



INSTITUTO
ETHOS

EMPRESAS E
RESPONSABILIDADE
SOCIAL

BUSINESS AND SOCIAL
RESPONSIBILITY



COMO AS
EMPRESAS
PODEM
INVESTIR NA



**SAÚDE
DA MULHER**

COMO AS
EMPRESAS
PODEM
INVESTIR NA
SA“ DE DA
MULHER

INSTITUTO
ETHOS

EMPRESAS E
RESPONSABILIDADE
SOCIAL

BUSINESS AND SOCIAL
RESPONSIBILITY

Como as Empresas podem investir na Saúde da Mulher

é uma publicação do Instituto Ethos, distribuída gratuitamente aos seus associados.

Realização

Instituto Ethos de Empresas e Responsabilidade Social

Rua Francisco Leitão, 469 – 14º andar – Conj. 1407

05414-020 – São Paulo – SP

Tel./Fax: (11) 3068-8539

e-mail: ethos@ethos.org.br

site: www.ethos.org.br

Esta publicação foi viabilizada com o apoio da Commercial Market Strategies Project (CMS), sob os termos do contrato HRN-C-00-98-00039-00 com a U.S. Agency for International Development (USAID). O conteúdo do material não reflete necessariamente a opinião da USAID.

Patrocínio

Agradecemos às empresas Avon, Organon e Unibanco AIG Seguros, que patrocinaram a elaboração desta publicação.

Colaboradores do Instituto Ethos

Leno F. Silva (coordenador), Fernando Pachi, Juliana Raposo, Marcelo A. Linguitte, Nelmara Arbex, Oded Grajew, Patrícia Kanashiro, Valdemar de Oliveira Neto

Consultoras empresariais

Rosa Alegria e Maria Lúcia Zulzke

Redação e pesquisa bibliográfica

Christina Valadão e Cida Medeiros

Redação final e edição

Sérgio Alli e Thais Sauaya Pereira

Baleia Comunicação

Revisão

Ana Maria Barbosa

Assessoras na área de gênero e saúde da mulher

Sônia Onufer Corrêa e Angela Freitas

Apoio institucional

Bemfam — Sociedade Civil Bem-Estar no Brasil

Unifem — Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher

BPW-BR (Business Professional Women — Associação de Mulheres de Negócios e Profissionais do Brasil)

Agradecimentos

Albertina Duarte, Andrea Mendes, Angela Fioravante, Beth Klock, Celia Pardi, Cleide Castellan, Elisa Guerra Malta Campos, Eloisa Jubran, Elza Maio, Ernest Sarlet, Fátima Pacheco Jordão, Flávio Oliveira, Marco Antonio de Campos, Margarida Ramos, Maria Aparecida Laia, Maria José Araújo, Maria Luiza Eluf, Maria Teresa Augusti, Marina Rea, Meire Fidelis, Michel Haradom, Mônica Serino, Neiva Otero, Oriana White, Pedro Vitiello, Rachel Moreno, Roseli Maese, Sílvia Pimentel, Sílvia Tyrola, Siomara Roberta Siqueira, Solange Dacach, Tiny Machado de Campos.

Projeto gráfico e edição de arte

Planeta Terra Criação e Produção

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil).

Como as empresas podem investir na saúde da mulher.

São Paulo: Instituto Ethos, 2000

Vários autores.

ISBN 85-88046-03-2

Bibliografia.

1. Mulheres — Saúde 2. Mulheres — Trabalho

00-4723

CDD-613.04244

Índices para catálogo sistemático:

1. Mulheres : Promoção da saúde 613.04244

2. Saúde da mulher : Promoção 613.04244

Tiragem: 4.500 exemplares

São Paulo, agosto de 2001

Permitida a reprodução desta publicação, desde que previamente autorizada, por escrito, pelo Instituto Ethos.

SUMÁRIO

Apresentação	5
Responsabilidade social empresarial e saúde da mulher	9
A mulher nas empresas	12
A situação atual da mulher no Brasil	13
Mercado de trabalho	16
Teste proibido	17
O que é saúde da mulher?	19
Gravidez, parto e puerpério	22
Mortalidade materna	22
Doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)	23
HIV-Aids e as mulheres	24
Câncer de colo uterino	25
Câncer de mama	25
Assistência à anticoncepção	26
Saúde das adolescentes	26
Saúde nas etapas pós-reprodutivas da vida	27
Enfermidades crônico-degenerativas	28
Saúde ocupacional	28
Violência doméstica e sexual	29
Saúde mental	30
Por que as empresas devem investir na saúde da mulher?	31
Porque a mulher é diferente	33
Porque é um fator de sucesso	33
Porque é fator de satisfação	34
Porque valoriza a imagem corporativa	34
Como sua empresa pode investir na saúde da mulher?	35
Maior investimento	38
Educação continuada	38
Promoção da saúde	39
Valorização da gravidez e da maternidade	39
Planejamento familiar e contracepção	40
Incentivo à amamentação	40
Prevenção do câncer de colo do útero e de mama e das DSTs, inclusive do HIV-Aids	41
Erradicação da violência doméstica e sexual	42
Projetos para adolescência e juventude	42
Parcerias com políticas e programas governamentais	43

Parcerias com a sociedade civil	44
Parcerias com a comunidade	44
O que algumas empresas estão fazendo pela saúde da mulher	45
Abril	47
AGF Seguros	48
Avon	49
Azaléia	50
Fersol	51
Intermédica	52
Natura	53
Organon	54
Pão de Açúcar	55
Rede Globo	56
O que mais pode ser feito pela saúde da mulher	57
Analfabetismo e escolaridade	60
Valorizar a diversidade e a humanização das relações	61
Ação afirmativa: a experiência internacional	62
Organizações de mulheres	63
Reconhecer a mulher consumidora	63
Fontes bibliográficas e outras referências	65
Livros	67
Publicações e relatórios	68
Textos divulgados em CD-Rom	69
Referências na internet	70
Conferências e seminários	71
Anexos	73
Leis e programas governamentais de saúde	75
A Constituição de 1988	75
Lei do Auxílio à Creche	75
Leis complementares	76
Normas e portarias ministeriais	76
Resoluções e convenções internacionais	77
Outras resoluções relevantes	80
SUS e Pasm: conquistas da sociedade civil	81
Implementação do SUS e criação do PACS e PSF	81
Outros programas	82

APRESENTAÇÃO



Um traço inequívoco das sociedades contemporâneas é a transformação da condição feminina e das relações entre homens e mulheres. Embora existam diferenças e disparidades entre os países, em praticamente todos eles as mulheres deixaram de estar confinadas à vida privada.

Nesse cenário, a saúde da mulher não é um tema novo, especialmente no mundo das relações de trabalho. Muitas empresas já investem em ações e programas de saúde da mulher. A novidade, porém, cada vez mais presente, está em reconhecer esse tema como questão de primeira importância na vida empresarial. Normalmente, a saúde da mulher era percebida pelas empresas como questão acessória. Não é mais.

A relevância conquistada pelo tema saúde da mulher está relacionada ao quadro de mudanças globais na economia e nas relações entre os gêneros. Essas mudanças têm como um de seus fatores mais determinantes o crescimento, em presença e influência, da participação da mulher no mercado de trabalho. É muito maior o número de trabalhadoras, e elas vêm ocupando — ainda que paulatinamente — postos de direção nas empresas, dos quais, de modo geral, estavam alijadas no passado.

Com isso amplia-se socialmente o reconhecimento dos papéis desempenhados pelas mulheres. Elas rompem preconceitos e comprovam-se profissionais talentosas e eficientes. Ao mesmo tempo, preservam a condição de principais gestoras das famílias. O resultado disso é que as mulheres ganham evidência como responsáveis estratégicas, na sociedade atual, pela reprodução e pela educação das novas gerações.

Nos tempos da globalização, a tecnologia da informação está desvelando toda intimidade e segredo que recobriam a atuação das empresas. Hoje, as realizações da empresa alcançam uma visibilidade muito maior, podendo, por isso mes-

mo, estar submetidas a um controle social. Assim, a empresa que estiver permeável à nova condição da mulher tende a ser vista de forma positiva por aqueles com quem se relaciona (empregados, clientes, fornecedores, consumidores etc.).

No âmbito interno das empresas pode-se perceber que existe uma demanda mais qualificada por condições de trabalho saudáveis. Exigências relativas à saúde da mulher têm impulsionado o investimento na prevenção de acidentes do trabalho e das doenças profissionais, bem como o desenvolvimento da ergonomia, a disciplina que estuda a adequação dos ambientes profissionais às necessidades dos trabalhadores. Por outro lado, a assistência à saúde é sempre um dos principais aspectos nas negociações entre empresas e empregados. Enquanto isso, as empresas têm se dado conta de que é menor o custo de investir no atendimento regular e preventivo da saúde da mulher do que arcar com as conseqüências de tratamentos de doenças em estágios avançados.

O crescente compromisso das empresas com a responsabilidade social exige a melhoria permanente de suas relações. Assegurar plenas condições de saúde para as mulheres que nelas trabalham e investir em programas comunitários de saúde são fatores relevantes para a obtenção de relações de elevada qualidade com seus funcionários e com as comunidades onde as empresas atuam.

O Instituto Ethos de Empresas e Responsabilidade Social apresenta o manual *Como as Empresas podem investir na Saúde da Mulher*, buscando organizar um conjunto de informações que expressam a demanda existente na sociedade. A escolha desse tema pretende indicar que os compromissos assumidos por uma empresa socialmente responsável devem materializar-se em ações concretas.

O desenvolvimento de ações, no âmbito empresarial, para promover a igualdade e equidade entre os gêneros, é um investimento estratégico. Investir na saúde da mulher, especialmente da que é economicamente ativa, é uma iniciativa que permite transformar em resultados práticos os valores da responsabilidade social da empresa.



**RESPONSABILIDADE
SOCIAL
EMPRESARIAL E
SAÚDE DA
MULHER**



A mulher nas empresas

O aprimoramento das relações internas da empresa e com as comunidades onde ela está inserida já é justificativa suficiente para que a organização empresarial invista em programas de saúde da mulher. Mas esse investimento também é socialmente estratégico.

A valorização da saúde da mulher e a compreensão de que manter mulheres saudáveis traz benefícios para o conjunto da sociedade são noções que têm se firmado em decorrência da luta contra as discriminações a que estava submetida a classe feminina. Desde a década de 60 e, de forma mais intensa, a partir dos anos 70, no Brasil e no mundo, as mulheres vêm se mobilizando nesse sentido.

Em 1975, as Nações Unidas realizaram, no México, a I Conferência Mundial sobre a Mulher, onde foi instituída a Década da Mulher (1975-85). Em 1979, adotou-se a Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (Cedaw), hoje ratificada por 166 países, inclusive o Brasil. O tema da igualdade e equidade entre os gêneros foi objeto de recomendações nas grandes conferências promovidas pelas Nações Unidas na década de 90.

No Brasil, desde os anos 80, foram constituídos conselhos de defesa dos direitos das mulheres e criadas delegacias especializadas no atendimento à violência de gênero. Para responder às necessidades específicas das mulheres, inclusive na área da saúde, foram formuladas políticas de eliminação da desigualdade entre os sexos.

A mulher nas empresas

A valorização da igualdade de gênero e das mulheres pelas empresas, como reconhecimento da riqueza do pluralismo e da diversidade no ambiente de trabalho, surge como uma resposta aos desafios colocados pelo cenário de competitividade global. É a percepção de que existem capacidades e atributos mais característicos das mulheres que são essenciais para a obtenção dos melhores desempenhos e resultados.

Num momento em que as empresas estão preocupadas com a humanização das relações, seja no atendimento ao cliente ou nas relações com o funcionário, as mulheres têm se mostrado especialmente capazes de ouvir, coordenar e integrar pessoas em torno de objetivos comuns.

O investimento na saúde da mulher também é um recurso importante para a empresa atrair, recrutar e manter uma força de trabalho feminina qualificada e adequada às exigências da economia contemporânea.



**A SITUAÇÃO
ATUAL DA
MULHER NO
BRASIL**



———— Mercado de trabalho

———— Teste proibido

As mulheres constituem hoje quase 51% da população brasileira, sendo que a parcela feminina representa cerca de 42% da população economicamente ativa, segundo dados do IBGE. É crescente o acesso delas aos níveis superiores de ensino, quando comparado com os números referentes aos homens, bem como a escolaridade feminina de modo geral. Dados de 1998 informam que as mulheres perfaziam 57% do total de estudantes do segundo grau e ensino superior. Entre 1991 e 1997, a proporção de famílias monoparentais chefiadas por mulheres passou de 21,9% para 24,9%.

Também foram registradas transformações importantes nas estruturas familiares, com um franco declínio do tamanho das famílias e do número de filhos por mulher, fator que favorece a autonomia feminina nos terrenos da sexualidade e da reprodução. Mas essa “revolução” permanece incompleta. Persistem desigualdades importantes entre os sexos em termos de salário e renda, participação política e distribuição do poder na vida doméstica e no mundo do trabalho. E as mulheres continuam sendo vítimas de formas inaceitáveis de violência física, sexual e moral.

