



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

ROBERTA CAMPELO DE OLIVEIRA CONSERVA

**A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: UM ENFOQUE NA
ATENÇÃO VOLTADA PARA AS MULHERES**

**Campina Grande
2011**

ROBERTA CAMPELO DE OLIVEIRA CONSERVA

**A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: UM ENFOQUE NA
ATENÇÃO VOLTADA PARA AS MULHERES**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação
em Serviço Social da Universidade
Estadual da Paraíba, em
cumprimento à exigência para
obtenção do grau de Bacharel em
Serviço Social

Orientadora: Prof^ª. Renata Ligia Rufino Neves de Souza

**Campina Grande
2011**

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial Luiza Erundina – Serviço Social – UEPB

C755p Conserva, Roberta Campelo de Oliveira.
A política de saúde no Brasil [manuscrito] : um enfoque na atenção voltada para as mulheres / Roberta Campelo de Oliveira Conserva. – 2011.
29 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2011.

“Orientação: Profa. Ma. Renata Lígia Rufino Neves de Souza, Departamento de Serviço Social”.

1. Política de Saúde. 2. Saúde da Mulher. 3. Gênero. 4. Serviço Social. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

ROBERTA CAMPELO DE OLIVEIRA CONSERVA

**A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: UM ENFOQUE NA
ATENÇÃO VOLTADA PARA AS MULHERES**

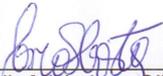
Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação
em Serviço Social da Universidade
Estadual da Paraíba, em
cumprimento à exigência para
obtenção do grau de Bacharela em
Serviço Social

Apresentado em: 23/08/11

BANCA EXAMINADORA



Prof^ª Ms. Renata Lúcia Rufino Neves de Souza
Orientadora



Prof^ª Ms. Cibelly Michalane Oliveira dos Santos Costa
Examinador (a)



Prof^ª Ms. Thereza Karla de Souza Melo
Examinador (a)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pois este trabalho foi produzido em meio a turbulentos episódios, mas trouxe para minha vida oportunidade de aprendizado e crescimento profissional.

A minha mãe Socorro, por ter me ajudado, em todo tempo, auxiliando no cuidado com meus filhos Geovana e João Victor, sempre me dando apoio emocionalmente.

Ao meu esposo Rivanildo, por ter me dado o maior apoio moral, acreditando sempre em meu potencial, e pelo apoio técnico.

Ao meu pai Roberto, minha irmã Juliana e meu irmão Felipe, por acreditarem em meu sonho, transmitindo assim forças para que eu pudesse prosseguir.

A toda minha família, em especial Ivanilda, Faustino, Marcela e Flavia pelo apoio e carinho.

À professora Renata Lígia, minha orientadora, o meu maior agradecimento, pois esta, sem dúvida, foi a pessoa que mais me ajudou com sua compreensão, paciência e seu conhecimento.

SUMÁRIO

RESUMO	5
1 INTRODUÇÃO	6
2 BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL	7
2.1 O surgimento do SUS: princípios, inovações, contribuições	15
3 A SAÚDE DA MULHER NO BRASIL: UM OLHAR SOB A PERSPECTIVA DE GÊNERO	17
3.1 Gênero como categoria de análise	20
3.2 Breve retrospectiva da saúde da mulher no Brasil	21
4 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER - PNAISM, E A PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE	25
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	28

A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: UM ENFOQUE NA ATENÇÃO VOLTADA PARA AS MULHERES

ROBERTA CAMPELO DE OLIVEIRA CONSERVA

RESUMO

O artigo, em tela, analisa o desenvolvimento e consolidação das Políticas Públicas de Saúde voltadas para mulheres, com ênfase na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM, uma vez que se encontra em desenvolvimento. O estudo foi motivado pela necessidade de compreender se os princípios e práticas desenvolvidas por esta política preconizam o princípio da integralidade, que norteia a Política de Saúde no Brasil. A aproximação com a temática se deu a partir da experiência de estágio supervisionado em serviço social realizado no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida – ISEA, no período de março de 2010 a junho de 2011. O estudo configurou-se a partir de uma pesquisa bibliográfica e documental, cuja análise se deu numa perspectiva histórico-crítica, adotando a categoria gênero como central. Dentre os aspectos analisados destaca-se, que apesar dos avanços obtidos com a criação de políticas/programas voltados para à saúde da mulher, as ações de saúde ainda estão contidas apenas no ciclo reprodutivo/gestacional das mulheres pondo em xeque o princípio constitucional da integralidade à saúde da mulher.

Palavras chave: Política de Saúde. Saúde da Mulher. Gênero.

ABSTRACT

The article at hand, analyzes the development and consolidation of Public Health Policies aimed at women, with emphasis on the National Policy for Integral Attention to Women's Health - PNAISM as it is in development. He is also part of the concerns is the need to understand the principles and practices developed by this policy advocated the principle of comprehensiveness, which guides the Health Policy in Brazil. The study was configured from a literature review and documentary analysis of which took place in a historical-critical perspective, adopting the category of gender as central. Among the aspects analyzed stands out, that despite the progress achieved through the creation of policies / programs for women's health, health activities are still contained only in the reproductive cycle / pregnancy of women putting in question the constitutional principle of completeness women's health.

Keywords: Health Policy Women's Health. gender

1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos séculos a mulher foi alvo de análises, sendo que de acordo com Coelho (2006), a saúde é o principal foco, pois traz consigo o domínio do corpo e a vivência da sexualidade. Essa referência na sua vida reprodutiva e sexual, sendo vista como ser passivo, frágil e incapaz (BESSA, 2011). Pela função reprodutora da espécie que lhe cabe favoreceu a sua subordinação ao homem, evidenciando a tentativa de domínio dos corpos femininos, da sexualidade e a imposição do ato sexual apenas à reprodução.

Pode-se perceber que as relações de conflito entre o feminino e o masculino perduram desde as antigas sociedades, entretanto, as questões de gênero passaram a ser mais discutidas no Brasil, especificamente, no final dos anos 1970 (FARAH, 2004). O enfoque de gênero trouxe contribuições para uma maior reflexão teórica e as práticas sociais exercidas com relação às políticas públicas.

A partir desse enfoque a proteção à mulher passa a ser construída em novas propostas, que vão contra os modelos de dominação-exploração, possibilitando a participação da mulher nos espaços públicos, não restringindo suas ações à esfera doméstica. No setor saúde, em específico, a proposta era a criação de programas destinados a promoção, proteção e recuperação dos corpos femininos independentemente do período reprodutivo gestacional.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que traz como princípios a humanização e a qualidade da atenção em saúde da mulher, se configurou como um avanço no campo dos direitos sexuais e reprodutivos. De acordo com Freitas et al (2009), é a partir da criação da PNAISM que a mulher é vista em sua integralidade, como sujeito autônomo e participativo.

