avançou-se. A contínua atuação dos movimentos feministas e de mulheres no campo da saúde alcançou a construção da PAISM; a criação da Área Técnica de Saúde da Mulher no MS; a reformulação da PAISM, em 2004, transformada em Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM); e a construção e posterior acompanhamento da implementação do do terceiro capítulo do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) – *Saúde Integral das Mulheres, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos*.

O orçamento para a saúde das mulheres foi também uma conquista desse período. Conforme destacado em análise do Centro Feminista de Estudos e Assessoria (CFEMEA) (2012), em 1995, quando a organização começou a monitorar o orçamento público para as políticas de saúde das mulheres, não havia quota do orçamento destinada especificamente para isso.

O CFEMEA identificou, para o período de 1995 a 1999, seis projetos ou atividades do orçamento do MS que contemplavam – de maneira indireta ou como

subatividade específica – a PAISM. Nesse período, o montante destinado à saúde das mulheres oscilava entre zero e R\$ 8 milhões por ano.

No período de 2000 a 2003, criou-se um programa específico para a saúde da mulher, e a alocação de recursos se tornou mais constante, com uma variação anual entre R\$ 10 e R\$ 20 milhões, conforme destaca o CFEMEA (2012, p. 6). Para o ciclo orçamentário de 2004 a 2007, os movimentos feministas e de mulheres conseguiram a incorporação do PAISM ao orçamento. No entanto, em 2005, ele foi transformado em ação orçamentária, tendo se mantido assim entre 2008 e 2011. Nesse último período da análise da organização, o volume orçamentário autorizado para a saúde da mulher variou entre R\$ 7,2 e R\$ 12,7 milhões – patamar inferior ao observado entre 2000 e 2003.

No plano internacional, após a ampliação das agendas sociais alcançada no período posterior ao ciclo de conferências sociais da ONU na década de 1990, observou-se a tendência dos organismos multilaterais – e obviamente, também dos Estados e governos – de reduzir a mínimos denominadores comuns o conjunto de demandas sistematizadas e compromissos assumidos, inclusive no campo da saúde das mulheres.

Foi assim que, em 2005, com a criação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), o eixo de saúde da Plataforma de Ação de Pequim viu-se em grande medida transformado em um compromisso global com a redução dos índices de mortalidade materna. O processo não apenas reduziu sobremaneira o conjunto inicial registrado na Plataforma de Ação, como também renovou, oficializou e globalizou uma visão instrumental da mulher como mãe e como porta de acesso para a família e, em última instância, para as crianças. Trabalhar pela saúde e pela educação das mulheres passou a ser uma estratégia de redução de pobreza e impactos ambientais, e de aumento da escolarização e de melhoria na saúde das crianças.

Nesse contexto, as desigualdades de gênero, raça e classe – estruturantes da sociedade brasileira – mantiveram-se como fortes determinantes da vida das mulheres. Ser mulher, ser negra e ser pobre no Brasil eram, e ainda são, condições fortemente associadas às possibilidades e impossibilidades do cuidado com a saúde e do acesso à mesma no país. Desde o desenho das políticas, passando pela

possibilidade real de acessar médicos, postos de saúde e hospitais, até a qualidade do atendimento recebido pelas mulheres que procuram o sistema de saúde.

### 3 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE DA MULHER

Já existe consenso sobre a importância dos determinantes sociais na avaliação e no desenho e implementação de políticas que garantam o direito à saúde. A Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde, de 21 de outubro de 2011, em seu parágrafo 6, assim define os determinantes sociais da saúde:

as iniquidades em saúde são causadas pelas condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, as quais recebem a denominação de determinantes sociais da saúde. Esses determinantes incluem as experiências do indivíduo em seus primeiros anos de vida, educação, situação econômica, emprego e trabalho decente, habitação e meio ambiente, além de sistemas eficientes para a prevenção e o tratamento de doenças.

O documento destaca cinco áreas como fundamentais para a ação sobre esses determinantes. São elas:

*i) adotar uma melhor governança no campo da saúde e do desenvolvimento; ii) promover a participação na formulação e implementação de políticas; iii) continuar reorientando o setor da saúde para a redução das iniquidades em saúde; iv) fortalecer a governança e a colaboração global; e v) monitorar os avanços e ampliar a prestação de contas.*

Conforme destacado por Buss e Pelegrini Filho (2007, p. 80), alcançou-se, ainda no século XIX, a compreensão de que a saúde de uma determinada população depende não apenas do seu acesso a médicos, hospitais e medicamentos, mas também de um conjunto de fatores sociais que garantam qualidade de vida em diferentes níveis. Os autores destacam, no entanto, que:

apesar da preponderância do enfoque médico biológico na conformação inicial da saúde pública como campo científico,

em detrimento dos enfoques sociopolíticos e ambientais, observa-se, ao longo do século XX, uma permanente tensão entre essas diversas abordagens. (...). Na década de 1980, o predomínio do enfoque da saúde como um bem privado desloca novamente o pêndulo para uma concepção centrada na assistência médica individual, a qual, na década seguinte, com o debate sobre as Metas do Milênio, novamente dá lugar a uma ênfase nos determinantes sociais, que se afirma com a criação da Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2005.

Acompanha esse movimento o entendimento de que são as desigualdades sociais, em suas múltiplas dimensões, as principais desencadeadoras da baixa qualidade da saúde. As desigualdades de gênero, bem como as raciais, são, nesse sentido, determinantes sociais estruturais na definição da qualidade da saúde da população brasileira. Na Declaração Política do Rio Sobre Determinantes Sociais da Saúde (2011), os Estados assumem, entre outros compromissos, “dar atenção especial a questões de gênero, assim como ao desenvolvimento na primeira infância, em políticas públicas e nos serviços sociais e de saúde”.

A Plataforma de Ação de Pequim incorpora essa compreensão, destacando, em seu parágrafo 89, que “a saúde não é só a ausência de enfermidade ou moléstia, mas sim um estado de pleno bem-estar físico, mental e social. A saúde da mulher inclui o seu bem-estar: emocional, social e físico; contribuem para determinar sua saúde tanto fatores biológicos quanto o contexto social, político e econômico em que vive”. E, em seu parágrafo 92, afirma ainda que “A incidência da pobreza e da dependência econômica da mulher, sua experiência com a violência, as atitudes negativas para com mulheres e meninas, a discriminação racial e outras formas de discriminação, o controle limitado que muitas mulheres exercem sobre sua vida sexual e reprodutiva, e sua falta de influência na tomada de decisões são realidades sociais que têm efeitos prejudiciais sobre sua saúde”.

Abordamos, nas subseções abaixo, alguns dos principais determinantes sociais da saúde das mulheres no Brasil. O conjunto aqui selecionado busca refletir, ao menos



em parte, o conteúdo da Plataforma de Ação de Pequim e a luta histórica dos movimentos feministas e de mulheres no Brasil pelo direito à saúde.

### 3.1 RACISMO COMO DETERMINANTE SOCIAL DA SAÚDE

O impacto do racismo na saúde da população negra, e das mulheres negras em particular, vem sendo denunciado pelo movimento negro e pelo movimento de mulheres negras há bastante tempo no Brasil. A inserção do quesito raça/cor nas pesquisas populacionais sobre saúde e nos registros administrativos, bem como a desagregação de indicadores por raça/cor, permite demonstrar o impacto das desigualdades raciais na saúde da população negra no Brasil, conforme será possível observar ao longo do texto.

Importa aqui destacar o racismo como uma dimensão estruturante das desigualdades sociais no país e, em particular, no campo da saúde. Os mecanismos e dispositivos a partir dos quais o racismo opera produzem obstáculos a: elaboração e implementação de políticas; atendimento e acesso aos serviços de saúde; possibilidade e qualidade do acesso à informação sobre saúde para a população negra; e produção, divulgação e utilização de dados sobre saúde desagregados por raça/cor.

Batista, Monteiro e Medeiros (2013, p. 682), dialogando com Werneck (2005), afirmam que:

o racismo é um fenômeno ideológico, um importante fator de violação de direitos e de produção de iniquidades, especialmente no campo da saúde. O racismo tem relação com as condições em que a pessoa nasce, com sua trajetória familiar e individual, condições de vida e moradia, condições de trabalho, emprego, renda e de acesso à informação e aos bens e serviços. O racismo também é visível na qualidade do cuidado e assistência prestada, nos perfis e estimativa de mortalidade infantil, nos sofrimentos evitáveis ou mortes precoces, nas taxas de mortalidade da população adulta e nos perfis, indicadores e coeficientes de mortalidade materna.

No Brasil, o racismo se associa ao sexismo e às desigualdades de classe na produção de vulnerabilidades sociais e reiterados processos de discriminação e violação de direitos de parcelas específicas da população. Os avanços no sentido da superação dos efeitos do racismo sobre a população negra – em particular sobre as mulheres negras no Brasil – é reconhecido e observável nos dados que serão apresentados no decorrer deste artigo.

No entanto, os dados também indicam que a superação das desigualdades raciais no Brasil parece ter alcançado um limite que apenas poderá ser ultrapassado com novas abordagens e novos investimentos – de todo o tipo – em políticas e ações de enfrentamento das desigualdades raciais e do racismo na saúde e em todos os demais campos dos direitos sociais no país.

Considerada a intersecção entre desigualdades raciais e desigualdades socioeconômicas observada no Brasil, observa-se que a ênfase dada pelo governo brasileiro na última década à superação da pobreza no país atingiu, de maneira substantiva, a população de mulheres negras. No entanto, foram também substantivas as lacunas na construção de uma abordagem que priorizasse o enfrentamento concomitante do racismo e do sexismo, de modo a produzir maior impacto na superação das desigualdades que esses mecanismos articulados produzem.

Vale destacar que, em maio de 2006, em reconhecimento às demandas e às denúncias do movimento negro, o governo federal lançou a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). O documento define diretrizes e objetivos para o governo visando à promoção e à garantia do direito à saúde para a população negra no país. Isto se constituiu em um marco importante no reconhecimento, pelo Estado brasileiro, do impacto negativo que o racismo e as desigualdades raciais exercem sobre a saúde de mulheres e homens negros no país.

No que se refere à saúde das mulheres negras, especificamente, a PNSIPN (2013, p. 28 e 29) define como estratégias da esfera da gestão:

o fortalecimento da atenção à saúde mental de mulheres e homens negros, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; a qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher negra, incluindo

assistência ginecológica, obstétrica, no puerpério, no climatério e em situação de abortamento, nos estados e municípios; e o incentivo técnico e financeiro à organização de redes integradas de atenção às mulheres negras em situação de violência sexual, doméstica e intrafamiliar.

No entanto, foram muitas as dificuldades na implementação da PNSIPN desta política. A falta de recursos, as resistências institucionais dos diferentes setores governamentais envolvidos e as resistências e dificuldades de comprometer governos estaduais e municipais, bem como os serviços e profissionais da saúde, são alguns dos principais obstáculos para o sucesso da iniciativa. Sobre a PNSIPN, relatório do IPEA (2015, p. 457) destaca que:

a discrepância entre o discurso e a ação, entre o arcabouço legal e a prática nas organizações e na operação das políticas públicas, permeada pelo racismo institucional e pelo lugar que a ação de promoção da igualdade racial ocupa no imaginário social ilustram bem o desafio para a institucionalização das políticas de combate ao racismo e promoção da igualdade racial, inclusive na sua via de participação social.

Os dados apresentados nas seções seguintes, sempre que possível desagregados por raça/cor, demonstram a força do racismo como determinante da saúde das mulheres negras no Brasil.

### 3.2 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Ainda que seja tratada como uma prioridade no campo da saúde pública atualmente, a noção de que a violência impacta diretamente a saúde é relativamente recente. Segundo Minayo (2007, p. 1261), “em toda a sociedade ocidental, e mais particularmente no Brasil, é na década de 1980 que o tema da violência entra com mais vigor na agenda de debates políticos e sociais e no campo programático da saúde”.

A construção desse entendimento, pressionado pela escalada nos índices de violência nas décadas de 1980 e 1990, deu-se sob forte influência dos movimentos feministas, conforme destacado por Sarti, Barbosa e Suarez (2006, p. 168).

A partir dos anos 1980, um ativo movimento feminista e as lutas em defesa dos direitos de crianças e adolescentes (...) foram forças decisivas no sentido não apenas de dar visibilidade à violência, mas de impulsionar ações preventivas e mostrar suas conexões com a questão da saúde.

E, ainda segundo Minayo (2007, p. 1262), a ação dos movimentos de mulheres e feministas na articulação entre os temas saúde e violência teve um impacto significativo também na elaboração do PAISM de 1983.

Essa relação está impressa também na Plataforma de Ação de Pequim. E, pela violência contra as mulheres se tratar de um dos eixos centrais da Plataforma – e, para além disso, de um fenômeno social complexo e multidimensional – decidimos apresentar e analisar o conjunto de indicadores sobre sua expressão no campo da saúde nessa seção sobre os determinantes sociais da saúde das mulheres.

A violência contra a mulher, em todas as suas manifestações, produz agravos que atentam diretamente contra a integridade física e mental das mulheres. Ela demanda, dos serviços de saúde, um atendimento especializado e intersetorializado. Ao mesmo tempo, é definidora de um contexto de permanente medo e insegurança, capaz de influenciar e determinar o estado de saúde geral das mulheres.

A ausência de dados específicos sobre o fenômeno da violência contra as mulheres, em todas as suas dimensões, dificulta a construção de diagnósticos e de análises acerca da evolução do fenômeno no período de 1995 a 2015. Utilizaremos aqui, como referência, os dados do *Mapa da Violência de 2015*, elaborados a partir dos dados da PNS 2013, do IBGE, e os indicadores do *Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça*, construídos a partir dos dados da PNAD de 2008.

Os dados disponíveis apontam para o fato de que a violência, para as mulheres, é uma experiência vivida, quando de forma direta, predominantemente dentro de casa e perpetrada por pessoas conhecidas – frequentemente por um homem. Apontam também para o fato de que apenas a metade das mulheres que afirmam já terem sofrido violência chegam a procurar serviços de saúde.

As tabelas 1 a 3 trazem as informações processadas para o *Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça* (Ipea, 2014), a partir dos dados do Suplemento de Saúde da PNAD 2008. Os dados apontam para uma proporção total de 1,9% de

mulheres no Brasil que afirmam haver sofrido alguma violência. Os números variam mais significativamente a depender das regiões, com totais oscilando entre 1,7% na região Nordeste, e 2,2% na região Norte. A maior proporção é encontrada entre as mulheres negras da região Sul: 2,4%. A faixa etária dos 25 aos 59 anos concentra, segundo os dados da PNAD 2008, a maior proporção de violência sofrida por mulheres, brancas e negras: 2,2% das mulheres brancas de 25 a 44 anos e 2,3% na faixa de 45 a 59 anos. Para as mulheres negras, as proporções são de 2,5% e 2,7%, respectivamente.

A proporção também varia de acordo com as faixas de rendimento, sendo mais alta nas faixas de 1/4 a meio salário mínimo (2,7% para as mulheres brancas e 2,5% para as mulheres negras), de meio a um salário mínimo (2,9% para as mulheres brancas e 3,5% para as mulheres negras) e de acima de três salários mínimos (2,8% para as mulheres brancas e 3,6% para as mulheres negras).

TABELA 1

**Brasil e regiões: proporção de pessoas que sofreram alguma violência, por sexo, segundo cor/raça (2008)**

Cor/raça	Região	Total	Masculino	Feminino
Total	Brasil	1,9	2,0	1,9
	Norte	2,4	2,6	2,2
	Nordeste	1,8	2,0	1,7
	Sudeste	1,9	1,9	1,9
	Sul	2,0	2,1	1,8
	Centro-Oeste	1,9	1,8	1,9
Branca	Brasil	1,9	1,9	1,8
	Norte	2,5	2,9	2,0
	Nordeste	1,9	2,1	1,7
	Sudeste	1,9	1,9	1,8
	Sul	1,8	1,9	1,7
	Centro-Oeste	1,6	1,5	1,7
Negra	Brasil	2,0	2,1	2,0
	Norte	2,4	2,5	2,2
	Nordeste	1,8	1,9	1,7
	Sudeste	2,0	2,0	2,1
	Sul	2,5	2,7	2,4
	Centro-Oeste	2,1	2,1	2,1

Fonte: IBGE/Pnad – disponíveis em Ipea/ Retrato das desigualdades de gênero e raça

TABELA 2

Brasil: proporção de pessoas que sofreram alguma violência, por sexo, segundo cor/raça e faixa etária (2008)

Cor/raça	Faixa Etária	Total	Masculino	Feminino
Total	Total	1,9	2,0	1,9
	Até 24 anos	1,5	1,6	1,4
	25 a 44 anos	2,5	2,6	2,5
	45 a 59 anos	2,3	2,3	2,3
	60 anos ou mais	1,4	1,5	1,3
Branca	Total	1,9	1,9	1,8
	Até 24 anos	1,4	1,6	1,3
	25 a 44 anos	2,3	2,4	2,3
	45 a 59 anos	2,3	2,4	2,2
	60 anos ou mais	1,5	1,6	1,4
Negra	Total	2,0	2,1	2,0
	Até 24 anos	1,6	1,7	1,4
	25 a 44 anos	2,7	2,8	2,7
	45 a 59 anos	2,3	2,2	2,5
	60 anos ou mais	1,3	1,5	1,2

Fonte: IBGE/Pnad – disponíveis em Ipea/ Retrato das desigualdades de gênero e raça

TABELA 3

Brasil: proporção de pessoas que sofreram alguma violência, por sexo, segundo cor/raça e faixa de rendimento (2008)

Cor/raça	Faixa de Rendimento	Total	Masculino	Feminino
Total	Total	2,2	2,2	2,1
	Menos de 1/4 de SM	1,8	2,0	1,6
	De 1/4 a 1/2 SM	2,6	2,6	2,6
	Mais de 1/2 a 1 SM	3,2	3,1	3,3
	Mais de 1 a 2 SM	2,1	2,1	2,2
	Mais 2 a 3 SM	2,3	2,3	2,3
	Acima de 3 SM	2,7	2,5	3,0
Branca	Total	2,1	2,1	2,0
	Menos de 1/4 de SM	1,6	1,9	1,5
	De 1/4 a 1/2 SM	2,7	2,7	2,7
	Mais de 1/2 a 1 SM	2,9	3,0	2,9
	Mais de 1 a 2 SM	2,0	2,0	1,9
	Mais 2 a 3 SM	2,2	2,2	2,3
	Acima de 3 SM	2,5	2,3	2,8
Negra	Total	2,3	2,3	2,2
	Menos de 1/4 de SM	1,9	2,1	1,8
	De 1/4 a 1/2 SM	2,5	2,6	2,5
	Mais de 1/2 a 1 SM	3,3	3,1	3,5
	Mais de 1 a 2 SM	2,3	2,1	2,4
	Mais 2 a 3 SM	2,5	2,5	2,4
	Acima de 3 SM	3,1	2,9	3,6

Fonte: IBGE/Pnad – disponíveis em Ipea/ Retrato das desigualdades de gênero e raça

Obs.: salário mínimo (SM).

A tabela 4 nos informa sobre a proporção de pessoas que, tendo sofrido violência, deixaram de realizar alguma atividade devido a isso. Os percentuais femininos são superiores aos masculinos em todas as regiões, com totais de 35,2% entre as mulheres e 31,9% entre os homens para todo o país. A proporção mais alta entre as mulheres encontra-se no Centro-Oeste, 40,2%, sendo 36,7% para as mulheres brancas e 42,3% para as mulheres negras. Já a proporção mais baixa se encontra no Nordeste para as mulheres negras, 32,6%; e no Norte, para as mulheres brancas, 29,6%.

