

Edição Nº 49 - Ano 7
Novembro, 2015

O Boletim *Observa Gênero* destaca, nesta edição, o texto *Sistema penitenciário brasileiro e as condições de atendimento à saúde das mulheres encarceradas*, que traça um retrato da situação calamitosa que essa população está submetida no âmbito de instituições totais no país.

A segunda nota apresenta as bases de dados que integram o capítulo *Saúde Integral, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos* do Relatório Anual Socioeconômico da Mulher - RASEAM.

A publicação traz, também, uma nota de Janaína Barbosa de Oliveira e Marcy Picanco de Figueiredo, *Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais*.

Por fim, a seção “Na Estante” reuniu as publicações mais recentes relacionadas à temática de gênero e disponibiliza em um clique o acesso ao conteúdo completo.

Boa leitura!

Equipe do Observatório Brasil da Igualdade de Gênero

EXPEDIENTE

Equipe do Observatório Brasil da Igualdade de Gênero – SEPM

Ana Cláudia Henriques de Araújo

Camila Rocha Firmino

Filipe Hagen Evangelista da Silva

Pedro Henrique de Pina Cabral Viana

Beatriz Delgado Val Franco

Contatos:

(61) 3313-7417
observatorio@spm.gov.br
www.observatoriodenegero.gov.br

facebook

observatoriogenero

twitter

ObservaGenero

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PÁTRIA EDUCADORA

Sistema penitenciário brasileiro e as condições de atendimento à saúde das mulheres privadas de liberdade

O objetivo deste texto é apresentar algumas informações sobre a saúde das mulheres privadas de liberdade no Brasil. A população carcerária feminina cresceu na última década, fato que deve ser levado em conta quando se discute o atendimento integral das mulheres presas e a implementação de políticas públicas. Consideramos fundamental destacar que há escassez de informações sobre o tema, pois no âmbito do Estado brasileiro as pesquisas específicas sobre a situação das mulheres presas ainda são raras. E há, no mundo acadêmico, o desenvolvimento de pesquisas qualitativas destinadas a investigar a conjuntura atual e levantar informações a respeito das condições de vida dessas mulheres: saúde (física e mental), sexualidade, maternidade, violência, estão entre outros temas.

Para discorrer sobre a situação da saúde das mulheres encarceradas é necessário apresentar, de forma breve, o cenário do sistema penitenciário no país. Cabe revelar algumas informações sobre o perfil das pessoas presas e as responsabilidades no âmbito do Ministérios da Justiça e da Saúde em especial quanto ao atendimento à saúde desses/as brasileiros e brasileiras. Não se trata de discutir as causas do aumento da violência, e nem homens presos/as. Os dados tanto sobre o perfil das mulheres privadas de liberdade quanto sobre o atendimento destinado à elas são escassos, o que reforça o pressuposto feminista de que as mulheres são preteridas em todas as esferas sociais. Esta nota procura refletir sobre as consequências da não implementação de políticas públicas para garantir a saúde física e mental dessas pessoas, apesar de alguns esforços e da edição de um rol de normas que incluem legislação federal, portarias interministeriais e a Constituição Federal.

Segundo o Infopen¹, atualmente existem no Brasil 607. 731 pessoas presas, cerca de 300 indivíduos para cada 100 mil habitantes. Segundo informações do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), em 2014, havia cerca de 147.937 pessoas em prisão domiciliar. Assim constata-se que há no país 775.668 pessoas privadas de liberdade. O número de pessoas privadas de liberdade em 2014 é 6,7 vezes maior do que em 1990.

Levantamento realizado pelo Departamento Penitenciário Nacional (Depen) diz que o número de mulheres presas brasileiras aumentou 256% em 12 anos e elas representam cerca de 7% da população carcerária brasileira². O aumento do número de homens presos foi de 130%, quase a metade no mesmo período.

O Brasil tem hoje a quarta maior população prisional do mundo, atrás dos Estados Unidos, da China e da Rússia e o número de presos/as é superior às 377 mil vagas do sistema penitenciário, resultando em um déficit 231.062 vagas. E, conforme o *Institute for Criminal Policy Research*³ o Brasil é o quinto país com mais mulheres encarceradas no planeta, totalizando 37.380 mulheres presas, a maioria por delitos relativos às drogas. O número de presas em nível mundial aumentou 50% desde 2000, ultrapassou o crescimento entre os homens, de acordo com a terceira edição da Lista Mundial de Aprisionamento Feminino.

Sistema Prisional

Os estabelecimentos no país totalizam 1.424 unidades, categorizadas como masculino (1.074), feminino (103) e misto (239); suas vagas, como informa o Conselho Nacional de Justiça (2015), são determinadas de acordo com o tipo de regime. Assim, 260 são destinadas ao regime fechado, 95 ao regime semiaberto, 23 ao regime aberto, 725 a presos/as provisórios/as e 20 hospitais de custódia, além de 125 estabelecimentos para abrigar presos/as dos diversos tipos de

¹ Infopen é o sistema de informações estatísticas do sistema penitenciário brasileiro, atualizado por gestores dos estabelecimentos penais e sintetiza informações sobre as unidades e a população prisional. Em 2014 foram realizadas diversas alterações na metodologia e no instrumento de coleta de informações com o objetivo de aprimorar o diagnóstico do sistema prisional.

