

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL



JAMYLE VENAS DO VALE

INTEGRALIDADE NO ATENDIMENTO A MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE: ELEMENTOS PARA UMA REFLEXÃO

CACHOEIRA

2019

JAMYLE VENAS DO VALE

INTEGRALIDADE NO ATENDIMENTO A MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE: ELEMENTOS PARA UMA REFLEXÃO

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB, para obtenção de grau de Bacharel em Serviço Social sob a orientação da Profª Drª Sílvia de Oliveira Pereira.

CACHOEIRA

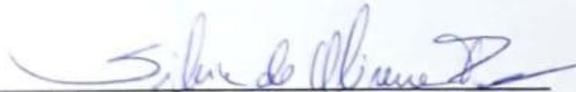
2019

JAMYLE VENAS DO VALE

INTEGRALIDADE NO ATENDIMENTO A MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A
SAÚDE: ELEMENTOS PARA UMA REFLEXÃO

Cachoeira – BA, aprovada em 18/03/2019.

BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dr.ª Sílvia de Oliveira Pereira
(Orientador – UFRB)



Prof.ª Dr.ª Heleni Duarte Dantas de Ávila
(Membro Interno – UFRB)



Prof.ª Dr.ª Dyane Brito Reis Santos
(Membro Interno – UFRB)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro a Deus, por tudo: pelo dom do amor e da vida; pelo amparo; pela oportunidade de aprender; pelas pessoas que tenho e tive o privilégio de conviver; por toda essa jornada de formação, que foi longa, às vezes difícil, às vezes prazerosa, mas que valeu a pena.

Agradeço a minha família, presente de Deus. Não fiz nada sozinha, tudo que conquisto e venha a conquistar não é meu, é da gente.

A mainha, Lúcia, por tudo. Por confiar e acreditar em mim, pelo amor e carinho cotidianos, por todo apoio;

A Jaiane, minha irmã, parceira de jornada da vida: obrigada por tudo, pela amizade, compreensão e alegria;

A painho (in memoriam), José, por ter acreditado tanto em mim, por tanta dedicação e empenho pela nossa formação (minha e de minha irmã). O legado que você deixou não é palpável, estará sempre no meu coração, na minha mente e nos meus valores, que espero um dia poder transmitir a outra(s) gerações(s).

A guinho, pela amizade, força, carinho e apoio cotidianos;

A Toshiba, “aumigo” e “cãopanheiro”.

A Carlinhos, padrinho, segundo pai, cujo amor e carinho são um grande presente e surpresa da vida.

Aos amigos/colegas que tive a sorte de encontrar nesse caminho durante a formação, em especial:

A Shis, linda e contagiante, obrigada por cada conversa.

A Rogério, o amigo que dá aquela força, pessoa solícita e sempre prestativa.

Ao Seu Edvaldo, grande mestre, aquela pessoa dos melhores papos da vida.

A Simone, amiga das loucuras mais engraçadas. Obrigada pela sua alegria, amizade e por compartilhar tanto o seu melhor com todo mundo.

A Val, pessoa linda, amorosa, que só de falar da vontade de abraçar.

A Lívia, por nos abrigar na sua casa, pelos momentos alegres, e difíceis compartilhados juntos.

A Vinis, que mudou de planos e de curso, mas cuja amizade e carinho continuam.

Aos colegas da turma de Serviço Social 2013.2. O aprendizado é coletivo, aprendemos muito juntos.

A todos os professores do curso de Serviço Social da UFRB, uma universidade incrível, dona de uma luta e história belíssima.

Às mulheres e prós:

Márcia Clemente e Sílvia Arantes (orientadoras acadêmicas de estágio) pelo apoio, confiança e puxões de orelha.

A Sílvia Pereira, orientadora deste trabalho, pela sensibilidade, por confiar na nossa capacidade e tornar esse processo de realização de trabalho final mais leve e prazeroso.

A UEFS, nas pessoas de Irá, Vivian, Eliana, Cleciana e Carina, com as quais aprendi que sutileza, e firmeza podem ocorrer ao mesmo tempo.

Ao SESC nas pessoas de Kátia, Marion, e Claudine, cuja alegria e bom humor tornaram muito mais prazerosa a experiência do estágio.