TABELA 4

**Brasil e regiões: proporção de pessoas que sofreram violência e deixaram de realizar alguma atividade devido à violência sofrida, por sexo, segundo cor/raça e localização do domicílio (2008)**

Cor/raça	Região	Total	Masculino	Feminino
Total	Brasil	33,5	31,9	35,2
	Norte	34,8	34,4	35,4
	Nordeste	30,2	28,5	32,2
	Sudeste	34,3	32,3	36,1
	Sul	34,1	33,0	35,3
	Centro-Oeste	38,6	36,9	40,2
Branca	Brasil	33,8	32,4	35,2
	Norte	33,0	35,7	29,6
	Nordeste	30,2	29,2	31,2
	Sudeste	35,1	33,8	36,2
	Sul	33,8	31,5	36,3
	Centro-Oeste	34,7	32,2	36,7
Negra	Brasil	33,3	31,4	35,2
	Norte	35,4	33,9	37,1
	Nordeste	30,3	28,2	32,6
	Sudeste	33,4	30,6	36,0
	Sul	34,6	36,8	32,1
	Centro-Oeste	40,8	39,3	42,3
Urbano	Brasil	33,2	31,2	35,1
	Norte	31,5	29,7	33,8
	Nordeste	29,3	27,0	31,7
	Sudeste	34,3	32,3	36,1
	Sul	34,8	33,6	36,1
	Centro-Oeste	38,1	36,8	39,2
Rural	Brasil	36,8	37,0	36,5
	Norte	53,4	61,7	43,9
	Nordeste	34,9	34,7	35,2
	Sudeste	33,6	32,5	35,4
	Sul	28,3	28,2	28,4
	Centro-Oeste	46,8	38,2	56,9

Fonte: IBGE/Pnad – disponíveis em Ipea/ Retrato das desigualdades de gênero e raça

Os dados da tabela 5 indicam a proporção de pessoas que procuraram o serviço de saúde após terem sofrido violência. No total, 52% das mulheres procuram o serviço de saúde após serem vítimas de violência, sendo que entre as mulheres negras esse percentual é de 50,7% e entre as mulheres brancas, é de 53,5% - uma diferença que sugere um acesso menor, ou dificultado, das mulheres negras aos serviços de saúde.

TABELA 5

**Brasil e regiões: proporção de pessoas que sofreram violência e procuraram serviço de saúde devido à violência sofrida, por sexo, segundo cor/raça e localização do domicílio (2008)**

Cor/raça	Região	Total	Masculino	Feminino
<b>Total</b>	Brasil	52,9	53,8	52,0
	Norte	48,2	52,5	43,0
	Nordeste	52,2	56,5	48,1
	Sudeste	52,1	50,0	53,9
	Sul	59,4	59,3	59,6
	Centro-Oeste	52,6	55,7	49,9
<b>Branca</b>	Brasil	52,8	52,1	53,5
	Norte	41,6	43,4	38,8
	Nordeste	50,5	54,1	46,7
	Sudeste	52,5	49,6	54,9
	Sul	58,3	58,1	58,5
	Centro-Oeste	49,9	53,9	47,1
<b>Negra</b>	Brasil	52,9	55,2	50,7
	Norte	50,1	55,5	44,1
	Nordeste	53,0	57,6	48,7
	Sudeste	51,6	50,4	52,6
	Sul	62,4	61,9	63,1
	Centro-Oeste	53,9	56,5	51,4
<b>Urbano</b>	Brasil	52,4	52,6	52,3
	Norte	49,0	53,3	44,3
	Nordeste	51,8	54,6	49,4
	Sudeste	51,2	48,4	53,4
	Sul	59,5	59,2	59,8
	Centro-Oeste	51,9	55,8	48,5
<b>Rural</b>	Brasil	56,3	61,0	49,5
	Norte	45,5	50,2	38,0
	Nordeste	54,0	62,5	41,1
	Sudeste	70,5	72,3	67,7
	Sul	58,9	60,3	57,4
	Centro-Oeste	61,5	54,3	67,3

Fonte: IBGE/Pnad – disponíveis em Ipea/ Retrato das desigualdades de gênero e raça



Segundo o *Mapa da Violência 2015 – Homicídios de Mulheres no Brasil* (Waiselfisz, 2015), a partir dos dados da PNS 2013, 3,1% (ou 2,4 milhões) das mulheres brasileiras já foram vítimas de violência por alguém conhecido.

O cenário de violência no Brasil é endêmico e diverso: a violência contra as mulheres, com seu caráter sexista fortemente definido; a violência racista responsável pelo assassinato cotidiano de mulheres e, mais ainda, de homens negros; a violência urbana produzida pelas profundas desigualdades econômicas e sociais do país; a violência rural, que surge a partir das disputas territoriais e fundiárias e que também atinge as mulheres de maneira singular.

Seja qual for o formato, a violência atinge de maneira singular a vida das mulheres, direta ou indiretamente. Não apenas as vitimizando, mas tornando-as instrumentos de implementação de políticas públicas para seu controle e redução. A violência, quando não mata as mulheres, fere física, patrimonial, psicológica e moralmente. Acua e limita sua liberdade. Afasta as mulheres de seus filhos, de suas famílias, empregos e vida social. Deprime e adocece.

Os serviços de saúde, em que pesem as orientações da Lei Maria da Penha (Lei nº 111.340/2006) e da Norma Técnica para Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes do MS (1999), não contam com a infraestrutura necessária para atendimento e encaminhamento das mulheres em situação de violência.

Os profissionais de saúde tampouco estão devidamente preparados para receber, tratar e encaminhar os casos de violência contra a mulher que atendem, conforme apontou pesquisa desenvolvida pelo CFEMEA em 2013 sobre a tolerância institucional à violência contra as mulheres (CFEMEA, 2013).

Portanto, para além de políticas de saúde focadas no atendimento a vítimas de violência contra a mulher, há que se repensar todo o conjunto de políticas de saúde – com prioridade às ações de formação dos profissionais de saúde – a partir do entendimento e das dimensões do impacto das várias formas de violência sobre as mulheres, e de maneira muito particular, sobre as mulheres negras no país.

### 3.3 SITUAÇÃO DE POBREZA

A situação de pobreza é também um forte determinante das condições de saúde de uma população. Ainda que o foco desta seção do texto seja sobre rendimentos, vale destacar que entendemos a pobreza como um fenômeno multidimensional, expresso na insuficiência de rendimentos, mas também no estado de privação a condições mínimas de subsistência, tais como a água potável e o saneamento básico, na situação de insegurança alimentar, no acesso insuficiente a direitos como educação, saúde, transporte e moradia.

Também merece destaque o fato de que as desigualdades sociais, mais que a escassez de rendimentos, determinam, em grande medida, a saúde de uma população. Assim, quanto maior a distância entre os que ganham menos do que precisam e os que ganham mais do que precisam, quanto mais intrincado nas estruturas culturais e sociais estiverem o racismo e o sexismo, piores serão os níveis de saúde de uma população. Conforme destacado por Buss e Pelegrini Filho (2007, p. 83), “não são as sociedades mais ricas as que possuem melhores níveis de saúde, mas as que são mais igualitárias e com alta coesão social”.

No entanto, a insuficiência de rendimentos em um contexto de desigualdades sociais e econômicas profundas, como é o caso brasileiro, produz impactos relevantes no acesso à saúde da população e, especialmente, no acesso à saúde das mulheres. Historicamente responsabilizadas pelas tarefas de cuidados – dos filhos, dos pais, dos maridos, da casa, da comunidade –, são as mulheres, predominantemente as mulheres negras, que mais sofrem no próprio corpo os efeitos de uma renda mais baixa do que o necessário.

Os dados das PNADs de 1998, 2003 e 2008 sobre a proporção de mulheres atendidas no sistema de saúde no Brasil não variam tanto ao longo dos anos, mas apresentam diferenças importantes quando desagregados por faixas de rendimento, apontando para uma maior proporção de atendimentos para os grupos de maior rendimento.

Em 1998, a proporção de mulheres com rendimento inferior a 1/4 de salário mínimo atendidas pelo sistema de saúde era de 93,8% para as mulheres brancas e negras. Para as mulheres com rendimento superior a 3 salários mínimos, no entanto,

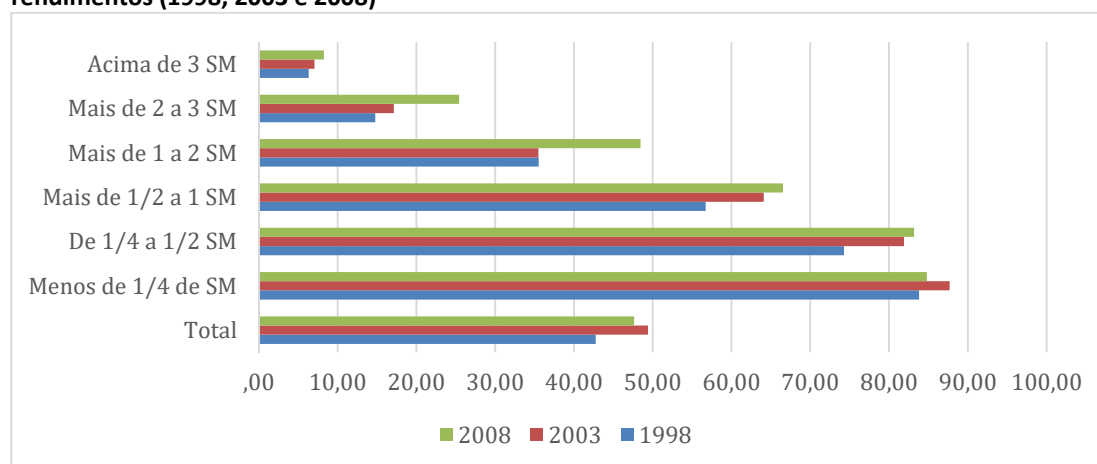
a proporção de atendimento, nesse mesmo ano, era de 99,2% para mulheres brancas e 98,8% para mulheres negras.

Dez anos depois, em 2008, a proporção para as mulheres brancas com rendimento inferior a 1/4 do salário mínimo era de 93,2%, enquanto para as mulheres negras, era de 91,7%. Nota-se, entre as mulheres com rendimentos mais baixo, uma tendência de queda na proporção de atendimento, acentuada no caso das mulheres negras. Para a população de mulheres com rendimento superior a 3 salários mínimos, as proporções mantêm-se praticamente inalteradas dez anos depois: 99,1% para as mulheres brancas, 98,4% para as mulheres negras.

Inversamente, quando observamos a cobertura dos atendimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a proporção aumenta na medida em que diminuem as faixas de rendimento, sendo mais alta para as mulheres negras, em todas as faixas de rendimento. A proporção de atendimentos pelo SUS de mulheres brancas com rendimento inferior a 1/4 de salário mínimo era, em 2008, de 84,8%, enquanto para as mulheres negras era de 90,4%. Para as mulheres brancas com rendimento superior a 3 salários mínimos, a proporção cai para 8,3%, já para as mulheres negras, ela é de 15,1%.

GRÁFICO 1

**Brasil: proporção de atendimentos cobertos pelo SUS para mulheres brancas, segundo faixa de rendimentos (1998, 2003 e 2008)<sup>3</sup>**

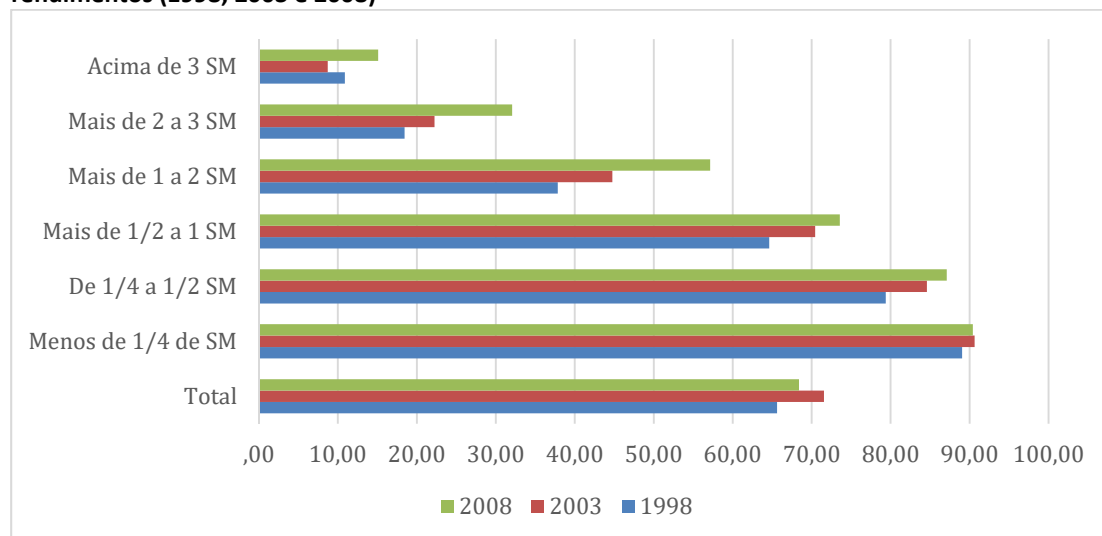


Fonte: IBGE/Pnad – disponíveis em Ipea/ Retrato das desigualdades de gênero e raça

<sup>3</sup> Notas do *Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça* para a tabela 4.1b2: “a população negra é composta por pretos e pardos; proporção de atendimentos cobertos pelo SUS em relação ao total de atendimentos; faixas de rendimento domiciliar per capita das pessoas que informaram rendimento; rendimento deflacionado com base no Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC), referência setembro de 2008”.

GRÁFICO 2

**Brasil: proporção de atendimentos cobertos pelo SUS para mulheres negras, segundo faixa de rendimentos (1998, 2003 e 2008)<sup>4</sup>**



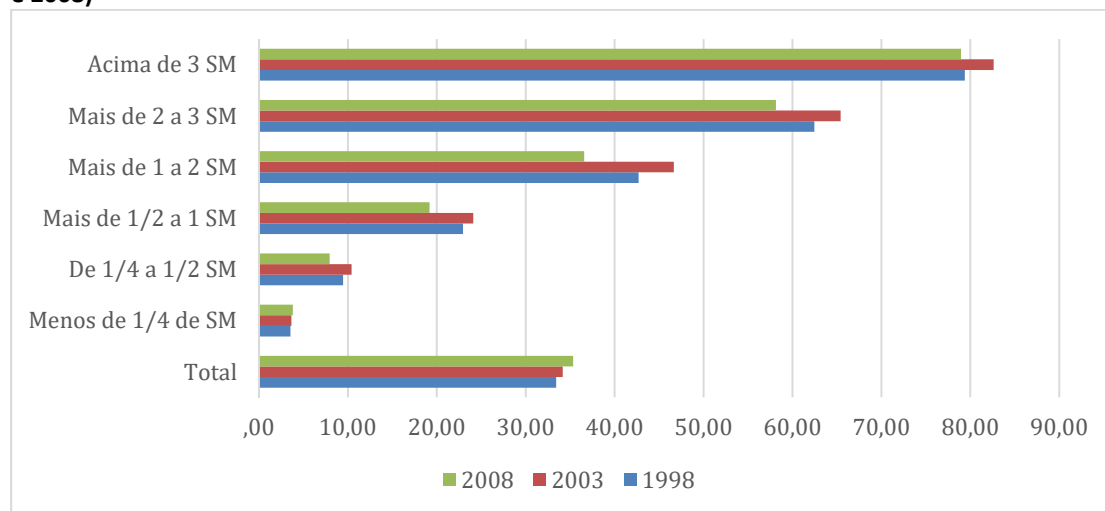
Fonte: IBGE/Pnad – disponíveis em Ipea/ Retrato das desigualdades de gênero e raça

Quando combinados com os dados de cobertura de planos de saúde, as informações sobre a cobertura do SUS apontam para uma tendência à migração do sistema público para o sistema privado de saúde, quanto maior a renda. Para as mulheres brancas com rendimento inferior a 1/4 de salário mínimo, a cobertura de planos de saúde, em 2008, era de 3,8%, enquanto para aquelas com rendimento superior a 3 salários mínimos, era de 79%. Para as mulheres negras, os percentuais são de 1,8% e 70,3%, respectivamente. Observa-se, ainda, uma tendência de queda na cobertura de planos de saúde para mulheres brancas e negras em todas as faixas de rendimento.

<sup>4</sup> Notas do *Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça* para a tabela 4.1b2: “a população negra é composta por pretos e pardo; proporção de atendimentos cobertos pelo SUS em relação ao total de atendimentos; faixas de rendimento domiciliar *per capita* das pessoas que informaram rendimento; rendimento deflacionado com base no INPC, período de referência setembro de 2008”.

GRÁFICO 3

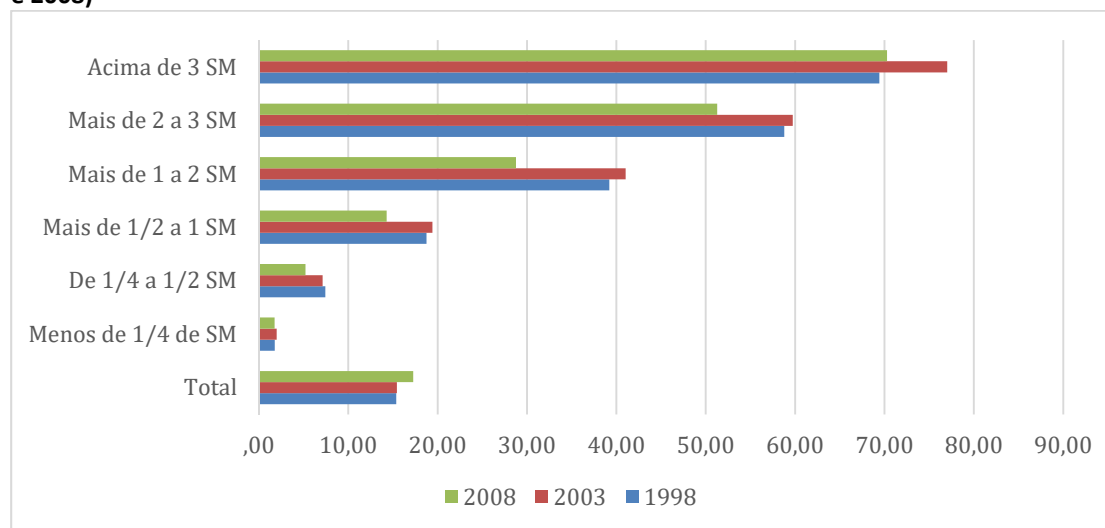
**Brasil: cobertura de planos de saúde para mulheres brancas segundo faixa de rendimento (1998, 2003 e 2008)**



Fonte: IBGE/Pnad – disponíveis em Ipea/ Retrato das desigualdades de gênero e raça

GRÁFICO 4

**Brasil: cobertura de planos de saúde para mulheres negras, segundo faixa de rendimento (1998, 2003 e 2008)**



Fonte: IBGE/Pnad – disponíveis em Ipea/ Retrato das desigualdades de gênero e raça

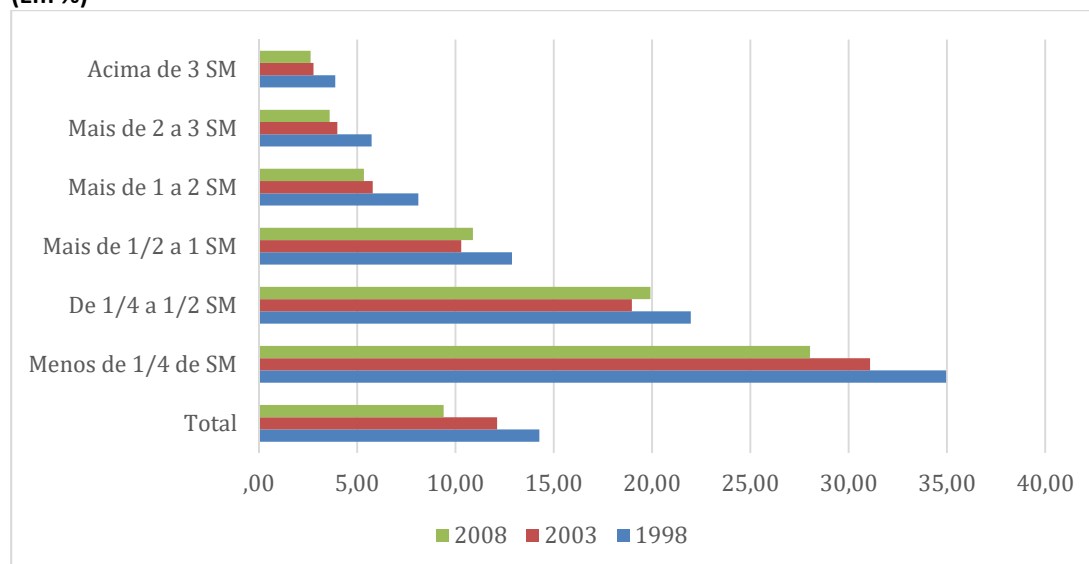
A porcentagem de mulheres que nunca consultou o dentista é também um indicador que varia de maneira significativa de acordo com a faixa de rendimento. Segundo os dados da PNAD de 2008, 28% das mulheres brancas e 29,5% das mulheres negras com rendimento inferior a 1/4 de salário mínimo nunca havia consultado dentista. Vale destacar, no entanto, a diminuição relativa do hiato entre mulheres brancas e negras ao longo da década (1998-2008). Enquanto entre as mulheres brancas a porcentagem total das que nunca consultaram dentista passou de 14,27%,

em 1998, para 9,4%, em 2008; para as mulheres negras, a proporção passou de 24,3% para 14,15%. A redução da distribuição percentual foi mais intensa entre as mulheres negras, embora a diferença entre brancas e negras permaneça alta.