Mercado de trabalho

Se em 1970 as mulheres eram 20,4% da população economicamente ativa (PEA), em 1997 elas representam 42,2%. Segundo o IBGE, há cerca de 31 milhões de mulheres inseridas no mercado de trabalho brasileiro. Dados da Fundação Carlos Chagas mostram que entre 1981 e 1998 o número de mulheres na PEA mais do que dobrou, mesmo nos contextos de recessão e crise. Contudo, nem o aumento sistemático da escolaridade das mulheres nem sua crescente participação no mercado de trabalho têm significado a eliminação das desigualdades entre os gêneros. Mais de 70% das trabalhadoras brasileiras recebem remuneração inferior a três salários mínimos. As mulheres continuam sendo maioria nas ocupações menos qualificadas (e valorizadas) e no chamado mercado informal. Cerca de 12 milhões trabalham em condições precárias e 4,8 milhões são empregadas domésticas. Sobretudo, identifica-se um diferencial no salário entre homens e mulheres da ordem de 60%, que só se explica pela persistência da discriminação.

A despeito da urbanização e sofisticação da economia brasileira, o trabalho agrícola é a segunda ocupação em que se concentram as mulheres, sendo que 39% delas estão classificadas como “não remuneradas” e 41,8% como produtoras “para o próprio consumo”. No conjunto das trabalhadoras agrícolas, em 1995, 81% não recebiam remuneração monetária por seu trabalho. Em contrapartida, apenas 26,3% dos homens encontravam-se na mesma situação.

Teste proibido

Além do diferencial no salário, persistem no mercado de trabalho brasileiro outras formas inaceitáveis de discriminação. Embora exista uma legislação específica que proíbe a exigência do teste de gravidez ou do certificado de esterilização quando da admissão de trabalhadoras, ainda há empresas que lançam mão destes recursos. Também têm sido feitas denúncias quanto a empregadores que usam artifícios para não admitir mulheres casadas. Nem todas as empresas e instituições cumprem os preceitos da legislação trabalhista, inclusive no que se refere à licença-maternidade, creche e amamentação. E apenas muito recentemente começou-se a debater e denunciar as situações de assédio e violência sexual contra as mulheres no ambiente de trabalho.



O QUE é SAÚDE DA MULHER?

- 
- Gravidez, parto e puerpério
 - Mortalidade materna
 - Doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)
 - HIV-Aids e as mulheres
 - Câncer de colo uterino
 - Câncer de mama
 - Assistência à anticoncepção
 - Saúde das adolescentes
 - Saúde nas etapas pós-reprodutivas da vida
 - Enfermidades crônico-degenerativas
 - Saúde ocupacional
 - Violência doméstica e sexual
 - Saúde mental

As experiências modernas de promoção da saúde têm conduzido a uma crítica da prática médica convencional que prioriza ações curativas em detrimento de medidas de caráter preventivo. Embora reconhecendo os enormes benefícios que a medicina moderna trouxe para a saúde dos povos, alguns de seus pressupostos têm sido reavaliados, como, por exemplo, a abordagem do corpo humano de forma compartimentada. A lógica de diagnóstico que prevalece na prática médica dominante dificulta a identificação das causas das doenças, que nunca são exclusivamente biológicas ou fisiológicas, mas também dependem de fatores socioeconômicos, ambientais, culturais e psicológicos.

A noção de saúde integral leva ao reconhecimento de que isso significa “estar bem no mundo”. Ou seja, são muitos os fatores que fazem com que uma pessoa seja sadia: alimentação de qualidade, higiene, descanso, lazer e ambiente saudável no trabalho. Como bem sabemos, as circunstâncias sociais estão longe de cobrir todos estes requisitos.

As mulheres costumam ser vistas — e percebem a si mesmas — como principais responsáveis pelos cuidados com a higiene, alimentação e saúde dos demais membros da família e da comunidade, o que muitas vezes torna secundários os cuidados para com sua própria saúde.

A visão tradicional de saúde materno-infantil priorizava ações voltadas para o momento reprodutivo — pré-natal, parto e puerpério — e para os cuidados com a criança.

Uma visão integrada da mulher reconhece suas demandas de saúde também como cidadã e trabalhadora, e não apenas como mães. Mas não deixa de levar em conta que as características físicas, fisiológicas e psicológicas estão muitas vezes ligadas à questão da procriação, e que a saúde reprodutiva da mulher está associada a outra característica inerente ao gênero: os inexoráveis ciclos da vida.

Gravidez, parto e puerpério

Para que a gestação transcorra de forma satisfatória é necessário que a gravidez seja acompanhada de cuidados específicos de saúde e nutrição. Além disso, a existência de um clima de solidariedade e acolhimento por parte da empresa e da comunidade é importante e deve somar-se a uma estrutura familiar que respalde a mulher nos aspectos de sua integridade emocional e afetiva. Um bom atendimento médico inclui a assistência pré-natal, a preparação para o parto e a garantia das condições para que este seja realizado com segurança, valorizando-se o parto normal e recorrendo-se à cesariana apenas em caso de necessidade. A empresa também deve buscar meios de estimular seus funcionários homens a acompanhar a gestação e o parto de seus filhos.

No Brasil, a atenção ao pré-natal e ao parto tem historicamente apresentado indicadores problemáticos. Na assistência ao parto, o elevado percentual de procedimentos cirúrgicos (cesarianas) desnecessários constitui-se num problema renitente desde os anos 80, particularmente nos serviços conveniados ao SUS e na rede privada. O atendimento pós-parto plenamente adequado deve oferecer a possibilidade de alojamento conjunto da mãe com o recém-nascido, atenção à lactação, planejamento familiar e orientação sobre a nutrição do bebê.

Mortalidade materna

O coeficiente de mortalidade materna (que ocorre por complicações na gravidez, parto, ou até 42 dias após o término da gestação) é considerado um dos mais importantes indicadores da qualidade do desenvolvimento humano de um país. Isto porque, na grande maioria dos casos, a morte materna é evitável, dependendo fundamentalmente da existência de serviços de saúde no atendimento à gestante que possam detectar, prevenir e contornar ocorrências como hemorragias, infecções, hipertensão, descolamentos de placenta, abortos e embolias.

O Brasil tem um dos maiores coeficientes de mortalidade materna da América Latina. O aborto provocado e clandestino ocupa, aqui e em outros países onde a interrupção da gravidez é ilegal, quase sempre os primeiros lugares entre as causas de mortalidade e morbidade materna.

Doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)

A incidência de DSTs é um problema de saúde pública que, no caso das mulheres, é fator de risco para o desenvolvimento de problemas sérios, como as doenças pélvico-inflamatórias e o câncer de colo do útero, além de contribuírem para a transmissão de doenças congênitas e má-formação fetal. Além disso, existe uma forte correlação entre a incidência de DSTs e a contaminação pelo HIV-Aids.

É preciso lembrar que, nas mulheres, doenças como condiloma, sífilis e gonorréia são freqüentemente assintomáticas, sendo detectadas apenas por meio de exames ginecológicos e laboratoriais. Tal característica aumenta a vulnerabilidade feminina e ressalta a importância do uso de preservativos como medida preventiva. Sem o uso da camisinha e sem o tratamento adequado, a mulher pode sofrer danos irreversíveis à sua saúde, como a esterilidade. A educação, em termos de prevenção e proteção à saúde, é o mais eficiente caminho no enfrentamento da disseminação de doenças sexualmente transmissíveis. Um outro problema é a automedicação, prática de alto risco e que pode mascarar os sintomas das moléstias.

No Brasil, a Coordenação Nacional de DST-Aids tem envidado esforços no sentido de ampliar e aprimorar as atividades de vigilância sanitária e tratamento das DSTs. Os centros para teste de HIV-Aids do SUS têm operado como locais de detecção e tratamento das DSTs, mas falta maior atenção por parte dos serviços de saúde — sejam eles públicos ou privados — em relação a estas patologias.

A assistência ao pré-natal constitui uma oportunidade de detecção de enfermidades, prevenção e promoção de saúde. Entretanto, a maioria dos obstetras ainda não incorporou uma perspectiva integrada de saúde da mulher e tem resistências quanto a admitir que a vivência da sexualidade, de seus prazeres e riscos, é um aspecto importante da nova condição feminina.

HIV-Aids e as mulheres

No Brasil, como na maior parte do mundo, com exceção da África, a pandemia do HIV-Aids se manifestou, inicialmente, nos chamados grupos de risco (homossexuais, trabalhadores do sexo, usuários de drogas intravenosas e de transfusão sanguínea), sendo percebida pelas sociedades e governos como um problema restrito a esses grupos. Além de produzir estigmas e acentuar preconceitos, essa visão retardou as iniciativas de prevenção voltadas para o conjunto populacional.

Durante toda a década de 80, praticamente não se discutiu a incidência do HIV-Aids entre as mulheres. Atualmente, porém, elas constituem o grupo em que a infecção pelo HIV mais cresce, devido principalmente à contaminação por meio de relações heterossexuais.

Dados do *Boletim Epidemiológico da Aids*, editado pelo Ministério da Saúde, mostram que 45% dos casos de HIV detectados em mulheres, entre dezembro de 1999 e junho de 2000, eram de casadas. No estado de São Paulo, onde a Aids já é a principal causa de morte entre mulheres de 20 a 34 anos, 45% delas têm um único parceiro. A infecção das mulheres pelo HIV ocorre, via de regra, em relações sexuais em que não se faz uso do preservativo e indica a grande dificuldade de elas e seus parceiros chegarem a um acordo quanto a práticas seguras de sexo.

Um aspecto importante da incidência feminina do HIV é a transmissão do vírus da mãe para o bebê, que pode ocorrer durante a gravidez ou na amamentação. Com a realização de pré-natal adequado, com acesso anônimo e gratuito aos exames e com tratamento específico desde o início da gravidez, é possível evitar a transmissão vertical em mais de 90% dos casos.

Câncer de colo uterino

No Brasil, a mortalidade por câncer de colo do útero é alta e continua a crescer, atingindo mulheres de todas as idades. Segundo dados do Ministério da Saúde, em 1997, mais de 80% dos óbitos devido ao câncer cervical — como também é conhecida a doença — foram diagnosticados quando ele já estava adiantado. Esse tipo de câncer é quase que totalmente evitável, pois sua lenta evolução permite que seja detectado em estágios iniciais por meio de um método simples e barato: o exame Papanicolaou. Problemas no parto, curetagens, abortos ou outros procedimentos médicos realizados sem o devido cuidado contribuem para elevar sua incidência.

Embora desde a década de 40 tenham sido feitas campanhas e programas de prevenção, sua amplitude tem sido baixa e os resultados, sofríveis. Em 1998, o Ministério da Saúde implementou o Programa Nacional de Combate ao Câncer Cervical. Foram realizados exames Papanicolaou em mais de 3 milhões de mulheres. Embora tenha sido uma iniciativa pioneira e positiva, registraram-se problemas de continuidade, mais especialmente no quesito acesso ao tratamento daquelas que tiveram diagnóstico de lesões precursoras ou mesmo tumores.

Câncer de mama

Nos países industrializados, o câncer de mama é considerado o maior problema de saúde pública associado a esse tipo de enfermidade. Embora seja uma doença difícil de prevenir, pode ser diagnosticada bem cedo, por meio de mamografias ou ecografias mamárias. Mas o acesso a esses exames pela população feminina desprovida de recursos financeiros é ainda bastante restrito, e a qualidade dos serviços oferecidos varia muito segundo as condições locais de funcionamento do SUS.

Dados referentes às causas de mortalidade feminina no estado de São Paulo, divulgados pela Fundação Seade, mostram que o câncer de mama é a principal *causa mortis* entre mulheres de 15 a 59 anos, e que a incidência nesta faixa etária cresceu 13,8% no período de 1986 a 1995.

Assistência à anticoncepção

O cenário da anticoncepção no Brasil é paradoxal. Por um lado os números refletem a maior autonomia sexual e reprodutiva das mulheres, observando-se um incremento no uso de preservativos e na opção dos homens pela vasectomia. Por outro lado, o uso da pílula diminuiu, e o percentual de esterilizações de mulheres aumentou.

A partir do final da década de 70, a esterilização cirúrgica foi amplamente oferecida, associada à cesariana com pagamento (por fora) ao médico. O acesso aos métodos anticoncepcionais desenvolveu-se principalmente pela via privada, enquanto a realização de esterilizações concentrava-se na rede pública. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), em 1996 o setor privado fornecia 90% das pílulas, 51% dos DIUs, 94% dos injetáveis, 77% dos preservativos e 67% das vasectomias. Mas 70% das laqueaduras haviam sido realizadas em hospitais públicos ou conveniados ao SUS. Na segunda metade da década de 90, registra-se a ampliação sistemática da distribuição gratuita de anticoncepcionais, bem como dos preservativos masculinos e femininos. Além disso, a criação de uma política que permita à família acesso fácil e simplificado aos métodos de anticoncepção temporária garante um maior espaço entre nascimentos e a redução dos métodos cirúrgicos radicais.

Saúde das adolescentes

O problema da gravidez na adolescência ganhou visibilidade nos últimos anos. Grande número de jovens brasileiras têm iniciado muito cedo sua vida sexual e reprodutiva. Via de regra, isto tem ocorrido em condições extremamente desfavoráveis. Em geral os jovens, rapazes e garotas, não recebem as informações e ori-

entações básicas necessárias para que tomem medidas preventivas. Assim, iniciam a nova vida sem uma base de segurança, auto-estima, autonomia e capacidade de discernimento, de modo a preservar sua integridade física e mental. Sobretudo a situação das adolescentes suscita cuidados específicos. Para as que ainda não atingiram a puberdade, a imaturidade do aparelho genital implica maior vulnerabilidade frente às DSTs, ao câncer de colo uterino e à infecção pelo HIV.