Em face desse contexto, formulou-se o objeto de estudo deste trabalho, que consiste em refletir como se configurou os programas/políticas de saúde voltados para as mulheres. A escolha dessa temática surgiu no decorrer da nossa vinculação com o campo de estágio no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida – ISEA, mais conhecido como Maternidade Elpídio de Almeida no período de março de 2010 a junho de 2011.

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental, adotando a perspectiva analítica-crítica da sociedade, a partir das contribuições dos seguintes autores:

Bravo (2006), Mendes (1995), Pereira (2000), Farah (2004), Silva (2000), Osis (1998), Giffin (2002), Coelho (2006), Saffioti (2004), Souto (2008), Medeiros e Guareschi (2009), entre outros.

Quanto à estruturação, este trabalho encontra-se dividido em três tópicos. No primeiro retratamos um breve histórico da saúde no Brasil, desde as práticas sanitárias à criação do Sistema Único de Saúde; no segundo será apontado a saúde da mulher no Brasil sob a perspectiva de gênero; no terceiro e último ponto tratamos a PNAISM e a perspectiva da integralidade.

Seguem-se, na parte final desse trabalho, as considerações finais e as referências.

Por fim, afirma-se que a análise apresentada neste estudo não vislumbrou exaurir a discussão acerca da temática trabalhada, mas contribuir com subsídios para futuros estudos analíticos concernentes ao tema investigado.

2 BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL

A saúde permutou por vários processos relevantes até se configurar como direito social, em contextos históricos tensos que agudizaram as expressões da questão social.

A sociedade ao longo de sua história foi marcada pela permanente tensão entre o individual e o coletivo. Na luta por mais riqueza e mais poder, o homem sempre buscou formas de organizar e regular a sociedade segundo os interesses preponderantes em cada conjuntura histórica (SILVA, 2000). De tais interesses surgem lutas sociais e conseqüentemente políticas que buscam instaurar determinada ordem social. Ainda de acordo com Silva (2000), é a partir dessas lutas que emerge o Estado Moderno, concebido como *locus* institucional para tratar da gestão e da regulação da vida em sociedade, acabando com os privilégios e as instituições oligárquicas, assegurando através de uma constituição o ideal de justiça sobre os fundamentos da propriedade privada e do livre desenvolvimento capitalista.

Contudo, com o grande processo de industrialização e a transição para o capitalismo crescem os movimentos sociais, a sociedade passa a desenvolver várias formas de revolta contra a exploração, principalmente a massa dos trabalhadores,

com destruição de máquinas, organização sindical e greve, os movimentos sociais e os partidos operários trabalhistas. Dessa forma já se pensava que a gestão dos problemas sociais deveria integrar o conjunto das ações do Estado. Assim, os modos de enfrentamento da questão social determinados pelo conjunto de forças no cenário sociopolítico consubstanciaram em Políticas Sociais (SILVA, 2000).

Segundo Pereira (2000), Políticas Sociais são as modernas funções do Estado capitalista- imbricado à sociedade – de produzir, instituir e distribuir bens e serviços sociais categorizados como direito de cidadania, onde o Estado é erigido sob o princípio de que os governos são responsáveis pela garantia de um mínimo padrão de vida para todos os cidadãos como direito social, baseado no mercado, o chamado Estado de Bem-Estar social.

A Política Social, assim entendida, integra um complexo político-institucional denominado Seguridade Social, que, por sua vez, constitui a base conceitual e política do Estado de Bem-Estar social (PEREIRA, 2000). Nesse sentido, as iniciativas eram de incluir no sistema de seguro social todos os cidadãos e todas as necessidades sociais importantes da vida moderna, incorporando, ao lado dos direitos civis e políticos, os serviços sociais. No cenário brasileiro a seguridade social se restringiu à Previdência, à Saúde e à Assistência Social.

De acordo com Bravo (2006), a conquista de alguns direitos sociais pela classe trabalhadora foi mediada pela interferência do Estado. Essa interferência será aprofundada com a elaboração de políticas e o surgimento de diversas propostas.

No tocante à Política de Saúde, aqui melhor especificada, especialmente no Brasil, as primeiras ações mesmo, que de forma incipiente, emergem na década de 1920, em um contexto marcado pela economia agroexportadora, objetivando defender os interesses comerciais, ou seja, só participavam de práticas sanitárias as regiões que tinham importância econômica, como aquelas com maior índice de exportação e importação.

Segundo Mendes (1995), era exigido para o setor saúde uma política de saneamento dos espaços das mercadorias e ações de erradicação e/ou controle das doenças para que não prejudicassem a exportação. É nessa década que ocorre a primeira atenção de nível nacional a saúde, onde o médico sanitário Oswaldo Cruz organiza a Diretoria Geral de Saúde Pública, que vai implementando instituições públicas de higiene e saúde. Esse modelo de atenção à saúde ficou conhecido como Sanitarismo Campanhista, que Mendes (1995) define como:

Uma visão de inspiração militarista, de combate a doenças de massa, com criação de estruturas *ad hoc*, com forte concentração de decisões e com um estilo repressivo de intervenção sobre os corpos individual e social (MENDES, 1995, p. 20).

Destarte, não foi pela necessidade de criar condições para a “reprodução da classe trabalhadora”, na análise de Fontinele Júnior (2008), seria não por ter uma visão do mesmo enquanto ser humano, mas por ser este o grande detentor da capacidade produtiva (onde ao mesmo tempo em que produz consome) não se preocupando assim com os problemas estruturais da vida dos mesmos.

Nesse contexto a saúde ganha um novo olhar do poder público, foram tomadas algumas medidas importantes, como a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), conhecida como Lei *Elói Chaves*. Mendes (1995) indica que *essas caixas* eram financiadas pela União, pelas empresas e pelos empregados, de forma que só os grandes estabelecimentos podiam mantê-las. Com as CAPs os trabalhadores tinham direito a assistência médica-curativa, aposentadoria, pensão e auxílio funeral. Apesar de ser uma iniciativa privada sem a intervenção do Estado, quem nomeava os presidentes das CAPs era o Presidente da República, configurando assim um claro interesse do governo nesse sistema.