GRÁFICO 5

**Brasil: distribuição das mulheres brancas que nunca consultaram dentista, segundo faixa de rendimento (1998, 2003 e 2008)**

(Em %)

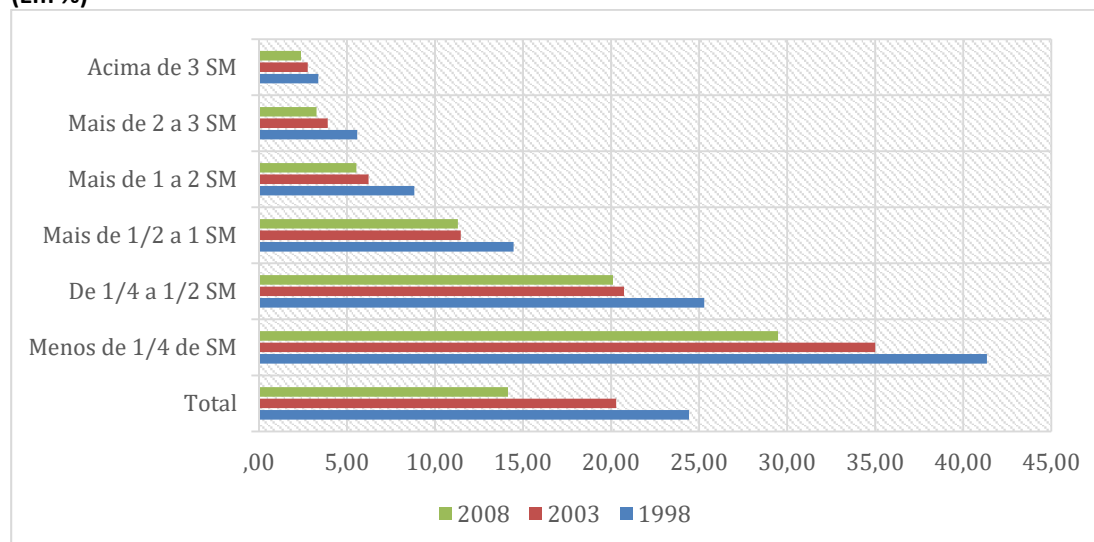


Fonte: IBGE/Pnad – disponíveis em Ipea/ Retrato das desigualdades de gênero e raça

GRÁFICO 6

**Brasil: distribuição das mulheres negras que nunca consultaram dentista, segundo faixa de rendimento (1998, 2003 e 2008)**

(Em %)



Fonte: IBGE/Pnad – disponíveis em Ipea/ Retrato das desigualdades de gênero e raça

### 3.4 TRABALHO E SAÚDE OCUPACIONAL DAS MULHERES

A articulação entre as áreas de saúde e trabalho surge a partir das demandas por melhores condições de trabalho nas indústrias ainda no século XIX, com tentativas de mensuração e determinação dos riscos de algumas funções específicas. Desde então, a indústria tornou-se cenário prioritário do desenvolvimento de estudos e pesquisas acerca do tema, o que terminou produzindo uma lacuna considerável no olhar para a saúde das mulheres trabalhadoras, uma vez que são outros os locais mais frequentes do trabalho feminino.

Estudos sobre as relações entre saúde e trabalho das mulheres apontam para a necessidade de uma maior produção de conhecimento e de informações acerca do assunto (Aquino et al, 1995; Brito, 2000; Assunção, 2003). Aquino et al (1995, p. 281) destacam, além da “invisibilidade das atividades laborais das mulheres”, o fato de que o olhar médico sobre as mulheres, no campo das pesquisas e da produção de informações sobre a saúde, as reduziu à função reprodutiva e ao exercício da maternidade.

A inserção diferenciada das mulheres no mercado de trabalho, marcada pelas oscilações de demanda do mercado e do capital muito mais do que por sua autodeterminação profissional, define também um caráter desigual ao trabalho feminino, em relação ao masculino. Ainda segundo Aquino et al (1995, p. 282), essa desigualdade estabelece que:

o trabalho do homem [seja] considerado fundamental e o trabalho da mulher, complementar. Estabelece-se aí a segregação ocupacional, característica universal do trabalho feminino (Bruschini & Rosemberg, 1982), pela qual a grande maioria das mulheres que tem trabalho remunerado está sujeita a se concentrar em poucas ocupações, principalmente nas atividades informais, no serviço doméstico, como trabalhadoras rurais e como externas de fábricas (Nash, 1985; Safa, 1987).

A Plataforma de Ação de Pequim destaca, precisamente em seu parágrafo 100, que “também crescem em importância as questões relacionadas com a saúde ocupacional, uma vez que um grande número de mulheres realiza trabalho pouco

remunerado, seja no mercado formal de trabalho, seja no informal, em condições tediosas e insalubres”.

E apesar de observarmos, no Brasil, um aumento na inserção das mulheres no mercado de trabalho entre 1995 e 2015, acompanhado de aumento na expectativa de vida e no acesso ao sistema de saúde, aponta-se para uma tendência de precarização e proletarização do trabalho das mulheres cujos impactos sobre a saúde carecem de análises e investigações mais detidas.

Ao analisar a relação entre saúde e trabalho das mulheres, Brito (2000, p. 197) destaca as seguintes tendências mundiais:

- 1) A incorporação de elevada proporção de mulheres em processos produtivos instalados por empresas multinacionais, em qualquer lugar do planeta onde o custo de produção seja menor e sua consequente proletarização (Benería, 1994);
- 2) A tendência de acirramento da diversidade e heterogeneidade das situações de trabalho dos homens e mulheres tanto em países do Sul como do Norte (Hirata, 1997);
- 3) O aumento crescente do trabalho feminino e a maior vulnerabilidade das trabalhadoras frente à precarização do trabalho (Armstrong, 1995; Antunes, 1997; Hirata, 1997), processo que se reflete no aumento do setor informal seja nas modalidades de emprego baseadas em contratos temporários ou em outros regimes atípicos.

Conforme destacado pela mesma autora, a informalidade e os processos de precarização e de proletarização mantêm estreita relação com a situação de pobreza e de desigualdade social. O impacto dessa realidade sobre a saúde ocupacional das mulheres não pode ser menosprezado, uma vez que retira da mulher trabalhadora o acesso à seguridade social e inviabiliza a proteção, a regulação e a fiscalização social do trabalho.



### 3.4.1 AS MULHERES NO MERCADO DE TRABALHO

No período de 1995 a 2015, observamos mudanças importantes no perfil de inserção das mulheres no mercado de trabalho. Ainda que a taxa de participação feminina tenha apresentado leves oscilações ao longo do período, e queda no período de 2005 a 2014, observamos um pequeno crescimento entre 1995 e 2015. No Brasil, em 1995, a taxa de participação para mulheres brancas de 16 anos ou mais era de 53,8%, elevando-se para 58,5% em 2005 e caindo para 56,8% em 2014. Para as mulheres negras de 16 anos ou mais, a taxa era de 55,1% em 1995, 59,7% em 2005 e 57,1% em 2014.

No entanto, em que pese esse leve aumento na taxa de participação feminina, é notável a permanência da desigualdade na inserção de mulheres, quando comparada à inserção de homens no mesmo período. Em 1995, a taxa para os homens de 16 anos ou mais era de 84,3% para os homens brancos e de 86,2% para os homens negros. Já em 2014, era de 78,3% e 80%, respectivamente.

A permanência desse padrão de desigualdade tende a ser interpretada a partir da observação da permanência dos padrões de divisão sexual do trabalho, que fazem recair sobre as mulheres, de maneira persistente, a responsabilidade sobre as tarefas ligadas ao cuidado. A ausência de políticas públicas que equalizem as desigualdades sociais e culturais experimentadas pelas mulheres dentro de suas casas, em suas relações familiares, continua a dificultar a inserção e a permanência das mulheres no mercado de trabalho e, também, a qualidade da experiência profissional das mulheres ainda hoje no Brasil.

Conforme expresso na tabela 6, a porcentagem de mulheres ocupadas com carteira assinada correspondia, em 1995, a 27,8% para as mulheres brancas e a 18,7% para as mulheres negras. Entre 1995 e 2014, houve um aumento significativo da formalização do emprego feminino e a porcentagem de empregos com carteira assinada alcançou 40,9% para as mulheres brancas e 31,3% para as mulheres negras.

TABELA 6

**Brasil: distribuição da população feminina ocupada com 16 anos ou mais de idade, por cor/raça, segundo posição na ocupação (1995, 2005 e 2014)**

(Em %)

Posição na ocupação	Mulheres brancas			Mulheres negras		
	1995	2005	2014	1995	2005	2014
Funcionário público/militar	11,0	9,7	11,1	7,8	7,5	9,0
Empregado com carteira assinada	27,8	32,2	40,9	18,7	20,8	31,3
Empregado sem carteira assinada	9,5	12,6	11,0	10,4	13,4	12,7
Conta própria	16,9	15,9	15,4	18,2	17,0	16,9
Empregador	2,8	3,8	3,6	0,9	1,4	1,2
Empregado doméstico	13,0	12,9	10,1	22,1	21,5	17,6
Outros	19,0	12,8	7,8	21,9	18,4	11,3
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

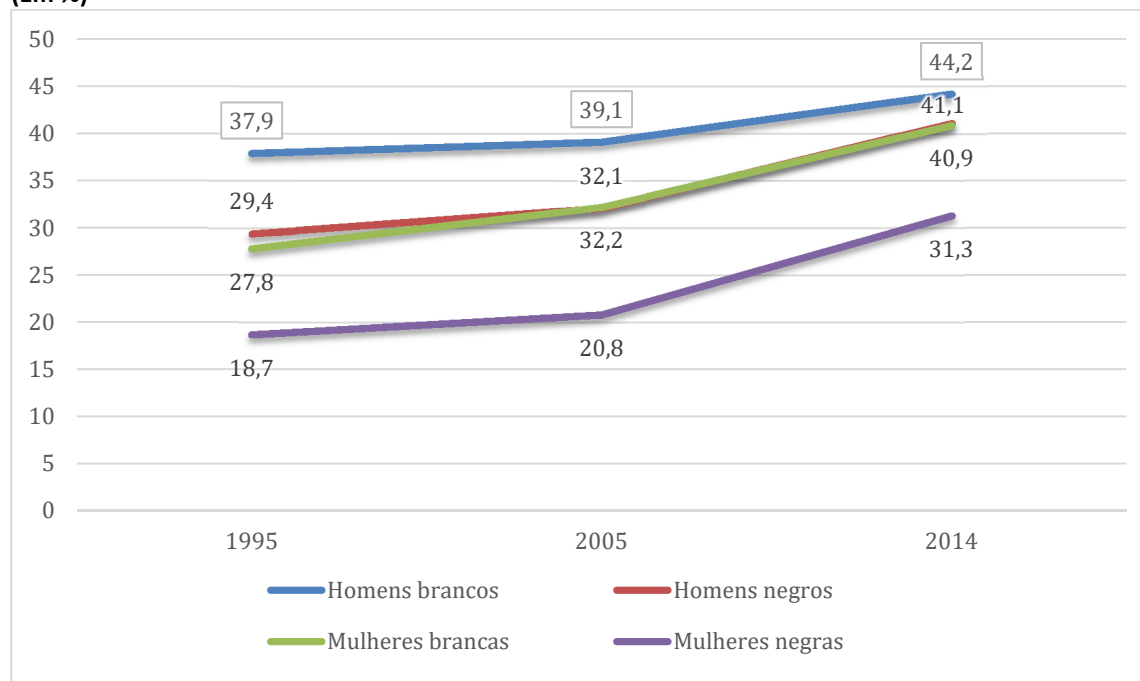
Fonte: IBGE/Pnad – disponíveis em Ipea/ Retrato das desigualdades de gênero e raça

Ainda assim, conforme representado no gráfico 7, é notável a desigualdade entre mulheres e homens, e entre a população branca e a população negra, no que se refere ao emprego com carteira assinada. As mulheres negras, particularmente, continuam a sofrer os impactos do racismo de maneira contundente. Apesar da maior participação das mulheres negras, quando comparadas às brancas, no mercado de trabalho, é notável a desigualdade de condições dessa inserção.

GRÁFICO 7

**Brasil: distribuição da população ocupada empregada com carteira assinada, com 16 ou mais anos de idade, por sexo e por cor/raça (1995, 2005 e 2014)**

(Em %)



Fonte: IBGE/Pnad – disponíveis em Ipea/ Retrato das desigualdades de gênero e raça

Merecem destaque as altas porcentagens de mulheres que trabalham por conta própria e no emprego doméstico, posições nas quais predominam as relações de trabalho informais, que, por sua vez, favorecem o processo de precarização do trabalho. Do mesmo modo, nessas posições, notamos a predominância de mulheres negras em relação às brancas.

E qual seria o impacto desse perfil de inserção laboral das mulheres brasileiras sobre sua saúde? Quais são os efeitos e as marcas, sobre os corpos femininos, negros e brancos, do racismo, do sexismo, dos baixos índices de formalização, da dupla e tripla jornada, da baixa remuneração, da sobre-responsabilização das mulheres sobre a sustentação de suas famílias, da pobreza de tempo para cuidar de si, dos obstáculos e inviabilidades para a construção de trajetórias profissionais plenas de realização e crescimento pessoal?

Conforme já pontuado, parece haver concordância entre as pesquisadoras e especialistas na área acerca da escassez de estudos e dados que deem conta de todas as dimensões e da profundidade do tema. Assunção (2003, p. 1013) chama a atenção para o fato de que:

as relações saúde e trabalho não são analisadas baseando-se exclusivamente nos registros médicos, ou no perfil de adoecimento, ou nas taxas de absenteísmo originadas pelas estatísticas oficiais. Embora os indicadores deem uma ideia do problema, há o risco de tornar tema médico uma questão social que deriva das condições de trabalho, e não das características estritamente biológicas dos indivíduos.

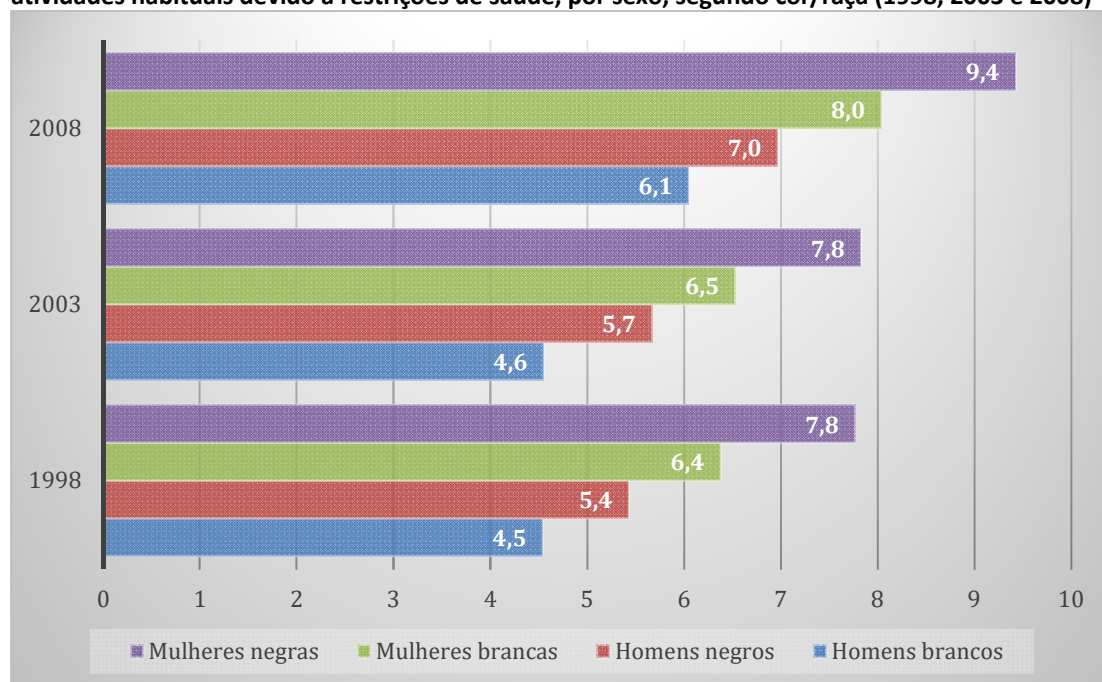
O sofrimento dos trabalhadores nem sempre é visível ou objetivo como insistem algumas abordagens (Dejours et al., 1994). O efeito do trabalho sobre a saúde é muitas vezes silencioso e não apreendido pelo saber estritamente médico. Os gráficos 8 e 9 refletem a tendência da produção oficial de dados sobre a saúde de trabalhadoras e trabalhadores. Na verdade, eles nos dizem pouco sobre o sofrimento não visível o qual Assunção se refere. No entanto, ao apontarem para um crescimento na proporção de pessoas ocupadas com impedimento às atividades habituais devido a restrições de saúde, eles sugerem um relativo agravamento nas condições gerais de saúde de trabalhadores e trabalhadoras nos últimos vinte anos.

O aumento na proporção é observado em todos os grupos – mulheres brancas e negras, homens brancos e negros. No entanto, a proporção é maior para as mulheres, em relação aos homens; e para a população negra, em relação à branca. A proporção era de 9,4% para as mulheres negras em 2008.

Dentre as restrições à saúde registradas, é a categoria das doenças a que apresenta maior incidência de mulheres ocupadas impedidas de suas atividades habituais. Nessa categoria, no entanto, registra-se uma queda no período analisado: de 72,4% para 65,2% em 2008. No entanto, nas demais categorias – acidente/agressão, dor no braço/mão, problema mental ou emocional e outro –, ocorre o contrário.

GRÁFICO 8

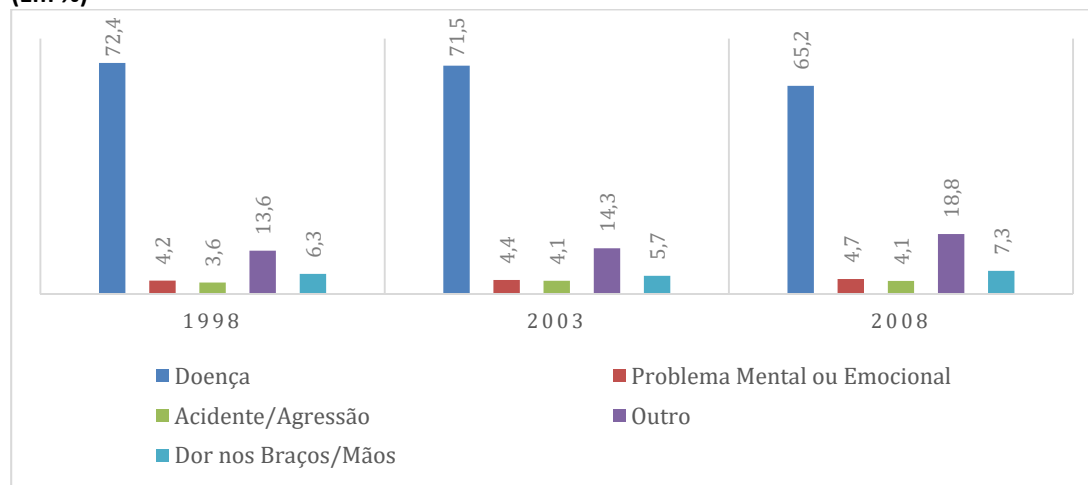
**Brasil: proporção de pessoas ocupadas com 16 anos ou mais de idade, com impedimento às atividades habituais devido a restrições de saúde, por sexo, segundo cor/raça (1998, 2003 e 2008)**



Fonte: IBGE/Pnad – disponíveis em Ipea/ Retrato das desigualdades de gênero e raça

GRÁFICO 9

**Brasil: distribuição das mulheres ocupadas com impedimento às atividades habituais devido a restrições de saúde, por principal motivo da restrição (1998, 2003 e 2008)**  
(Em %)



Fonte: IBGE/Pnad – disponíveis em Ipea/ Retrato das desigualdades de gênero e raça

### 3.5 USO DO TEMPO

Os indicadores de uso do tempo são ferramentas preciosas para a mensuração dos efeitos da divisão sexual do trabalho na vida das mulheres. Eles têm o mérito de retirar da invisibilidade o trabalho reprodutivo realizado majoritariamente pelas mulheres e de explicitar o alto grau de desigualdade e de sobrecarga que recai sobre elas.