Às orientadoras de campo de estágio Carina Carvalho e Claudine Leal, excelentes profissionais, pessoas incríveis com as quais tive a sorte de aprender mais sobre postura, trabalho profissional e sobre a vida.

Por fim, agradeço a todos os professores pelos quais passei, desde a alfabetização até aqui. Muito obrigada!

RESUMO

Por muito tempo o cuidado com a saúde da mulher esteve centrado nos aspectos ligados a reprodução. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) constituiu-se num marco fundamental que inaugurou um novo olhar sobre a saúde da população feminina, considerando os seus determinantes sociais, e suas necessidades de saúde dentro de uma abordagem integral. A participação do Movimento de Mulheres junto ao Movimento Sanitário foi essencial para essa conquista. Dentro desse contexto, o presente trabalho visa analisar, tendo como referência os princípios e diretrizes do PAISM, em que medida o foco na saúde reprodutiva da mulher foi superado no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Para tanto, parte-se de uma pesquisa bibliográfica dos principais temas que envolvem o problema de pesquisa a fim de circunscrevê-lo no campo teórico-científico. São eles: conceitos de gênero e saúde, o PAISM, a perspectiva da integralidade no atendimento à saúde e Atenção Primária à Saúde (APS). Junto a isso, realiza-se uma análise documental dos registros em que constam orientações que subsidiam o trabalho dos profissionais da APS vigentes hoje, observando dois aspectos considerados fundamentais para o atendimento resolutivo das necessidades de saúde feminina: o enfoque de gênero e a perspectiva da integralidade. Os resultados apontam que ainda existe uma predominância da preocupação com a saúde reprodutiva, ao passo que há uma crescente inserção de uma abordagem integral e enfoque de gênero, no trato com a saúde dessa população.

Palavras-chave: Determinação social da saúde. Saúde da Mulher. Gênero. Integralidade.

ABSTRACT

For a long time women's health care has been centered on reproductive aspects. The Program of Integral Assistance to Women's Health (PAISM) constituted a fundamental framework that opened a new perspective on the health of the female population, considering their social determinants and their health needs within an integral approach. The participation of the Women's Movement next to the Sanitary Movement was essential to this achievement. In this context, the present study aims to analyze, based on the principles and guidelines of the PAISM, to what extent the focus on women's reproductive health has been overcome in Primary Health Care (APS). In order to do this, it is started with a bibliographical research of the main themes that surround the research problem in order to circumscribe it in the theoretical-scientific field. These are: concepts of gender and health, the PAISM, the perspective of integrality in healthcare and Primary Health Care (APS). At the same time, a documentary analysis of the records containing guidelines that support the work of the APS professionals in force today, observing two aspects considered fundamental for the resolute attendance of women's health needs: the gender focus and the integrality perspective. The results indicate that there is still a predominance of reproductive health concern, whereas there is a growing insertion of an integral approach and the gender approach in the treatment of this population health.

Keywords: Social Determination of Health; Women's Health; Gender; Integrality.

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
ABEFF – Associação Brasileira das Entidades de Planejamento Familiar
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AID – Agência para Desenvolvimento Internacional
APS – Atenção Primária à Saúde
BEMFAM – Sociedade Civil de Bem-estar Familiar no Brasil
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CIPD – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CNDSS – Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CPAIMC – Centro de Pesquisas de Assistência Integrada a Mulher e a Criança
CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito
DINSAMI – Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil
DSS – Determinantes Sociais da Saúde
ESF – Estratégia Saúde da Família
IPPF – Federação Internacional de Planejamento Familiar
MS – Ministério da saúde
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan- Americana de saúde
PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PPGAR – Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco
PSMI – Programa de Saúde Materno-Infantil
RSB – Reforma Sanitária Brasileira
SBRH – Sociedade Brasileira de Reprodução Humana
SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	SAÚDE E GÊNERO	18
	2.1 O que é Saúde: uma perspectiva ampliada.....	18
	2.2 Gênero: um determinante social da saúde.....	27
3	AS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO BRASIL AO LONGO DA HISTÓRIA	33
	3.1 PAISM: um marco fundamental	33
	3.2 Saúde da Mulher na Atenção Básica: uma análise documental	50
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
5	REFERÊNCIAS	63

1 INTRODUÇÃO

As desigualdades sociais afetam o processo saúde-doença dos indivíduos. Além da condição socioeconômica, verifica-se que diversos outros aspectos são apontados como determinantes sociais da saúde (DSS) – condições de vida e ambientais, trabalho, educação, acesso a serviços essenciais, estilos de vida, cultura, relações de gênero e relações raciais – (CNDSS, 2008), os quais, em desigualdade, podem gerar graus importantes de injustiça social, refletindo na saúde dos indivíduos.