² O conteúdo está disponível em: <<http://www.justica.gov.br/noticias/numero-de-mulheres-presas-aumentou-256-em-12-anos>>

³ Material completo pode ser consultado em: <<http://www.prisonstudies.org/news/more-700000-women-and-girls-are-prison-around-world-new-report-shows>>

regime. Destaca-se que o sistema prisional é composto por cadeias públicas, penitenciárias, colônias agrícolas, industriais ou similares, casas do albergado, hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico e patronatos. O artigo 5º, inciso XLVIII, da Constituição Federal de 1988 impõe que a pena deverá ser cumprida em estabelecimentos distintos, de acordo com a natureza do delito, a idade e o sexo do/a apenado/a.⁵

Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

No entrelaçamento das responsabilidades institucionais, há atribuições compartilhadas entre o Ministério da Justiça e o da Saúde, no que diz respeito à implantação, manutenção e gerenciamento de programas e projetos de saúde, realizados nas unidades prisionais e fora delas, no SUS. Para tanto, há instrumentos legais editados para garantir a institucionalização dessas atividades. Um exemplo é o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), instituído pela Portaria Interministerial n.º 1.777, de 9 de setembro de 2003, e resultado de uma proposta estruturada de atuação com a participação de diversas áreas técnicas dos Ministérios da Saúde e da Justiça, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária.

O documento esclarece o objetivo do PNSSP (p.6):

A criação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), em 2003, foi uma ação governamental estratégica, em consonância com a legislação vigente, que enfatiza a garantia do direito à saúde para o conjunto da população brasileira, inclusive aquela confinada em estabelecimentos prisionais. O PNSSP, dessa maneira, é um instrumento para inclusão, no SUS, das pessoas privadas de liberdade, e uma forma de fazer chegar às unidades prisionais ações, serviços e profissionais de saúde.

Trecho extraído da 3.ª edição⁴ do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, elaborado pela Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (MS), explica o

objetivo do plano que, em tese, deve garantir às pessoas privadas de liberdade, “[...] o acesso a ações e serviços de saúde física e mental. A minimização das diferenças entre a vida intramuros e a extramuros é fundamental para a redução das iniquidades e a universalização do acesso à saúde.” (PNSSP, p. 8)

O documento diz que a população penitenciária brasileira é formada por pessoas pobres, condenadas por crimes contra o patrimônio e a maioria conexa ao microtráfico de drogas ilícitas; poucos/as são os/as alfabetizados/as – ou completaram o ensino fundamental – sem profissão definida antes do ingresso no sistema. Na população brasileira 32% das pessoas concluíram o ensino médio, entre as presas esse número cai para 14%.

Mais da metade é reincidente e associam a prática dos delitos com a pobreza e desemprego (PNSSP, p. 9). O texto esclarece que as atividades das equipes de saúde nas unidades prisionais devem englobar a “[...] prevenção em DST/Aids, independente da raça, etnia, idade, sexo, orientação sexual, identidade de gênero e natureza do crime.” (PNSSP, p.8)

Mulheres presas: entre dores sociais, emocionais e físicas

Entre as mulheres presas, um novo panorama tem se apresentado para o Brasil a partir de 2000. Atualmente 65% estão encarceradas por crime de tráfico de drogas enquanto que 25% dos homens estão presos pelo mesmo delito. O Infopen aponta para uma relação entre exclusão social e encarceramento uma vez que o perfil dessas pessoas é de maioria negra e de baixa escolaridade. Mulheres entrevistadas durante a pesquisa relatada no artigo “Criminalidade e prisão feminina: uma análise da questão de gênero” de Marlene França (2014) afirmaram ser a necessidade financeira a causa para a prática do tráfico de drogas.

O encarceramento de mulheres tem sido proporcionalmente três vezes maior que o masculino. Isso significa que há necessidade de infraestrutura, unidades próprias, instalações, programas e

⁴ Em fevereiro de 2010 uma Consulta Prévia, possibilitou a participação de profissionais de saúde que atuam no sistema penitenciário, gestores, órgãos de classe, sociedade civil e as contribuições formaram um instrumento que subsidiou os eixos de discussão do Encontro Nacional Para revisão do Plano

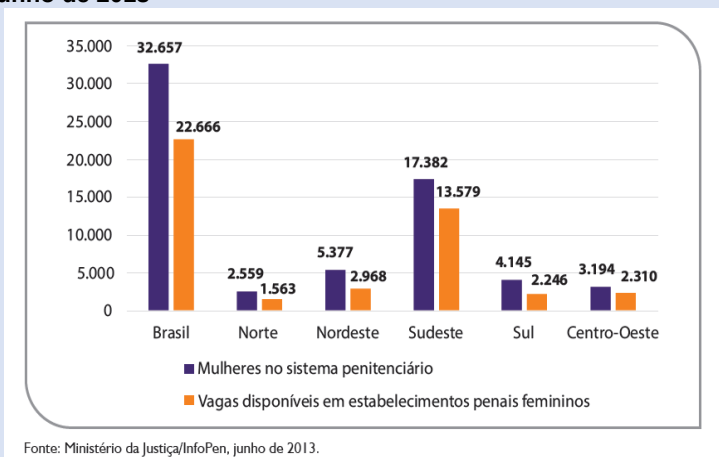
Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, realizado março do mesmo ano, em Brasília. 3ª edição do PNSSP é o resultado das discussões. (PNSSP, p.6)

atendimento especializado. Significa também que o crescimento acelerado dessa população indica a implementação de políticas públicas que incidam nas causas desse problema.