Saúde nas etapas pós-reprodutivas da vida

Sabemos que atualmente as mulheres com mais de cinquenta anos estão aptas a viver uma etapa criativa e produtiva de suas vidas profissionais, sexuais e afetivas. Esta é uma boa razão para investir mais na sua saúde física e mental.

O climatério é a fase de transição para a menopausa e se caracteriza pela diminuição gradual da função reprodutiva. Esta fase se inicia por volta dos cinquenta anos, e é uma etapa de grandes mudanças na vida da mulher.

As perdas hormonais, características desse período, podem causar transtornos físicos, além de distúrbios psicológicos e sexuais. É fundamental que as mulheres tenham acesso a uma série de exames, como mamografia, ultra-sonografia pélvica, densitometria óssea, colposcopia e citologia oncológica, dosagem de colesterol, dosagem hormonal, que lhes permitam ser orientadas quanto aos tratamentos e superar essa fase.

A terapêutica mais utilizada para diminuir os incômodos do climatério é a reposição hormonal, mas a literatura científica tem apontado também para os riscos e limites dessa opção. É fundamental, nesse momento, intensificar as abordagens preventivas contra doenças mais graves, como a osteoporose, doenças cardiovasculares, distúrbios vasomotores e patologias neurológicas, como o mal de Alzheimer.

Enfermidades crônico-degenerativas

No Brasil, o índice de óbitos de mulheres com menos de 65 anos em virtude de doenças cardiovasculares é muito superior à observada em outros países. Isto pode ser explicado pelos problemas na qualidade da assistência, principalmente dos serviços de emergência.

Um outro grupo de enfermidades que tem impacto sobre a mortalidade e morbidade feminina no Brasil é o câncer. Embora o câncer cervical e de mama ainda prevaleçam sobre as demais formas da doença, não devem ser minimizadas as incidências do câncer do cólon (reto), estômago e pulmão, que são relativamente mais letais.

A prevalência crescente das doenças cardiovasculares e do câncer tem sido interpretada como efeito da intensa industrialização e urbanização do país, além do envelhecimento populacional. Também devem ser considerados os fatores ambientais, hábitos alimentares e outros, como tabagismo e sedentarismo. O tabagismo é o fator de risco isolado mais importante para explicar o aumento das doenças crônico-degenerativas, inclusive o câncer.

Saúde ocupacional

Persiste na área de saúde um desconhecimento quanto às doenças decorrentes do trabalho contraídas pelas mulheres. Mas algumas pesquisas têm buscado avaliar os efeitos do trabalho noturno, do trabalho informal, do estresse ocupacional e da dupla jornada de trabalho sobre a saúde de mulheres. Os resultados desses estudos têm contribuído para esclarecer a maior prevalência de problemas mentais, sintomas osteomusculares e fadiga em mulheres, quando comparadas aos homens, revelando-se como um caminho promissor na análise das relações entre trabalho e saúde.

Um avanço significativo pode ser identificado nas pesquisas em relação às lesões por esforço repetitivo (LER). Estas lesões estão associadas a atividades profissionais em que predominam mulheres, como é o caso das digitadoras, causando duplo comprometimento, visto que estas profissionais, na sua maioria, têm ainda uma jornada de trabalho doméstico.

Violência doméstica e sexual

Relatório publicado em 1999 pelo Unicef (Fundo das Nações Unidas para a Infância) considera alarmante a violência doméstica, psicológica e sexual contra as mulheres, fenômeno mundial que atinge todas as classes sociais. Em 1990, a OMS (Organização Mundial de Saúde) classificou a violência de gênero como questão de saúde pública, e a violência familiar e sexual como a principal causa de enfermidades psíquicas e emocionais. No entanto, predomina ainda o silêncio e a impunidade em torno dessa questão. Entre os 188 países-membros das Nações Unidas, apenas 44 aprovaram leis específicas contra a violência doméstica.

No Brasil não há estatísticas nacionais, mas dados parciais dão um perfil dessas agressões. As 125 delegacias de defesa da mulher registraram, em 1992, mais de 205 mil casos de agressão contra mulheres. Dessas, 38,5% foram estupro, dos quais 50% ocorreram na família. Em Pernambuco, 70% dos assassinatos de mulheres analisados foram praticados pelos maridos (dados da CPI sobre Violência, divulgados pela ONU e Ministério da Justiça/1998). Entre 1998 e 1999 houve um crescimento de 13,5% no número de assassinatos de mulheres na cidade de São Paulo, colocando o homicídio como uma das dez principais causas da morte de mulher. Em 1992, era a décima oitava causa.

Este é um campo onde muito resta a ser feito. Sem dúvida, as medidas governamentais, legais e jurídicas de prevenção e punição da violência sexual e doméstica precisam ser mais firmes e efetivas. Entretanto, continuam sendo necessárias campanhas específicas de conscientização.

Saúde mental

De acordo com dados do SUS, os internamentos hospitalares apresentam um diferencial marcante entre os sexos na faixa que vai dos 25 aos 40 anos. Nas mulheres eles têm como principal causa os problemas relacionados com a vida sexual e reprodutiva (partos, abortos, doenças ginecológicas). Entre os homens registra-se um número elevado de internamentos psiquiátricos, o que pode levar à conclusão que os transtornos mentais afetam mais os homens.

Embora isto seja verdade, sabe-se também que hoje, no mundo, 70% dos consumidores de remédios psiquiátricos são mulheres. O Brasil não é uma exceção. As mulheres experimentam problemas de saúde mental que podem ser de menor intensidade, mas são permanentes, podendo ter efeitos dramáticos. A prática médica convencional contribui para a manutenção deste quadro, ao privilegiar o uso de medicamentos para o tratamento da ansiedade e da depressão, em lugar de valorizar a mudança de hábitos e do estilo de vida.

Além disto, vem crescendo, entre as mulheres, o alcoolismo e o uso de drogas. No caso brasileiro, é particularmente preocupante o crescimento do uso de drogas entre os mais jovens, constituindo um fator de risco para a transmissão do HIV. Um percentual importante das mulheres soropositivas pertence a este grupo. As ações de promoção da saúde mental são fundamentalmente educativas e preventivas. Mas, para serem eficazes, é crucial superar os preconceitos e a desinformação, particularmente por meio de métodos de prevenção e tratamento do alcoolismo e da dependência química de modo geral.



**POR QUE AS
EMPRESAS DEVEM
INVESTIR NA
SAÚDE DA
MULHER?**

- 
- Porque a mulher é diferente
 - Porque é um fator de sucesso
 - Porque é fator de satisfação
 - Porque valoriza a imagem corporativa

Porque a mulher é diferente

Biologicamente diferente do homem, a mulher ovula, menstrua, dá à luz, amamenta e entra na menopausa. Durante muito tempo ela foi vista somente como um ser reprodutor, merecendo atenção apenas na gravidez. Além dos aspectos biológicos, é imprescindível entendê-la sob a ótica da sua história cultural, social e econômica e de seu espaço de atuação na vida privada e pública. Apesar do progresso técnico-científico, vivemos ainda num contexto de desigualdades, marcado por uma herança patriarcal de discriminação baseada fundamentalmente na subordinação feminina. A vida da maioria das mulheres continua assinalada pela falta de poder e informação sobre si mesma, pelo medo, pela dependência, pelas limitações e baixa auto-estima. Isto deve ser considerado pela empresa quando da formulação de um programa de atenção integrada à saúde da mulher.

Porque é um fator de sucesso

O investimento expressivo na saúde da mulher é um componente cada vez mais generalizado entre as empresas socialmente responsáveis. Isto ocorre pelo fato de que essa iniciativa fortalece a sustentabilidade da atividade produtiva para grande parte das empresas.

Além do mais, é um tipo de ação que tem reflexos na rentabilidade dos negócios, uma vez que, a médio e longo prazos, os custos de prevenção são menores que as despesas resultantes de problemas de saúde para os quais não houve uma ação preventiva. As doenças impactam a empresa não só com os custos de seu tratamento, mas também por suas conseqüências, como o absenteísmo e a perda de produtividade.

Porque é fator de satisfação

Para a grande maioria das pessoas a saúde é vista como condição fundamental de satisfação. A empresa que oferece para suas funcionárias um programa de saúde aumenta o vínculo delas com a organização, produzindo maior confiança e aderência a seus objetivos. Como consequência indireta, a empresa pode vir a ter redução da rotatividade de pessoas e menor vulnerabilidade, já que grande parte desse investimento responde a exigências legais.

Porque valoriza a imagem corporativa

A imagem corporativa é um dos patrimônios mais importantes de uma organização. O investimento em saúde da mulher — seja no atendimento às suas funcionárias, no apoio a programas comunitários ou em parcerias com ações governamentais — faz com que a imagem da empresa seja percebida de forma positiva.

A tendência de fortalecimento dos direitos das mulheres permite acreditar que a valorização de imagem da empresa estará cada vez mais ligada aos investimentos que as organizações fizerem em áreas como a da saúde da mulher.



**COMO SUA
EMPRESA PODE
INVESTIR NA
SAÚDE DA
MULHER?**

- 
- **Maior investimento**
 - **Educação continuada**
 - **Promoção da saúde**
 - **Valorização da gravidez e da maternidade**
 - **Planejamento familiar e contracepção**
 - **Incentivo à amamentação**
 - **Prevenção do câncer de colo do útero e de mama e das DSTs, inclusive do HIV-Aids**
 - **Erradicação da violência doméstica e sexual**
 - **Projetos para adolescência e juventude**
 - **Parcerias com políticas e programas governamentais**
 - **Parcerias com a sociedade civil**
 - **Parcerias com a comunidade**

Os programas de promoção da saúde das mulheres devem privilegiar as ações preventivas, considerando os seus ciclos de vida, e enfatizar as ações educativas, fundamentais para derrubar mitos e tabus.

Também é necessário identificar as novas demandas e prioridades determinadas pelo cenário sociodemográfico e epidemiológico atual. Ganham importância as necessidades e demandas em saúde sexual, especialmente a prevenção e tratamento das DSTs, com atenção particular para o HIV-Aids. Por outro lado, é preciso promover ações voltadas para os aspectos que estão relacionados com a faixa etária madura da população feminina, como é caso do climatério e das enfermidades crônico-degenerativas. Também não se deve — em razão do envelhecimento proporcional da população — minimizar o peso relativo do grupo jovem (15 a 24 anos). Neste campo, a mídia e outros setores têm privilegiado debates e iniciativas em relação à gravidez precoce. Contudo, uma perspectiva integrada de saúde exige que outros aspectos da vida das mulheres jovens sejam contemplados, como a prevenção das DSTs, inclusive HIV-Aids, do uso de drogas e aspectos relacionados à saúde mental.

Maior investimento

A ampliação sistemática da participação das mulheres no mercado de trabalho também exige maior investimento nas questões relacionadas à saúde do trabalho, em especial no que diz respeito a novas enfermidades. Algumas delas, como a LER (lesão por esforço repetitivo), estão associadas a condições ou processos inadequados da atividade exercida. Outras são decorrentes de condições ambientais precárias, que devem ser corrigidas.

As empresas têm adotado diversos formatos na atenção à saúde: de consultórios dentro da empresa até convênios com seguradoras que operam com a rede privada de saúde. Também se verificam casos de parcerias com governos ou ONGs (organizações não-governamentais). Em todas estas situações deve prevalecer o critério da qualidade e de adequação dos serviços às especificidades e necessidades do público a ser atendido. É fundamental, portanto, que as organizações avaliem sistematicamente a qualidade dos serviços que estão sendo oferecidos às mulheres que nelas trabalham.

Educação continuada

É importante desenvolver programas de educação continuada para as mulheres, voltados para suas necessidades de informação a respeito da saúde. Eles podem enfocar temas diversos, e é aconselhável que, nos casos pertinentes, o protagonismo dos homens e sua participação sejam estimulados. Alguns temas sugeridos: “o que é saúde da mulher”, “mudança de hábitos e seus impactos sobre a saúde”, “prevenção das DSTs e Aids”, “anticoncepção: responsabilidade das mulheres?”, “cuidados pós-aborto”, “climatério, menopausa e andropausa”, “problemas cardíacos e circulatórios”.

Promoção da saúde

Oferecer assistência médica à mulher, mantendo clínico geral e ginecologista no local de trabalho, além de outras especialidades, pode exercer impacto altamente positivo na qualidade de vida de suas funcionárias e, conseqüentemente, no dia-a-dia de sua empresa. Aconselhamento, informação, educação, comunicação, atendimento pré e pós-natal, coleta de exames são alguns dos grandes benefícios que realmente podem agregar valor na relação de trabalho.

Além do tratamento das doenças, há muitas ações preventivas que podem ser realizadas por esses profissionais, visando a mudança de hábitos e de estilo de vida:

- ações de redução e prevenção do alcoolismo, tabagismo e usos de drogas;
- estímulo ao exercício físico, que pode ser efetivado por meio de pausas coletivas para caminhadas, relaxamento, alongamento e ioga;
- estímulo à mudança dos hábitos alimentares, que, em muitos casos, também pode ser proporcionada pela própria alimentação fornecida pela empresa.