Como aponta Contandriopoulos (2006) existe um aspecto que é iminentemente social expresso na saúde humana, pois os sujeitos estão inseridos no tempo e no espaço, em interação com o ambiente e com outros indivíduos, sendo concomitantemente influenciados por esse contexto e agentes de construção deste espaço. Sendo assim, é de fundamental importância pensar sobre a saúde para além da intervenção biomédica. Para dar conta dessa questão, tendo em vista sua abrangência, é necessário considerar, além do setor saúde, diversos outros setores de serviços que envolvem a vida em sociedade. Isto remete à dimensão política desta questão, exigindo, inclusive, o debate sobre o direito à saúde e o papel do Estado e, no Brasil, uma aproximação com a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e o Sistema Único de Saúde (SUS).

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) configura o mais importante movimento em torno da defesa do direito social à saúde no Brasil, sendo, portanto, o movimento histórico que melhor exemplifica a amplitude dessa questão. Trata-se da organização e ação de coletivos intelectuais e políticos – vinculados aos movimentos populares, acadêmicos que discutiam saúde, partidos políticos – em meados da década de 70, por meio dos quais se promoveu debates e lutas em diversas frentes sobre esse assunto no Brasil; e fundamentou-se teórico-cientificamente a defesa de uma ideia: a criação de um sistema único de saúde que fosse universal e levasse em conta a determinação social do processo saúde-doença, pondo em evidência as demandas da sociedade e requerendo uma reforma amplificada (PAIM, 2008).

A RSB realçou que as condições dos sujeitos sociais denotam as suas necessidades de saúde. Assim passou a ser compreendida no Brasil, por exemplo, a saúde de idosos, crianças, mulheres, homens, grupos sociais específicos,

indivíduos, e populações. No caso das mulheres, as relações de gênero – relações antagônicas e desiguais de poder que se estabelecem entre homens e mulheres a partir da diferença sexual – podem ser consideradas um determinante social da saúde que atravessa praticamente todos os âmbitos da vida social (BARATA, 2009).

Essas relações se refletem em várias das condições vividas e papéis desempenhados pelas mulheres, e que, conseqüentemente repercutem na sua situação e necessidades de saúde. Ainda é uma realidade para elas, por exemplo, ocupar os mesmos postos de trabalho que os homens recebendo salários menores por conta da maternidade; viver uma jornada dupla conciliando trabalhos domésticos e atividades de cuidado com trabalho formal, além das situações de violência doméstica, familiar e urbana, as quais estão mais suscetíveis pela condição de gênero.

O modo como as mulheres adoecem e morrem está relacionado a fatores que vão além das especificidades ligadas ao sexo, diz respeito a assimetria dessas relações de gênero e comportamentos distintos em relação a doença. Assim, embora se exponham menos a riscos, em comparação aos homens, constata-se maior morbidade entre elas, o que se refere, para além das diferenças hormonais e genéticas, aos papéis sociais que desempenham e comportamentos distintos frente às doenças (BARATA, 2009). Dessa forma, para analisar os processos sociais e seus efeitos sobre os processos de saúde-doença das mulheres, a categoria gênero é uma ferramenta essencial (COELHO; PORTO, 2009).

Todos esses fatores associados à determinação da saúde das mulheres para além das particularidades do seu sexo só poderiam ser levados em conta, no âmbito da saúde, a partir de uma abordagem integral. Esse modo de lidar com a saúde do gênero feminino aponta no sentido de materializar-se a partir da criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983.

Elaborado pelo Ministério da Saúde, o PAISM trouxe como preponderante a orientação para a integralidade da política a partir da análise da complexidade das questões de saúde das mulheres, com destaque para a autonomia delas sobre questões reprodutivas (COSTA, 1999 *apud* COSTA, 2009).