No que tange às mulheres em situação de privação de liberdade, o Relatório Anual Socioeconômico da Mulher 2014 (Raseam) mostra que foi um marco na garantia dos direitos a Portaria Interministerial nº 210 de 16 de janeiro de 2014, do Ministério da Justiça e da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (SEPM), que instituiu a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional – PNAME. (Raseam, 2014, p. 42)

Quanto ao número de vagas o relatório salienta que, em 2013, havia no Brasil uma defasagem de quase 10.000 vagas femininas no sistema prisional, e nas regiões Sul e Nordeste, cada vaga era ocupada por 1,8 mulher, conforme o gráfico 1. As unidades careciam de seções e serviços específicos e necessários ao atendimento integral das mulheres. O Rio de Janeiro é a única unidade da Federação sem problema de superlotação nas unidades voltadas às mulheres. (INFOPEN, 2014, p. 42).

Gráfico 1- População carcerária feminina e vagas disponíveis para mulheres no sistema penitenciário brasileiro – Grandes Regiões – junho de 2013



Elaboração: SEPM

O Raseam (2014, p. 42) constata que 44% das mulheres estavam encarceradas sob o regime fechado e quase 34%, em regime provisório, aguardando decisão judicial, que 41,5% dos homens em situação de prisão estavam em regime fechado e 40,5%, sob o regime

provisório. E, mais de 60% das mulheres em situação de prisão foram condenadas ou aguardavam julgamento por crimes relacionados ao tráfico de entorpecentes e 25% delas, tentaram ou cometeram crimes contra o patrimônio.

Estrutura das unidades prisionais destinadas à saúde materna

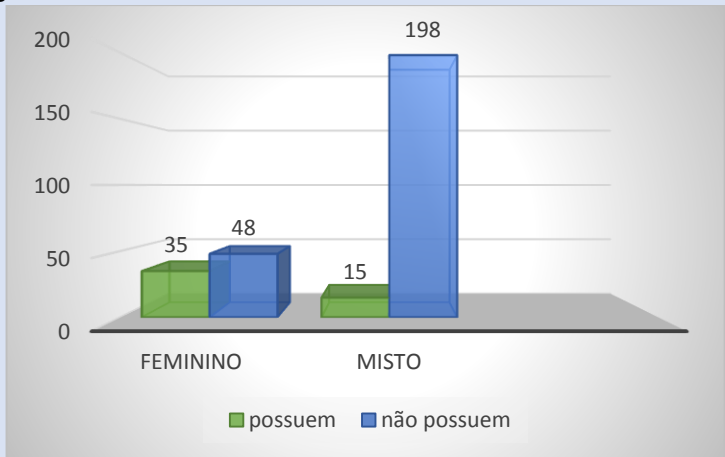
Por ser estatisticamente mais expressivo o encarceramento masculino, seus problemas são priorizados em detrimento das questões femininas neste universo. O sistema prisional reconhece as especificidades das mulheres de maneira muito limitada. Os direitos específicos garantidos à essas mulheres no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário restringem-se ao controle do câncer cérvico-uterino e de mama, doenças sexualmente transmissíveis e à saúde materno-infantil; logo não partem de uma perspectiva de saúde integral das mulheres que dê conta do bem estar para além de um estado de não doença. De acordo com o PNAISM o número de soropositivas entre mulheres presas (6,3%) é o dobro dos homens na mesma situação.

Segundo o CNJ, a Lei n. 7.210, de 1984, conhecida como Lei de Execução Penal (LEP) estabelece de forma ampla o acesso da população penitenciária a ações e serviços de saúde. Desde 2009, a LEP prevê que penitenciárias que abrigam mulheres tenham instalações adequadas para gestantes e presas que deram à luz recentemente; manutenção de creches para acolher crianças maiores de seis meses e menores de sete anos e que as equipes das unidades devem ser compostas apenas de agentes do sexo feminino. A Constituição Federal de 1988, por sua vez, quando trata dos Direitos e Garantias Fundamentais assegura às mulheres presas o direito a ter condições para “que possam permanecer com seus/as filhos/as durante o período de amamentação.”

Ao analisarmos os dados sobre a estrutura dos estabelecimentos prisionais vemos que os direitos supracitados não são garantidos na prática. Apenas 35 dos estabelecimentos possuem cela/dormitório adequado para gestantes (Gráfico 2). Importante salientar que os dados do Infopen apresentam uma subnotificação significativa em relação aos dados apresentados nos gráficos a seguir. Isso porque tais informações dependem da atualização pelas/os gestoras/es dos estabelecimentos prisionais. Por exemplo, 27 dos 103 estabelecimentos femininos, ou seja 26,21%, não preencheram a informação sobre cela adequada para gestantes. Assim,

apresentaremos os números absolutos encontrados no Sistema estatístico que na maioria dos casos não coincidirá com o número total de estabelecimentos.