Valorização da gravidez e da maternidade

As empresas devem criar um ambiente favorável à maternidade, quando esta for a escolha de suas funcionárias. Assim, deve-se priorizar projetos internos de valorização das opções em torno da gravidez e da maternidade, apoiar projetos governamentais de combate à mortalidade materna e desenvolver programas internos de cuidados especiais quando a gravidez da funcionária for de alto risco.

Planejamento familiar e contracepção

A Lei do Planejamento Familiar prevê a obrigatoriedade de as instituições públicas de assistência à saúde colocarem à disposição das mulheres e dos homens informações confiáveis e métodos seguros de contracepção. A empresa pode agir de modo complementar, assegurando que suas funcionárias e as mulheres das comunidades com as quais convive tenham informações sobre como ter ou não filhos, e os cuidados que devem tomar, seja qual for sua escolha. O amplo acesso a serviços e métodos contraceptivos desejados, planejados e adequados estará melhorando a condição da mulher em sua saúde reprodutiva.

Alguns métodos mais seguros e recomendados pelos órgãos públicos de saúde, como contraceptivos orais, camisinha, diafragma, DIU (dispositivo intra-uterino), vasectomia, ligadura de trompas, desde que sejam de livre decisão do casal, devem ser cuidadosamente considerados nas avaliações entre médico e mulher/casal.

Incentivo à amamentação

O apoio e a participação de campanhas de estímulo à amamentação e ao acolhimento social das crianças são importantes para seu desenvolvimento e, indiretamente, para toda a comunidade.

As empresas podem:

- trabalhar internamente as mentalidades, criando um ambiente favorável à amamentação, incluindo, por exemplo, a Semana da Amamentação (de 1º a 7 de outubro) na agenda social da empresa;
- oferecer estrutura adequada para que as mães possam amamentar no local de trabalho;

instalar e manter um berçário e uma creche dentro da empresa, ou viabilizar alternativas adequadas, caso isto não seja possível. A diferença é grande entre deixar o bebê aos cuidados de alguém ou tê-lo por perto. Organizações que oferecem berçário ou creches em suas dependências observam a grande satisfação das funcionárias e, como resultado, maior produtividade no trabalho.

Prevenção do câncer de colo do útero e de mama e das DSTs, inclusive do HIV-Aids

Cabe à empresa buscar a parceria com setores governamentais e com ONGs que elaboraram trabalhos nessas áreas, desenvolvendo estratégias de informação e conscientização dos funcionários sobre as atitudes preventivas, com o devido destaque para o uso de preservativos e outros cuidados necessários.

A organização pode ajudar a reduzir os índices de câncer de mama e de colo do útero, atualmente entre as principais causas de mortalidade feminina no país, mediante campanhas de comunicação interna e externa, distribuição de folhetos em suas comunidades e programas de educação. São ações importantes para sensibilizar e informar sobre a prevenção dessas doenças.

Deve-se priorizar os investimentos em campanhas educativas internas, que envolvam tanto os homens quanto as mulheres, visando sobretudo o estímulo ao sexo seguro, a mudança de comportamentos para eliminar estereótipos de gênero e desmistificar os medos e preconceitos que pairam em torno dessas doenças (seria recomendável incluir na temática o câncer de próstata).

Erradicação da violência doméstica e sexual

Para combater todas as formas de violência que atingem as mulheres, as empresas podem:

- Promover uma auto-avaliação para localizar possíveis traços identificáveis com a cultura da violência e da discriminação: propagandas que explorem a imagem da mulher como objeto sexual, propagandas de conteúdo machista ou racista, padrões discriminatórios no relacionamento entre hierarquias etc.
- Procurar fazer um diagnóstico dos tipos de violência mais comuns que ocorrem na empresa ou na(s) comunidade(s) onde ela se encontra instalada. Este diagnóstico pode orientar as ações educativas e preventivas.
- Inserir este tema nas atividades educativas e dinâmicas grupais, visando tanto a mudança de comportamentos estereotipados como a descoberta coletiva de caminhos para combater a violência. Alguns temas sugeridos: “imagem das mulheres na mídia e violência”, “violência doméstica e sexual, silêncio e impunidade”, “importância da educação no combate à violência”, “assédio sexual e outras formas de violência no ambiente de trabalho”, “diversidade e discriminação de gênero”.

Projetos para adolescência e juventude

Também são muito relevantes os projetos de educação sexual para jovens e adolescentes, baseados no direito ao exercício da sexualidade e nos direitos reprodutivos, com oferta das informações necessárias para que possam experimentar este aspecto da vida de forma prazerosa e sem riscos.

É importante que se aborde o sexo seguro, voltado para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, inclusive Aids, além dos diversos métodos anticoncepcionais.

Parcerias com políticas e programas governamentais

As organizações que optarem por investir em saúde da mulher poderão dispor de pesquisas e diagnósticos consistentes em relação a elas. Além disso, contarão com muitas oportunidades para estabelecer parcerias, quer seja com programas governamentais, quer seja com iniciativas não-governamentais.

Muitas das leis e resoluções que regem as relações trabalhistas não estão implementadas na prática. É preciso que as empresas sejam aliadas neste processo, abrindo possibilidades e levando essas práticas para o seu cotidiano. O mesmo se aplica à legislação existente sobre a saúde da mulher. Neste caso, cabe às empresas implementar efetivamente normas legais que dizem respeito a questões de saúde no mundo do trabalho. Também é fundamental buscar parcerias com mecanismos institucionais do governo: conselhos da mulher, delegacias da mulher, comitês de mortalidade materna, programas de saúde da mulher e de adolescentes, escolas e universidades públicas, institutos de pesquisa.

Especificamente em relação à política de saúde da mulher, as empresas (sobretudo aquelas cujas trabalhadoras recorrem ao SUS) devem participar dos conselhos de saúde nos seus diferentes níveis (hospitalares, distritais, municipais, estaduais e nacional). Também devem estimular a participação de suas funcionárias, pois é nessas instâncias de controle social que são definidas as prioridades e discutidos os problemas de acesso e qualidade do SUS.

Um outro terreno de parceria estratégica pode ser explorado junto aos programas de atenção básica (Programa Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde) no que se refere à produção de materiais educativos para promoção e prevenção em saúde. As empresas podem ainda promover atividades conjuntas ou apoiar programas voltados para as comunidades.

Parcerias com a sociedade civil

É fundamental identificar e conhecer os trabalhos que estão sendo desenvolvidos pelas ONGs mais próximas (geograficamente ou em termos de temática) para identificar possíveis parcerias.

Muitas delas produzem materiais educativos, distribuem periódicos, possuem sites na internet. A empresa pode acompanhar os conteúdos tratados nesses materiais, enriquecendo, assim, sua informação. Também é aconselhável desenvolver a receptividade com relação às demandas e propostas que partem das ONGs. Boas parcerias podem advir deste diálogo.

Parcerias com a comunidade

Os esforços desenvolvidos pelas empresas em termos de campanhas educativas e divulgação de informações podem e devem ser estendidos às mulheres e jovens das comunidades. Na maioria dos casos, estes dois grupos experimentam as mesmas necessidades e aspirações em relação à saúde.

As iniciativas desenvolvidas pelas organizações junto às comunidades devem evitar a duplicação de esforços e competição com programas governamentais existentes. Por exemplo, nos locais onde os programas de promoção e prevenção à saúde do SUS têm bom desempenho, mais vale apoiá-los que investir em iniciativas próprias. É sempre bom lembrar que uma parcela importante dos problemas de saúde das mulheres se resolve, de forma mais eficaz, com ações de saúde pública do que a partir de projetos isolados.

Isto não significa que as empresas não possam fazer investimentos singulares que tenham sua marca. Há sempre espaço para intervenções em relação a problemas que não estão sendo adequadamente cobertos pela política pública.

Muitas organizações não-governamentais desenvolvem programas comunitários exemplares que podem ser adotados e ampliados com apoio empresarial.



**O QUE ALGUMAS
EMPRESAS ESTÃO
FAZENDO
PELA SAÚDE
DA MULHER**

- 
- _____ **Abril**
 - _____ **AGF Seguros**
 - _____ **Avon**
 - _____ **Azaléia**
 - _____ **Fersol**
 - _____ **Intermédica**
 - _____ **Natura**
 - _____ **Organon**
 - _____ **Pão de Açúcar**
 - _____ **Rede Globo**

A Editora Abril possui várias revistas dedicadas à mulher. Por isso investe em pesquisas que visam ampliar o conhecimento do universo feminino. Os cuidados com sua própria saúde, a geração de crianças saudáveis e a manutenção da saúde da família são preocupações que se manifestam significativamente entre leitoras de publicações como *Claudia*, *Saúde! É Vital* e *Viva! Mais*, esta última voltada às mulheres de baixa renda, com preço de R\$ 1,00.

Em junho de 2000 foi implantado na empresa o programa pós-parto, que permite às mães solicitarem em suas casas, durante o período de licença-maternidade, o auxílio de uma profissional de enfermagem da equipe de saúde ocupacional da empresa, que pode detectar casos de depressão pós-parto, muito comuns, além de orientar e solucionar dúvidas quanto aos cuidados com a própria mãe e seu bebê.

Telefone: (11) 3037-2035

Site: www.abril.com.br

AGF Seguros

A AGF Brasil Seguros mantém desde 1994 uma creche comunitária em um bairro da Zona Leste de São Paulo, atendendo duzentas crianças carentes. Trabalho realizado por funcionários voluntários constatou que essas crianças apresentavam atraso no desenvolvimento intelectual, além de anemia e desnutrição, devido a problemas no relacionamento familiar, ausência da figura paterna e às más condições de habitação, alimentação e higiene. Baseada nessas informações, a empresa aplicou um programa de seis meses com as mães, usando recursos da neurolingüística e tratando de aspectos como auto-estima, comunicação interpessoal, integração familiar, vínculo afetivo, crenças e valores. O resultado foi o aumento do interesse das mães por suas crianças, observando-se sensível melhora no desempenho e no desenvolvimento da autoconfiança entre as crianças que apresentavam problemas.

Telefone: (11) 3171-6647

Site: www.agf.com.br

Em todos os 139 países em que a Avon atua, ela desenvolve programas com o objetivo de melhorar a condição da mulher e satisfazer suas aspirações e necessidades. No Brasil, o Programa Saúde Integral da Mulher, desenvolvido a partir 1994, obteve resultados positivos ao disseminar informações de saúde por intermédio das 650 mil revendedoras autônomas da empresa. Elas atuam como multiplicadoras do programa, resultado de seu contato estreito com as clientes e com as gerentes de setor. Estas, por sua vez, recebem treinamento específico, desenvolvido por médicas e psicólogas, e coordenam grupos de cerca de mil revendedoras autônomas. O programa permitiu a participação de mais de 5 mil mulheres em oficinas, além da distribuição de 500 mil cartilhas com informações sobre métodos anticoncepcionais, DSTs, gravidez, menopausa, sexualidade e câncer. Esse trabalho propiciou às revendedoras a oportunidade de discutir em grupo suas dúvidas, além de se sentirem valorizadas e respeitadas pela empresa, mesmo sem ter vínculo empregatício direto.

Em sua segunda fase, as informações contidas na cartilha foram sintetizadas no formato de programas de rádio, em um CD, e agora também estão disponíveis para ONGs e demais instituições interessadas na disseminação da prevenção de doenças.

Internamente, o Programa Saúde Integral da Mulher foi aplicado às funcionárias, e em junho de 2000 foi implantado um ambulatório ginecológico. Nele as funcionárias aprendem a fazer o auto-exame de mamas e são incentivadas a realizarem exames preventivos regularmente. A Avon mantém berçários em São Paulo e em Osasco, atendendo crianças de até dois anos, que ficam aos cuidados de uma auxiliar de enfermagem e berçaristas sob a supervisão de um pediatra, que acompanha o desenvolvimento dos bebês semanalmente. A empresa também promove cursos para gestantes direcionados às funcionárias e distribui, via revendedoras, uma cartilha sobre os direitos da mulher.

Telefone: (11) 5546-7122

Site: www.avon.com.br

Azaléia

A indústria de calçados Azaléia realiza um trabalho de planejamento familiar promovendo a paternidade e a maternidade responsáveis. Em decorrência disso, a empresa está conseguindo manter uma taxa de fecundidade média de dois filhos por casal entre seus funcionários.

A empresa proporciona às suas funcionárias exames periódicos para prevenção do câncer de mama e de colo uterino, além de cursos e acompanhamento odontológico para gestantes, funcionárias ou esposas de funcionários. Mantém um Centro de Educação Infantil para crianças de três meses a seis anos, atendendo atualmente 615 crianças. Às mães é reservado o espaço para amamentar três vezes ao dia, por um período de 45 minutos em cada amamentação.

A Azaléia, localizada no município de Parobé (RS), procura estimular suas funcionárias a atuar como agentes multiplicadoras de seus programas na cidade, divulgando os conteúdos dos cursos e as orientações internas para as associações de bairro, comunidades religiosas, escolas e outras organizações.