A conjuntura de 1930 marcada pela aceleração do processo de industrialização que traz consigo o crescimento da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora precarizando as condições de vida, e pela redefinição do papel do Estado, dá a saúde uma maior importância também por conta de grandes pressões por parte dos intelectuais para a criação de novos serviços nessa área. Bravo (2006) aponta que as questões de saúde, já colocadas na década de 1920, precisavam ser enfrentadas de forma mais sofisticada, necessitavam transformar-se em questão de política, com a intervenção do Estado e a criação de novos aparelhos que contemplassem de algum modo os assalariados urbanos. Por falta de técnicas específicas, as CAP's vão sucumbindo e dando espaço a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's), onde a contribuição passa a ser tripartite, entrando o Estado como contribuinte (MENDES, 1995).

Nessa década, segundo Braga e Paula (apud BRAVO, 2006), as principais alternativas para a saúde pública foram: uma maior ênfase nas campanhas sanitárias e interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, em

decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades. É nessa década também que surge a medicina previdenciária que assumia um caráter contencionista, procurando a diminuição dos gastos. De acordo com os autores um dos fatores determinantes para a diminuição dos gastos foi o efeito produzido pelo rápido crescimento da massa de trabalhadores inseridos. A previdência preocupou-se mais efetivamente com a acumulação de reservas financeiras do que com a ampla prestação de serviços.

O que se esboçava para a saúde desde 1930, foi consolidado no período de 1945-1950. A estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada e direcionava a formação de empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era a mais organizada, defendendo claramente a privatização (BRAVO, 2006).

O período ditatorial significou para a sociedade brasileira a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que modelou um país novo. Cria-se uma mega estrutura para a previdência social onde a política assistencial foi ampliada, mas também burocratizada e moldada pelo Estado, aumentando o seu poder centralizador. O setor da saúde não podia ficar de fora da grande lógica capitalista, dessa forma ocorre um declínio na saúde pública e um grande aumento da medicina privatista.

Souza (2007, p. 52) em sua análise, caracteriza esse momento da saúde como:

A medicina privatista caracteriza-se por uma forte concentração de poder decisório e gestão de recursos no âmbito federal por meio de uma estreita divisão de responsabilidades entre o Ministério da Saúde- MS, cuja responsabilidade se dava através de incipientes ações de prevenção, e o da Previdência Social – MPAS através do INAMPS, com a intervenção de natureza curativa, diagnóstica, tratamento e reabilitação.

Fontinele Júnior (2008) diz que o Estado começa a privatizar o setor saúde através de credenciamentos e convênios, introduzindo várias práticas não boas para a nação, tais como: prática médica essencialmente curativista e tecnicista, visando lucros cada vez maiores, provenientes da utilização de equipamentos e métodos mais caros, elevando as taxas de acumulação de capital das grandes empresas internacionais de produção de medicamentos e equipamentos médicos; organização da prática médica compatível com a expansão do capitalismo, com diferenciação do atendimento em relação à clientela.

A partir do início dos anos 1980, esse sistema começa a mostrar sinais de esgotamento, segundo Fontinele Júnior (2008, p. 4) alguns fatores levaram a esse ponto:

As filas intermináveis, baixos salários, precárias condições de trabalho, geravam uma crescente insatisfação da população com a qualidade da assistência, A má-gerência dos recursos, aliada aos episódios cada vez mais crescentes de corrupção, levaram a Previdência a um colapso.

Com o fim do Regime Militar, a década de 1980 traz para a saúde uma dimensão política vinculada à democracia. Bravo (2006) afirma que a saúde contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil, entre os que se destacaram estão os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais, e o movimento sanitário, apesar deste vir se desenvolvendo desde a década de 1960, com ações e propostas que se desdobraram em bandeiras de luta acerca da reforma sanitária.

Apesar dessa época ter sido considerada como a “década perdida” pelo contexto de profunda crise, algumas conquistas no setor saúde foram sendo obtidas paulatinamente. De acordo com Fontinele Júnior (2008), podemos citar a criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP). Em 1981 foi elaborado o Plano de Reorientação da Assistência a Saúde no âmbito da Previdência Social conhecido como plano CONASP, que incorporava diversas propostas da reforma sanitária. O autor aponta também que a efetivação desse plano aconteceu estrategicamente, a partir das Ações Integradas de Saúde (AIS), que propiciaram o surgimento das Comissões Inter-Institucionais de Saúde (CIS), caracterizadas como embriões dos atuais conselhos de saúde e que foram a base para a implantação, mais tarde, do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), a primeira aproximação estratégica para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Mendes (1995) descreve alguns dos principais movimentos táticos executados após a implementação do SUDS, quais sejam: a desconcentração para os estados e destes para os municípios, mantida ainda a via convencional das ações de saúde; a aceleração da desestabilização programada do INAMPS, em quem se reconhecia a instituição sustentadora do modelo médico- assistencial privatista; a

retirada gradual do INAMPS da prestação direta de serviços de saúde; o incremento dos recursos repassados a Estados e municípios; a diminuição relativa das transferências ao setor privado; o aumento do controle sobre as fraudes do setor privado; entre outros.

Contudo o referido autor considera que o SUDS acabou por reforçar os mecanismos de universalização excludente, e não conseguiu superar as relações clássicas de intermediação entre Estado e sociedade. Fontinele Júnior (2008, p. 5) reforça essa visão ao afirmar que:

Essa sucessão de planos, siglas, propostas frustradas, caracterizou a eferência da produção intelectual do movimento sanitário brasileiro. Era preciso pôr em prática todos esses conceitos que, apenas timidamente, com iniciativas isoladas, ainda não causavam nenhum impacto sobre a saúde do país.

Nesse contexto vão se reestruturando os movimentos em defesa de uma política mais abrangente e disponível para todos. Um desses movimentos que podemos citar é o Movimento Sanitário que teve um papel marcante no destino do sistema de saúde brasileiro. Em Neto (1994 apud SOUZA, 2007, p. 55) podemos citar algumas considerações importantes sobre o movimento sanitário qual seja:

Na área dos profissionais de saúde surgiu um movimento sanitário que, utilizando aqueles estudos e pesquisas feitas nos anos anteriores, começa a denunciar os efeitos do modelo econômico sobre a saúde então implantado. Esse movimento, no entanto, se caracteriza por não apenas fazer denúncias contra a ditadura e os seus interesses econômicos com ela envolvidos, mas também por apresentar propostas construtivas, apresentando como alternativa um projeto de transformação do sistema de saúde vigente.