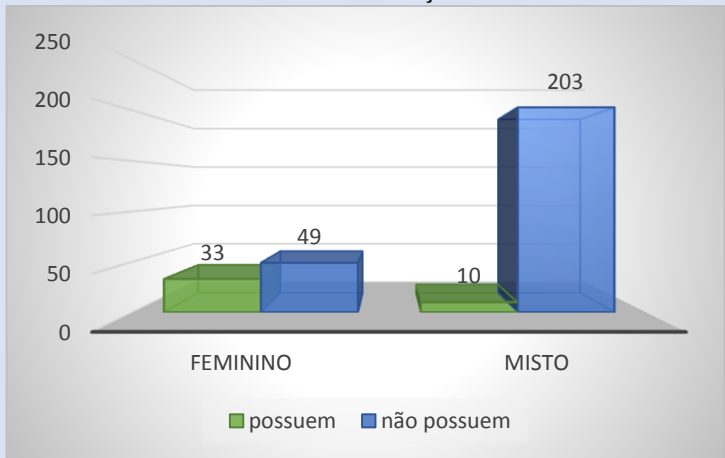
Gráfico 2 - Estabelecimentos com cela adequada/dormitório para gestantes



Fonte: Infopen 2014
Elaboração: SEPM

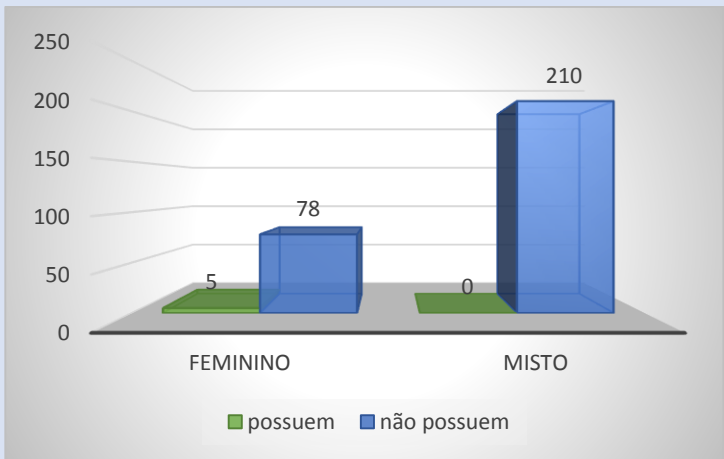
Dos 103 estabelecimentos femininos 33 possuem berçário, 49 não possuem e 21 estabelecimentos não informaram esse dado (Gráfico 3). Em relação à creche esse número é ainda menor: existem apenas 5 creches em todo o sistema prisional (Gráfico 4).

Gráfico 3 - Estabelecimentos com berçário



Fonte: Infopen 2014
Elaboração: SEPM

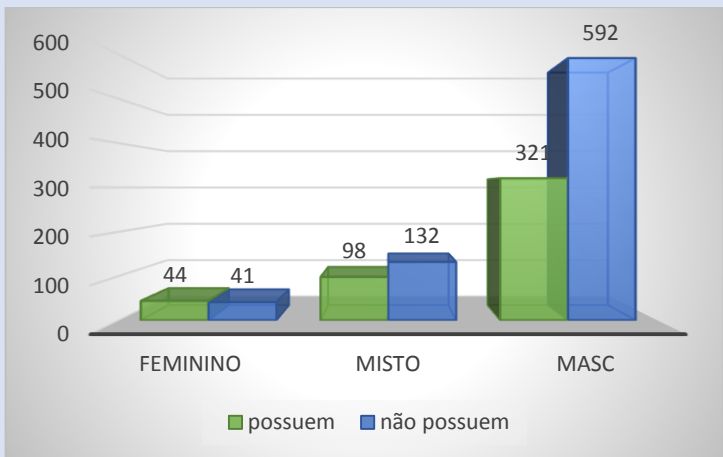
Gráfico 4 - Estabelecimentos com creche



Fonte: Infopen 2014
Elaboração: SEPM

Em relação à existência de consultórios médicos observamos que também ocorre uma subnotificação significativa de 17% dos estabelecimentos femininos e de 41% dos masculinos. Contudo, nos mistos a porcentagem foi de 3,7%. Considerando apenas os estabelecimentos que informaram esse item, um pouco mais da metade possuem em sua estrutura física consultório médico para atendimento das mulheres encarceradas. Para os homens o atendimento é bem mais precário, com apenas 32 consultórios entre os 624 estabelecimentos exclusivamente masculinos. No entanto, nos mistos a discrepância é menor com 98 de 230 (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Estabelecimentos com consultório médico



Fonte: Infopen 2014
Elaboração: SEPM

*Foram considerados os estabelecimentos originalmente femininos, masculinos ou mistos, conforme classificação da base Infopen. Portanto, se houve alteração da destinação do estabelecimento pode haver uma variação nos dados.

Nota-se que a estrutura para consultórios médicos não existe de maneira universal no sistema prisional brasileiro, e que as mulheres têm uma cobertura maior desse serviço, ainda que insuficiente. Se, por um lado, a valorização da mulher, prioritariamente, enquanto reprodutora impõe uma maior atenção à sua saúde, por outro, penaliza as mães nas prisões. Isso porque elas são socialmente vistas como péssimas mães. Rompem com o padrão de feminilidade que é o de subserviência, de respeitar a ordem estabelecida e de serem “boas mães”. Logo, não são dignas do direito à maternagem. Como visto no gráfico, o acesso à celas/dormitórios adequados para as gestantes, berçários e creches está longe de ser garantido à grande parte das mulheres privadas de liberdade.