Telefone: (51) 543-1000

Site: www.azaleia.com.br

A Fersol, indústria química, mantém um mínimo de 50% de mulheres em seu quadro de funcionários. Esta política teve início como uma ação afirmativa. As aptidões são o motivo de escolha no processo de seleção, porém se os candidatos finais são um homem e uma mulher, a mulher terá preferência, mesmo que sua qualificação seja um pouco inferior ao perfil requerido (80/90%). Não havendo candidatas com os perfis requeridos, a Fersol sai à procura de associações e instituições que possam oferecer essas candidatas. O mesmo aplica-se para as minorias, negros e portadores de deficiências.

A empresa é favorecida, à medida que cria uma diversidade e pluralidade saudável em seus quadros. Na Fersol há mulheres trabalhando em áreas geralmente destinadas exclusivamente aos homens, como o manuseio de empilhadeiras, almoxarifado, manutenção, processos industriais e *utilities* (utilidades). O mesmo raciocínio é aplicado para funções que oferecem perigo, pois a solução está em prevenir e controlar minuciosamente estas atividades. A Fersol estabelece suas medidas tendo a mulher como parâmetro, o que beneficia indiretamente também os homens.

São oferecidas às funcionárias palestras com ginecologistas, obstetras, psicólogos e sociólogos, sobre planejamento familiar, doenças da mulher, doenças sexualmente transmissíveis, entre outros, além de debates relacionados aos direitos da mulher. Estas atividades são freqüentemente realizadas na empresa às sextas-feiras à tarde, quando toda atividade empresarial é paralisada. A Fersol também favorece a amamentação durante os seis primeiros meses da criança.

Telefone: (11) 4026-1200 (Diretoria)

Site: www.fersol.com.br

Intermédica

O Grupo Notre Dame/Intermédica realiza, desde 1982, trabalhos especiais de orientação e prevenção para a saúde das mulheres, que abrangem funcionárias, associadas e comunidades carentes em municípios de São Paulo, Grande São Paulo, Sorocaba e Jundiaí. A participação das associadas e de mulheres da comunidade no Programa de Medicina Preventiva vem crescendo a cada ano. Em 2000, a Divisão de Medicina Preventiva ofereceu mais de 1,7 milhão de orientações a respeito de: climatério/menopausa, osteoporose, prevenção do câncer ginecológico, TPM, planejamento familiar, gestação/puerpério, amamentação, higiene feminina, entre outras. Além disso, formou mais de 3.258 grupos de discussão e realizou palestras para um total de 47.679 participantes. Essas medidas de prevenção resultam em benefícios diretos à saúde e trazem significativa melhoria na qualidade de vida das pessoas.

Anualmente são realizadas mais de 70 mil orientações direcionadas às mulheres. O Programa Materno-Infantil é voltado para recém-nascidos, crianças e adolescentes, realizando cursos sobre planejamento familiar e orientação para adolescentes sobre DSTs e gravidez.

O Programa de Aleitamento Materno vem sendo desenvolvido desde 1994 e tem como foco o incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses e a complementação até os dois anos da criança. O Programa promove encontros semanais para os casais, fornecendo informações sobre alimentação, exercícios para gestantes, modificações físicas e psicológicas ao longo da gravidez e pós-parto e cuidados com o bebê. As mulheres que trabalham recebem orientação especial sobre a retirada do leite materno e seu congelamento e estocagem, para ser oferecido ao bebê durante a ausência da mãe.

A meta do Programa de Aleitamento Materno é aumentar a quantidade de mulheres que saem do hospital amamentando, utilizando a prevenção e educação, além de estimular de forma integral o bem-estar físico, psicológico e intelectual da mulher.

Telefone: (11) 3866-1000 (Medicina Preventiva)
Site: www.intermedica.com.br

A empresa de cosméticos Natura procura transformar a busca da beleza em um instrumento para o aperfeiçoamento das pessoas, lidando com o tempo, e não contra ele. Em 1992, foi criada a linha Chronos Tratamento Anti-Sinais, cujo lançamento explorou corajosamente o lado positivo do amadurecimento da mulher. Para a campanha publicitária, foram selecionadas mulheres comuns, potenciais usuárias com idade entre trinta e sessenta anos, em vez de modelos profissionais. Suas falas nas propagandas veiculadas revelam pessoas seguras e de bem com a vida, conscientes de sua beleza e orgulhosas de sua idade. Lançada em 1995 com o título Mulheres Bonitas de Verdade, a campanha foi uma grande inovação na indústria cosmética, que tradicionalmente utiliza modelos jovens e bonitas para se dirigirem às mulheres de quarenta anos.

Telefone: 0800-115566 (Serviço Natura de Atendimento ao Consumidor — SNAC)
Site: www.natura.net

Organon

A empresa Organon do Brasil Ltda., por ser produtora de hormônios utilizados para contracepção, tratamento da infertilidade e reposição hormonal, é reconhecida pela classe médica como uma das organizações mais comprometidas com a saúde da mulher, pois a assiste desde a adolescência até a menopausa.

Em 1998, com objetivo de transmitir informações sobre o corpo e sexualidade, a Organon lançou o programa Help Line. Por meio de telefone, fax, internet ou carta, o adolescente entra em contato com uma equipe de psicólogos onde, de uma maneira responsável, pode falar, questionar e tirar dúvidas sobre sexualidade. Este mesmo serviço é oferecido a educadores que trabalham com o tema.

A equipe de psicólogos, orientada por um médico especialista na área, está capacitada para abordar assuntos como a prevenção das DSTs. Faz parte também do programa promover eventos e fornecer material didático para escolas e educadores sobre a educação sexual dos adolescentes.

O Help Line atua também dentro da Organon, orientando pais de adolescentes e promovendo a sexualidade saudável entre os funcionários, contribuindo para acabar com preconceitos e reforçar a auto-estima. Palestras e dinâmicas de grupo são oferecidas durante o horário de trabalho, de forma que todos os funcionários possam participar.

O Ligue Viva é um outro produto do Help Line, onde, por intermédio de uma linha 0800, as mulheres recebem informações sobre menopausa e terapia de reposição hormonal. Quando a mulher vai iniciar o tratamento de reposição hormonal, ela poder ser cadastrada no serviço pelo seu próprio médico, e a Organon envia para a casa dela um kit contendo uma fita de vídeo com explicações sobre as fases e tratamento do climatério e de reposição hormonal.

Para mulheres que estão iniciando o tratamento com anticoncepcional oral, a Organon, quando solicitado pelo médico, envia para o consultório um kit contendo uma amostra do medicamento e uma fita explicativa sobre métodos contraceptivos.

Telefones:

Help Line: 0800-552590 • Ligue Viva: 0800-7045900 • Adolescente: 0800-115171

Sites: www.organon.com.br • www.falateen.com.br • www.falaeducador.com.br

Pão de Açúcar

O Grupo Pão de Açúcar ofereceu centenas de oportunidades de emprego para donas-de-casa, a maioria delas na terceira idade, com a criação das funções remuneradas de “pesquisadora” e “empacotadora” na sua rede de supermercados. Esse contingente feminino, pouco absorvido pelo mercado, teve a grande oportunidade de participar do convívio social no ambiente de trabalho, além de obter uma renda própria.

Internamente, o Grupo Pão de Açúcar pensa em colocar em prática um projeto de incentivo ao aleitamento materno. O projeto visa disponibilizar um local adequado para o armazenamento do leite durante o expediente.

Telefone: (11) 3886-0533

Site: www.grupopaodeacucar.com.br

Rede Globo

A Rede Globo busca assumir um compromisso social com as comunidades onde atua e com sua equipe de trabalho, onde a funcionária é vista dentro de uma perspectiva integral, que engloba aspectos profissionais, pessoais, sociais e de saúde.

A empresa estabelece convênios para disponibilizar serviços de creches, escolas e cursos de idiomas. Campanhas informativas e preventivas, ao longo do ano, conscientizam as funcionárias sobre temas como câncer do colo uterino, auto-exame de mama e doenças ginecológicas. O médico interno realiza exames periódicos, permitindo o diagnóstico precoce dessas doenças, fator fundamental para o sucesso do tratamento.

Entremeando a programação da TV, foram feitas, em 2000, cerca de 232 mil inserções comerciais de utilidade pública em todo o país, entre campanhas próprias e de terceiros, correspondendo a mais de 65 milhões de reais em espaço publicitário investidos em informações e apoio às comunidades. Somente sobre os temas amamentação e câncer de mama foram quase 14 mil inserções, a que se somam outras campanhas direcionadas ao público feminino.

As novelas da Globo também abrem espaço em suas tramas para a discussão de questões importantes para a sociedade — o chamado merchandising social. Em 2000, foram abordados temas como igualdade entre sexos, saúde sexual e reprodutiva, cuidados na gravidez e formação profissional da mulher.

Telefone: (21) 2540-2945 (Central Globo de Comunicação)

Site: www.redeglobo.com.br/balancosocial



**O QUE MAIS PODE
SER FEITO
PELA SAÚDE
DA MULHER**

- 
- **Analfabetismo e escolaridade**
 - **Valorizar a diversidade e a humanização das relações**
 - **Ação afirmativa: a experiência internacional**
 - **Organizações de mulheres**
 - **Reconhecer a mulher consumidora**

O investimento em saúde da mulher deve considerar a condição feminina na sociedade contemporânea e deve ser visto como parte dos esforços para assegurar a equidade entre os gêneros. Especialmente em países como o Brasil, marcados pela desigualdade social, as mulheres enfrentam entraves e desafios específicos, que as colocam em situações distintas daquelas experimentadas pelos homens. Essa condição manifesta-se em diferentes aspectos e exerce forte influência sobre a saúde da mulher, uma vez que determina o contexto em que se dá sua vida cotidiana.

Analfabetismo e escolaridade

Na educação, pode-se considerar que praticamente não existem barreiras de gênero em termos de acesso ao sistema escolar. Embora o Brasil apresente uma das maiores taxas de analfabetismo da América Latina, o número de analfabetas não é maior que o de homens nessa condição. Quanto à escolarização, dados da Fundação Carlos Chagas referentes a 1998 indicam que as mulheres representavam 57% entre os estudantes do segundo grau e do ensino superior.

Entretanto, os índices educacionais revelam a permanência de uma perversa desigualdade que atinge a população negra, principalmente as mulheres. Segundo o IBGE (PNAD, 1997), a taxa de analfabetismo entre a população branca era de apenas 9%, enquanto a da população afro-descendente era de 22%. Esse padrão de desigualdade se reproduz entre as mulheres.

O relativo equilíbrio entre os gêneros no que diz respeito à formação escolar não se reflete, entretanto, no plano da remuneração do trabalho. Nas seis principais regiões metropolitanas brasileiras, dados do IBGE mostram que o rendimento salarial médio das mulheres corresponde a 67% do dos homens.

É inegável que a mulher ocupa hoje um novo posicionamento social, embora ainda limitado. Diversas situações de discriminação e subordinação a que estão submetidas continuam a se manifestar. As precárias condições de vida impostas a grande parte das mulheres negras, expressão de um “racismo” indigno, requerem urgente transformação e exigem um claro posicionamento nesse sentido.

Para as empresas, investir na alteração da condição feminina significa também contribuir, mesmo que indiretamente, para que as mulheres tenham plena condição de desenvolvimento físico e intelectual, expressão da saúde de forma mais completa e acabada.

Valorizar a diversidade e a humanização das relações

Este é certamente um enorme desafio. Mas esforços no sentido de garantir uma composição plural no quadro de funcionários constituem investimentos no sentido de aumentar a competitividade e a produtividade empresarial. As sociedades contemporâneas são crescentemente heterogêneas. As empresas que não conseguem interiorizar esta diversidade perdem a chance de otimizar o potencial de versatilidade que ela proporciona e, sobretudo, podem perder espaço nos mercados de consumo. A experiência internacional indica que quando estratégias de valorização da pluralidade são adotadas, amplia-se a capacidade empresarial para gerar novas soluções. Para integrar a perspectiva de respeito e valorização da diversidade é preciso, antes de qualquer coisa, identificar e corrigir situações e atitudes que favorecem o preconceito e a discriminação. É fundamental que as empresas assumam o tratamento igualitário e a humanização das relações como um campo estratégico de investimento institucional.

Quanto às mulheres, especificamente, as desvantagens que experimentam em relação aos homens, bem como as situações de discriminação e abuso que ainda não foram eliminadas, exigem políticas afirmativas que busquem superá-las. Assim, as empresas devem:

- Criar uma política interna para as contratações que garanta uma análise isenta dos pedidos de emprego, de forma que o processo de seleção não seja um meio de discriminação.
- Adotar horários flexíveis para que as mulheres possam equilibrar a dedicação ao trabalho com as responsabilidades domésticas.
- Estabelecer uma política de incentivo à promoção das mulheres para as posições de chefia e à sua participação nas decisões importantes da empresa (mudanças tecnológicas, reestruturação para melhoria do desempenho etc.).
- Promover a equiparação salarial entre mulheres e homens com o mesmo nível de competência e qualificação.

- Desenvolver um ambiente de trabalho norteado pela valorização da diversidade, com práticas e diretrizes que promovam mudanças de atitudes e eliminem o preconceito sexual e racial, estereótipos e tabus, onde existirem.
- Promover debates e atividades de sensibilização em todos os escalões (diretoria e empregados/as).