Antes do estabelecimento do PAISM a atenção à saúde das mulheres era centralizada na sua saúde reprodutiva, assim, a preocupação do Estado focalizava o grupo materno-infantil (OSIS, 1998). “O enfoque central dos vários programas de

saúde materno-infantil estava em intervir sobre os corpos das mulheres-mães, de maneira a assegurar que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades de reprodução social” (CANESQUI, 1987; OSIS, 1994 *apud* OSIS, 1998, p. 26).

O PAISM foi fruto de intenso processo participativo dos movimentos de mulheres a partir dos anos setenta (COSTA, 2009), e inovou a nível mundial por ser o primeiro a propor o atendimento à saúde reprodutiva no domínio da atenção integral à saúde; se configurou como um passo importante no sentido de reconhecer os direitos reprodutivos das mulheres; e trouxe a perspectiva da integralidade no atendimento à saúde (OSIS, 1998), a qual foi incorporada mais tarde como um dos princípios do SUS – Sistema Único de Saúde.

Entre as aspirações do PAISM estava a superação do foco na saúde reprodutiva da mulher, numa abordagem que conduzisse a atenção à saúde de forma mais ampla, considerando a condição das mulheres enquanto sujeitos sociais.

Ao centrar-se no conceito da integralidade, o programa pretendia contemplar mulheres de todas as idades, ciclos de vida e papéis sociais, nos seus variados problemas e necessidades em saúde, trazendo um novo olhar para a saúde delas, e afastando-se decisivamente das ações enfocadas na gravidez e no parto, previstas no antigo Programa de Saúde Materno Infantil (BRASIL, 2010b).

Esse rompimento, tendo como pano de fundo o processo de delineamento de um conceito ampliado de saúde a partir da reforma sanitária, permitiu ao longo dos anos até aqui vários avanços no campo das políticas públicas de saúde para as mulheres, contudo as desigualdades de gênero são tão profundas assim como são grandes os desafios para a consolidação do SUS, que se faz necessário debater a atenção à saúde das mulheres à luz do PAISM.

Tendo em vista a realidade apresentada, este trabalho de pesquisa se propõe a analisar no âmbito do marco jurídico-legal – que inclui diretrizes, documentos oficiais, leis, portarias – se o modelo de atenção à saúde da mulher superou o foco na abordagem à sua saúde reprodutiva no setor da Atenção Básica de Saúde. Numa abordagem exploratória, para alcançar tal objetivo pretende-se percorrer a seguinte trajetória: conceituar a saúde na perspectiva de uma concepção ampliada, demonstrando a sua determinação social; discutir sobre a categoria social gênero enquanto um determinante social da saúde; e demonstrar, dentro da concepção de

saúde e gênero adotadas para este trabalho, como a perspectiva da integralidade no SUS precisa conduzir o cuidado à saúde da mulher na Atenção Primária.

Numa abordagem qualitativa, visando atender os objetivos apresentados, realizou-se uma revisão bibliográfica a respeito dos principais conceitos e temas que envolvem o presente problema de pesquisa, são eles: conceitos de gênero e saúde, o PAISM, a perspectiva da integralidade no atendimento à saúde e Atenção Primária à Saúde (APS); e o levantamento de documentos e dados que permitam uma análise das bases sob as quais foram pensadas a saúde da mulher no contexto do PAISM e o que tem sido orientado hoje no âmbito prático no nível da Atenção Básica à Saúde.

Nesse sentido, tomando como referência os princípios e diretrizes do PAISM contidos no registro que lança o programa – *Atenção Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática (1984)* – elegeram-se os seguintes documentos para a referida análise: a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (2017); Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres (2016); Guia prático do agente comunitário de saúde (2009); Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família (2010); e o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica (2006).

Isto posto, por meio da análise dos documentos citados, tendo como parâmetro o que foi pensado pelo PAISM, pretendeu-se verificar se as ações de saúde voltadas para as mulheres continuam sendo enfocadas na sua saúde reprodutiva, ou, se essa abordagem já foi superada, e em que medida; e se a perspectiva da integralidade considerando o enfoque de gênero têm sido efetivamente orientadas ao campo prático – no âmbito dos serviços e ações de saúde na APS – como ferramentas para adequada abordagem à saúde da população feminina.