Apenas em 2001 foi garantido às mulheres direito a visita íntima e mesmo assim elas sofrem com o abandono de seus companheiros. De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:

(...) um número alto de mulheres não receberem visita (36,3%), especialmente se comparado com os homens (29,2%). A mulher, ao contrário do homem, é frequentemente abandonada pelo companheiro, sendo 17,9% as que costumam serem visitadas por eles (65,2% dos homens recebem visitas de suas companheiras). O apoio maior às mulheres vem dos filhos (47,7% – mais que o dobro do universo masculino) e da mãe (47,1%) (BRASIL, 2004, pág.56).

Diante desse quadro de abandono e de dificuldade de convivência com filhas/os o atendimento psicológico é imprescindível; entretanto, apenas 26 dos estabelecimentos possuem salas para acolhimento. Todos que apresentam essa estrutura são estabelecimentos mistos, ou seja, nenhuma prisão feminina possui condições para o atendimento por profissionais da área de psicologia.

A situação delas deve ser compreendida no quadro geral das condições femininas no país. As mulheres e, sobretudo as negras, têm menor acesso ao mercado de trabalho e recebem os salários mais baixos numa análise com recorte de sexo e raça. O perfil predominante das privadas de liberdade é de mulher negra, com baixa escolaridade e que cometeu o crime de tráfico de drogas. Elas são marcadas por opressões de gênero, raça e classe social e, por vezes, de orientação sexual que se sobrepõe intensificando seu estado de vulnerabilidade, situação que pode explicar a quantidade massiva (65%) de mulheres presas por tráfico.

VOCÊ SABIA?

O Projeto *Aleitamento Saudável em Unidades Prisionais Femininas* tem por objeto o desenvolvimento de ações visando o incentivo ao aleitamento saudável em unidades prisionais que custodiam mulheres.

A partir de pesquisa realizada pelo Departamento Penitenciário Nacional/MJ, em que todos os entes federativos foram questionados sobre o desenvolvimento de ações para o público: mulher presa gestante e parturiente, relacionadas à saúde e aleitamento, verificou-se que existem apenas ações isoladas, e que a maior parte das mulheres presas que possui filhos lactentes não é instruída sobre a importância do aleitamento, seja a partir do leite humano, seja por leite não-humano.

Com base nas diretrizes, objetivos e metas presentes na Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional - PNAMPE (instituída por meio da Portaria Interministerial MJ/SPM nº 210/14); nos princípios, diretrizes e objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional - PNAISP; nas orientações do Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 Anos, do Ministério da Saúde; nos objetivos, metas e linhas de ação do Capítulo 4 do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres - PNPM 2013-2015; e considerando a ausência dos estados no desenvolvimento de estratégias específicas sobre aleitamento saudável, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres do Ministério das Mulheres, Igualdade Racial e dos Direitos Humanos; o Ministério da Justiça; e o Ministério da Saúde; com apoio da Embaixadora da Rede de Bancos de Leite Humano, a atriz Maria Paula Fidalgo; se uniram com o propósito de articular ações de incentivo ao aleitamento saudável, à importância do toque, da música, da fala e da leitura para o desenvolvimento físico, psíquico e emocional das crianças em estabelecimentos prisionais que custodiam mulheres, em consonância com a PNAMPE, PNAISP, PNPM 2013-2015, normativos nacionais e internacionais sobre o tema.

As ações previstas, a serem desenvolvidas em articulação mútua entre os parceiros do projeto, incluem:

1. Apoio na elaboração das políticas estaduais de atenção às mulheres em situação de privação de liberdade e egressas do sistema prisional, com base nos objetivos da PNAMPE;
2. Realização de palestras informativas para presas gestantes e mães com filhos intramuros em unidades prisionais;

Uma vez no sistema prisional, tornam-se ainda mais invisibilizadas pela priorização das necessidades masculinas estatisticamente superiores e socialmente mais valorizadas. Elas estão à margem da sociedade antes, durante e depois da prisão.

Referências

Legislação

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei n.º 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Diário

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**, 2004.

_____. SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. **Relatório Anual Socioeconômico da Mulher**. Brasília, 2013. 168 p.

Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jul. 1984. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7210.htm >

_____. **Regulamento Penitenciário Federal**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2007-2010/2007/Decreto/D6049.htm

FRANÇA, Marlene Helena de Oliveira. Criminalidade e prisão feminina: uma análise da questão de gênero. **Ártemis**, João Pessoa, v. 1, p.212-227, 07/ 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/artemis>>. Acesso em: 13 set. 2015.

Matéria

CNJ. Conheça os diferentes tipos de estabelecimentos penais. Disponível em: < <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/79914-conheca-os-diferentes-tipos-de-estabelecimentos-penais>>

Portaria Interministerial Nº 1, de 2 de janeiro DE 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html>

3. Mobilização das gestoras estaduais do pacto enfrentamento à violência contra as mulheres quanto à elaboração dos planos/políticas estaduais;

4. Mobilização dos conselhos estaduais da criança e adolescente, quanto à elaboração dos planos/políticas estaduais;

5. Elaboração e publicação de cartilha sobre a saúde da mulher presa, incluindo informações sobre o aleitamento saudável, a importância do toque, da música, da leitura e da fala para o desenvolvimento físico, psíquico e emocional das crianças; voltada para os gestores de saúde do sistema prisional;

6. Elaboração e publicação de cartilha com informações sobre o aleitamento saudável, a importância do toque, da música, da leitura e da fala para o desenvolvimento físico, psíquico e emocional das crianças; voltada para as mulheres em privação de liberdade gestantes e mães com filhos intramuros;