Ação afirmativa: a experiência internacional

O livro *Mulher e Trabalho: Experiências de Ação Afirmativa*, editado pela professora Paola Capellin, analisa experiências de ação afirmativa implementadas na Europa e nos Estados Unidos. Num dos artigos publicado, o presidente da AT&T nos diz que “a ação afirmativa não é apenas o que é o correto fazer, mas uma necessidade empresarial”, já que grupos como o das mulheres constituem segmentos importantes da força de trabalho e do mercado de consumo dos Estados Unidos e do resto do mundo. Na União Européia, todas as propostas de políticas públicas são hoje examinadas do ponto de vista do seu impacto sobre as mulheres e as relações de gênero. O *mainstreaming*, ou incorporação da perspectiva de gênero na formulação e implementação de políticas e estratégias de ação do setor privado, está sendo adotado pelas mais diversas instituições européias.

O livro também desmistifica a percepção de que as políticas de ação afirmativa geram discriminação às avessas, ou de que “forçam” a contratação de pessoas não qualificadas. A ação afirmativa foi concebida para corrigir decisões de contratação que nem sempre são tomadas com base no critério de mérito, mas determinadas por percepções distorcidas acerca da capacidade dos indivíduos. As medidas de ação afirmativa nunca propuseram que os empregadores devam contratar pessoas que não possuem a qualificação necessária. Ao contrário, elas preconizam o desenvolvimento e a adoção de metodologias de seleção e contratação que permitam identificar indivíduos capacitados que, em virtude das distorções e preconceitos — presentes nos modelos convencionais de gestão dos recursos humanos —, poderiam ser excluídos ou ficar mal posicionados.

Organizações de mulheres

Desde a década de 80 tem crescido, no país, o número de entidades da sociedade civil com atividades no âmbito da saúde. Entre elas, as organizações de mulheres são numerosas e diversas: ONGs e grupos comunitários, mulheres organizadas em partidos ou sindicatos, pesquisadoras, profissionais de saúde. Essas organizações cobrem um amplo leque temático: direito à saúde reprodutiva, humanização do parto, cuidados pós-aborto, violência doméstica e sexual, DSTs/Aids, saúde comunitária e preventiva, educação sexual.

Seu trabalho dirige-se a um público diverso: populações negras ou indígenas, mulheres das periferias urbanas, trabalhadoras rurais, urbanas, do sexo, domésticas, com deficiência, jovens e adolescentes, idosas, estudantes e instituições educacionais dos diferentes níveis, inclusive universidades.

As organizações já estão articuladas em redes nacionais e também mantêm vínculos e comunicação com redes internacionais. Em 1991, foi fundada a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, que reúne mais de duzentas associadas (entre pessoas e instituições). Em 1995, foi criada a Articulação de Mulheres Brasileiras, que congrega fóruns de mulheres de todos os estados.

O investimento empresarial em projetos e parcerias com as organizações de mulheres voltadas para as questões de saúde ou de gênero tem se mostrado uma maneira profícua de efetivar contribuições nessas áreas.

Reconhecer a mulher consumidora

Um importante espaço conquistado pelas mulheres diz respeito ao seu papel de consumidoras. Na esfera familiar, elas têm desempenhado uma função fundamental no que se refere às relações de consumo, mesmo quando não são as principais provedoras. Embora a publicidade ainda enfatize a figura da mulher como compradora de alimentos, cosméticos, roupas e artigos do lar, ela hoje também decide sobre a compra de bens como carros e casas, além de ter aumentado sua participação no mercado de serviços financeiros e viagens.



**FONTES
BIBLIOGRÁFICAS E
OUTRAS
REFERÊNCIAS**

- 
- Livros
 - Publicações e relatórios
 - Textos divulgados em CD-Rom
 - Referências na internet
 - Conferências e seminários

- DELGADO, Dídice; CAPPELLIN, Paola; SOARES, Vera (orgs.). *Mulher e Trabalho: Experiências de Ação Afirmativa*. São Paulo, Boitempo Editorial, 2000.
- FERNANDES, César Eduardo; MELO, Nilson Roberto de; WEHBA, Salim. *A Travessia: Como a Mulher Pode Viver Melhor Depois dos 40*. São Paulo, Limay Editora, 1999.
- GALVÃO, Loren; DÍAZ, Juan (orgs.). *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil*. São Paulo, Hucitec/Population Council, 1999.
- GIFFIN, Karen; COSTA, Hawker (orgs.). *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1999.
- ISRAEL, Giselle; DACACH, Solange. *As Rotas do Norplant: Desvios na Contracepção*. 1ª ed. Rio de Janeiro, Redeh, 1995.
- LAVINAS, Lena; SORJ, Bila. "O Trabalho em Domicílio em Questão; Perspectivas Brasileiras". In BALTAR, Maria Isabel (org). *Trabalho e Gênero: Mudanças, Permanências e Desafios*. São Paulo, Editora 43, 2000.
- LEITE, Christina Larroudé de Paula. *Mulheres: Muito Além do Teto de Vidro*. São Paulo, Atlas, 1994.
- MCCORDUCK, Pamela; RAMSEY, Nancy. *The Futures of Women: Scenarios 21 st Century*. 1ª ed. Nova York, Warner Books, 1996.
- MELLO CARDOSO, Janaina de. *Relações de Gênero, Serviço Social e Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro, UFRJ.
- MURARO, Rose Marie. *A Mulher no Terceiro Milênio*. 1ª ed. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1993.
- OLIVEIRA, Rosiska Darcy de. *O Elogio da Diferença: O Feminino Emergente*. São Paulo, Brasiliense, 1993.
- PIMENTEL, Sílvia. *A Mulher e a Constituinte: Uma Contribuição ao Debate*. 2ª ed. São Paulo, Cortez/Educ, 1997.
- . *Evolução dos Direitos da Mulher: Norma, Fato, Valor*. São Paulo, Editora Revista dos Tribunais, 1978.
- PRIORI, Maria Del. *História das Mulheres no Brasil*. Editora Contexto, 1997.
- REA, Marina; BATISTA, Luís Eduardo. "Amamentar ou Dar Mamadeira: Existe Opção para as Mulheres Trabalhadoras?". In GALVÃO, Lauren; DÍAZ, Juan (orgs). *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil*. São Paulo, Hucitec/Population Council, 1999.
- SEGNINI, Líliliana. "Desemprego, Terceirização e Intensificação do Trabalho nos Bancos Brasileiro". In BALTAR, Maria Isabel (org). *Trabalho e Gênero: Mudanças, Permanências e Desafios*. São Paulo, Editora 43, 2000.
- SOS CORPO. *Viagem ao Mundo da Contracepção — Um Guia sobre os Métodos Anticoncepcionais*. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1991.
- VILLELA, Wilza; DINIZ, Simone. *A Epidemia de AIDS entre as Mulheres*. São Paulo, Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde (CFSS) e Núcleo de Estudos e Prevenção da Aids (Nepaids), 1998.

Publicações e relatórios

- A Iniciativa Privada e o Espírito Público: Um Retrato da Ação Social das Empresas do Sudeste Brasileiro*. Rio de Janeiro, Ipea, 2000.
- AQUINO, Estela Maria; MARINHO, Lillian Fátima Barbosa. *Saúde das Mulheres no Brasil: Subsídios para as Políticas Públicas de Saúde*. Versão preliminar. Salvador, 2000.
- ARAÚJO, Maria José. "Campanha Internacional contra a Morte Materna Completa 13 Anos", *Jornal da Rede Saúde*, São Paulo, nº 20, maio 2000.
- ARAÚJO, Maria José; MELO, Jacira. "Mortalidade Materna: Reflexo da Má Qualidade e da Desintegração dos Serviços de Saúde", *Jornal da Rede Saúde*, São Paulo, nº 20, maio 2000.
- "A Tendência da Prática da Amentação no Brasil nas Décadas de 70 e 80", *Revista Brasileira de Epidemiologia*, vol. 1, nº 1, 1998.
- ARTICULAÇÃO DE MULHERES BRASILEIRAS. *Políticas Públicas para as Mulheres no Brasil: 5 anos após Beijing*. Brasília, Unifem/Fundação Ford, 2000.
- ÁVILA, Maria Betânia. "A Contracepção em Debate: Velhos Conflitos, Novas Perspectivas", *Jornal da Rede Saúde*, São Paulo, nº 20, maio 2000.
- BARBOSA, Regina Maria. "HIV/Aids, Transmissão Heterossexual e Métodos de Prevenção Controlados pelas Mulheres". Coleção ABIA *Saúde Sexual e Reprodutiva* nº 2. Rio de Janeiro, ABIA, 2000.
- BASTOS, Francisco Inácio. "A Feminização da Epidemia de Aids no Brasil: Determinantes Estruturais e Alternativas de Enfrentamento". Coleção ABIA *Saúde Sexual e Reprodutiva* nº 3. Rio de Janeiro, ABIA, 2000.
- BITTAR, Mariana *et alii*. "Desemprego e Informalidade Afetam os Gêneros Desigualmente", *Observatório da Cidadania*, nº 3, Rio de Janeiro, Ibase, 1999, pp. 18-9.
- BRUSCHINI, Cristina. *Banco de Dados sobre o Trabalho das Mulheres*.
— —. *Excluídas do Progresso*.
- Cartilha da Campanha Estadual "Os Direitos das Mulheres São Direitos Humanos". São Paulo, Conselho Estadual da Condição Feminina, 1998.
- Cartilhas e manuais publicados pela Akzo Nobel Ltda. — Divisão Organon, *Informações sobre Sexualidade; Informações sobre Contracepção; Sexualidade na Adolescência: Manual de Apoio ao Educador* (autor: Nelson Vitiello); *Fala Educadora! Educador!* (em conjunto com Secretaria do Estado da Saúde SP, GTPOS e Núcleo de Estudos da Aids — USP), São Paulo, 1998-2000.
- Cartilhas e manuais internos do Tribunal Regional Federal, 3ª Região, Divisão de Assistência Médico-Odontológica (Dame): *Climatério e Menopausa: Como Viver Melhor Após os 40 Anos; Saúde e Estilo de Vida; Direitos da Gestante*. São Paulo, 2000.
- CFÊMEA. "Saúde da Mulher e Orçamento Público", *Jornal Fêmea*, Edição Especial. Brasília, novembro 2000.
- CNPD. *Cairo +5 — O Caso Brasileiro*. Brasília, 1999.
- CORRÊA, Sonia. *Vozes da América Latina: Mais Amplas e Consensualmente Progressistas*.
- COSTA, Ana Maria. *Planejamento Familiar no Brasil*.
- Dossiê *Mortalidade Materna*. São Paulo, Rede Saúde, 2000.
- HUBBARD, Barbara Marx. *Conscious Evolution: Awakening the Power of our Social Potential*.
- MASINI, Eleonora. *Household and Gender in a Life-Course Perspective*.
- OLIVEIRA, Eleonora M. "Corpos Saudáveis e Corpos Doentes na Nova Organização Social do Trabalho". In BALTAR, Maria Isabel (org). *Trabalho e Gênero: Mudanças, Permanências e Desafios*. São Paulo, Editora 43, 2000.

PASTORE, José. "A Mulher dos Anos 2000", *Jornal da Tarde*, São Paulo, março 2000.

———. "Investir em Mulher Dá Certo", *Jornal da Tarde*, São Paulo, 1997.

Pesquisa Equidade de Gênero nas Negociações Coletivas. Cláusulas relativas ao trabalho da mulher no Brasil. São Paulo, Dieese, nº 13, novembro de 1997.

Pesquisa Evolução do Desemprego Feminino nas Áreas Metropolitanas, Ipea, setembro 2000.

Pesquisa Mulher e Trabalho. Região Metropolitana de São Paulo, Dieese e Seade, 1999.

Pesquisa do Terceiro Setor. Ceats e CIE-E, 1999.

Relatório sobre o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Conselho Estadual da Condição Feminina de São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde e Fundação Prefeito Faria Lima (Cepam).

REA, Marina; BATISTA, Luis Eduardo. "Proteção Social à Maternidade: Ganhos e Perdas na Nova Convenção da OIT", *Jornal da Rede Saúde*, São Paulo, nº 21, setembro 2000.

REDESAÚDE. Dossiê Adolescentes — Saúde Sexual e Reprodutiva, Brasil, 1999.

REDESAÚDE. Dossiê Violência contra a Mulher. Brasil, 1999.

Relatório sobre o Desenvolvimento Humano no Brasil. Capítulo 3: "Mulher e Desenvolvimento Humano", PNUD.

Revista *HSM Management*, "Segmentos do Mercado Feminino", São Paulo, setembro 1998, p. 12.

SANT'ANNA, Wania. "Desigualdades Étnico-raciais e de Gênero no Brasil — As Revelações Possíveis dos Índices de Desenvolvimento Humano e Índice de Desenvolvimento Ajustado ao Gênero", Rio de Janeiro, 2000. Mimeo.

WHITE, Oriana. *Mulher, Criação e Arte*. São Paulo, CPM Research, 2000.

World Employment Report, *Women And Training In The Global Economy*. OIT, 1998-99.

Women's Health and Development — Unicef.