Mendes (1995) aponta que a entrada de diversos atores sociais, do ponto de vista político, vinculados ao movimento sanitário na esfera política, permite o confronto de dois projetos políticos sanitários antagônicos para a saúde: o contra hegemônico (projeto do movimento sanitário) e o hegemônico (projeto neoliberal), que defende a reciclagem do modelo médico privatista. Verifica-se que, de acordo com os referidos autores, a hegemonia do projeto neoliberal consolida-se nos anos 1980, e, segundo o autor acima referenciado esse projeto mudou a qualidade do setor privado e criou um subsistema privado forte e de baixa regulação do Estado, o da atenção médica supletiva.

Assim os princípios de Políticas Sociais neoliberais – privatização, descentralização, e focalização - estão presentes nas políticas de saúde dos anos 1980.

Contudo, mesmo diante desse contraditório cenário, indubitavelmente merece ser ressaltado que o Movimento de Reforma Sanitária teve uma grande contribuição para o processo de construção da Política de Saúde, considerando que as principais propostas debatidas por tal movimento centrou-se na universalização do acesso; a saúde como direito social e dever do Estado, dando assim um novo olhar a saúde. Diante de um momento político propício de redemocratização do país, os movimentos se intensificam com a previsão da eleição da Assembléia Nacional Constituinte, a qual se encarregaria da elaboração da nova Constituição Brasileira. É convocada assim a 8ª Conferência Nacional de Saúde (FONTINELE JÚNIOR, 2008).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em março de 1986, em Brasília- Distrito Federal, representou um marco na história da saúde pública brasileira, e de acordo com alguns autores como Bravo (2006) e Fontinele Júnior (2008), foi um evento que contou com a participação de mais de 4.000 pessoas, dentre elas representantes da sociedade civil, grupos de profissionais ligados ao setor saúde, representantes de instituições e dos partidos políticos onde foram realizadas mesas redondas, debates e trabalhos de grupos, que culminou com a entrega do relatório final, sendo este talvez o documento mais importante na história da saúde, no Brasil.

Representou um avanço nas ações de saúde por ter incorporado uma maior participação da sociedade civil organizada na discussão de interesses voltados a questão da saúde e configurando-se como um processo social atingindo as esferas municipal, estadual, até chegar à nacional. O seu relatório serviu de base para a proposta de reestruturação do sistema de saúde, não somente com a criação do Sistema Único de Saúde, como também a reforma sanitária, quando afirma que “a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 2011, p. 4); Responsabiliza o Estado na promoção do direito à saúde, com adoção de políticas sociais e econômicas e apresenta como imprescindível a participação da população no processo de garantia do direito.

O processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 representou, segundo Bravo (2006), uma promessa de afirmação dos direitos sociais no Brasil, diante da grave crise e alto índice de desigualdade social, esta seria uma tentativa de amenizar os históricos processos de injustiças sociais ocorridos por séculos. Com relação à saúde, o texto constitucional vem atender as grandes reivindicações feitas pelo movimento sanitário. Em seu artigo 196, a referida constituição institui que: a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção proteção e recuperação.

Esta concepção quebra com o entendimento até então dominante de definir a saúde como sinônimo de ausência de doenças e como bem estar físico e mental, pois a saúde do indivíduo passa a ser analisada de um ponto de vista mais amplo, envolvendo todas as nuances de sua vida. Representando, portanto, no plano político um avanço no reconhecimento, afirmação e extensão dos direitos sociais a todos(as) cidadãos(ãs) (SOUZA, 2007, p. 59).

Mendes (1995, p. 47) aponta alguns aspectos fundamentais, que são ressaltados na Constituição de 1988 no que se refere à saúde, a saber:

- ✓ O conceito de saúde entendido numa perspectiva de uma articulação de políticas sociais e econômicas;
- ✓ O entendimento da saúde como direito social universal derivado do exercício de uma cidadania plena;
- ✓ A caracterização das ações e serviços de saúde como de relevância pública;
- ✓ A integração da saúde no espaço mais amplo da seguridade social;
- ✓ E a criação de um Sistema Único de Saúde organizado segundo as diretrizes de descentralização, com mando único em cada esfera de governo, o atendimento integral e participação da comunidade.

Destarte, a saúde ganha um novo entendimento e uma maior relevância, que vai ser ressaltado com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, o qual será abordado a seguir.

2.1 O surgimento do SUS: princípios, inovações, contribuições

Em decurso da Constituição, elabora-se a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. O Título II da referida Lei dispõe sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) que constitui o conjunto das ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas Federais, Estaduais e Municipais, da administração direta e indireta das fundações mantidas pelo Poder Público, é acrescida da Lei 8.142 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS.

Souza (2007) aponta que o SUS passa a incorporar os princípios defendidos pelo Movimento Sanitário, sendo estes: universalidade, equidade, integralidade e participação social.

Concorda-se com Mendes (1995) que o texto constitucional, no tocante a saúde, representou um avanço considerável, refletindo a correlação de forças contidas na sociedade brasileira, permitindo o prosseguimento da luta política entre projetos antagônicos – os projetos neoliberais e o da reforma sanitária.

Contudo as medidas propostas pela Constituição não tiveram muito impacto na melhoria das condições de saúde da população, pois era necessário a sua operacionalização, que não ocorreu. Bravo (2006) analisa que, além dos limites estruturais que envolvem um processo de tal ordem, as forças progressistas comprometidas com a reforma sanitária passaram a perder espaço na coalizão governante e, conseqüentemente, no interior dos aparelhos institucionais. No fim da década de 1980, instalavam-se algumas dúvidas e incertezas com relação a implementação do projeto de reforma sanitária, como: fragilidade das medidas reformadoras em curso; ineficácia do setor público; as tensões com os profissionais de saúde; a redução do apoio popular frente a ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma.

Assim nos anos 1990, concomitantemente aos avanços constitucionais, agudizam-se as influências neoliberais, que defendem um Estado mínimo no trato aos problemas sociais, as privatizações, e ainda é responsável pelo desemprego

estrutural, sucateamento da saúde, entre outros. Podendo-se então perceber que a hegemonia do projeto neoliberal passa a comprometer os direitos sociais até então conquistados.

A política de saúde construída na década de 1980, passa a ser desconstruída, ficando vinculada ao mercado, responsabilizando a sociedade civil para assumir os custos causados pela crise, e uma direção apontada para a refilantropização. No tocante à saúde o ataque neoliberal se deu no descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral.