7. Desenvolvimento de ações de publicidade sobre o tema;

8. Estudo sobre a viabilidade da produção de documentário, com a participação da Embaixadora da Rede de Bancos de Leite Humano;

9. Inserção do tema nos encontros nacionais e regionais do Departamento Penitenciário Nacional com os órgãos estaduais de administração prisional, bem como nas políticas estaduais sobre mulheres presas e egressas e capacitações continuadas a profissionais do sistema prisional;

10. Divulgação da PNAMPE e Regras de Bangkok por meio de material impresso;

11. Elaboração de proposta de alteração da LEP, visando a inserção do instituto da licença maternidade como forma de remição de pena;

12. Elaboração de projeto de ambientação (aparelhamento) de salas de aleitamento;

13. Elaboração de projeto de cromoterapia para as salas de aleitamento; e

14. Apearelhamento de salas de aleitamento em estabelecimentos prisionais femininos.

Conhecendo as bases do RASEAM – Saúde integral, direitos sexuais e direitos reprodutivos

O tema da saúde é uma das pautas mais importantes e caras às mulheres. Conforme explicitado no Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2013, pág. 30), elas são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde e representam um segmento fundamental para as políticas de saúde.

Esta edição do *Boletim Observa Gênero* contempla as bases do capítulo **Saúde integral, direitos sexuais e direitos reprodutivos** do **RASEAM**, que apresenta um retrato da saúde das mulheres brasileiras.

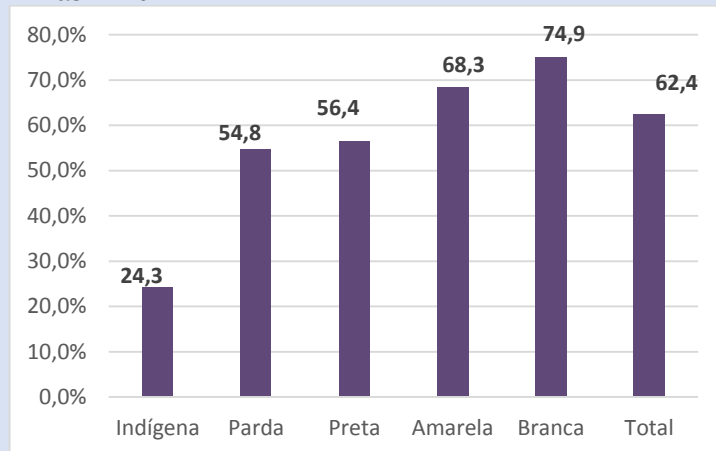
Os registros que permitem a elaboração dessa fotografia são, em sua maioria, do Ministério da Saúde, mas também há conteúdo em módulos e pesquisas do IBGE. Entre as fontes de dados relacionadas ao Ministério da Saúde, estão a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS; o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC; o Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM; a Pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL; o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS; o Sistema de Informação do Câncer do colo do útero – SISCOLO; o Sistema de Informação do Câncer de mama – SISMAMA; e o Programa Nacional de DST/Aids. Pelo IBGE, encontram-se informações sobre o tema na Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE; na Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF; e também na Pesquisa por Amostra de Domicílios – PNAD.

A **PNDS** teve sua última edição publicada em 2006 e avaliou o conhecimento e uso de métodos contraceptivos, mortalidade materna, DST/AIDS, gravidez, assistência pré-natal e parto. O RASEAM deu destaque aos dados de mulheres de 15 a 49 anos de idade que usam algum tipo de método contraceptivo, sendo a pílula (22,1%) e a esterilização feminina (20,8%) os recursos mais utilizados.

Já o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (**SINASC**) reúne dados epidemiológicos referentes às/aos nascidas/os vivas/os em todo território nacional. As variáveis expõem informações sobre o nascimento das crianças, sobre a mãe, a gravidez e o tipo de parto, os

quais evidenciam desde cenários da desigualdade de acesso ao acompanhamento gestacional (por exemplo, a realização de consultas pré-natais) por raça e região, até a relação entre taxas de mortalidade materna e qualidade dos serviços de saúde disponíveis.

Gráfico 1 – Proporção de nascidas/os vivas/os cujas mães tiveram sete ou mais consultas durante o pré-natal, por cor ou raça da mãe – Brasil – 2012

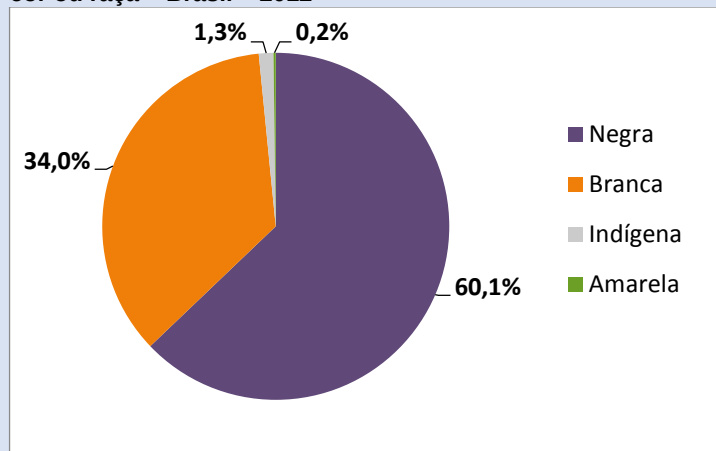


Fonte: Ministério da Saúde/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), 2012.