Textos divulgados em CD-Rom

CASTRO, Maria Helena G. "As Desigualdades Regionais no Sistema Educacional Brasileiro". Pobreza e Desigualdade no Brasil. CD-Rom. Rio de Janeiro, Ipea, agosto 1999.

CHACHAM, Alessandra S. *et al.* "Práticas Sexuais e Reprodutivas de Prostitutas da 'Zona Grande' de Belo Horizonte e a Prevenção de Aids e outras DSTs". Anais da XII Reunião Anual da Associação Brasileira de Estudos Populacionais — Abep. CD-Rom. Belo Horizonte, Abep, outubro 2000.

GOLDANI, Ana. "Famílias e Gêneros: Uma Proposta para Avaliar (des)igualdades". Anais do XII Encontro Anual da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. CD-Rom, Belo Horizonte, Abep, outubro 2000.

SILVA LEME, Carolina; WAJNMAN, Simone. "Tendências de Coortes nos Diferenciais de Rendimento por Sexo". Pobreza e Desigualdade no Brasil. CD-Rom, Rio de Janeiro, Ipea, agosto 1999.

VALONGUEIRO, Sandra; AGUIAR, Marta. "Estimativa da Cobertura de Registro de Óbitos através do SIM/MS para os Estados do Nordeste, 1991". Anais da XII Reunião Anual da Associação Brasileira de Estudos Populacionais — CD-Rom, Campinas, Abep, outubro 1998.

Referências na internet

- Amamentação Online — www.aleitamento.org.br
- Bemfam — Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil — www.bemfam.org.br
- Brasil — Outros 500 Aspectos da História das Mulheres no Brasil — www.brasil-outros500.com.br/brasmulher.htm
- Care — www.care.org
- Cfemea — www.cfemea.org.br
- Cemina — www.cemina.org.br
- Comissão de Cidadania e Reprodução — www.ccr.org.br
- CRLP The Center for Reproductive Law and Policy — www.crlp.org
- Fundação Carlos Chagas — www.fcc.org.br
- Fundação Oswaldo Cruz — www.fiocruz.br
- IBFAN — www.ibfan.org
- IBGE — www.ibge.gov.br
- Instituto de Saúde de São Paulo — www.isaude.sp.gov.br
- Ipea — www.ipea.gov.br
- OIT — Organização Internacional do Trabalho — www.ilo.org
- OMS — Organização Mundial da Saúde — www.who.int/frh-ahd
- Rede Saúde — www.redesaude.org.br
- Rights Net — www.whrnet.org/home.htm
- Rits — www.rits.org.br
- Seade Mulher em Dados — <http://www.seade.gov.br/cgi-bin/mulherv98mulher.ksh>
- Sempre Viva — www.sof.org.br
- Unicef — www.unicef.org
- Unifem — www.unifem.undp.org/progressww/
- Usaid — www.embaixadaamericana.org.br/usaidd4.htm
- Womenwatch — www.un.org/womenwatch
- World Alliance Breastfeeding Action — www.waba.org.br/brasil
- Women Human — www.whrnet.org/home.htm

Conferências e seminários

- Avaliação da Implementação do Programa Estadual de Direitos Humanos (PEDH). *In Conferência Estadual de Direitos Humanos*, 1999.
- Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres, 1979.
- Declaração de Beijing, Unifem, Beijing, ONU, 1995.
- JONES, Wanda K. "The History and Future of Women's Health". *In Seminário Sobre a História e o Futuro da Saúde da Mulher*, Nova York, 1998.
- PASTORE, José. Situação Socioeconômica da Mulher. *In Palestra no Dia Internacional da Mulher*, no Itae — Instituto de Tecnologia Avançada, São Paulo, "Educação", 1999.
- Relatório Final. *In: 88ª Conferência Internacional do Trabalho*, Genebra, 2000.



ANEXOS

- 
- Leis e programas governamentais de saúde
 - A Constituição de 1988
 - Lei do Auxílio à Creche
 - Leis complementares
 - Normas e portarias ministeriais
 - Resoluções e convenções internacionais
 - Outras resoluções relevantes
 - SUS e Pasm: conquistas da sociedade civil
 - Implementação do SUS e criação do PACS e PSF
 - Outros programas

Leis e programas governamentais de saúde

Tanto as relações internas às empresas quanto os investimentos sociais realizados no ambiente externo devem estar em consonância com a legislação existente. Sendo assim, um último pré-requisito para orientar investimentos em saúde integral das mulheres é o conhecimento da legislação existente sobre igualdade entre os gêneros, direitos das trabalhadoras e saúde. No Brasil ainda se verifica um hiato entre a formalidade da lei e as práticas sociais cotidianas. Neste sentido, todos os esforços que visam superar esta distância são fundamentais para a ampliação dos direitos de cidadania e para consolidação da democracia. As empresas têm um importante papel a desempenhar neste campo.

A Constituição de 1988

O princípio da igualdade entre os sexos está gravado nas cláusulas pétreas da Constituição brasileira, que também condena a discriminação racial em razão de outras características diferenciadas, sejam elas sociais ou biológicas. A premissa da igualdade entre os sexos é reafirmada em capítulo específico do texto constitucional em relação à família, trabalho e propriedade.

O texto constitucional ainda reassegurou os seguintes direitos:

- saúde como direito de cidadania e responsabilidade do Estado;
- auxílio-natalidade;
- estabilidade da gestante no emprego;
- licença-maternidade;
- direito à creche e pausa para amamentar

e ampliou os seguintes dispositivos:

- a licença-maternidade foi ampliada para 120 dias;
- foi criada a licença-paternidade de cinco dias após o parto;
- foram ampliados os anos de direito à creche e estes foram estendidos às trabalhadoras domésticas e rurais.

A Constituição também assegurou o direito ao planejamento familiar. Esta foi uma conquista importante, que beneficia toda a população. De acordo com o texto constitucional, passa a ser responsabilidade do Estado fornecer recursos educacionais e científicos para o exercício do planejamento familiar, considerado um direito social. São assegurados a informação, a orientação e o acesso aos diferentes métodos na rede pública de saúde.

Lei do Auxílio à Creche

Em 1967 o Ministério do Trabalho regulamentou o Decreto-lei nº 229, determinando que os estabelecimentos que contratam pelo menos trinta funcionárias com mais de dezesseis anos devem dispor de local apropriado para a guarda e assistência dos filhos durante o período da amamentação. Entretanto, a maior parte das empresas tem adotado o sistema de reembolso-creche.

Este sistema consiste na cobertura integral das despesas efetuadas com o pagamento da creche ou outra modalidade de prestação de serviço desta natureza, de livre escolha da trabalhadora, pelo menos até os seis meses de idade da criança e nas condições, prazos e valores estipulados em acordo ou convenção coletiva, sem prejuízo do cumprimento dos demais preceitos de prestação à maternidade. Todas as trabalhadoras devem ser informadas pela empresa a respeito deste benefício e dos procedimentos necessários para obtê-lo.

Leis complementares

Novas leis aprovadas no Congresso Nacional no período pós-1988 também devem ser consideradas, pois introduzem mudanças importantes:

- Lei nº 8.861/1994 — modifica o texto da Consolidação das Leis do Trabalho e das leis nºs 8.212 e 8.213, ambas de 1991, para estender o direito a licença-maternidade às trabalhadoras urbanas, rurais e domésticas; e estender o salário-maternidade para as pequenas produtoras rurais e trabalhadoras avulsas (veto limita a licença-maternidade à previdência social).
- Lei nº 8.921/1994 — altera o texto da CLT, explicitando que o aborto é um dos motivos que justificam a ausência ao trabalho.
- Lei nº 9.029/1995 — proíbe a exigência de atestados de gravidez e esterilização, bem como outras práticas discriminatórias, para efeitos de admissão ou de permanência da relação jurídica de trabalho. A proibição incide sobre a exigência de teste, exame, perícia, laudo, atestado, declaração ou qualquer outro procedimento relativo à esterilização ou estado de gravidez; indução ou instigamento à esterilização, controle de maternidade.
- Lei nº 9.263/1996 — regula o artigo constitucional que trata do planejamento familiar. Esta lei foi promulgada pelo Congresso Nacional em 1997, após muitas polêmicas, sobretudo em relação à esterilização cirúrgica. Pela lei, o Estado fica obrigado a oferecer, a homens e mulheres que assim o desejem, informação e acesso a todas as opções contraceptivas, inclusive a esterilização cirúrgica, que passa a ser um direito, desde que se cumpram os critérios especificados. Legalmente, institui-se a notificação compulsória à direção do SUS de todas as esterilizações cirúrgicas realizadas, e fica proibida a ligação de trompas (esterilização cirúrgica das mulheres) durante o período de parto ou aborto; proibida a indução ou instigação individual ou coletiva a esta cirurgia. A lei proíbe também a exigência de atestado de esterilização ou de teste de gravidez para quaisquer fins.

Normas e portarias ministeriais

Também é fundamental conhecer e aplicar normas e portarias ministeriais. Em vários campos, como no caso da saúde, estas regras infraconstitucionais são às vezes tão importantes quanto a própria legislação.

- Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes — aprovada no Brasil em 1992, visa incentivar a amamentação e proteger os bebês do desmame precoce. Baseia-se em regulamentação estabelecida pelo Código de Regulamentação da Comercialização dos Substitutos do Leite Materno/ OMS, 1981.
- Portarias estimulando o parto normal/1998 — O Ministério da Saúde lançou uma série de portarias e adotou medidas, entre elas: a) definição de novos valores para o pagamento, pelo SUS, de procedimentos relacionados ao parto; b) estabelecimento de um percentual máximo de cesarianas a ser pago a cada hospital conveniado do SUS com uma redução gradativa indo de 40% no segundo semestre de 1998, para 37% no primeiro semestre de 1999, 35% no segundo semestre de 1999 e 30% no primeiro semestre de 2000; c) inclusão, na tabela do SUS, do pagamento de partos realizados por enfermeiras obstétricas na rede pública; d) aumento dos valores pagos aos hospitais e profissionais de saúde do SUS para a realização do parto normal; e) inclusão do pagamento pelo SUS da analgesia no parto normal.
- Portaria nº 048/99 do Ministério da Saúde — regulamenta a lei sobre planejamento familiar, contemplando, inclusive, a esterilização masculina e feminina, proibindo a realização da ligação de trompas durante a cesárea e estabelecendo um prazo de sessenta dias entre a solicitação e a realização da mesma; além do pagamento, pelo SUS, da vasectomia e da laqueadura.
- Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Doméstica e Sexual contra Mulheres e Adolescentes (MS/1998-99) — Estabelece procedimentos a serem adotados pelos serviços de saúde no atendimento às vítimas. Aborda, inclusive, a contracepção de emergência (nos casos de estupro esta é uma medida importante para evitar a gravidez) e o procedimento do aborto, caso necessário e se a mulher estuprada assim o desejar. Esta norma foi elaborada por técnicos(as) do Ministério da Saúde, com consulta a diversas instituições que reúnem conhecimentos/experiências nesta temática, como a Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher e o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, secretarias estaduais e municipais de saúde e ONGs do movimento de mulheres. Hoje já existem cerca de trinta unidades de saúde desenvolvendo programas especializados no atendimento às mulheres vítimas de violência, para os quais esta norma tem sido uma referência fundamental.
- Norma Técnica sobre Gestação de Alto Risco (MS/1998-99) — Regulamenta as ações nos serviços de saúde de forma a minimizar as ocorrências de mortalidade materna. O documento está disponível pela internet.

Resoluções e convenções internacionais

Estes documentos constituem referências legais para as políticas públicas. Há tratados e convenções que, quando ratificados, devem ser traduzidos em legislação nacional. Mas há também resoluções de conferência e recomendações de organismos das Nações Unidas que, embora não tenham efeitos vinculantes (como as convenções e tratados), fornecem parâmetros para programas e projetos, sejam eles governamentais ou não-governamentais.

- Declaração Universal dos Direitos Humanos — Adotada em 1948, continua sendo o instrumento de referência para a proteção e promoção dos direitos. A Declaração preconiza a igualdade entre os sexos e condena a discriminação por razões de sexo, raça, religião, classe, idade ou qualquer outra condição.
- Declaração e Programa de Ação da Conferência Internacional de Direitos Humanos (Viena, 1993) — A Conferência de Viena reiterou, ampliou e aperfeiçoou os princípios da Declaração Universal de 1948. No contexto deste manual, dois aspectos merecem destaque. Em Viena estabeleceram-se os princípios de universalidade, indivisibilidade e interdependência. Isto significa que a agenda dos direitos humanos inclui tanto direitos civis e políticos, quanto econômicos, sociais e culturais. Outra definição fundamental de Viena foi reconhecer que são perpetrados abusos em relação aos direitos humanos das mulheres tanto na esfera pública quanto na privada. Esta é uma mudança importante, pois até Viena prevalecia a concepção de que apenas os Estados poderiam ser investigados e punidos em razão de abusos e crimes cometidos contra os direitos humanos.
- Convenção pela Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (Cedaw) — Adotada em 1979, foi ratificada pelo Brasil, que levantou suas últimas reservas em relação ao texto em 1994, um pouco antes da Conferência de Pequim (1995). A Convenção é um instrumento vinculante, obrigando a adequação da legislação nacional a suas premissas. Estas cobrem as mais diversas áreas, em particular família, trabalho, saúde e propriedade. As definições sobre saúde incluem o direito de decidir livremente sobre o número de filhos, acesso gratuito a serviços de saúde, licença-maternidade e acesso a creches. Em 1999 foi adotado o chamado Protocolo Facultativo da Convenção, que modifica e amplia os mecanismos e procedimentos de recurso à convenção. Entre estas modificações está a possibilidade de impetrar ações coletivas de denúncia de abusos cometidos por governos e agentes privados. O governo brasileiro assinou o Protocolo Facultativo em 8 de março de 2001.
- Convenção de Belém do Pará — É a convenção regional latino-americana de direitos humanos. Foi adotada em Belém em junho de 1994. No que diz respeito à igualdade entre os gêneros, reitera e amplia as definições da Cedaw, com base nas definições de Viena. Merece destaque o reconhecimento da violência sexual e doméstica como abuso dos direitos humanos.
- Convenções da Organização Internacional do Trabalho — São instrumentos vinculantes que regulam as relações entre empregadores e trabalhadores e definem normas quanto às condições de trabalho.
- Convenção nº 103 — Preconiza no mínimo doze semanas de licença, com benefício que não pode ser menor que 2/3 do salário integral, e assegura garantia de pausas de uma hora e meia por dia para que a mãe trabalhadora possa amamentar seus filhos, bem como instalação de creches nos ambientes de trabalho, financiadas pelo setor público ou seguro social.
- Convenção nº 111 — Proíbe o trabalho infantil, o trabalho escravo e a discriminação com base em sexo ou raça.