Bravo (2006, p. 14) coloca algumas questões que comprometeram a possibilidade de avanço do SUS como política social, tais como:

- O desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estadual e municipal;
- Afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde.

Assim, dois projetos convivem em grande tensão: o projeto de Reforma Sanitária, onde a preocupação principal é assegurar um Estado atuante em função da sociedade, concebido como Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e conseqüentemente pela saúde; e o projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista, que está pautado na política de ajuste que tem como principais tendências a contenção de gastos com a racionalização da oferta, onde ao Estado é instituído o dever de uma garantia mínima aos que não podem pagar.

Em uma análise contemporânea, perpetrada a partir do governo Lula, Freitas (2007) aponta que este é um cenário de avanços e retrocessos, ou seja, ao mesmo tempo em que se criam políticas que buscam expandir os direitos sociais, deixam-nas subordinadas à lógica econômica.

Bravo (2004, p.104) aponta alguns aspectos que retratam tais avanços e retrocessos como avanços, a retomada da concepção de reforma sanitária; a convocação para a 12^a Conferência Nacional de Saúde; a contratação de profissionais comprometidos com a reforma sanitária. Quanto aos retrocessos:

Ressalta-se no atual governo a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social. Como exemplos de focalização, podem ser destacados a centralidade do Programa Saúde da Família (PSF), sem alterá-lo significativamente para que o mesmo se transforme em estratégia de reorganização da atenção básica em vez de ser um programa de extensão de cobertura para as populações carentes.

Dentro desse contexto pode-se perceber que o SUS ao longo de sua construção tenta superar desafios, pois o seu princípio fundamental, a universalidade do direito, está cada vez mais longe de ser atingido. Considerando uma lógica de mercado onde todos os segmentos da sociedade devem estar ligados, a saúde pública fica visivelmente “universal” a todos que não tem acesso ao mercado, Bravo (2004) aponta que o SUS foi se consolidando como espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado.

Assim o desafio posto na atual conjuntura é um amplo movimento de massas que busque a superação da crise herdada e a concretização de propostas que tenham por objetivo superar as profundas desigualdades sociais existentes. Para a saúde, o grande desafio é o fortalecimento do Projeto de Reforma Sanitária, e uma defesa intransigente dos princípios e diretrizes do SUS.

3 A SAÚDE DA MULHER NO BRASIL: UM OLHAR SOB A PERSPECTIVA DE GÊNERO

Historicamente, a mulher foi alvo de análises, o corpo feminino sempre foi motivo de curiosidade e atração. Segundo Coelho (2006) a saúde é o mais importante foco, pois traz consigo o domínio do corpo e a vivência da sexualidade.

A vida da mulher, marcada pelos humores, hormônios e alterações cíclicas, era muitas vezes relacionada aos ciclos da natureza, às fases da lua, às Deusas da fecundidade e da beleza. Mas, de acordo com Coelho (2006), toda essa multiplicidade de sentimentos e crenças, ao mesmo tempo que conferia um sentido poético, sagrado e misterioso, também estimulava um conjunto de rituais que tanto eram de adoração como de repressão, terror e medo.

Essas diferentes interpretações da vida sexual e reprodutiva transformaram o ciclo vital da mulher em algo que deveria ser observado e conhecido para ser subjugado. Os preconceitos e discriminações foram validados pelas diferentes culturas, ciências e religiões ao longo do tempo.

Segundo Coelho (2006) na sociedade ocidental Judaico-cristã, em específico, os mecanismos mais utilizados para a submissão da mulher são a culpa, o pecado original, o culto da castidade e da virgindade, o casamento monogâmico e o ato sexual destinado apenas à reprodução, onde toda essa influência religiosa cristã leva à sociedade a um pessimismo sexual.

Coelho (2006) aponta que a história da sociedade mostra que as mulheres eram detentoras de grande conhecimento, sendo estas médicas, rezadeiras, parteiras de suas comunidades, conheciam as plantas medicinais e suas propriedades, faziam chás, porções, enfim, exerciam a arte de cuidar e curar. Vale evidenciar que as mulheres são responsáveis por grandes descobertas no âmbito da medicina em relação às plantas medicinais, o que acabou sendo ocultado pela medicina dominante.

Com o surgimento do racionalismo médico, que tem por base os estudos da anatomia, as mulheres são afastadas dessas práticas que desenvolviam desde o começo da divisão das tarefas entre o homem e a mulher. Começa a se impor o pensamento racionalista e com ele uma medicina científica empírica e experimental, claramente masculina, patriarcal e religiosa.

Destarte surge outra forma de opressão contra as mulheres, que não se obstem mais na religião, na culpa, no medo e no pecado, mas agora na medicina.

Dentro desse contexto, Coelho (2006, p. 15) afirma que:

[...] até por que, seria insustentável devido aos avanços científicos advindos com as novas concepções políticas e filosóficas do iluminismo, continuar mantendo a mulher submissa e inferiorizada somente com o suporte das religiões. Foi preciso substituir as sanções e limites impostos pela religião, por concepções mais condizentes com o pensamento da época, a religião como forma de opressão sobre a mulher foi substituída pela medicina.

Assim, a junção da ciência, a opressão cultural, a religião, a hegemonia do patriarcalismo, fazem com que o saber feminino caia na clandestinidade, sendo apropriado pelo poder médico masculino por séculos e séculos.

O sistema médico, com a evolução das ciências médicas e biológicas, passa a exercer um importante papel na opressão contra a mulher, a partir da diferenciação entre o corpo do homem e o da mulher, contribuindo significativamente para justificar a discriminação sexual através da cultura, da educação, da vida pública, social e do mundo do trabalho.

Souza (2007, p. 27) completa o pensamento:

O corpo é visto de forma objetivada pela medicina, como se só os aspectos físicos e biológicos fizessem parte desse conjunto material. É desprezado toda a dimensão social desse corpo e modo como esse é subjetivamente construído, assim como as relações sociais que nele se situam, entre estas as de gênero. Sobre o corpo biológico versa o controle e a fiscalização, uma espécie de ordenamento da vida, que acaba ordenando muitos aspectos do corpo social. As práticas se traduzem numa dimensão de regulação do corpo e conseqüentemente da vida.

Em todos os tempos a mulher foi focalizada e discutida com referência na sua vida reprodutiva e sexual, sendo vista como ser passivo, frágil e incapaz (BESSA, 2011). Pela função reprodutora da espécie evidenciou-se o favorecimento da sua subordinação ao homem ficando clara a tentativa de domínio dos corpos femininos, da sexualidade e a imposição do ato sexual apenas à reprodução.