A escassez de tempo das mulheres, refletida nos indicadores selecionados, conduz ao questionamento sobre a possibilidade do autocuidado e do lazer, elementos fundamentais para uma vida saudável. Esses indicadores informam, também, sobre a intensidade da dupla jornada acumulada pelas mulheres, cujo impacto sobre a saúde da população feminina mereceria pesquisa cuidadosa.

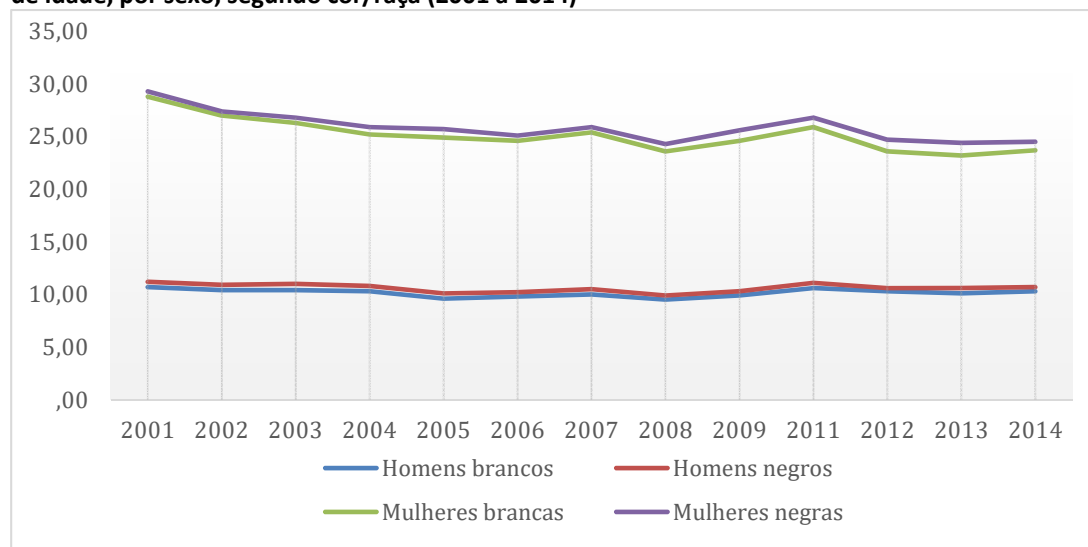
O que observamos a partir dos gráficos abaixo é a permanência da lacuna entre mulheres e homens no que se refere à dedicação e à responsabilidade pelo trabalho doméstico, ainda que se possa notar uma tendência de queda na média de horas semanais dedicadas pelas mulheres brancas e negras ao trabalho doméstico. Em 2001, se as mulheres brancas dedicavam uma média de 28,8 horas semanais e as mulheres negras, 29,3, em 2014 elas passam a dedicar uma média de 23,7 e 24,5, respectivamente. A média de horas masculina, no entanto, permanece praticamente a mesma durante todo o período, o que sugere que a liberação do tempo das

mulheres do trabalho doméstico não está se dando em função de uma maior participação masculina no campo dos cuidados.

O gráfico 10 nos informa sobre a proporção da população 10 anos ou mais que desempenha o trabalho doméstico. Nesse caso, notamos não só a permanência da lacuna, como no gráfico anterior, mas também uma tendência à manutenção do padrão cultural de sobre-responsabilização das mulheres pelos afazeres domésticos.

GRÁFICO 10

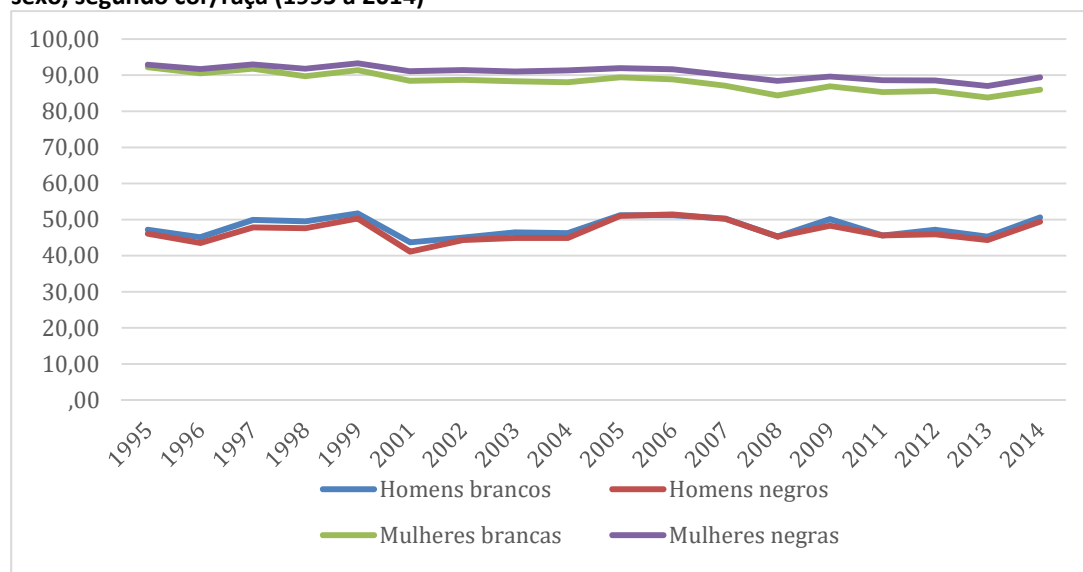
**Brasil: média de horas semanais dedicadas a afazeres domésticos pela população de 10 anos ou mais de idade, por sexo, segundo cor/raça (2001 a 2014)**



Fonte: IBGE/Pnad – disponíveis em Ipea/ Retrato das desigualdades de gênero e raça

GRÁFICO 11

**Brasil: proporção da população de 10 anos ou mais de idade que cuida de afazeres domésticos, por sexo, segundo cor/raça (1995 a 2014)**



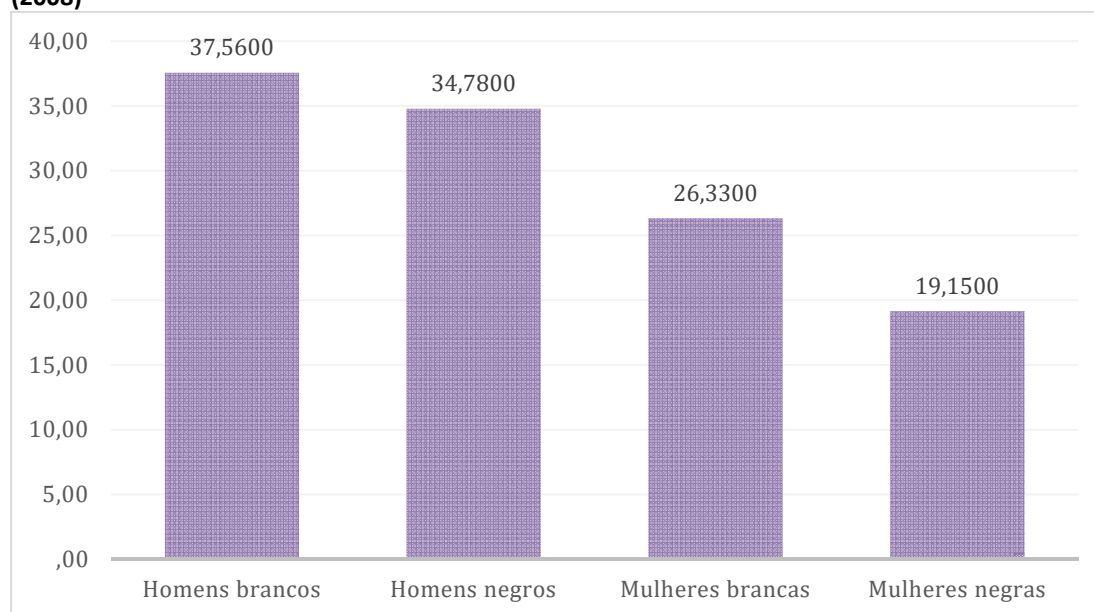
Fonte: IBGE/Pnad – disponíveis em Ipea/ Retrato das desigualdades de gênero e raça

Os gráficos 12 e 13 nos informam sobre a proporção de pessoas que declararam praticar atividades físicas em 2008: 37,56% dos homens brancos, 34,78% dos homens negros, 26,33% das mulheres brancas e 19,15% das mulheres negras disseram praticar atividades físicas. As diferenças observadas nesses gráficos são inversamente proporcionais às lacunas observadas nos gráficos anteriores, fortalecendo a hipótese de que a escassez de tempo na vida das mulheres as prejudica no cuidado com a própria saúde.

As informações desagregadas por faixa etária nos indicam que há uma queda acentuada na prática de atividades físicas pelas mulheres entre os 25 e os 44 anos – fase intensa da vida reprodutiva e profissional da maioria das mulheres brasileiras –, um crescimento na faixa dos 45 a 59 e nova queda na faixa dos 60 anos ou mais. É notável, também, a expressão da desigualdade entre brancos (as) e negros (as) no que se refere à prática de atividades físicas.

GRÁFICO 12

**Brasil: proporção de pessoas que declaram praticar atividades físicas, por sexo, segundo cor/raça (2008)**



Fonte: IBGE/Pnad – disponíveis em Ipea/ Retrato das desigualdades de gênero e raça

GRÁFICO 13

**Brasil: proporção de pessoas que declaram praticar atividades físicas, por sexo, segundo cor/raça, e faixa etária (2008)**



Fonte: IBGE/Pnad – disponíveis em Ipea/ Retrato das desigualdades de gênero e raça

### 3.6 CONDIÇÕES BÁSICAS DE HABITAÇÃO

O acesso ao saneamento básico e à água potável é essencial para a promoção e a garantia da saúde pública. Conforme destacado por Lopes (2005, p. 1597),

do ponto de vista da saúde, as condições desfavoráveis de moradia e habitação propiciam a disseminação de doenças respiratórias, infecciosas e parasitárias, e potencializam as situações de violência sexual, física e psicológica. Para além do incremento das vulnerabilidades às patologias ou aos agravos citados, o estresse cotidiano e a insatisfação com o meio onde vivem (espaço físico e simbólico) também alteram a qualidade de vida auto-atribuída.

No período de 1995 a 2015, é notável a melhoria das condições de saneamento para os domicílios brasileiros. As desigualdades entre os domicílios chefiados por homens e os chefiados por mulheres foram significativamente reduzidas, conforme podemos observar no gráfico 14. As desigualdades entre brancos(as) e negros(as), no entanto, não foram reduzidas na mesma proporção, permanecendo um hiato aprofundado no que se refere ao acesso ao esgotamento sanitário.



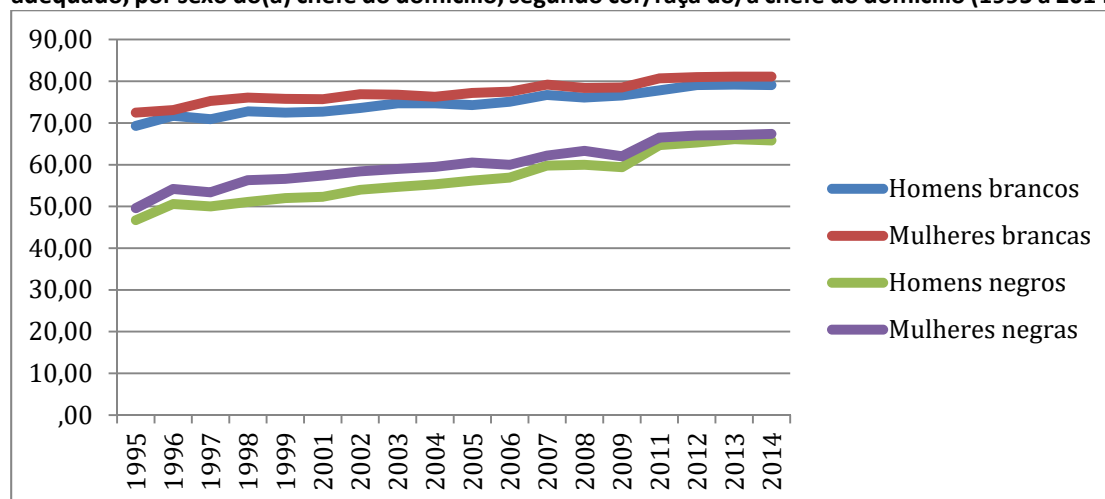
Em 1995, a proporção de domicílios particulares urbanos com esgotamento sanitário adequado era de 69,3% para os chefiados por homens brancos, 72,5% para os chefiados por mulheres brancas, 49,6% para os chefiados por mulheres negras e 46,7% para aqueles chefiados por homens negros. Em 2014, as proporções eram, respectivamente, de 79,1% (homens brancos), 81,1% (mulheres brancas), 67,4% (mulheres negras) e 65,8% (homens negros).

No que se refere ao abastecimento de água, notamos uma ampliação mais expressiva no abastecimento dos domicílios particulares urbanos até 2005 e uma posterior manutenção na proporção, com significativa diminuição das disparidades de gênero e raça. Podemos afirmar, com base nos dados refletidos no gráfico 16, que as mulheres brasileiras, brancas e negras, residentes em área urbana tiveram seu acesso à água ampliado no decorrer dos últimos vinte anos.

Na área rural, no entanto, além de uma proporção menor de domicílios com abastecimento adequado de água, observamos com nitidez o impacto das desigualdades raciais se mantendo no decorrer de todo o período, ao mesmo tempo em que se equalizaram as desigualdades entre homens e mulheres brancas, e entre homens e mulheres negras.

GRÁFICO 14

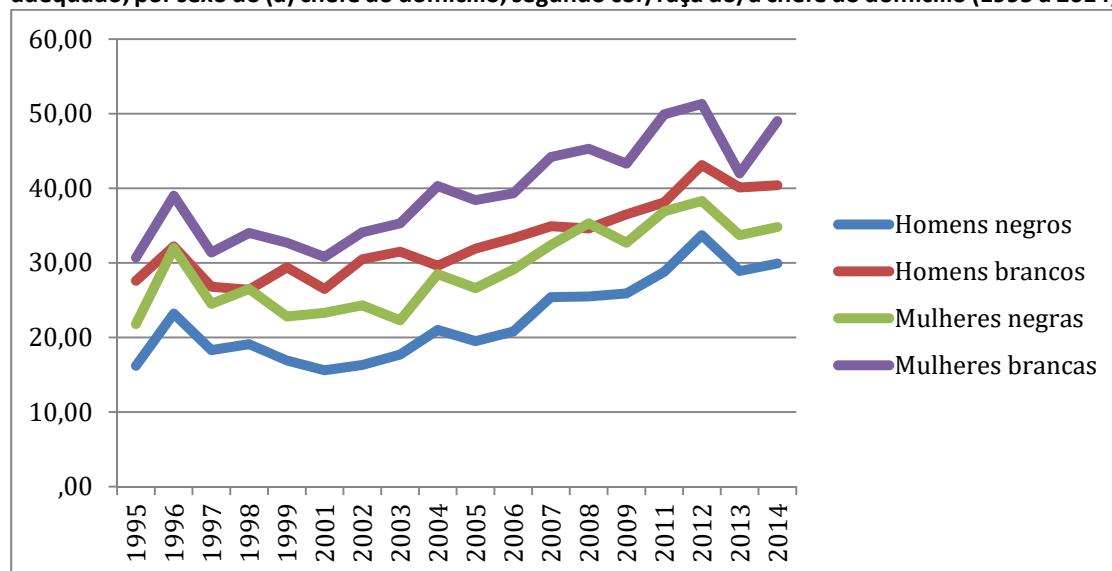
**Brasil: proporção de domicílios particulares permanentes urbanos com esgotamento sanitário adequado, por sexo do(a) chefe do domicílio, segundo cor/raça do/a chefe do domicílio (1995 a 2014)**



Fonte: IBGE/Pnad – disponíveis em Ipea/ Retrato das desigualdades de gênero e raça

GRÁFICO 15

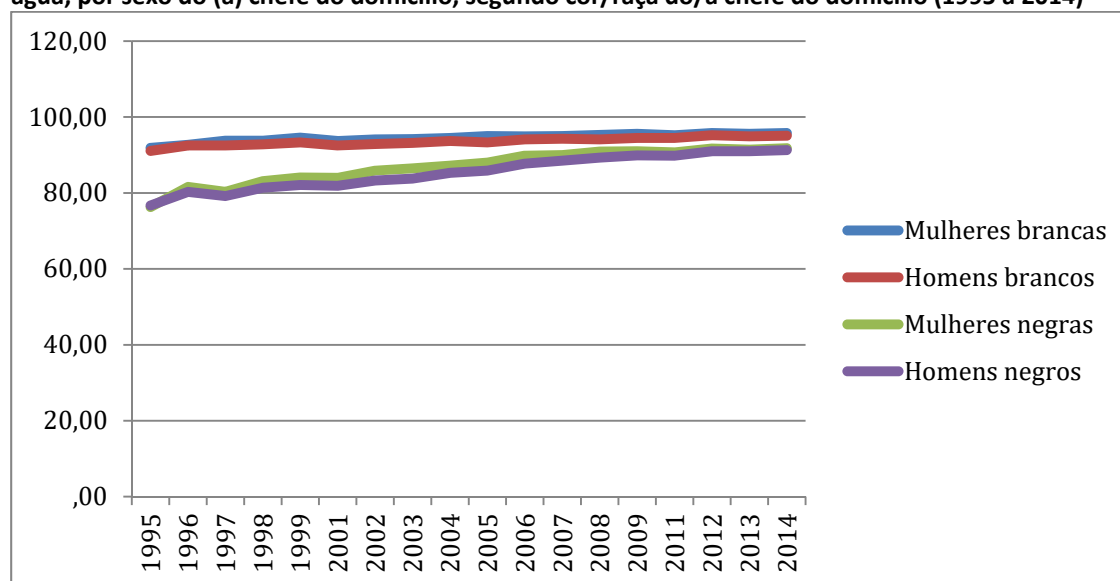
**Brasil: proporção de domicílios particulares permanentes rurais com esgotamento sanitário adequado, por sexo do (a) chefe do domicílio, segundo cor/raça do/a chefe do domicílio (1995 a 2014)**



Fonte: IBGE/Pnad – disponíveis em Ipea/ Retrato das desigualdades de gênero e raça

GRÁFICO 16

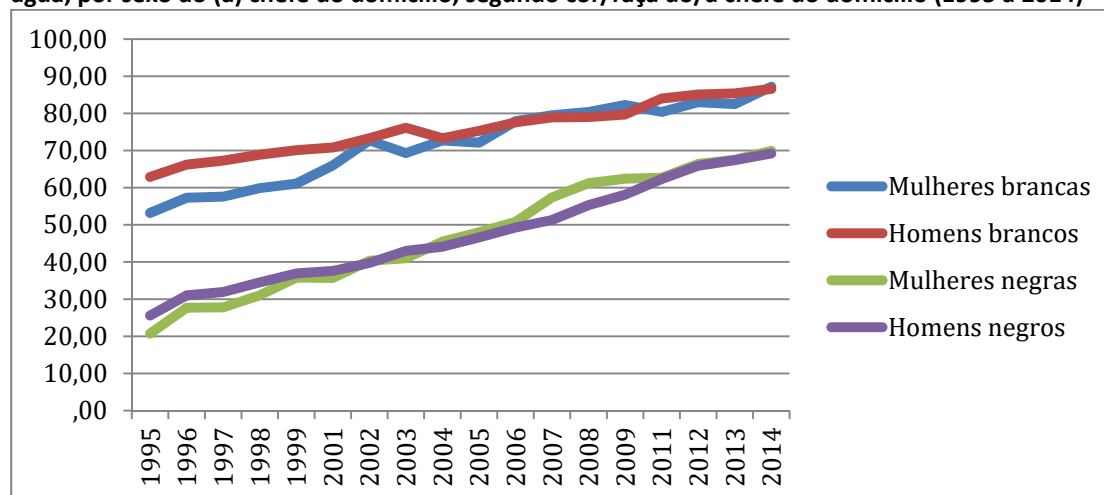
**Brasil: proporção de domicílios particulares permanentes urbanos com abastecimento adequado de água, por sexo do (a) chefe do domicílio, segundo cor/raça do/a chefe do domicílio (1995 a 2014)**



Fonte: IBGE/Pnad – disponíveis em Ipea/ Retrato das desigualdades de gênero e raça

GRÁFICO 17

**Brasil: proporção de domicílios particulares permanentes rurais com abastecimento adequado de água, por sexo do (a) chefe do domicílio, segundo cor/raça do/a chefe do domicílio (1995 a 2014)**



Fonte: IBGE/Pnad – disponíveis em Ipea/ Retrato das desigualdades de gênero e raça

### 3.7 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE DAS MULHERES

Revisamos acima, de maneira breve e tangencial, alguns dos principais determinantes sociais da saúde das mulheres no Brasil: o racismo, a violência, a pobreza, o trabalho, o uso do tempo, a segurança alimentar e nutricional e as condições básicas de habitação.