- Convenção nº 183 (Recomendação sobre a Proteção da Maternidade da Mãe Trabalhadora/ 2000) — A Convenção nº 103/1952 foi revisada entre 1998 e 2000, por meio de uma consulta aos países-membros da ONU. O documento-síntese foi discutido em junho de 1999 e votado na 88ª reunião anual da OIT, em 2000. Este documento ainda não foi ratificado pelo Brasil. Seu conteúdo é considerado controverso pelas organizações de mulheres trabalhadoras, pois as regras estão aquém da legislação brasileira, seja em termos do período da licença — que no Brasil é de dezesseis semanas —, seja dos benefícios que não sofrem redução. Existe o temor que, caso ratificada, a revisão tenha impactos negativos sobre as regras nacionais.

Inovações da Convenção nº 183

- *Ampliação dos mecanismos de proteção à maternidade para todas as formas de trabalho (inclusive trabalhadoras domésticas e rurais).*
- *Introdução de artigo sobre proteção à saúde.*
- *Licença-maternidade de, no mínimo, catorze semanas, com seis semanas compulsórias no período pós-parto.*
- *Possibilidade de que a licença-maternidade seja estendida, nos contextos nacionais, a partir de negociações entre governos, trabalhadores e empregadores.*
- *O Brasil recomendou extensão até dezesseis semanas. A revisão, contudo, abriu também a possibilidade de que os benefícios sejam reduzidos em até um terço, tomando-se com base o salário recebido pela trabalhadora antes da licença.*
- *Preserva o direito da trabalhadora de retornar à mesma função (ou equivalente) depois da licença compulsória nas seis semanas pós-parto, com mesmo nível salarial.*
- *Proibição do teste de gravidez, a não ser em circunstâncias bem definidas.*
- *Foram rejeitadas as recomendações a respeito de creches e locais para amamentação ou ordenha no local de trabalho.*
- *Foi mantida a proibição de que os empregadores demitam as trabalhadoras no período de gravidez, durante a licença ou num período após o retorno ao trabalho, a ser definido pelas legislações nacionais. Mas abriu-se a possibilidade de demissão por causas não relacionadas à gestação, parto, puerpério ou amamentação, cabendo, contudo, inteiramente aos empregadores os custos de prova de que a demissão não foi determinada pela gravidez.*

Outras resoluções relevantes

Os programas de ação adotados em conferências das Nações Unidas não são vinculantes como as convenções e tratados. Mas têm um significado ético e normativo. Desde a década de 70, têm sido adotadas inúmeras resoluções que constituem referências para orientar as políticas nacionais nas áreas dos direitos das mulheres e da saúde. Os programas de ação das Conferências sobre Mulheres e Desenvolvimento do México (1975) e Nairobi (1985) firmaram a premissa da igualdade nas leis e na vida cotidiana. Na Conferência Saúde para Todos (Alma-Ata, 1978) adotou-se o conceito de saúde como bem-estar e várias outras recomendações que, inclusive, inspiram muitos dos princípios do SUS. No que diz respeito mais especificamente à violência de gênero e à saúde da mulher, as referências mais importantes são encontradas nos programas de ação adotados pelas conferências da década de 90.

O parágrafo 18 da Declaração de Viena (1993) afirma que:

“Os direitos humanos das mulheres e das meninas são inalienáveis e constituem parte integral e indivisível dos direitos humanos universais... A violência de gênero e todas as formas de assédio e exploração sexual, inclusive as resultantes de preconceito cultural e o tráfico de pessoas, são incompatíveis com a dignidade e o valor da pessoa humana e devem ser eliminadas...”

O texto negociado na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD-Cairo, 1994) seria reafirmado na Plataforma de Ação de Pequim (IV CMM, 1995) e contém definições muito inovadoras em relação à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Segundo o princípio 8 do Programa de Ação da CIDP:

“Toda pessoa tem direito ao gozo do mais alto padrão possível de saúde física e mental. Os estados devem tomar todas as devidas providências para assegurar, com base na igualdade entre homens e mulheres, o acesso universal aos serviços de assistência médica, inclusive os relacionados com saúde reprodutiva, que inclui o planejamento familiar e a saúde sexual. Programas de assistência à saúde reprodutiva devem prestar a mais ampla variedade de serviços sem qualquer forma de coerção...”

Esta definição se desdobra em recomendações ainda mais específicas, como as que foram aprovadas nos parágrafos 95 e 96 da IV CCM-Pequim:

“... os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos e em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer; e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos...”

Os direitos humanos das mulheres incluem seu direito a ter controle sobre aspectos relativos à sexualidade, incluída sua saúde sexual e reprodutiva, e decidir livremente a respeito destas questões, sem estarem sujeitas à coerção, à discriminação ou à violência. As relações sexuais e a reprodução, incluído o respeito à integridade da pessoa, exigem o respeito e o consentimento recíprocos e a vontade de assumir conjuntamente a responsabilidade quanto a conseqüências do comportamento sexual.”

SUS e Paim: conquistas da sociedade civil

No início da década de 80, o movimento de mulheres pela saúde e pelos direitos reprodutivos chamou a atenção do Estado para sua responsabilidade na oferta de métodos anticoncepcionais, dentro de uma política de planejamento familiar, com atenção especial para os altos índices de mortalidade materna. Nesse período foi atribuída a uma equipe do antigo Inan (Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição) a tarefa de formular um programa mais abrangente.

Deste trabalho resultou o Paim (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), lançado em 1984. Antes disto o enfoque materno-infantil clássico desenvolvia ações voltadas para os eventos reprodutivos e priorizava os cuidados com a criança. Já as diretrizes do Paim incluíram — além do pré-natal, parto e puerpério — a assistência à anticoncepção, a prevenção e tratamento do câncer ginecológico e das DSTs, tratamento do aborto incompleto e ações voltadas para a adolescência e o climatério. As diretrizes do Paim prevêm também ações educativas. Técnicas integrantes do movimento de mulheres contribuíram na concepção de materiais didáticos e nas iniciativas pioneiras para a implementação destas ações, coordenando treinamentos para as mulheres e para as equipes de saúde.

Em 1986 aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, com forte presença de amplos setores, principalmente profissionais de saúde, acadêmicos e organizações sociais. Nesta Conferência foram lançadas as bases da reforma sanitária, que orientaram a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS), legitimado na Constituição de 1988. O texto do artigo 196 da Constituição afirma que “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado”, o qual deve garantir acesso universal a todas as ações e serviços, dentro das diretrizes de descentralização, atendimento integral e gratuito, e participação da sociedade civil por meio dos conselhos de saúde (nacional, estaduais e municipais).

Até 1998, o Paim foi gerenciado pela Coordenação Materno-Infantil (Comin) do Ministério da Saúde, que se articulava com as coordenações estaduais de saúde da mulher. A partir de 1998, a Comin deixou de existir, sendo substituída pela Área Técnica de Saúde da Mulher. As premissas originais do Paim foram preservadas, mas as diretrizes têm buscado se ajustar aos novos desafios epidemiológicos, sendo o exemplo mais evidente o crescimento, entre as mulheres, da contaminação por HIV-Aids. Além disto, na medida em que se consolida o processo de descentralização do SUS, as políticas municipais lucram, pois o município passa a ser crescentemente responsável pela assistência à saúde. Isto é positivo, uma vez que aproxima os gestores da população usuária dos serviços, predominantemente feminina.

Implementação do SUS e criação do PACS e PSF

A implementação do SUS, ou seja, das definições estabelecidas em 1988, tem avançado, apesar dos grandes desafios que representa. Não poderia ser diferente, considerando as dimensões geográficas do país e os muitos entraves econômicos, sociais e culturais que marcaram as duas últimas décadas. Apenas em 1993 seriam negociadas as regras de descentralização dos serviços e consolidados mecanismos de coordenação técnico-política entre os níveis federal, estadual e municipal. Em 1996 a Norma Operacional Básica (NOB) estabeleceu nova regulamentação para a gestão do sistema de saúde, redefinindo os estágios de descentralização para estados e municípios.

Segundo o relatório *Cairo+5: O Caso Brasileiro*, elaborado pela CNPD, em 1999 o SUS atendia um público estimado em 120 milhões de pessoas. Os restantes 30% da população eram atendidos pela chamada assistência suplementar. No primeiro semestre de 1998, 82,7% dos municípios brasilei-

ros estavam habilitados para gerir seus serviços, principalmente os de atenção básica (CNPD e Cfêmea). A partir de 1994, estratégias de atenção primária à saúde foram incorporadas, visando corrigir o viés curativo (hospitalocêntrico) em favor de abordagens de caráter preventivo. Assim foram criados o PSF e o PACS.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) é desenvolvido por agentes de saúde, em sua maior parte mulheres, que executam ações de acompanhamento e de educação em saúde. Cada agente é responsável, em média, por 166 famílias. Em 1999 o PACS estava implementado em 2.727 municípios, envolvendo quase 64.500 agentes, dos quais 42,4 mil na região Nordeste. Desde então o programa foi ampliado. No momento, está sendo implementado nas grandes cidades do Sudeste, sendo exemplo disto o Programa Qualis, desenvolvido no município de São Paulo.

O Programa de Saúde da Família (PSF) tem como objetivo a promoção da saúde, a atenção básica e o atendimento domiciliar. As equipes são compostas por médico(a) generalista, enfermeiro(a), auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que se responsabilizam por determinado número de famílias (entre seiscentas e mil). Além do atendimento domiciliar, todas as famílias têm acesso à unidade de saúde para consultas de pediatria, ginecologia e obstetria, clínica médica e cirurgias ambulatoriais. Em junho de 1998 o PSF cobria 4,6% da população brasileira. Em 1999 contava com 4.800 enfermeiros(as) e 1.700 médicos(as), cobrindo uma população estimada em 38 milhões de pessoas.

Outros programas

- **Coordenação Nacional de DSTs-Aids** — Em 1986, foi criado o Programa Nacional de Prevenção das DSTs. Com a evolução da epidemia da Aids, este programa mudou de nome duas vezes. Em 1988 foi batizado de Programa Nacional de DST-Aids, e em 1997 recebeu a atual denominação. Este setor tem contado com financiamentos do Banco Mundial para medidas de prevenção e tratamento, desenvolvimento institucional e vigilância epidemiológica. Com o crescimento da epidemia entre as mulheres, o programa tem enfatizado o enfoque de gênero em suas estratégias e prioridades.
- **Programa de Saúde do Adolescente (Prosad)** — Criado em 1988, o Prosad foi concebido como um programa multidisciplinar, integrando unidades escolares e de saúde. É uma idéia ousada que, como o Paism, enfatiza a informação e a capacitação de seu público e também de profissionais de saúde e educação, no sentido de estimular uma vida sexual e reprodutiva com capacidade de discernimento e decisão, permitindo o acesso a um atendimento especializado nos postos de saúde. Seu desempenho tem sido desigual como o do Paism, dada a carência de recursos e fragmentação das ações.
- **Programas de atendimento ao aborto legal** — O Código Penal de 1940 permite o procedimento de interrupção da gravidez nos casos de estupro e risco de vida da mulher. Entretanto, até 1989 não existia no país nenhum serviço público de saúde ao qual as mulheres pudessem recorrer. O primeiro começou a funcionar no hospital do Jabaquara (São Paulo), em 1989. Sua criação inspirou um projeto de lei para ampliar serviços na rede SUS (PL-20/1991) e iniciativas semelhantes em outras cidades. Hoje já existem vinte desses programas em oito cidades do país (*Jornal da Rede*).

Realização

INSTITUTO
ETHOS

EMPRESAS E
RESPONSABILIDADE
SOCIAL
BUSINESS AND SOCIAL
RESPONSIBILITY

www.ethos.org.br

Patrocínio

AVON
the company for women

Organon

SEGURO
MULHER

UNIBANCO AIG
SEGUROS & PREVIDENCIA