O presente trabalho se estrutura em dois capítulos. No primeiro capítulo, são apresentadas algumas concepções de saúde de forma a promover a reflexão, e trazer um olhar ampliado sobre o assunto, com destaque às formulações de André-Pierre Contandriopoulos (2006) por enfatizar a múltipla determinação do fenômeno. Ainda neste mesmo capítulo, é trazida uma breve discussão sobre a categoria gênero enquanto um determinante social da saúde, mais especificamente, da saúde das mulheres. No capítulo dois, baseado principalmente nas reflexões e no trabalho de Ana Maria Costa, faz-se um resgate histórico dos modelos de atenção à saúde

da mulher no Brasil, tendo o PAISM como um marco fundamental que divide a atenção a saúde dessa população em antes e depois de uma abordagem integral. Ainda neste mesmo capítulo são trazidas as análises documentais com vistas a refletir sobre o que tem sido orientado aos profissionais da Atenção Básica para a promoção da saúde da mulher hoje, considerando que esta é a porta de entrada do sistema de saúde brasileiro e o principal âmbito que permite e demanda que os cuidados à saúde feminina se concretizem numa abordagem integral. Por fim, seguem-se as considerações finais.

Sem qualquer pretensão de ser conclusivo ou exaustivo, espera-se que este trabalho fomenta o debate e contribua no sentido de sinalizar para a importância do atendimento à saúde das mulheres por meio de ações resolutivas que considerem tanto a sua natureza biológica quanto o contexto social em que emergem as suas necessidades de saúde.

2 SAÚDE E GÊNERO

2.1 O que é Saúde: uma perspectiva ampliada

Quando se pensa sobre saúde, de imediato, pode ocorrer a ideia de que um indivíduo saudável é aquele que não apresenta nenhuma enfermidade, ou desconforto mental/físico significativo que o impeça de seguir normalmente a sua rotina de vida. Contudo, a saúde vai além de um sentimento ou uma sensação física individual; vai além de um diagnóstico médico que de alguma maneira “materialize a sua ausência ou presença”. Diversos fatores influenciam sobre a vitalidade humana, desde os fatores biológicos, sociais, históricos até culturais. Para pensar a saúde é necessário dar conta dessa diversidade de elementos, que em interação com indivíduos e populações, podem favorecer ou não o desenvolvimento dos mesmos, assim como sua capacidade de viver.

É fato que não há consenso ainda sobre o que venha a ser saúde. No âmbito das ciências da saúde existe um debate persistente a esse respeito, tendo em vista a complexidade da compreensão dessa questão e sua utilidade prática. Responder a esse problema permanece como um desafio no campo do saber científico. Almeida-Filho (2011, p. 12) presume que essa lacuna teórica acontece porque o conceito de saúde consiste num dos pontos cegos das ciências da saúde, em especial da saúde coletiva, pois “[...] os próprios paradigmas científicos consubstanciados pelos agentes históricos engajados na prática institucional da pesquisa, não permitem ‘ver’ ou sequer toleram que sejam vistos.”.

Apesar disso, se faz necessário contar com alguma conceituação da saúde para fins da sua promoção e do acesso ampliado como um direito social.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a saúde como o estado de “completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1946). Essa concepção é importante na medida em que reconhece oficialmente que vários aspectos são determinantes na saúde dos indivíduos, o que ampliou uma discussão antes muito restrita ao campo do saber biomédico (CIÊNCIA..., 2012a), além de que, contesta uma concepção recorrente no senso comum de que para estar saudável basta não estar doente. No entanto, o sentido atribuído à saúde pela OMS aponta algumas limitações; deste

advém questões pertinentes de serem aqui observadas, dentre elas, a de que saúde pode ser descrita por uma definição. Serão feitas breves considerações a esse respeito para em seguida trazer um olhar ampliado sobre saúde, na tentativa de nos aproximarmos de explicitá-la conceituadamente.

A complexidade de se compreender saúde não cabe em uma definição. Quando se fala em saúde, é mais coerente pensar em conceitos de saúde, dimensões da saúde do que num conceito único que seja capaz de explicá-la. Almeida-Filho elucida, em entrevista ao *Canal Saúde* (CIÊNCIA..., 2012a) que o sentido atribuído à saúde pela OMS cria uma ilusão de que esta pode ser explicada por uma definição, o que desencoraja a refletir sobre o assunto. Ele aponta que existe inclusive uma discussão a respeito da natureza do termo saúde, o que efetivamente a palavra designa. Nesse sentido indaga: “a saúde é de fato passível de ser conceituada? É um objeto científico? Ou trata-se de algo tão amplo que transcende o olhar da ciência?” (CIÊNCIA..., 2012a).