O que a análise desses determinantes nos indica é que permanece necessária e urgente a incorporação da perspectiva de gênero e raça em todo o conjunto de dados e estudos produzidos e de políticas públicas formuladas e implementadas no âmbito da saúde no país.

Na seção seguinte, revisaremos alguns indicadores da saúde das mulheres, nos quais veremos refletidos os determinantes sociais abordados até aqui.

## 4 SAÚDE DAS MULHERES

Até aqui, analisamos o quadro dos determinantes sociais da saúde das mulheres: as condições de vida capazes de ampliar ou reduzir a qualidade da saúde de mulheres negras e brancas no Brasil. Nessa seção, passaremos à análise dos indicadores médicos de saúde das mulheres, tratando rapidamente dos indicadores de acesso ao sistema de saúde e apresentando indicadores de doenças não-transmissíveis selecionadas, saúde reprodutiva, HIV/Aids, maternidade e aborto.

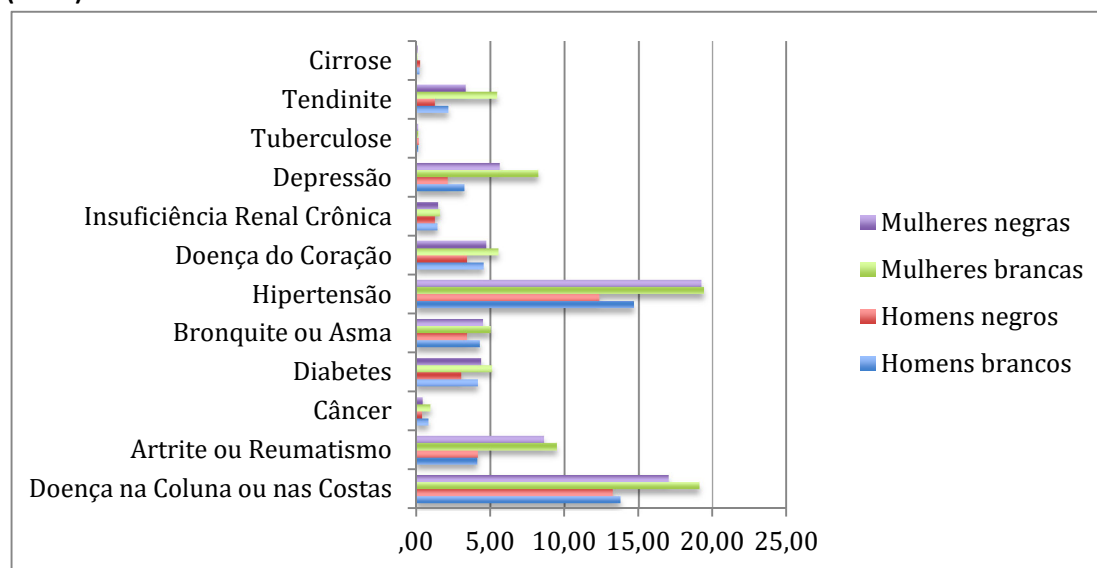
## 4.1 DOENÇAS SELECIONADAS

Dados da PNAD sobre a prevalência de doenças selecionadas na população brasileira em 2008 indicam maior adoecimento das mulheres, quando comparadas aos homens, em todos os casos listados, à exceção da cirrose. Em 2008, as mulheres apresentaram maior registro de adoecimento por tendinite, tuberculose, depressão, insuficiência renal crônica, doença do coração, hipertensão, bronquite ou asma, diabetes, câncer, artrite ou reumatismo e doença na coluna ou nas costas.

A comparação entre os dados de 1998 e 2008 indica o aumento – para homens e mulheres, brancos(as) e negros(as) – da prevalência nos casos de câncer, diabetes, hipertensão, doença do coração e tendinite. Para as demais doenças, registrou-se queda.

GRÁFICO 18

**Brasil: prevalência de doenças selecionadas na população, por sexo e cor/raça – (2008)**  
(Em %)



Fonte: IBGE/Pnad – disponíveis em Ipea/ Retrato das desigualdades de gênero e raça

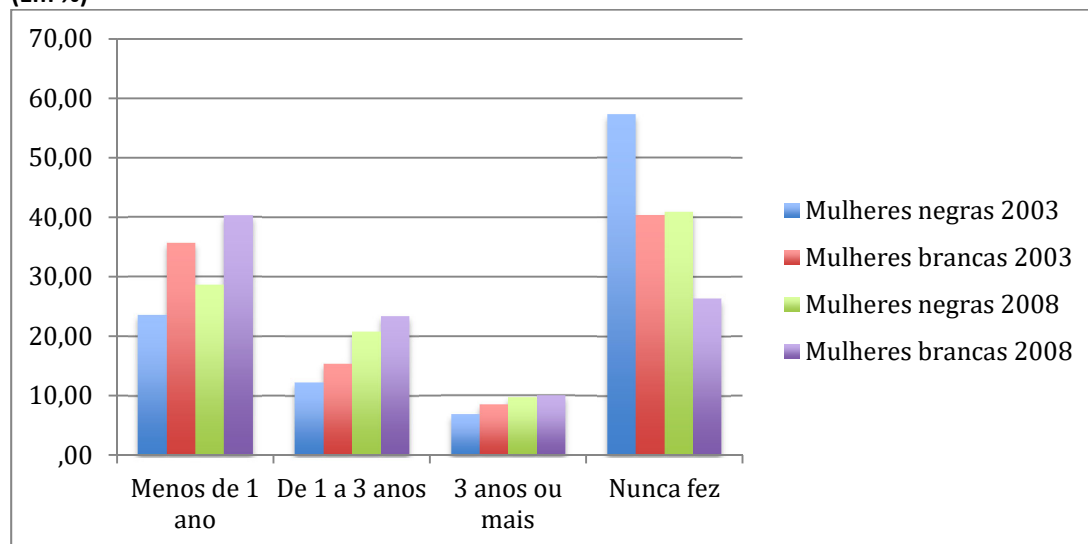
O aumento da prevalência é observado ao mesmo tempo em que se registra crescimento no acesso das mulheres a exames de rotina essenciais para a detecção, por exemplo, dos dois tipos de câncer que mais vitimam mulheres no Brasil, o câncer de mama e de colo de útero.

Os dados sobre realização de mamografia e exame de colo de útero mostram que aumentou a distribuição percentual de mulheres brancas e negras que realizam os exames. Ainda assim, tanto em 2003, quanto em 2008, menos mulheres negras

haviam realizado os exames; e a porcentagem de mulheres negras que nunca haviam realizado mamografia ou exame de colo de útero era maior.

GRÁFICO 19

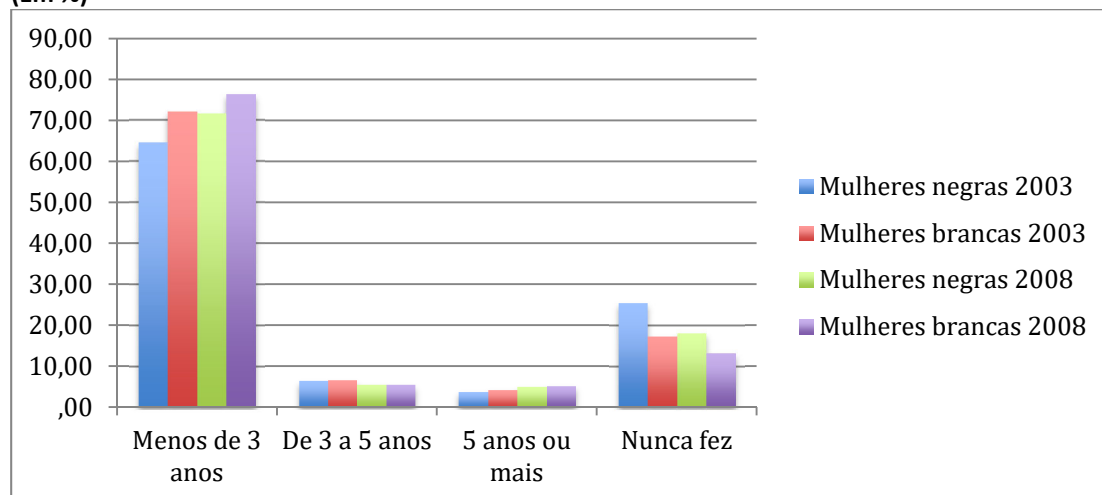
**Brasil: distribuição das mulheres de 40 anos ou mais de idade que realizaram mamografia, por período de realização do último exame, segundo cor/raça – (2003 e 2008)**  
(Em %)



Fonte: IBGE/Pnad – disponíveis em Ipea/ Retrato das desigualdades de gênero e raça

GRÁFICO 20

**Brasil: distribuição das mulheres de 25 anos ou mais de idade que realizaram exame de colo de útero, por período de realização do último exame, segundo cor/raça (2003 e 2008)**  
(Em %)



Fonte: IBGE/Pnad – disponíveis em Ipea/ Retrato das desigualdades de gênero e raça

Conforme representado no gráfico abaixo, nos últimos anos, as mortes por câncer de mama e de colo de útero no Brasil têm registrado pequena alta, no caso da

primeira, e queda, no caso da segunda. Girianelli et al (2014, p. 462), ao analisarem os dados sobre mortalidade por esses dois tipos de câncer, afirmaram que:

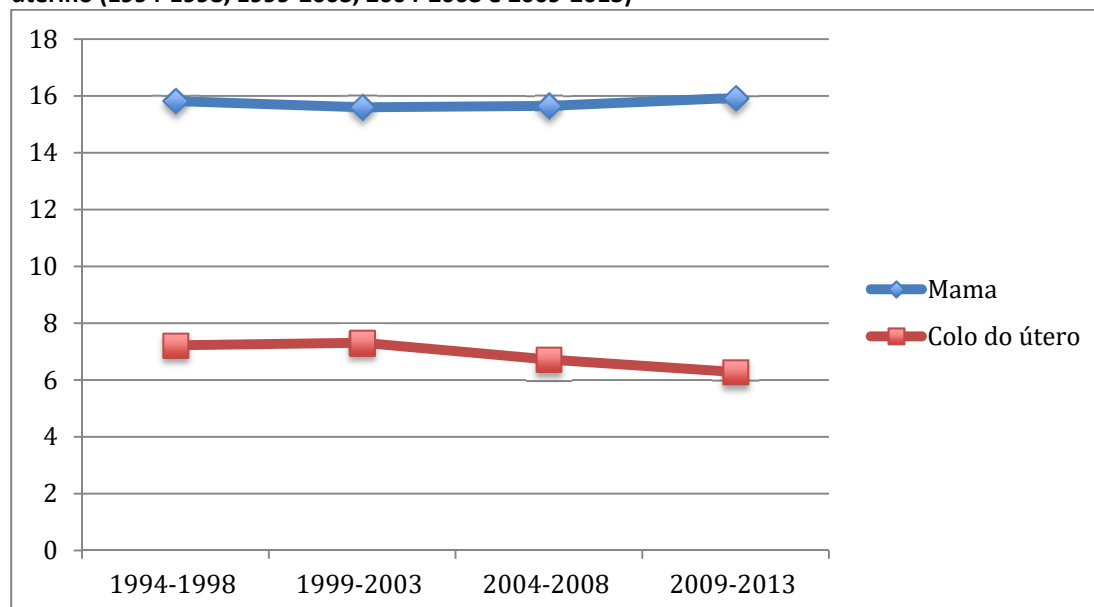
a magnitude da mortalidade por câncer de mama entre mulheres brasileiras era semelhante à do câncer de colo do útero na década de 1980. No entanto, o câncer de mama sempre teve peso maior entre os óbitos nas capitais. As tendências das taxas de mortalidade pelos dois tipos de câncer apresentaram padrões diferenciados no país ao longo de trinta anos: nítida queda para o câncer do colo uterino, mais pronunciada nas capitais, e aumento para o câncer de mama. Declínio dos óbitos por este câncer começou a se esboçar entre mulheres residentes nas capitais a partir do final da década de 1990.

Thuler (2008) destaca que as taxas de mortalidade por câncer de colo de útero caíram devido à utilização do exame citológico para o diagnóstico e à qualidade do mesmo, mas ressalta que, entretanto, os casos têm sido detectados em estágios já avançados da doença. Tal fato diminui as chances de sobrevivência das pacientes, além de indicar “problemas no acesso aos serviços, revelando, sobretudo, carência de centros de oncologia fora das grandes capitais do país” (p. 217). Ao analisar os dados de mortalidade por câncer de colo de útero e os dados de acesso ao exame citológico, Thuler (2008, p. 218) afirma ainda que:

as mesmas mulheres que deixam de realizar o exame preventivo de Papanicolau (mulheres de baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, baixa renda familiar e nas faixas etárias mais jovens) são certamente as que estão morrendo vítimas de câncer do colo do útero (mulheres na idade adulta, negras, sem companheiro, donas de casa, residentes em bairros com baixa condição de vida e atendidas na rede hospitalar do SUS). Essa proximidade de fatores reduz a cadeia explicativa da mortalidade por câncer do colo do útero às desigualdades sociais.

GRÁFICO 21

**Brasil: distribuição proporcional do total de mortes de mulheres por câncer de mama e de colo uterino (1994-1998, 1999-2003, 2004-2008 e 2009-2013)**



Elaboração da autora.

Fontes: MS/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Diretoria de Apoio Administrativo ao Sistema de Saúde (DASIS)/Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE)/Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); MP/IBGE; MS/Instituto Nacional do Câncer (INCA)/Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev)/Divisão de Vigilância.

O aumento na incidência do câncer de mama é explicado por Girianelli et al (2014, p. 465) pela hipótese de mudanças reprodutivas e sexuais, ainda que as autoras também destaquem que “a reversão da mortalidade, que começou nas capitais, tornou-se possível pelo acesso aos meios diagnósticos e terapêuticos e pode tornar-se efetiva nos estágios iniciais da doença”.

## 4.2 SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA

A Plataforma de Ação de Pequim define a saúde reprodutiva como:

um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e suas funções e processos, e não a mera ausência de enfermidade ou doença. A saúde reprodutiva implica, assim, a capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem risco, a capacidade de procriar e a liberdade para decidir fazê-lo ou não fazê-lo, quando e com que frequência. (...). Em consonância com essa definição de saúde reprodutiva, o

atendimento à saúde reprodutiva se define como o conjunto de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, ao evitar e resolver os problemas relacionados com a saúde reprodutiva.

No Brasil, a saúde reprodutiva já consta da PAISM, e também aparece traduzida em planejamento familiar na Constituição de 1988. Em 1996, é aprovada a Lei nº 9.263, que define e regulamenta o planejamento familiar, entendido como “o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”. Em 2001, o MS lança a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), na qual inclui a implementação de ações de assistência ao planejamento familiar como responsabilidade dos municípios brasileiros (Galli e Rocha, 2015).

Galli e Rocha (2015, p. 67), ao recuperarem o histórico do planejamento familiar como política de saúde no Brasil, destacam que, no entanto,

apesar da existência de política governamental que estabelece diretrizes e regulamenta a implantação e implementação técnica das ações de planejamento familiar no Brasil, a prática revela a dificuldade de acesso a serviços que oferecem o programa de planejamento familiar, a má qualidade da atenção, a dificuldade de integrar ações e a oferta limitada de métodos.

Ainda assim, registram os avanços alcançados pelo Estado brasileiro, especialmente no que se refere a compra e distribuição de anticoncepcionais, com ênfase na pílula, no DIU, nos preservativos masculinos e na realização de vasectomias pelo sistema público de saúde. As autoras destacam o crescimento no investimento do Estado em métodos anticoncepcionais – de R\$25,3 milhões em 2005, para R\$72 milhões em 2010.

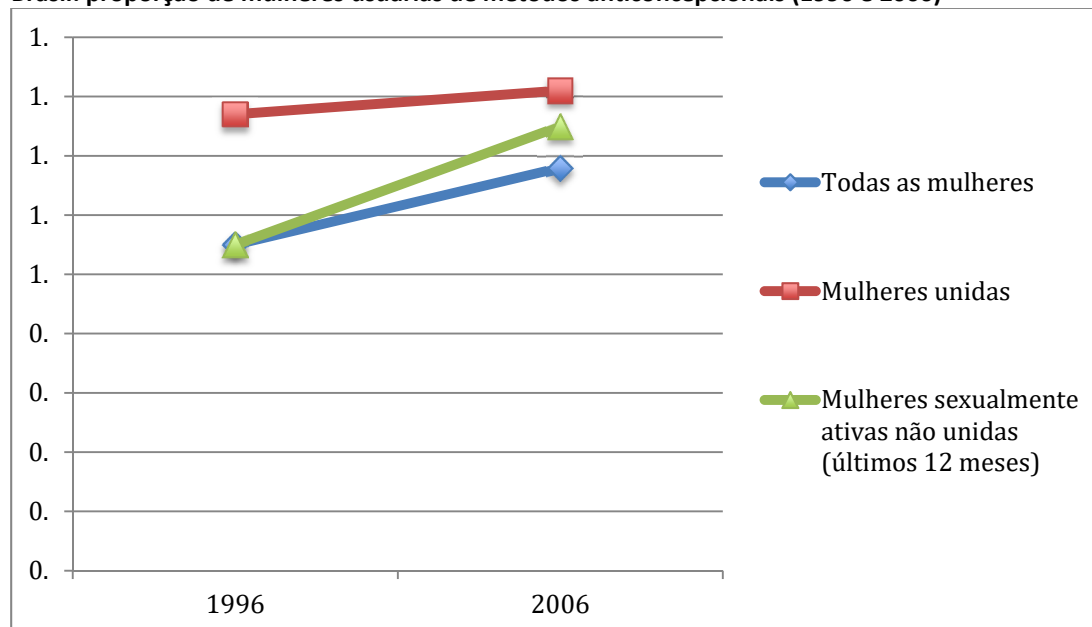
O gráfico 22 ilustra o crescimento na proporção de mulheres usuárias de métodos anticoncepcionais no período entre 1996 e 2006. A proporção total de mulheres usuárias de métodos anticoncepcionais cresceu de 55% em 1996, para 68% em 2006. A porcentagem de usuárias é mais alta entre as mulheres unidas (77% em 1996, 81% em 2006), mas o crescimento da proporção de usuárias no período



considerado é mais acentuado para o grupo de mulheres sexualmente ativas e não unidas: de 55% em 1996, para 75% em 2006.

GRÁFICO 22

Brasil: proporção de mulheres usuárias de métodos anticoncepcionais (1996 e 2006)



Fonte: PNDS, 2006.

Esse crescimento do acesso e uso de métodos anticoncepcionais tem forte reflexo na acentuação da tendência de queda da taxa de fecundidade total, iniciada no Brasil na década de 1960 e aprofundada nos últimos vinte anos. Segundo dados do IBGE, em 1991, a taxa de fecundidade total no país era de 2,89, caindo para 2,38 em 2000 e para 1,90 – abaixo da taxa de reposição – em 2010. Em 2015, ela alcança 1,72.