Nota: Exclui os casos com informação ignorada de consultas (1,2%) e de cor ou raça da mãe não declarada (7,3%).

Outra importante fonte é o Sistema de Informações de Mortalidade (**SIM**) que compila, com regularidade, dados sobre a mortalidade no país. Permite a análise sobre mortalidade materna por causas obstétricas (diretas e indiretas) e específicas; com desagregação por grandes regiões, grupos de idade, e cor/raça.

Gráfico 2 – Distribuição percentual da mortalidade materna por cor ou raça – Brasil – 2012



Fonte: Ministério da Saúde/SV S/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 2012.

Nota: O dado não informado para a cor/raça corresponde a 4,4% do total de óbitos maternos.

O SISCAM, em seus dois módulos (Sistema de Informação do Câncer de Colo de Útero – SISCOLO e Sistema de Informação do Câncer de Mama – SISMAMA), registra informações gerenciais para subsidiar a implementação do Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama pelo Sistema Único de Saúde. Seus registros possibilitam investigar se a população-alvo está sendo atingida; a prevalência das lesões entre as mulheres diagnosticadas; e o percentual de mulheres que recebem tratamento e são acompanhadas.

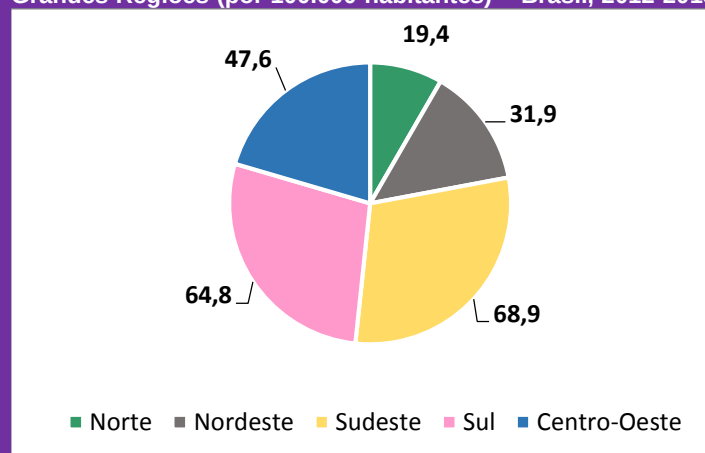
Outras doenças e agravos não transmissíveis são monitoradas pelo VIGITEL, relacionadas a determinantes sociais, econômicos, comportamentais e políticos com vistas ao desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde, principalmente quando algumas doenças se manifestam em grupos específicos. O RASEAM apresenta os índices de diabetes melito e hipertensão arterial, que acometem com maior prevalência as mulheres, desagregados por sexo e faixa etária. Vale ressaltar que os resultados apresentados para essas duas enfermidades estão relacionados à falta de hábitos saudáveis tais como consumo excessivo de sal, açúcar, álcool, ou/e sedentarismo. Outras análises do VIGITEL focalizam o tempo livre gasto por homens e mulheres com a prática de atividades físicas, que é visivelmente menor para mulheres (p. 51).

Por sua vez, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) tem por objetivo produzir informações que permitam conhecer a magnitude dos fatores de risco e proteção à saúde, orientar e avaliar as intervenções em saúde adequadas à/ao adolescente, contribuindo para o monitoramento da saúde da/o escolar. Avalia questões como o uso abusivo de álcool e de cigarro; e tempo dedicado à prática de atividade física, entre outras. Sua inclusão no capítulo de saúde do Relatório Anual Socioeconômico da Mulher se deu pela particularidade do universo pesquisado – alunos do 9º ano do ensino fundamental – e por abordar conteúdos que ampliam o conhecimento acerca das características de saúde da população adolescente brasileira, pouco explorado em termos estatísticos. Já a POF permite, quando o tema é saúde, estudar a evolução dos hábitos de consumo das famílias. A base permite o conhecimento a respeito da prevalência de excesso de peso e obesidade (segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS) na população de 20 anos de idade ou mais, com recortes de sexo, além de oportunizar a ampliação do debate sobre a questão do tempo versus alimentação versus atividades físicas.

VOCÊ SABIA?

Outubro é um mês simbólico marcado pelos debates em prol da conscientização e da luta contra o câncer de mama. E qual a importância disso? O câncer de mama é o segundo tipo mais presente no mundo, e atinge em grande maioria as mulheres. No Brasil, 52,5 mulheres (em 100 000) foram diagnosticadas com câncer de mama em 2012, sendo que as regiões Sul e Sudeste concentraram as maiores taxas de incidência, 64,8 e 68,9 respectivamente.

Taxa de incidência anual de câncer de mama em mulheres, por Grandes Regiões (por 100.000 habitantes) – Brasil, 2012-2013



Fonte: RASEAM/SEPM março, 2015.

Em 2013, mais de 2 milhões de exames de mamografia foram realizados, sendo que o INCA aconselha uma rotina de acompanhamento a partir dos 40 anos.

Dentre os fatores de risco, estão o envelhecimento, a obesidade, o sedentarismo e o histórico de câncer de mama na família, principalmente parentes de primeiro grau que tiveram a doença antes dos 50 anos. É importante conhecer o próprio corpo e ficar alerta a qualquer mudança (por exemplo, surgimento de caroço ou nódulo).