O ideal de domesticidade estipulou para as mulheres um modo de vida restrito à administração doméstica, assim como cuidar e educar os filhos, enquanto que para o homem as atribuições eram mais valorizadas, sendo a política, a filosofia e as artes. O homem, associado à idéia de autoridade devido a sua força física e “poder de mando”, assumiu o poder dentro da sociedade, surgindo assim as sociedades patriarcais, que representa um tipo de família que floresceu outrora, na qual se concentrava no chefe ou patriarca, de autoridade absoluta, toda a instituição social do tempo. Alves (2011, p. 1) em sua análise descreve que “patriarcado é um sistema social no qual o homem é o ator fundamental da organização social, e exerce a autoridade sobre as mulheres, os filhos e os bens materiais e culturais”.

Segundo Souza (2007), nos países ocidentais, filosoficamente, o patriarcado é justificado a partir do falso princípio naturalista/biológico de que as mulheres eram humanamente inferiores aos homens. Esse princípio influenciou não só as religiões,

como também a ciência, colocando as mulheres em condições desfavoráveis na sociedade, na política e nas relações pessoais, configurando a inferioridade feminina, que atravessa a maioria das sociedades até os dias atuais.

3.1 Gênero como categoria de análise

Podemos perceber que as relações de conflitos entre feminino e masculino perpassam desde as antigas sociedades. Contudo, Farah (2004) afirma que o campo de estudos de gênero consolidou-se, no Brasil especificamente, no final dos anos 1970. O conceito de gênero tem sido interpretado de formas distintas, Saffioti (2004) descreve que há um campo ainda limitado de consenso que conceitua gênero como a construção social do masculino e do feminino.

De acordo com Souza apud Buarque (2005, p. 8), por gênero entende-se: “[...] um elemento constitutivo das relações sociais, baseado nas diferenças, percebidas entre os sexos. E gênero é a forma primeira de significação das relações de poder [...]”.

O enfoque de gênero trouxe contribuição para uma maior reflexão teórica e as práticas sociais exercidas, Farah (2004) em sua análise aponta que:

Ao analisar políticas públicas a partir da perspectiva de gênero, identificou-se iniciativas que incluem mulheres como parte do público beneficiário, seja como foco específico da ação governamental, seja como um segmento atendido por programas mais abrangentes, com uma atenção específica ou diferenciada (FARAH, 2004, p. 2).

Como parte desse processo de transformações, novos atores passam a fazer parte da arena pública e assim novos temas foram integrados à agenda governamental. As transformações societárias, processos de democratização e de industrialização, abriram para as mulheres um leque de possibilidades na luta pela reversão desse quadro de desigualdades. Souza (2007) afirma que a politização da mulher na sociedade emerge no âmbito internacional na América e na Europa nos fins do século XVII e se consolidaram nos primórdios do século XIX como reflexo das mudanças estabelecidas pelo modo de produção capitalista, tendo como

reivindicações principais a divisão sexual do trabalho, a mal remuneração, carga horária excessiva, péssimas condições de trabalho e a ausência de direitos sociais e políticos.

3.2 Breve retrospectiva da saúde da mulher no Brasil

No Brasil, a proteção à mulher se consolidou na década de 1970, esta pauta encontrava-se inserida como parte de uma agenda ampla de discussões e reivindicações. Souza (2007) aponta que refletir sobre um sistema de proteção à mulher pressupõe o entendimento acerca da construção de políticas públicas, sob a perspectiva de gênero, especificada anteriormente, que deve ser constituída em novas propostas, que vão contra aos modelos de dominação-exploração dos homens sobre as mulheres e que tais políticas possam possibilitar a participação da mulher nos espaços públicos, não restringindo sua ação à esfera doméstica.

Durante a construção do sistema de proteção às mulheres, as Conferências e Tratados Internacionais de Proteção aos Direitos Humanos e das Mulheres são de considerável importância para a construção de uma legislação que possa garantir a igualdade entre os sexos.

Dentro desse contexto de reivindicações, ao mesmo tempo que denunciavam desigualdades de classe, as mulheres levantavam temas específicos à condição de vida da mulher, como direito à creche, saúde da mulher, sexualidade e contracepção e violência contra a mulher. Destarte, emerge um amplo movimento de mulheres, envolvendo concepções políticas, culturais e ideológicas diversas, chamado de movimento feminista, que Buarque (2005 apud SOUZA 2007, p. 29), abordando essa temática, conceitua como:

Feminismo é a ação política de mulheres em favor da transformação das relações de poder entre homens e mulheres, que incide na transformação da sociedade, através do combate às desigualdades, discriminações, opressões e explorações de sexo, com contribuições teóricas e práticas, nos campos da organização política, das leis, dos hábitos e costumes, dos saberes e do governo.

O feminismo traz uma grande contribuição para as mulheres, quando inicia sua luta partindo da meta de igualdade na diferença sexual. Segundo Giffin (2002), a bandeira feminina “nosso corpo nos pertence” expressou uma estratégia de transformação das relações de gênero e uma nova consciência do corpo feminino. Seguindo embasado na luta pela emancipação política, econômica e social da mulher, travando como luta fundamental desmontar um esquema construído numa lógica patriarcal, o movimento feminista contribuiu para a inclusão da questão de gênero na agenda pública, como uma das desigualdades a serem superadas por um regime democrático.

Com a grande contribuição do movimento feminista e do movimento de mulheres, foram implantadas as primeiras políticas públicas com recorte de gênero. Farah (2004) cita a criação do primeiro Conselho Estadual da Condição Feminina, da primeira Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher e o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher.

No setor saúde, em específico, a contribuição foi bem positiva para a vida das mulheres, desde sua luta inicial com relação aos corpos femininos até as que foram se configurando. Segundo Coelho (2006), historicamente as políticas de saúde da mulher eram vinculadas à maternidade e à infância, e o movimento feminista veio incorporar uma luta por programas destinados a promoção, proteção e recuperação dos corpos femininos, independentemente do período reprodutivo/gestacional.

Em 1983, em meio a forças políticas antagônicas em um momento de efervescência no Brasil, com intensa atuação dos movimentos sociais e da sociedade civil em geral lutando pela democracia, foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), cujo texto incorporou as reivindicações do movimento feminista e da sociedade civil como um todo.