Vale ressaltar, no entanto, que há oscilações significativas no indicador quando consideradas as variáveis de localização de domicílio, escolaridade e faixa de renda – indicador importante das lacunas na política de saúde reprodutiva do Estado brasileiro. Estudo de Cunha (2009) a partir dos dados da PNDS de 2006 apontou que 40% das mulheres brasileiras em idade fértil viviam em condições de precariedade e com acesso insuficiente a serviços de saúde. Essa porcentagem é consideravelmente mais alta na região Norte (80%) e na zona rural (78%). A PNAISM (2004, p. 30) observa a esse respeito que:

o acesso da população rural aos serviços de saúde ainda é um grande desafio do SUS. A dificuldade de acesso às ações de saúde, imposta às mulheres rurais, está relacionada, entre

outros fatores, às desigualdades das relações de gênero e de trabalho, às grandes distâncias entre residência ou trabalho e os serviços de saúde, à maior precariedade dos serviços locais e à precária capacitação dos gestores e profissionais de saúde para lidar com a especificidade dos agravos decorrentes do trabalho no campo.

A ênfase das ações governamentais ao planejamento familiar ou reprodutivo, no entanto, parece fazer sombra aos direitos e à saúde sexual, também contemplada na Plataforma de Ação de Pequim. Documento de 2006 do MS, “Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais”, assim define os direitos sexuais:

direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminação e imposições e com respeito pleno pelo corpo do(a) parceiro(a). Direito de escolher o(a) parceiro(a) sexual. Direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças. Direito de viver a sexualidade independentemente de estado civil, idade ou condição física. Direito de escolher se quer ou não quer ter relação sexual. Direito de expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, entre outras. Direito de ter relação sexual independente da reprodução. Direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez indesejada e de DST/HIV/Aids. Direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminação. Direito à informação e à educação sexual e reprodutiva.

Em 2014, durante a 4ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (CNPM), realizada em Brasília pela então Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), aconteceu a oficina Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais, evento que pretendia atender a demandas históricos dos movimentos de mulheres lésbicas e bissexuais, além de organizar e sistematizar os esforços e elaborações da SPM e do MS acerca do tema.

Algumas das principais questões sistematizadas pelo documento resultante da oficina dizem respeito a:

- 1) Necessidade de educação e formação dos profissionais da saúde e de gestores(as) da política de saúde acerca da saúde das mulheres lésbicas e bissexuais. A precariedade, ou mesmo a ausência, do acolhimento às mulheres lésbicas e heterossexuais nos serviços de saúde aparece no documento e em algumas das pesquisas cujos resultados foram apresentados na oficina. Também foi mencionado o foco da política de saúde da mulher na reprodução e uma ausência generalizada de uma abordagem de gênero.
- 2) Necessidade de serviços específicos para o atendimento das mulheres lésbicas e bissexuais. O atendimento a mulheres trans também foi destacado no documento.
- 3) Necessidade de maior investimento em pesquisas e estudos quantitativos e qualitativos sobre o tema. A inclusão do quesito orientação sexual no atendimento de saúde foi mencionado, mas destacou-se que ainda não existe consenso a respeito do assunto.

A invisibilidade que experimentam as mulheres lésbicas nos serviços de saúde foi destacada por Portella (2014), após conduzir pesquisa qualitativa sobre as percepções de profissionais de saúde e usuárias do SUS sobre as necessidades de saúde das mulheres lésbicas. A autora ressalta que as discriminações e negligências vivenciadas pelas mulheres lésbicas nos serviços de saúde produzem impactos tanto na qualidade do atendimento, quanto na possibilidade das mulheres lésbicas de acessarem respostas, encaminhamentos e tratamentos adequados e pertinentes à sua experiência social, sexual e reprodutiva.

Importa destacar que a violência sofrida pela população LGBT tem alcançado níveis alarmantes no Brasil. O Grupo Gay da Bahia monitora os assassinatos por homofobia no Brasil desde 2005 e registrou, em 2015, 318 assassinatos de LGBT: 52% gays, 37% travestis, 16% lésbicas e 10% bissexuais.

### 4.3 SAÚDE MATERNA

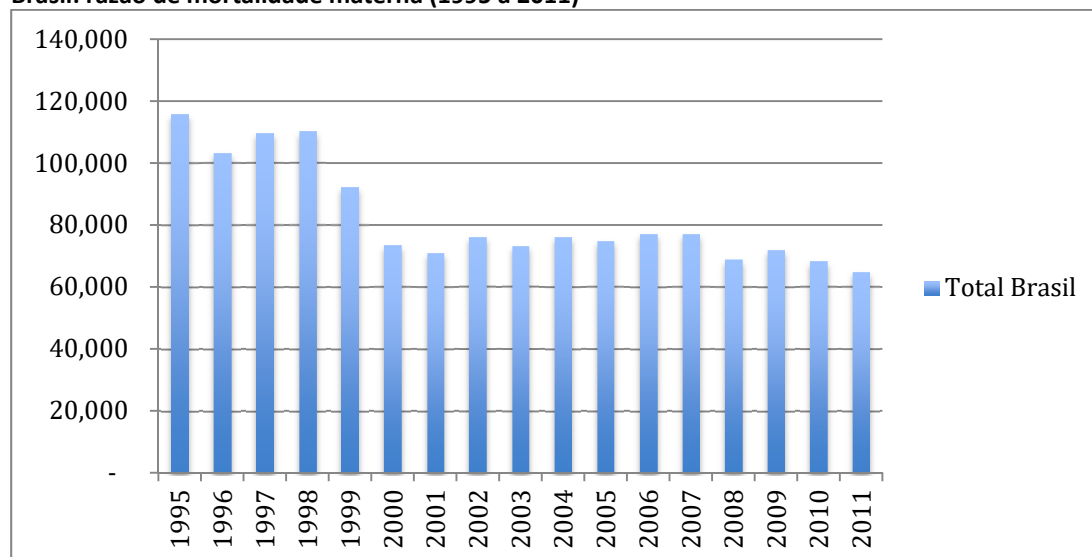
No que se refere à maternidade como um direito reprodutivo – e como uma questão fundamental da agenda da saúde sexual e reprodutiva –, avanços podem ser observados ao longo do período analisado, ainda que persistam inúmeros e graves obstáculos.

Em 2009, a mortalidade materna foi considerada, pelo Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas, como uma grave violação aos direitos humanos. A persistência dos altos índices de morte de mulheres por causas evitáveis no contexto de uma gestação é um indicador importante do quanto somos capazes de avançar (ou não) na redução de múltiplas e estruturantes formas de desigualdades.

Ao longo dos vinte anos considerados nesta análise, registra-se uma tendência de queda na mortalidade materna no Brasil. Dados do MS indicam que ela foi acentuada nos primeiros anos desse período, saindo de um elevado patamar de quase 120 mortes por 100 mil nascidos vivos, para um patamar de quase 60 em 2011. No entanto, no gráfico 23 pode-se notar que, a partir de 1999, houve uma desaceleração no ritmo de queda.

GRÁFICO 23

**Brasil: razão de mortalidade materna (1995 a 2011)**



Fonte: MS/SVS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc); SIM.

Dados mais recentes, publicados pela OMS em 2015, nos informam sobre esse intervalo de 2011 a 2015. Eles apontam para uma tendência de avanço em direção à

meta de redução em 75%, estabelecida pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ainda que a meta em si não tenha sido atingida.

O relatório (OMS, 2015) indica que, entre 1990 e 2015, o Brasil conseguiu diminuir em 57,7% a razão de mortalidade materna, saindo de uma taxa de 104 mortes por 100 mil nascidos vivos em 1990 para uma de 44 em 2015.

Galli e Rocha (2015, p. 64) destacam a lentidão do avanço brasileiro em direção à redução da mortalidade materna no país. Ao analisarem relatório produzido em 2008 pela OMS em parceria com o MS e com organizações de direitos sexuais e reprodutivos no Brasil, apontam algumas barreiras que dificultam a redução da morbimortalidade materna no Brasil.

A descontinuidade das ações de vigilância e do monitoramento de eventos e agravos; o baixo grau de implementação dos comitês de mortalidade materna; o baixo grau de interiorização das políticas de saúde voltadas especificamente para este problema e o desconhecimento dos gestores locais sobre as políticas de saúde que visam à redução da morbimortalidade materna.

Ainda que os dados do MS sobre mortalidade materna não sejam divulgados com a desagregação por raça/cor, estudos como o de Alaerte Leandro Martins (2006) e o de Neuma Zamariano Fanaia Teixeira et al (2012) confirmam a sobrerrepresentação das mulheres negras nos indicadores de mortalidade materna no Brasil.

Martins (2006) estima que o número de mulheres negras mortas em decorrência de complicações na gestação seja de 3 a 4 vezes superior ao número de mulheres brancas. Em artigo de julho de 2012, publicado no portal do Observatório de Favelas<sup>5</sup>, Martins explica o elevado índice de mortalidade materna entre as mulheres negras.

A relação mortalidade materna/nascidos é maior entre as mulheres indígenas, seguidas das mulheres negras. Porém, morrem mais mulheres negras. Explico. Em 2009, segundo o

---

<sup>5</sup> O artigo intitulado *Raça e Morte Materna no Brasil* foi escrito por Cecília Oliveira e Victor Domingues e está disponível em: <<http://of.org.br/noticias-analises/raca-e-morte-materna-no-brasil-2/>>. Acesso em: dezembro de 2016.

DATASUS, houve 1.872 óbitos declarados, sendo 25 de mulheres indígenas. Mas, como a população indígena é pequena, a relação morte materna/nascidos vivos, é a mais alta: 157 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. Já entre as mulheres negras (soma de pardas e pretas, segundo o IBGE) a relação é menor: 75 para cada 100 mil. Porém, em números absolutos é, em disparada, maior: 1.076 óbitos. Portanto, 57% do total de um total de 1.872 óbitos em 2009. Em 2009, segundo o DATASUS, tivemos 2 óbitos em amarelas, 638, em brancas e 131 em que a cor da pele não foi registrada, apesar de ser obrigatório desde 1996.

O caso de Alyne Pimentel, de 2002, reflete de maneira explícita o que dados, especialistas e movimentos feministas, de mulheres e, especialmente, de mulheres negras, vem denunciando há décadas. Alyne, mulher jovem, negra e de baixa renda da cidade fluminense de Belford Roxo, faleceu em decorrência de sucessivas negligências do atendimento médico-hospitalar que buscou.

O caso Alyne foi o primeiro a ser levado e acolhido pelo Comitê para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (CEDAW), que, em 2011, responsabilizou o Estado brasileiro pela falta de atendimento médico adequado. Dez anos depois, em 2012, a Relatoria de Saúde Sexual e Reprodutiva da Plataforma Brasileira de Direitos Humanos Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais (Dhesca) voltou aos hospitais que atenderam Alyne e constatou que poucos foram os avanços para responder às falhas que provocaram sua morte.

Infraestrutura precária, ausência dos equipamentos e dos recursos humanos necessários, irregularidades e disparidades no acesso a transporte, ao banco de sangue e à lei do acompanhante foram destacadas pelo relatório de Galli e Rocha (2015) como problemas que permanecem.

O racismo e a violência institucionais experimentados pelas mulheres grávidas atendidas pelo SUS ainda são graves entraves ao pleno acesso das mulheres negras ao seu direito à saúde.

Os indicadores relativos ao acesso ao pré-natal apontam para a quase universalização do serviço – em 2006, 80,9% das gestações contaram com ao menos seis consultas de pré-natal no Brasil. No entanto, a proporção varia significativamente de acordo com a região (64,9% no Norte, 88,2% no Sudeste); com a localização do domicílio (83,3% na área urbana, 70,8% na área rural); com os anos de estudo (65% para as mulheres com 0 a 3 anos de estudo, 91,7% para as mulheres com 11 anos ou mais de estudo); com a classe social (95,4% para as mulheres das classes A e B, 69,5% para as mulheres das classes D e E); com o tipo de serviço (94,1% nos atendimentos na rede privada, 78% nos atendimentos pelo SUS); com a raça/cor (78,5% para as mulheres negras, 86,2% para as brancas); com a idade no parto (74,8% para as mulheres com menos de 19 anos, 82,9% para as mulheres com idade entre 20 e 49 anos); e de acordo com a ordem do nascimento (84,6% quando se trata do primeiro filho, 77,7% quando se trata do segundo ou mais) (Lago e Lima, 2010: 160).

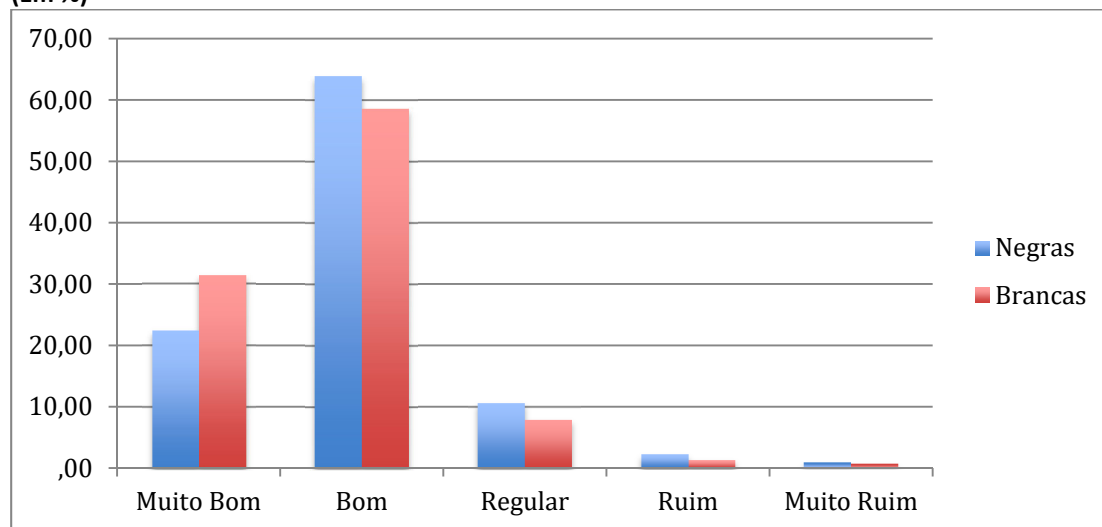
O estudo *Nascer no Brasil*, conduzido pela Fiocruz (2011/2012), destaca, contudo, que 60% das gestantes inicia seu pré-natal tardiamente – depois da 12ª semana de gestação. Apontam também que somente 59% das mulheres receberam orientação, durante o pré-natal, sobre que maternidade procurar no momento do parto, e cerca de um quinto das mulheres teve de procurar mais de um serviço de saúde no momento do parto, devido à falta de profissionais ou de vagas no primeiro serviço procurado.

Os gráficos 24 e 25 registram a avaliação das mulheres sobre o atendimento hospitalar recebido no momento do parto. Ainda que em ambos – tanto o de 1998, quanto o de 2008 – a maioria das avaliações registradas seja positiva, vale ressaltar que o percentual de mulheres brancas supera o de mulheres negras apenas na primeira resposta – a de máxima avaliação positiva (muito bom). Em todos os demais espectros da avaliação – bom, regular, ruim e muito ruim – o percentual de mulheres negras supera o de mulheres brancas.

GRÁFICO 24

**Brasil: distribuição das mulheres cuja principal razão de internação foi a realização de parto normal ou cesáreo, por avaliação do atendimento, segundo cor/raça (1998)**

(Em %)

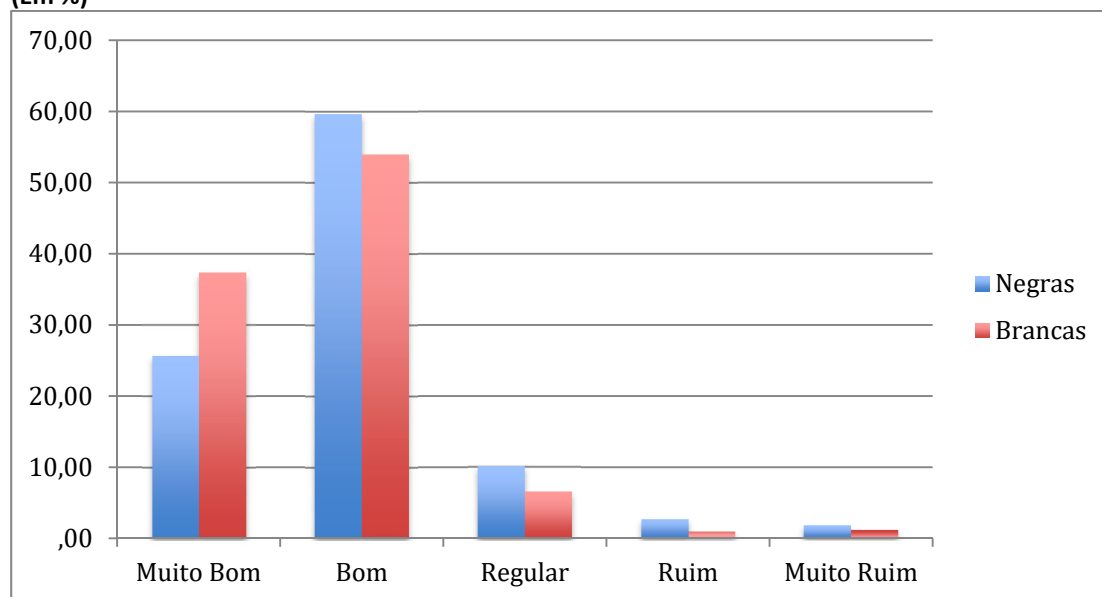


Fonte: IBGE/Pnad – disponíveis em Ipea/ Retrato das desigualdades de gênero e raça

GRÁFICO 25

**Brasil: distribuição das mulheres cuja principal razão de internação foi a realização de parto normal ou cesáreo, por avaliação do atendimento, segundo cor/raça (2008)**

(Em %)



Fonte: IBGE/Pnad – disponíveis em Ipea/ Retrato das desigualdades de gênero e raça

Outro dado que merece destaque ao se discutir a saúde materna no Brasil é o que nos informa sobre a tendência crescente de partos cesáreos no país. O fenômeno passou a ser debatido mais amplamente na sociedade em anos recentes, impulsionado pelos movimentos feminista e de mulheres e também pelo movimento pelo parto humanizado. A denúncia sobre os inúmeros casos de violência obstétrica



produziu uma conquista importante: a Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108), de 2005, que determina o direito da parturiente de escolher uma pessoa para acompanhá-la no momento do parto.

A implementação da lei foi lenta, e foram frequentes as denúncias de descumprimento. Diniz et al (2014), ao analisarem os resultados da pesquisa *Nascer no Brasil*, realizada com mulheres puérperas e seus recém-nascidos entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012 em hospitais de todo o país, afirmaram que 24,5% das mulheres entrevistadas tiveram ausência total de acompanhante durante o parto. A maioria (56,7%) teve ausência parcial de acompanhante e apenas 18,8% contou com um(a) acompanhante em todos os momentos do parto. Das mulheres que tiveram ausência total de acompanhante, 59,6% eram negras (33% de pretas, 26,9% de pardas).

A proibição hospitalar foi a principal razão para a ausência de acompanhante (52% dos casos), ainda que a falta de informação das mulheres sobre o direito a acompanhante tenha sido registrada com frequência pela pesquisa. Para as mulheres que reportaram terem sido acompanhadas, apenas 42,1% estavam com acompanhante durante o trabalho de parto, e 32,7% no momento do nascimento da criança.