Por fim, cite-se a Pesquisa por Amostra de Domicílios – PNAD (IBGE), que possui capacidade para atender múltiplos propósitos, abrangendo as áreas demográfica, de saúde, consumo alimentar e nutrição, condições de habitação. No capítulo de saúde do RASEAM reuniram-se dados sobre condições de saneamento adequado, com recortes para sexo, cor e raça, e grandes regiões. O retrato apresentado com relação ao assunto revela que existe, ainda, uma lacuna estrutural de oferta de pleno saneamento à população em geral: apenas 58,8% de pessoas residentes em domicílios particulares permanentes possuem condições adequadas de saneamento, que minimizam a ocorrência de doenças.

Referências:

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013. 114 p.

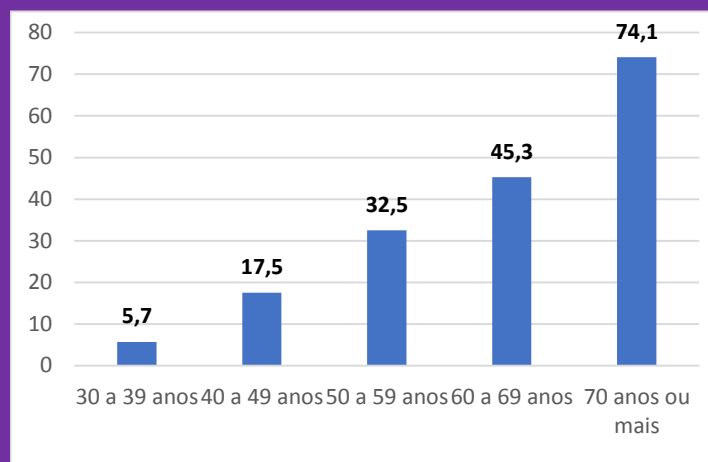
_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Relatório Anual Socioeconômico da Mulher**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, mar 2015. 181 p.

Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais

Janaína Barbosa de Oliveira⁵
Marcy Picanco de Figueiredo⁶

No Brasil, a saúde é um direito constitucional e está alinhada com o compromisso estatal de garantir o acesso universal aos serviços à população, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, a Constituição Federal de 1988 começa a desenhar atenção à saúde da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT), que tem direito ao atendimento humanizado, integral e de qualidade nos serviços de saúde do SUS.

Taxa padronizada de mortalidade de câncer de mama de mulheres de 30 anos ou mais de idade, segundo os grupos de idade (por 100.000 mulheres) – Brasil, 2012.



Fonte: RASEAM/SEPM março, 2015.

Em 2003, as especificidades de saúde das lésbicas e bissexuais foram incluídas no Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres pela primeira vez. Em 2004, foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Essa política reconhece que a atenção às mulheres engloba sua diversidade, resguardando-se as diferentes faixas etárias, distintos grupos sociais, como mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e também lésbicas e bissexuais.

⁵ Coordenadora Geral da Diversidade – Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.

⁶ Ouvidora da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.

Outra política pública que garante a atenção à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais é a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – instituída pela Portaria nº 2836 de 1º de dezembro de 2011. Ela visa promover a saúde integral da população LGBT, contribuindo para enfrentar a discriminação e o preconceito e a redução das desigualdades, consolidando, assim, o SUS como sistema universal, integral e equitativo.

Além de reconhecer suas especificidades, estas políticas orientam a implementação de ações voltadas para as necessidades específicas de saúde das mulheres lésbicas e bissexuais.

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

O atendimento à saúde pressupõe o acolhimento e a escuta qualificada. Para que isso ocorra, é importante que os profissionais de saúde considerem a diversidade sexual das mulheres, bem como propiciem o diálogo sobre as práticas sexuais das mulheres para que a orientação sobre os cuidados da saúde sexual – entre outros aspectos da saúde - sejam as mais adequadas.

A atenção à saúde de lésbicas e bissexuais também precisa considerar que a trajetória de vida destas mulheres pode ser marcada por experiências de preconceito, discriminação e violência. O Relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil: 2012, da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, apontou que **4.851** pessoas⁷ foram vítimas de violações homofóbicas no país em 2012, sendo que 37,6% dos casos aconteceram com lésbicas (BRASIL, 2013).

⁷ Essas estatísticas se referem às violações reportadas.

Esta realidade implica na necessidade de profissionais preparados para atender as mulheres em situação de violência lesbofóbica e bifóbica, bem como de serviços de saúde onde elas se sintam confortáveis. No sentido de acolher estas mulheres, a ficha de notificação de violências do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do SUS foi atualizada e hoje conta com campos para preenchimento do nome social, orientação sexual e identidade de gênero, além de um campo para reportar qualquer violência motivada por homofobia/lesbofobia/transfobia.

Para sensibilizar a sociedade e profissionais de saúde em relação ao direito ao atendimento humanizado e integral à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais, a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, a Secretaria Especial de Direitos Humanos e o Ministério da Saúde lançaram a campanha, que conta com materiais impressos e de divulgação em redes sociais eletrônicas, que visa valorizar a saúde como direito humano e a necessidade de respeitá-las, contribuindo para enfrentar a discriminação e o preconceito, promovendo assim a saúde integral e a cidadania.

Referências:

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Direitos Humanos. **Relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil: 2012**. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2013. 101 p.

Na Estante

Clique nas capas para acessar o conteúdo completo