Cavalcanti (1998, p. 2) ao abordar sobre o programa diz:

O PAISM representou uma resposta institucional à forte mobilização dos movimentos sociais, em especial o de mulheres, empreenderam no final dos anos 70 e início da década de 80, motivadas pela necessidade de redefinição das políticas públicas de saúde no país. Passa a se constituir no modelo assistencial reconhecido como capaz de atender às necessidades globais da saúde feminina diante do quadro epidemiológico que sinalizava a urgência de se promover a reestruturação imediata do modelo assistencial de saúde.

Alguns autores como Cavalcanti (1998) e Osis (1998) consideram que de um modo geral as diretrizes do programa previam a capacitação do sistema de saúde, para atender as necessidades da população feminina, visando um tratamento integral à mulher. Assim, as práticas educativas ganham prioridade, enfatizando a necessidade da mulher se conhecer, contribuir no auto-cuidado, e na reapropriação do seu corpo.

Destarte, o PAISM configurou um amplo significado social, onde seu ponto crucial foi a inclusão da anticoncepção como uma das atividades da assistência integral à saúde da mulher, o que era praticado largamente no país. Contudo, o programa também sofreu ataques da força neoliberal, o que atrapalhou na aplicação do conceito de atenção integral, por este ter sido um programa que focalizava a clientela.

O que se questionava eram a integralidade e universalidade do programa, Souza (2007) aponta que as críticas partiam da contradição entre a designação de integral e os objetivos explicitados, pois estariam concentrados nos problemas de saúde decorrentes das atividades sexuais e reprodutivas das mulheres. Mesmo aqueles que não centravam suas críticas nesse aspecto, acreditavam na má aplicação do termo “integral”, porque o programa permanecia na difusão da concepção da mulher enquanto reprodutora, assim como a exclusão dos homens do PAISM colocava a reprodução como responsabilidade exclusiva da mulher. Esses argumentos também eram utilizados pelos setores que associavam o programa a intenções “controlistas”.

Assim, a implementação efetiva do PAISM não aconteceu em todo território nacional, segundo Osis (1998), houve morosidade, descompasso entre a discussão e o planejamento e as medidas práticas.

Essas questões, dentre outras, levaram ao surgimento de novas propostas que visassem atender as demandas relacionadas à saúde da mulher. Em 2003 foi elaborada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que passa a adotar como princípios a humanização e a qualidade da atenção em saúde como condições essenciais para que as ações em saúde possam resolver os problemas identificados.

A PNAISM se configurou como avanço no campo dos direitos sexuais e reprodutivos. Como uma das estratégias da PNAISM, apresenta-se o fortalecimento

da atenção básica no cuidado com a mulher, qualificando o atendimento na rede do SUS.

Sobre esta política cabem algumas considerações:

A PNAISM reforça a humanização da atenção em saúde, concebendo que humanização e qualidade da atenção são aspectos indissociáveis. Nesse sentido, é imprescindível considerar que humanizar é muito mais do que tratar bem, com delicadeza ou de forma amigável, devendo ser consideradas questões de acessibilidade ao serviço nos três níveis da assistência, provisão de insumos e tecnologias necessárias, formalização de sistemas de referência e contra-referência, disponibilidade de informações e orientação da clientela e a sua participação na avaliação dos serviços. (FREITAS et al, 2009, p. 3)

Souza (2007) aponta que se tomou como foco um conjunto de políticas, com o objetivo não só de dar visibilidade as já existentes, mas de ampliar as ações, tendo em vista a efetivação de direitos já garantidos durante as Conferências e Tratados. Para tanto, foram consideradas as propostas programáticas do Ministério da Saúde, o diagnóstico realizado pela Área Técnica de Saúde da Mulher e as reivindicações dos movimentos sociais. Como resultados foram elaboradas políticas pelo Ministério da Saúde, pactuadas com estados e municípios através do SUS.

Resultante desse processo de discussão teve origem a elaboração do Plano de Ação 2004-2007 da PNAISM. Podemos citar alguns objetivos:

- Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST;
- Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde;
- Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para as mulheres e adolescentes;
- Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência sexual e doméstica;
- Promover, conjuntamente com o PN-DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV e AIDS na população feminina;

Araújo (2005 apud SOUZA, 2007) destaca que o propósito do Ministério da Saúde com a elaboração dessa política, é apoiar estados e municípios na construção de um consenso acerca da necessidade da elaboração e consolidação de políticas públicas voltadas para as mulheres, que ocorram de forma integral e sinérgica, garantido assim uma melhor qualidade de vida às mulheres, alvo dessa política.

Para tanto, requer a decisão política dos gestores (as) na efetivação da política, assim como a participação da sociedade civil com regulador de todo esse processo.

4 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER- PNAISM, E A PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE

De acordo com as considerações de Freitas et al (2009), é a partir da criação da PNAISM que a mulher é vista em sua integralidade, como sujeito autônomo e participativo no processo de decisão para a formulação de políticas públicas, tendo em vista que a medida que a mulher é incluída nesse processo, há garantia do atendimento de suas reais necessidades, aumentando a qualidade da assistência.

Integralidade entendida não apenas como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde definida constitucionalmente, como também, segundo Machado et al (2007) “uma bandeira de luta”.

Mattos (apud MEDEIROS; GUARESCHI, 2009) coloca a integralidade como um dos principais objetivos do movimento sanitário e responsável pela formulação do conceito de saúde vigente desde a Constituição de 1988. Consideram ainda que o movimento sanitário reivindicou um novo conceito de saúde que considerasse não só a dimensão biológica, como também a dimensão social no processo saúde/doença, indicando uma ruptura na forma como se pensava esse processo.

O termo integralidade tem ganhado destaque no âmbito das políticas públicas de saúde a partir do SUS, pois preconiza a identificação dos sujeitos como totalidades, considerando todas as dimensões possíveis que se pode intervir. Para Medeiros e Guareschi (2009), a integralidade visa considerar a pessoa e atender a

todas as suas necessidades, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação.

Souto (2008) ao tratar desse tema aponta que uma abordagem de gênero na análise da integralidade na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher deve tomar como referência os modos como homens e mulheres se relacionam no cotidiano de suas vidas, que são resultado da determinação social do processo saúde/doença e se evidenciam nos seus corpos e marcam suas vidas. Afirma ainda que essa concepção se insere no processo de formulação de políticas, de produção de conhecimentos, nesse campo considerando a historicidade de valores e crenças que permeiam o ser homem e o ser mulher.