Segundo a pesquisa, os principais fatores maternos associados à ausência total de acompanhante são: *i)* parto vaginal; *ii)* ser da região Centro-Oeste do país; *iii)* classe social; *iv)* escolaridade materna; *v)* cor da pele; *vi)* multiparidade; e *vii)* ser usuária do SUS. As pesquisadoras (Diniz et al, 2014, p. 151) concluem que:

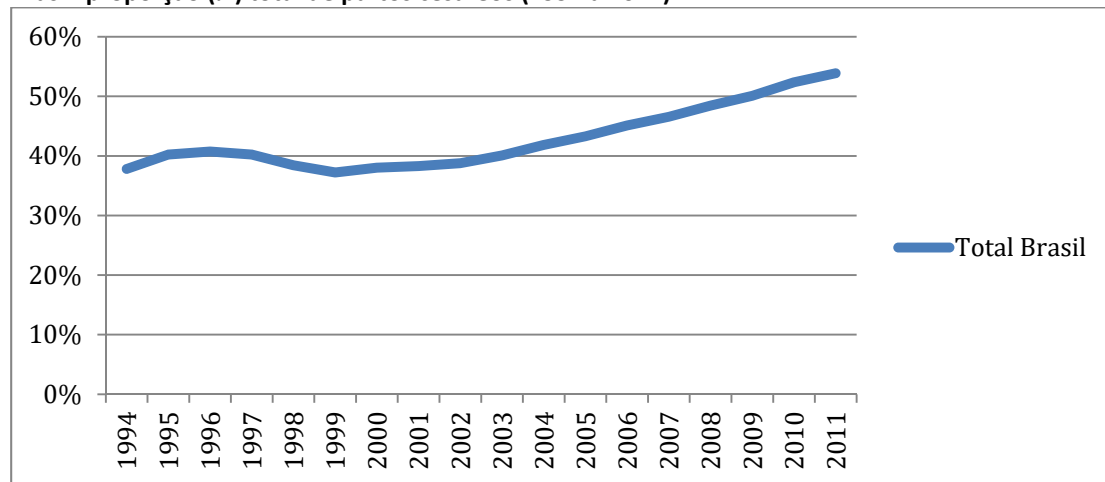
ter a presença contínua de um acompanhante durante o parto na maioria dos serviços ainda é um privilégio para as mulheres com maior renda e escolaridade, de cor branca, pagando pela assistência, e que tiveram uma cesariana. A resistência à garantia de acompanhantes para todas as mulheres em todos os momentos do parto, e para a promoção de um ambiente de nascimento confortável para a mulher, reforça a denúncia dos movimentos sociais de que há um conflito de interesses na organização da assistência ao parto, com o objetivo de “pessimizar” a experiência do parto para vender cesáreas: se

uma melhor experiência de parto fosse possível, menos mulheres decidiriam por cesariana apenas para se sentirem mais protegidas da violência, da solidão e da indignidade.

O gráfico 26 ilustra bem a tendência de crescimento da porcentagem de cesarianas no Brasil a partir de 2002, quando o registro era de 38,77%. Em 2011, essa porcentagem já alcançava mais da metade dos partos realizados (53,88%).

GRÁFICO 26

**Brasil: proporção (%) total de partos cesáreos (1994 a 2011)**



Fonte: MS/SVS – Sinasc.

#### 4.4 ABORTO

A Plataforma de Ação de Pequim, fazendo referência ao parágrafo 8.25 do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, reconhece o aborto como um grave problema de saúde pública e insta os Estados signatários a tomarem medidas para resolvê-lo. Determina o texto da Plataforma que:

nos casos em que o aborto não é ilegal, ele deve ser praticado em condições seguras. Em todos os casos, as mulheres devem ter acesso a serviços de boa qualidade para o tratamento de complicações derivadas de abortos. Serviços de orientação, educação e planejamento familiar pós-aborto devem ser oferecidos prontamente à mulher, o que contribuirá para evitar abortos repetidos, considerar a possibilidade de rever as leis que preveem medidas punitivas contra as mulheres que se tenham submetido a abortos ilegais.

No que se refere ao direito à interrupção da gravidez no Brasil, são poucos e frágeis os avanços no período em questão. Registram-se alguns avanços de legislação, mas, ao mesmo tempo, um recrudescimento das tentativas – especialmente no âmbito do Poder Legislativo – de ampliar as restrições à prática do aborto e de intensificar os mecanismos e dispositivos de criminalização das mulheres que abortam.

Apesar das conquistas alcançadas pelos movimentos feministas e de mulheres, em parceria com alguns grupos e setores profissionais da sociedade civil organizada, no âmbito da legislação, a implementação dos permissivos legais de aborto é ainda bastante precária, dificultada por um misto de forte pressão religiosa e conivência e negligência institucionais.

Outra barreira importante nesse campo se refere à coleta, produção e divulgação de dados oficiais a respeito da prática e do atendimento às mulheres que realizam aborto. Além de uma considerável diversidade de estudos quantitativos e qualitativos conduzidos sobre o tema, contamos, atualmente, com os preciosos resultados da Pesquisa Nacional de Aborto, realizada em 2010 pelos pesquisadores Débora Diniz, da Anis – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero –, e Marcelo Medeiros, da Universidade de Brasília.

Além disso, contamos também com os dossiês produzidos pelos movimentos e organizações feministas e de mulheres ao longo de suas décadas de atuação no país. Esses documentos, além de oferecerem uma importante recuperação histórica sobre o tema, sintetizam e sistematizam avanços e retrocessos, e documentam casos paradigmáticos de criminalização e violação de direitos das mulheres que abortam.

Alguns dos dados oficiais disponíveis atualmente que permitem estimar a dimensão do problema são aqueles produzidos pela PNDS, realizada pelo CEBRAP, em parceria com o MS, em 1986, 1996 e em 2006; e os resultados do estudo *Nascer no Brasil*.

Os resultados da PNDS nos fornecem um indicador de gravidezes não desejadas e apontam para uma queda na indesejabilidade do último filho nascido nos últimos cinco anos, no período de 1996 a 2006, de 23,1% para 18,2%.

Berquó e Lima (2009, p. 148), ao analisarem os indicadores e tendências da indesejabilidade da gravidez, destacaram:

a análise da indesejabilidade do último filho nascido nos últimos cinco anos anteriores à pesquisa revelou diferenciais importantes associados à situação conjugal e às condições de vida das mulheres, tanto em 1996 como em 2006. São as menos escolarizadas, as mais pobres e as não-unidas que apresentaram maior prevalência de filhos não desejados. Seguem também este padrão de maior vulnerabilidade, quanto ao planejamento reprodutivo, as mulheres negras, as mais velhas e aquelas com parturições mais elevadas.

O dossiê da Frente Nacional contra a Criminalização das Mulheres e pela Legalização do Aborto (2015), no entanto, pondera que a pesquisa do CEBRAP e do MS não considerou as gravidezes indesejadas como um todo. Afirma o dossiê (2015, p. 18) que:

é importante observar que esta porcentagem é feita com base nas gravidezes que resultaram em crianças nascidas, e não nas gravidezes como um todo. Faltou à PNDS 2006 dimensionar as taxas de aborto inseguro – um dado difícil de pesquisar, considerando a situação de clandestinidade. Uma clandestinidade com seus riscos e inseguranças, que atingem mais fortemente as mulheres menos favorecidas.

Nesse contexto, o estudo *Nascer no Brasil* aponta que 30% das mulheres entrevistadas não desejaram a gestação atual, 9% relataram insatisfação com a gravidez e 2,3% das mulheres que deram à luz afirmaram ter tentado interromper a gestação (Fiocruz, 2012, p. 3).

Esses dados ajudam a ampliar a compreensão sobre o fenômeno do aborto inseguro no Brasil, na medida em que sugerem limites no alcance e lacunas no desenho e implementação das políticas de planejamento reprodutivo e contracepção. De acordo com a coordenadora da pesquisa da Fiocruz, Maria do Carmo Leal (Frente Nacional contra a Criminalização das Mulheres e pela Legalização do Aborto, 2015, p. 19),

isso é algo muito sério. Significa que nossa população não está programando a concepção. Ela ocorre por acidente. É ótimo

que o pré-natal tenha atingido esse nível, mas chama a atenção que a contracepção não está recebendo a mesma atenção do sistema público de saúde. Não está com a mesma oferta, e isso se reflete nos números de aborto no país.

A Pesquisa Nacional de Aborto (PNA), de 2010, lançou nova luz ao tema, oferecendo informações específicas fundamentais para a compreensão do problema no Brasil. Em 2010, foram entrevistadas 2.002 mulheres com idades entre 18 e 39 anos de todo o Brasil urbano, utilizando-se da técnica de urna e de questionários preenchidos por entrevistadoras. Conforme destacado por Diniz e Medeiros (2010, p. 961), “o objetivo da PNA é oferecer dados sobre aborto no Brasil, a fim de subsidiar ações de saúde pública para as mulheres em idade reprodutiva e fornecer informações necessárias para o desenho de novas sondagens do tipo e parâmetros para estimativas indiretas”.

Destacamos aqui os seguintes resultados da pesquisa (Diniz e Medeiros, 2010, p. 962):

- 1) Entre as mulheres entrevistadas, 15% afirmaram já haver realizado aborto ao menos uma vez ao longo da vida. Considerando que uma mulher pode realizar mais de um aborto ao longo da vida, e que a pesquisa não abarcou as áreas rurais no Brasil, os pesquisadores destacam que o número de abortos é seguramente superior ao número de mulheres que abortam.
- 2) A proporção de mulheres que realizaram aborto aumenta quanto maior a idade. De acordo com os autores, a proporção é de 6% na faixa de 18 e 19 anos e de 22% na faixa de 35 a 39 anos. “Isso mostra quanto o aborto é um fenômeno comum na vida reprodutiva das mulheres. Em termos simples, isso significa que, ao final de sua vida reprodutiva, mais de um quinto das mulheres no Brasil urbano fez aborto”, afirmam os pesquisadores.
- 3) A incidência do aborto é mais alta entre mulheres de escolaridade mais baixa, ainda que os autores não considerem a escolaridade uma variável diretamente determinante do fenômeno.
- 4) A religião não aparece como uma variável relevante. A composição religiosa das mulheres que afirmaram ter realizado aborto é coerente com a composição religiosa das mulheres brasileiras de maneira geral: maioria

católica, seguida por evangélicas e protestantes, outras religiões e mulheres sem religião.

- 5) Cerca de metade das mulheres que realizaram aborto o fizeram por meio de medicamentos. Ainda que a pesquisa não informe qual o medicamento utilizado, sugere-se, com base nos dados sobre o uso do cada vez mais disseminado do misoprostol, que essa seja a escolha prioritária das mulheres que abortam. “Se isso for verdade, os níveis de segurança hospitalar no Brasil devem ser hoje superiores aos observados em décadas passadas, uma hipótese que se fortalece com a queda da morbimortalidade por aborto inseguro no país”.
- 6) Finalmente, a pesquisa aponta que 8% das entrevistadas, isto é, metade das mulheres que realizaram aborto, recorreram ao sistema de saúde em decorrência de complicações ligadas ao procedimento

O grande problema da falta de dados oficiais específicos e abrangentes, além da evidente lacuna de informações dela resultante, é a impossibilidade da comparabilidade e da avaliação de eficácia e efetividade das políticas públicas em resposta ao problema. Enquanto o aborto continuar sendo tratado como um crime, seguirá na clandestinidade, colocando em risco a vida das mulheres, violando seus direitos e violentando sua dignidade.

#### 4.4.1 LEGISLAÇÃO SOBRE ABORTO NO BRASIL

O Código Penal brasileiro, vigente desde 1940, define o aborto como crime, prevendo duas exceções: quando há risco de vida para a mãe e quando a gravidez resulta de estupro. A Constituição de 1988 não avança em relação ao que determina o Código Penal, mas consegue impedir retrocessos.

Na década de 1990, avançou-se no sentido da regulamentação dos casos em que o aborto é considerado legal – por pressão do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, o MS lança, em 1998, a Norma Técnica para Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, que pretende padronizar e definir procedimentos no atendimento dos casos de aborto previstos em lei.

O dossiê sobre a prática de aborto e a criminalização das mulheres no Brasil, produzido e lançado em 2015 pela Frente Nacional contra a Criminalização das Mulheres e pela Legalização do Aborto (2015, p. 12), recupera o conteúdo do documento no qual o Conselho solicita providências ao MS.

Segundo o documento, após 57 anos de vigência do Código Penal em que foram estabelecidas as circunstâncias em que o aborto é permitido, apenas 8 hospitais em todo o país realizavam atendimento ao aborto legal, contrariando, portanto, determinações dos Programas de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, da 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher e da 10ª Conferência Nacional de Saúde.

Talib e Citeli (2005), ao analisarem os atendimentos hospitalares para os casos de aborto previstos na legislação brasileira, constataram que, entre os anos de 1989 e 2004, 37 hospitais afirmavam prestar o serviço de abortamento legal. No entanto, em cinco unidades não havia registros de realização do procedimento. Observaram, também, que 70% dos hospitais exigiam boletim de ocorrência, contrariando a norma técnica do MS.<sup>6</sup>

Em 2012, o Supremo Tribunal Federal aprovou a admissibilidade do aborto em casos de anencefalia do feto sem necessidade de autorização judicial (ADPF 54/2012), uma importante conquista dos movimentos feministas e de mulheres.

Os permissivos legais do aborto, no entanto, estão sob permanente ameaça de retrocesso. Grupos religiosos e conservadores, organizados e representados politicamente no Congresso Nacional têm intensificado seu ataque aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos das mulheres, sendo a proibição e a criminalização total do aborto o objetivo mais abertamente declarado de sua atuação.

Nesse contexto, diversos foram os projetos apresentados pelas bancadas e parlamentares mais conservadores do Congresso Nacional para barrar avanços e retroceder em relação aos direitos já conquistados. Conforme levantamento divulgado pelo CFEMEA em 2013, dos 34 projetos de lei que abordavam a temática do

---

<sup>6</sup> Frente Nacional contra a Criminalização das Mulheres e pela Legalização do Aborto, de 2015. *Criminalização das Mulheres pela prática do aborto no Brasil.*

aborto em tramitação no Congresso Nacional, 31 representavam retrocessos no que se refere aos direitos das mulheres. A Frente Nacional contra a Criminalização das Mulheres e pela Legalização do Aborto (2015, p. 33), ao analisar o período de 2008 a 2014 no Legislativo Federal, destaca:

quatro episódios marcam o cenário de marcha à ré, como qualificamos esta fase do Legislativo: a proposta de rejeição da descriminalização do aborto em duas comissões da Câmara Federal; esta mesma rejeição na relatoria da proposta de reforma do Código Penal, nas mãos do Senado; a aprovação do Estatuto do Nascituro em duas comissões da Câmara Federal; o episódio em curso ao redor da Lei 12.845/2013, que regulamenta o funcionamento dos serviços de aborto legal.

Desse modo, o cenário de ameaça permanente aos direitos conquistados pelas mulheres marca, de maneira mais intensa, a segunda metade do período analisado, momento em que novos grupos políticos ligados a denominações religiosas começaram a ganhar mais força e a ocupar mais espaços na política institucional brasileira. A atuação forte, sistemática e contínua da sociedade civil organizada, em particular a dos movimentos feministas e de mulheres, tem sido determinante para a manutenção dos direitos conquistados.

Vinte anos depois de Pequim, o aborto ainda é um grave problema de saúde pública no Brasil. Permanece, portanto, a demanda ao Estado por respostas explícitas, diretas e contundentes no sentido da garantia dos direitos e da proteção à saúde e à vida das mulheres.

#### 4.5 HIV/AIDS

Em que pese o êxito da política nacional de prevenção e tratamento de HIV/Aids no Brasil no período analisado, o impacto da epidemia nas mulheres brasileiras vem se intensificando desde os primeiros casos registrados no país, na década de 1980.



Dados do MS de 2015<sup>7</sup> registram, entre 1980 e 2015, um total de 278.960 casos de Aids em mulheres, 35% do número total de registros em todo o período. Apontam, também, um aumento na taxa de detecção do HIV entre as mulheres até 2002, quando alcança 17,4%. A partir de então, registra-se declínio lento, chegando a 13,7% em 2014 – mesmo percentual registrado em 2001. Entre as gestantes, contudo, houve aumento de 30% na taxa de detecção do HIV nos últimos dez anos – de dois casos para cada mil nascidos vivos em 2005, para 2,6 casos em 2014.

As mulheres mais velhas participam mais dos casos de Aids, em comparação com as mais jovens, sendo que a concentração mais alta de casos entre mulheres (49,8% em 2014) se encontra na faixa etária dos 25 aos 39 anos.

O Boletim Epidemiológico – Aids e DST do MS (2015) recupera o histórico das tendências dos casos de Aids em mulheres no Brasil, definindo três períodos de análise: *i)* entre 1980 e 2003, quando se registrou uma tendência de aumento dos casos na população feminina; *ii)* entre 2004 e 2008, período em que se manteve a razão de sexos em 15 casos em homens, para cada 10 casos em mulheres; e *iii)* de 2009 até o presente momento, quando se registra uma tendência de redução no número de casos em mulheres.

Santos (2009, p. 321), no entanto, destaca tendência de avanço mais rápido da epidemia entre as mulheres do que entre os homens, apesar da notificação dos casos na população masculina permanecer mais alta. A pesquisadora sugere que “o fato pode ser atestado pela queda progressiva da relação masculino/feminino de casos e a redução mais expressiva da mortalidade por Aids entre os homens do que entre as mulheres”.

Santos (2009) identifica três fases da evolução da epidemia entre as mulheres no Brasil: *i)* até 1986, quando a transmissão se dava, majoritariamente, por via sexual em mulheres em parceria com homens que fazem sexo com homens ou com homens transfundidos; *ii)* até o início de 1990, quando a transmissão se dava predominantemente pelo uso de drogas injetáveis, em particular na região Sudeste do país; e *iii)* do início dos 1990 até 2009, ano de publicação deste artigo), quando a transmissão se dá majoritariamente pela prática heterossexual.

---

<sup>7</sup> Dados divulgados pelo Boletim Epidemiológico – Aids e DST do Ministério da Saúde em 2015, referente aos períodos de julho a dezembro de 2014 e janeiro a junho de 2015.

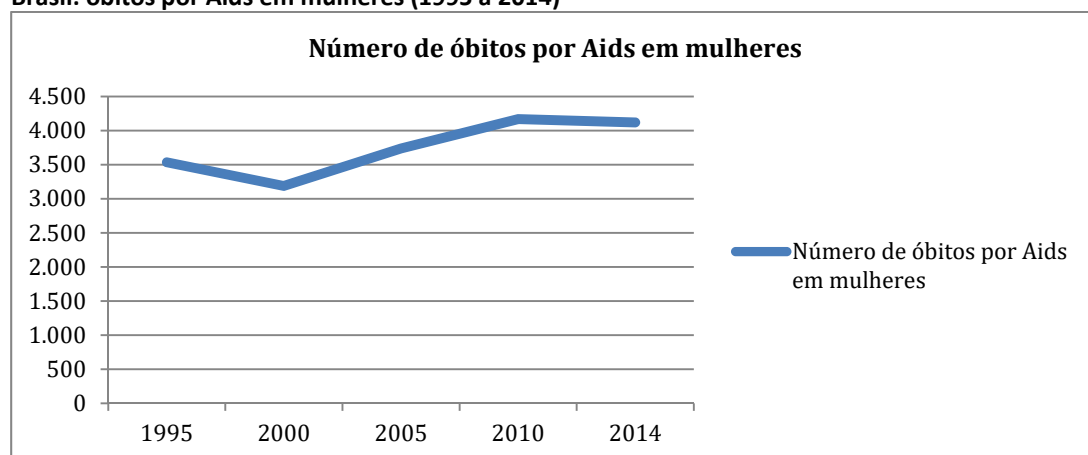
A autora ressalta o baixo poder de negociação sexual das mulheres em suas relações, inclusive (e especialmente) nas relações monogâmicas estáveis, enfatizando a necessidade de se considerar as relações de gênero como relações de poder ao se pensar nas ações de prevenção para esse grupo específico. Segundo Santos (2009), as mulheres identificam o casamento como uma proteção contra a infecção pelo HIV. Lopes et al (2007, p. 40) corroboram essa leitura e destacam a relevância dos seguintes aspectos no que se refere à vulnerabilidade das mulheres em geral à infecção por HIV/Aids.

Restrições do poder de participação nas decisões que envolvem a vida sexual e reprodutiva; coerções emocionais de caráter culturalmente determinado, que interferem na prevenção; e a baixa percepção de vulnerabilidade, influenciada pela não-inclusão das mulheres nos primeiros anos da epidemia, entre os chamados "grupos de risco".

No que se refere aos óbitos por Aids, os dados do MS em 2015 registram crescimento do número de óbitos por Aids entre mulheres de 1980 a 2015, com pequenas oscilações para baixo em alguns anos específicos. O gráfico 27 registra essa tendência no período aqui analisado, entre 1995 (3.535 óbitos de mulheres por Aids notificados) e 2015 (4.119 óbitos de mulheres por Aids notificados).

GRÁFICO 27

**Brasil: óbitos por Aids em mulheres (1995 a 2014)**



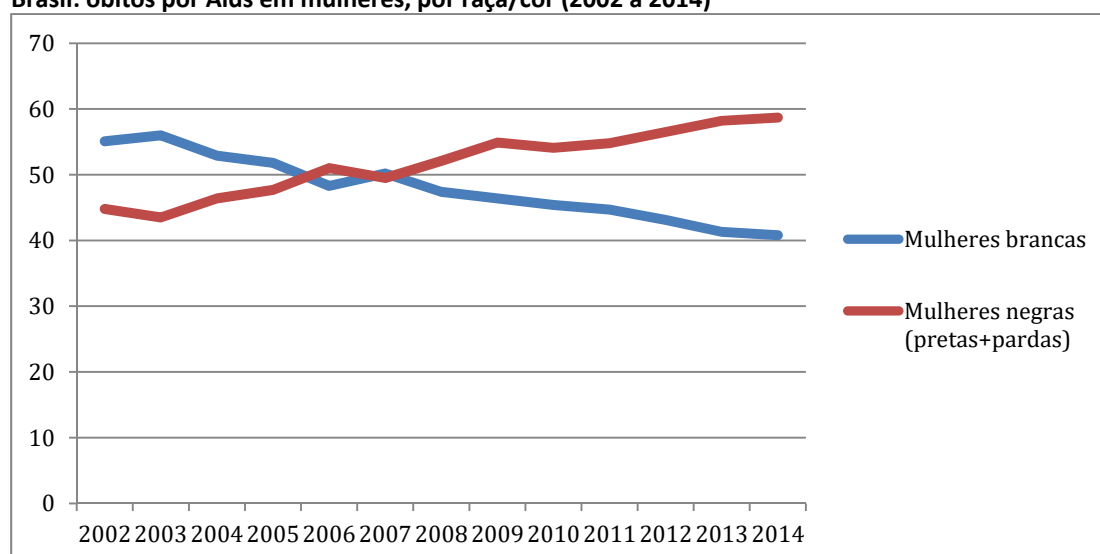
Fonte: MS/SVS/DASIS/SIM, 2015.

Elaboração da autora.

Quando desagregados por raça/cor<sup>8</sup>, esses dados revelam, entretanto, que é para a população de mulheres negras que esse aumento no número de óbitos é de fato observado. Em 2002, as mulheres brancas representavam 55,1% dos óbitos por Aids em mulheres no Brasil, enquanto as mulheres negras (pretas e pardas) representavam 44,8%. Em 2014, as porcentagens passam para 40,8% de mulheres brancas e 58,7% de mulheres negras.

GRÁFICO 28

Brasil: óbitos por Aids em mulheres, por raça/cor (2002 a 2014)



Fonte: MS/SVS/DASIS/ SIM, 2015.

Elaboração da autora.

O MS confirma o avanço da epidemia entre as mulheres negras, em tendência contrária à registrada para as mulheres brancas e para homens brancos e negros. Entre a população autodeclarada de cor preta, a participação feminina no número de casos é superior à masculina.

Lopes et al (2007, p. 40), ao analisarem dados sobre a vulnerabilidade de mulheres negras e não-negras no estado de São Paulo, destacam como características da população negra, como grupo especificamente vulnerável à infecção por HIV/Aids, “piores condições socioeconômicas, maiores dificuldades de acesso a ações, serviços de saúde e insumos, menores índices de conhecimento adequado sobre as vias de transmissão do HIV e mais baixos percentuais de uso referido do preservativo”.

<sup>8</sup> O MS não dispõe de dados desagregados por raça/cor anteriores a 2002.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados e análises considerados nesse texto sugerem uma combinação de avanços, retrocessos e permanências no período de 1995 a 2015. Contamos com mais e melhores dados, mais pesquisas e estudos sobre a saúde das mulheres no Brasil. Merecem destaque a conquista da inclusão do quesito raça/cor nos questionários e formulários de registro administrativo do MS e o avanço na divulgação de dados populacionais desagregados por raça/cor.

Observou-se um crescimento considerável de estudos e pesquisas na área de saúde das mulheres. Em particular, nota-se um esforço da parte de pesquisadoras e pesquisadores, institutos de pesquisa e organizações não governamentais de ampliar e qualificar a produção de dados e informações sobre o fenômeno da violência contra as mulheres e sobre a prática do aborto no Brasil – duas áreas de fundamental importância para o campo da saúde das mulheres e que carecem de dados oficiais de produção sistemática e periódica.

Permanecem, no entanto, lacunas importantes: *i)* na divulgação e utilização dos dados desagregados por raça/cor para a formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde das mulheres; e *ii)* na produção de dados oficiais, periódicos e comparáveis sobre o fenômeno da violência contra as mulheres e sobre a prática do aborto no Brasil.

Ao longo desses vinte anos pós Pequim, contamos com uma trajetória de atuação intensa dos movimentos feministas e de mulheres no campo da saúde, inclusive na participação de processos de elaboração, implementação e monitoramento de políticas de saúde das mulheres. Como consequência, registram-se avanços significativos na elaboração de marcos legais e políticos para a promoção e garantia da saúde integral das mulheres no Brasil.

Avançou-se também na instituição de mecanismos de promoção e coordenação de iniciativas em torno das políticas de saúde das mulheres. Todavia, as instâncias criadas carecem de recursos financeiros e humanos – e de autonomia e poder político –, o que os torna demasiadamente frágeis para garantir a condução eficaz e efetiva das políticas de saúde das mulheres.

No que se refere às condições de vida e aos determinantes sociais da saúde das mulheres brasileiras, destacamos os seguintes trechos deste texto:

- Os dados das PNADs de 1998, 2003 e 2008 sobre a proporção de mulheres atendidas no sistema de saúde no Brasil não variam tanto ao longo dos anos, mas apresentam diferenças importantes quando desagregados por faixas de rendimento, apontando para uma maior proporção de atendimentos para os grupos de maior rendimento.
- Apesar de observarmos, no Brasil, um aumento na inserção das mulheres no mercado de trabalho entre 1995 e 2015, acompanhado de aumento na expectativa de vida e no acesso ao sistema de saúde, aponta-se para uma tendência de precarização e proletarização do trabalho das mulheres cujos impactos sobre a saúde carecem de análises e investigações mais detidas.
- A tendência à precarização do trabalho produzindo impactos na saúde das mulheres. Ao apontarem para um crescimento na proporção de pessoas ocupadas com impedimento às atividades habituais devido a restrições de saúde, os dados sugerem um relativo agravamento nas condições gerais de saúde de trabalhadores e trabalhadoras nos últimos vinte anos.
- Observou-se a permanência, também, dos padrões de divisão sexual do trabalho, que fazem recair sobre as mulheres, de maneira persistente, a responsabilidade sobre as tarefas ligadas ao cuidado.
- Nos apoiamos em indicadores sobre o uso do tempo para observar se houve melhoria no padrão da divisão sexual do trabalho entre homens e mulheres, entendendo que a sobrecarga da dupla jornada de trabalho produz impactos negativos sobre a saúde das mulheres. Ainda que a média de horas dedicadas aos afazeres domésticos tenha diminuído nos últimos dez anos entre as mulheres, ela parece tender mais à estabilização do que à queda real. O fato de o mesmo indicador ter permanecido praticamente inalterado para a população masculina sugere estar aí – nos padrões reiteradamente sexistas da divisão sexual do trabalho doméstico – o limite a ser ultrapassado na elaboração e implementação de políticas públicas.

- Ainda sobre o uso do tempo, apresentamos indicadores sobre a prática de atividades físicas e observamos que há uma queda acentuada na prática de atividades físicas pelas mulheres entre os 25 e os 44 anos – fase intensa da vida reprodutiva e profissional da maioria das mulheres brasileiras, precisamente a fase em que o trabalho não-remunerado de cuidados e doméstico tende a se intensificar.
- No período de 1995 a 2015, é notável a melhoria das condições de saneamento para os domicílios brasileiros. As desigualdades entre os domicílios chefiados por homens e os chefiados por mulheres foram significativamente reduzidas, conforme podemos observar no gráfico 14. As desigualdades entre brancas(os) e negras(os), no entanto, não foram reduzidas na mesma proporção, permanecendo um hiato aprofundado entre a população branca e a negra no país no que se refere ao acesso a esgotamento sanitário.

No que se refere aos indicadores de saúde das mulheres, destacamos os trechos abaixo:

- A comparação entre os dados de 1998 e de 2008 indica o aumento – para mulheres e homens, brancas(os) e negras(os) – da prevalência nos casos de câncer, diabetes, hipertensão, doença do coração e tendinite. Para as demais doenças, registrou-se queda.
- Os dados sobre realização de mamografia e exame de colo de útero mostram que cresceu a distribuição percentual de mulheres que realizam os exames, tanto entre mulheres brancas, quanto entre mulheres negras. Ainda assim, tanto em 2003, quanto em 2008, menos mulheres negras haviam realizado os exames, ao mesmo tempo em que era maior o percentual de mulheres negras que nunca haviam realizado mamografia ou exame de colo de útero.
- Nos últimos anos, as mortes por câncer de mama e de colo de útero no Brasil têm registrado pequena alta, no caso da primeira, e queda, no caso da segunda.
- Observa-se crescimento do acesso e do uso de métodos anticoncepcionais, com forte reflexo na acentuação da tendência de queda da taxa de

fecundidade total, iniciada no Brasil na década de 1960 e aprofundada nos últimos vinte anos. Segundo dados do IBGE, em 1991, a taxa de fecundidade total no país era de 2,89, caindo para 2,38 em 2000 e para 1,90 – abaixo da taxa de reposição – em 2010. Em 2015, ela alcança 1,72.

- Vale ressaltar, no entanto, que há oscilações significativas no indicador quando consideradas as variáveis de localização do domicílio, escolaridade e faixa de renda – indicador importante das lacunas na política de saúde reprodutiva do Estado brasileiro. Estudo de Cunha (2009) a partir dos dados da PNDS de 2006, apontou que 40% das mulheres brasileiras em idade fértil viviam em condições de precariedade e com acesso insuficiente a serviços de saúde. Essa porcentagem é bem mais alta na região Norte (80%) e na zona rural (78%).
- Ao longo dos vinte anos considerados nesta análise, registrou-se uma tendência de queda na mortalidade materna no Brasil. Dados do MS indicam que ela foi acentuada nos primeiros anos desse período, saindo de um elevado patamar de quase 120 mortes por 100 mil nascidos vivos, para um patamar de quase 60 em 2011. Dados da OMS de 2015 indicam que, entre 1990 e 2015, o Brasil conseguiu diminuir em 57,7% a razão de mortalidade materna, saindo de uma taxa de 104 mortes por 100 mil nascidos vivos em 1990, para de 44 em 2015.
- Os indicadores relativos ao acesso ao pré-natal apontam para a quase universalização do serviço – em 2006, 80,9% das gestações contaram com ao menos 6 consultas de pré-natal no Brasil. Porém, a proporção varia bastante de acordo com a região (64,9% no Norte, 88,2% no Sudeste); com a localização do domicílio (83,3% na área urbana, 70,8% na área rural); com os anos de estudo (65% para as mulheres com 0 a 3 anos de estudo, 91,7% para as mulheres com 11 anos ou mais de estudo); com a classe social (95,4% para as mulheres das classes A e B, 69,5% para as mulheres das classes D e E); com o tipo de serviço (94,1% nos atendimentos na rede privada, 78% nos atendimentos pelo SUS); com a raça/cor (78,5% para as mulheres negras, 86,2% para as brancas); com a idade no parto (74,8% para as mulheres com menos de 19 anos, 82,9% para as mulheres com idade entre 20 e 49 anos); e

com a ordem do nascimento (84,6% quando se trata do primeiro filho, 77,7% quando se trata do segundo ou mais) (Lago e Lima, 2010: 160).

- Observou-se tendência de crescimento da porcentagem de cesarianas no Brasil a partir de 2002, quando o registro era de 38,77%. Em 2011, essa porcentagem já alcançava mais da metade dos partos realizados (53,88%).
- No que se refere ao direito ao aborto seguro, observou-se, especialmente na segunda metade do período analisado, o crescimento das tentativas de retroceder em relação aos direitos conquistados. A atuação forte, sistemática e contínua da sociedade civil organizada, em particular a dos movimentos feministas e de mulheres, tem sido determinante para a manutenção dos direitos conquistados.
- Sobre os óbitos por Aids, os dados de 2015 do MS registram crescimento do número de óbitos por Aids entre mulheres de 1980 a 2015, com pequenas oscilações para baixo em alguns anos específicos. Quando desagregados por raça/cor, esses dados revelam, no entanto, que é para a população de mulheres negras que esse aumento no número de óbitos é de fato observado. Em 2002, as mulheres brancas representavam 55,1% dos óbitos por Aids em mulheres no Brasil, enquanto as mulheres negras (pretas e pardas) representavam 44,8%. Em 2014, as porcentagens passam a 40,8% para as mulheres brancas e 58,7% para as mulheres negras.



## REFERÊNCIAS

ANJOS, K. F. dos. *et al.* Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, p. 504-515, n. 98, jul./set. 2013.

AQUINO, E. M. L. de. *et al.* Mulher, saúde e trabalho no Brasil: desafios para um novo agir. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 281-290, n. 2, abr./jun. 1995.  
ASSUNÇÃO, A. A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, p. 1005-1018, n. 4, 2003.

BANDEIRA, L. Três décadas de resistência feminista contra o sexismo e a violência feminina no Brasil: 1976 a 2006. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 24, p. 401-438, n. 2, maio/ago. 2009.

BATISTA, L. E.; MONTEIRO, R. B.; MEDEIROS, R. A. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, p. 681-689, n. 99, out./dez. 2013.

BRAZ, R. M. *et al.* Avaliação da completude da variável raça/cor nos sistemas nacionais de informação em saúde para aferição da equidade étnico-racial em indicadores usados pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 554-562, out./dez. 2013.

BRITO, J. C. de. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto da reestruturação produtiva e precarização do trabalho. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 195-204, jan./mar., 2000.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CARVALHO, C. M. de L. *et al.* Assistência à saúde da mulher portadora de HIV/AIDS no Brasil: refletindo sobre as políticas públicas. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 9, n. 3, p. 125-134, jul./set. 2008.

CECATTI, J. G. *et al.* Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 32, n. 3, p. 105-111, 2010.

CECHIM, P. L.; SELLI, L. Mulheres com HIV/AIDS: fragmentos de sua face oculta. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 2, p. 145-149, mar./abr. 2007.  
CFEMEA – CENTRO FEMINISTA DE ESTUDOS E ASSESSORIA. **Qual o orçamento para a saúde das mulheres?** Brasília: CFEMEA, 2012.

\_\_\_\_\_. Tolerância institucional à violência contra as mulheres. Brasília: CFEMEA, 2013.

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1073-1083, 2009.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1163-1178, 2007. Suplemento.

DINIZ, C. S. G. *et al.* Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. S140-S153, 2014. Suplemento.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, p. 959-966, 2010. Suplemento 1.

\_\_\_\_\_. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, p. 1671-1681, n. 7, 2012.

FRENTE NACIONAL CONTRA A CRIMINALIZAÇÃO DAS MULHERES E PELA LEGALIZAÇÃO DO ABORTO. **Criminalização das mulheres pela prática do aborto no Brasil: dossiê 2007-2014**. São Paulo: [s.n.], maio 2015.

GALLI, B.; ROCHA, H. Os direitos sexuais e reprodutivos no contexto nacional e internacional e a atuação da Relatoria de Saúde Sexual e Reprodutiva. *In*: PLATAFORMA DE DIREITOS HUMANOS. **Relatorias em Direitos Humanos: informe 2012-2014**. 1. ed. Curitiba: Terra de Direitos, 2015. p. 58-79.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 103-112, 2002. Suplemento.

GIRIANELLI, V. R.; GAMARRA, C. J.; SILVA, G. A. Os grandes contrastes na mortalidade por câncer de colo uterino e de mama no Brasil. **Revista da Saúde Pública**, v. 48, n. 3, p. 459-467, 2014.

GOES, E. F.; NASCIMENTO, E. R. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde**. Rio de Janeiro, v. 37, p. 571-579, n. 99, out./dez. 2013.

GUEDES, T. G. *et al.* Mulheres Monogâmicas e suas percepções quanto à vulnerabilidade a DST/HIV/Aids. **DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 21, n. 3, p. 118-123, 2009.

IPEA – INSTITUTO PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Política social: acompanhamento e análise**, nº 23. Brasília: Ipea, 2015.

LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, set./out., p. 1595-1601, 2005.

LOPES, F.; BUCHALLA, C. M.; AYRES, J. R. de C. M. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil. **Revista da Saúde Pública**, v. 41, p. 39-46, 2007. Suplemento 2.

MARTINS, A. L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 2473-2479, n. 11, nov. 2006.

MINAYO, M. C. de S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1259-1267, 2007. Suplemento.

MENEZES, G.; AQUINO, E. M. L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, p. S193-S204, 2009. Suplemento 2.

SANTANA, V. S.; AMORIM, A. M. de.; OLIVEIRA, R.; XAVIER, S.; IRIART, J.; BELITARDO, L. Emprego em serviços domésticos e acidentes de trabalho não fatais. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 65-74, 2003.

SANTOS, J. E.; SANTOS, G. C. S. Narrativas dos profissionais da atenção primária sobre a política nacional de saúde integral da população negra. **Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 563-570, out./dez. 2013.

SANTOS, N. J. S. *et al.* Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. **Revista da Saúde Pública**, v. 36, p. 12-23, 2002. Suplemento 4.

SANTOS, N. J. S. *et al.* Contextos de vulnerabilidade para o HIV em mulheres brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, p. S321-333, 2009. Suplemento.

SARTI, C. A.; BARBOSA, R. M.; SUAREZ, M. M. Violência e gênero: vítimas demarcadas. **PHYSIS: Revista da Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 167-183, 2006.

SILVA, N. E. K.; OLIVEIRA L. A.; SANCHO, L. G. Testagem anti-HIV: indagações sobre a expansão da oferta sob a perspectiva do acesso e da construção da demanda. **Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 636-645, out./dez. 2013.

TAVARES, N. O.; OLIVEIRA, L. V.; LAGES, S. R. C. A percepção dos psicólogos sobre o racismo institucional em saúde pública. **Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 580-587, out./dez. 2013.

TEIXEIRA, N. Z. F. *et al.* Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 12, n. 1, p. 27-35, mar. 2012.

THULER, L. C. S. Mortalidade por câncer de colo do útero no Brasil. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia**, v. 30, n. 5, p. 216-8, 2008.

WEISELFISZ, J. J. **Mapa da violência**: homicídios de mulheres no Brasil. Brasília: FLACSO, 2015.

## BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos Sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde integral da população negra**: uma política para o SUS. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**: HIV/DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério de Saúde. **Nascer no Brasil**: a mãe sabe parir, e o bebê sabe como e quando nascer. [s.l.]: Nascer do Brasil, [s.d.].

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção integral à saúde das mulheres lésbicas e bissexuais**: relatório da oficina atenção à saúde das mulheres lésbicas e bissexuais, realizada em Brasília, de 23 a 25 de abril de 2014. Brasília: Ministério da Saúde, [s.d.].  
CDSS – COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **Redução das desigualdades no período de uma geração**: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Portugal: Organização Mundial da Saúde, 2010.

CEBRAP – CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher, PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, jul. 2009.

VIOTTI, M. L. R. Trabalho apresentado na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, Pequim, 2015. Disponível em:  
<[http://www.unfpa.org.br/Arquivos/declaracao\\_beijing.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/declaracao_beijing.pdf)>.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: percepções do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração política do Rio sobre determinantes sociais da saúde**. Rio de Janeiro: OMS, 21 out. 2011.

**Protegendo o Direito à Saúde mediante ação sobre os Determinantes Sociais da Saúde. Uma Declaração das Organizações e Movimentos de Interesse Público da Sociedade Civil**. Rio de Janeiro, Brasil, 18 de outubro de 2011. Tradução de Felix Rosenberg.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Trends in maternal mortality: 1990 to 2015**. Geneva: WHO, 2015. (Executive Summary).



RETRATO DAS DESIGUALDADES  
RETRATO DAS DESIGUALDADES  
de Gênero e Raça

Secretaria de  
Políticas para  
as Mulheres