É relevante destacar que a abordagem de gênero traz grande contribuição à saúde da mulher, pois a partir desse enfoque o corpo feminino ganha uma dimensão que extrapola o biológico. De acordo com Souto (2008), a inclusão dessa visão sobre o corpo da mulher reafirma a necessidade de se reconhecer as desigualdades existentes nas relações de gênero e o seu papel diferenciador no processo saúde/doença, resgatando as particularidades das mulheres em sua dimensão de geração, classe social, raça/etnia e orientação sexual e inova, principalmente, por incluir os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos.

O princípio organizador e estruturante da humanização no cuidado e na abordagem de Gênero necessária a PNAISM, é considerar que a integralidade do cuidado compreende a integração entre os saberes, espaços e práticas. Porém o que se buscam são os elementos necessários para o aprofundamento da integralidade.

A PNAISM significou, sem dúvida um grande avanço na abordagem de gênero e da integralidade, entretanto traz ainda algumas limitações, de acordo com Souto (2008), pois há a lacuna de uma abordagem de gênero relacional, ou seja, a inclusão dos homens e masculinidades, e também a relação entre os gêneros que constrói vulnerabilidades diferenciadas para homens e mulheres. A autora analisa também que para alguns segmentos de mulheres, como as trabalhadoras rurais, as indígenas, as lésbicas e as mulheres em sistema prisional, as ações de saúde e estratégias propostas continuam restritas à saúde sexual e reprodutiva, fugindo assim do sentido da integralidade da atenção à saúde da mulher.

Destarte, apesar de alguns componentes de avanços serem encontrados na PNAISM, esses, entre outros, limites comprometem a visão mais ampla da saúde

das mulheres, conforme Souto (2008, p. 176): “algumas vezes reforçam signos e significados estereotipados da feminilidade e da masculinidade não contribuindo para políticas de saúde sob os princípios da integralidade e da equidade”.

Para pensar na integralidade das ações de saúde voltada para mulheres é necessário ir além do diagnóstico e problematizar a situação. Para Souto (2008), perdura, portanto, o desafio de transformar as ações propostas na PNAISM em práticas de saúde no cotidiano dos serviços e dos processos de trabalho dos profissionais de saúde comprometidos com a produção de práticas humanizadas e de qualidade. É preciso então ampliar o olhar para outros conceitos no campo da saúde, como cuidado e a vulnerabilidade.

Partindo desses pontos, podemos considerar que a integralidade na formulação da PNAISM precisa repercutir nas práticas de saúde desde o acolhimento até a recuperação de mulheres, condições para a humanização e qualidade da atenção à saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os estudos realizados, ficou evidenciado que o setor saúde permutou por vários processos. Certamente a Constituição Brasileira de 1988, representou um avanço ao tratar a questão saúde, pois a introdução do SUS no texto constitucional afirmou o conceito de saúde como sendo direito de todos e dever do Estado.

Destarte, o que se evidencia é o enfoque neoliberal na saúde, apontando uma ênfase na focalização, na precarização e no desfinanciamento das ações, de modo a influenciar no descompasso entre o âmbito das proposições e o da efetividade das políticas para mulheres.

Conclui-se, então, que, apesar dos avanços obtidos com a criação de políticas/programas voltados para à saúde da mulher, as ações de saúde ainda estão voltadas apenas para ciclo reprodutivo/gestacional das mulheres, pondo em xeque o princípio constitucional da integralidade à saúde da mulher.

A partir da discussão traçada fica claro que a igualdade de gênero transcende o acesso digno à saúde. No tocante a Política de Atenção a Saúde voltada para as mulheres evidencia-se que para que possa assegurar a integralidade nas ações é necessário que essas ações se processem no âmbito da promoção, prevenção ou recuperação, abrangendo os aspectos biopsicossociais garantindo, assim o atendimento das demandas de saúde apresentadas pelas mulheres.

REFERÊNCIAS

- ALVES, J. E. D. **O patriarcado**. Disponível em: <<http://opensadorselvagem.org/ciencia-e-humanidades/demografia/o-patriarcado>> Acesso em: 10 jun. 2011.
- BESSA, K. A. M. **Papel da mulher na sociedade ao longo da história**. Disponível em: <<http://pt.shvoong.com/social-sciences/sociology/1653449-papel-da-mulher-na-sociedade/>> Acesso em: 20 mar. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**: relatório final. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf> Acesso em: 10 jul. 2011.
- BRAVO, M. I. S. et al (Orgs). **Saúde e serviço social**. São Paulo: Cortez, 2004.
- BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho social. São Paulo: Cortez, 2006.
- CAVALCANTI, L. F. O PAISM e a configuração da rede de assistência à saúde da mulher no município do Rio de Janeiro. In: _____. **A instituição de saúde e a (re)construção do espaço público**: o caso do hospital maternidade Alexander Fleming. 1998. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.
- COELHO, C. C. Breve história da mulher e seu corpo. In: COELHO, E. B. S.; CALVO, M. C. M.; COELHO, C. C. **Saúde da mulher**: um desafio em construção. Florianópolis, UFSC, 2006.
- FARAH, M. F. S. Gêneros e políticas públicas. **Estudos feministas**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 47-71, jan./abr. 2004.
- FONTINELE JÚNIOR, K. Evolução histórica dos programas de assistência à saúde no Brasil. In: _____. **Programa Saúde da Família (PSF) comentado**. Goiânia: AB, 2008.

- FREITAS, G. L. et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 424-428, 2009.
- FREITAS, R. C. M. O governo Lula e a proteção social no Brasil: desafios e perspectivas. **Revista Katálisis**, v. 10, n. 1, p. 65-74, jan./jun. 2007.
- GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, 2002.
- MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.
- MEDEIROS, P. F.; GUARESCHI, N. M. F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Estudos feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 1, jan./abr. 2009.
- MENDES, E. V. As políticas sociais no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: TEIXEIRA, C. F. et al. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.
- OSIS, M. J. M. D. Paism, um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 25-32, 1998.
- PEREIRA, P. A. P. A questão social e as transformações das políticas sociais: respostas do Estado e da sociedade civil. **Ser Social**, n. 6, jan./jun. 2000.
- SAFFIOTTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004. (Coleção Brasil Urgente)
- SILVA, A. A. **As relações estado-sociedade e as formas de regulação social**. Brasília: UnB, 2000. (Capacitação em Serviço Social, módulo 2)
- SOUTO, K. M. B. A política de atenção integrada a saúde da mulher: uma análise de integralidade e gênero. **Ser Social**, Brasília, v. 10, n. 22, p. 161-182, jan./jun. 2008.
- SOUZA, R. L. R. N. **A percepção das usuárias do programa saúde da família sobre a atenção à saúde da mulher no bairro das indústrias**. 2007. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.