Segre e Ferraz (1997, p. 540) consideram que a referida “[...] definição de saúde [...] está ultrapassada por que ainda faz destaque entre o físico, o mental e o social”; observam que a partir da vivência psicanalítica, ficou claro que não existe separação entre mente, corpo e meio social. Ainda que não se possa precisar, às vezes, até onde este último interage com os dois primeiros, eles interagem entre si numa espécie de “sistema onde não se delineia uma nítida divisão [entre os mesmos] [...]” (SEGRE; FERRAZ 1997, p. 540). Daí decorrem a intersectorialidade e interdisciplinaridade, tão reforçadas no âmbito das discussões sobre a prestação dos serviços em saúde. Não é possível compartimentalizar a vida humana, todas as instâncias da vida estão interligadas, desse modo, só é possível trabalhar com algo tão dinâmico que é a vida, também de forma dinamizada, com a interação dos diversos setores de serviços que repercutem direta ou indiretamente nas condições de vida e saúde dos indivíduos.

Nota-se ainda que a definição da Organização Mundial da Saúde acaba desconsiderando a dimensão subjetiva humana. O chamado “bem-estar” leva em conta tudo o que o atravessa, o “estilo e o ritmo de vida impostos pela cultura, a modalidade da organização do trabalho [...] entre tantos outros fatores [que] poderiam fazer pensar [...] em uma suposta *unidade ‘sociopsicossomática’*” (SEGRE; FERRAZ 1997, p. 540, grifo nosso). Todos esses fatores conjugam-se no campo

subjetivo, individual. A sensação de bem-estar, dessa forma, varia de pessoa para pessoa, sendo, portanto, impossível precisá-la dentro de parâmetros, uma vez que todos esses aspectos mencionados afetam sujeitos diferentes, produzindo efeitos e respostas distintas, ainda que em condições similares.

No que diz respeito à ideia de um bem estar absoluto, é sabido que se trata de algo impossível de se realizar na natureza humana. Numa abordagem filosófica sobre a saúde, Dina Czeresnia (CIÊNCIA..., 2012a) acena para que a saúde “[...] talvez seja a própria capacidade, inclusive, de [...] lidar com as dificuldades. [...]” e pontua que “não há como negar uma coisa que é incontornável, [...] inevitável [na vida], que é a morte”. Ela considera que definições como essas se fragilizam ao negar o caráter finito do ser humano, a constante relação da vida com o que é passageiro, remetendo a uma estabilidade impraticável. “A saúde não pode ser apreendida pela imagem de um continuum sem interrupção e sem ruptura, de um estado completo de bem-estar até a morte, transpondo todas as formas possíveis de doença e incapacidade.” (CONTANDRIOPOULOS, 2006, p. 87, tradução nossa).

Nessa perspectiva, Almeida-Filho (2011, p. 21) faz uma interessante observação se referindo a uma análise feita por Canguilhem (1990) ao citar o filósofo Kant para descrever a saúde como um problema de natureza também filosófica. Na obra *O Conflito das Faculdades*, nas palavras de Almeida-filho, Kant denota “o sentimento de saúde como uma das faculdades privadas do ser humano”. Esse sentimento

[...] não pode deixar de ser ilusório, uma aparência fugaz, já que a sensação de bem estar não implica que a doença esteja efetivamente ausente. O sentimento da doença, este sim, será indubitável e inapelável: sentir-se mal significaria sempre ausência de saúde. (ALMEIDA-FILHO, 2011, p. 21)

Nesse sentido, o bem estar parece ter sempre uma natureza transitória, oscilante, além de que não denota concretamente ausência de doença. Logo, a estabilidade – entendida como bem-estar que perdura – de que fala a definição de saúde da OMS é de natureza instável, flutuante.

No que se refere às definições de saúde, além da definição estabelecida pela OMS, faz-se necessário trazer alguns autores de interessantes concepções que denotam maior utilidade prática e teórica no campo da saúde.

Almeida-Filho (2011, p. 15) descreve a saúde como

[...] um problema simultaneamente filosófico, científico, tecnológico, político e prático. Diz respeito a uma realidade rica, múltipla e complexa, referenciada por meio de conceitos, apreensível empiricamente, analisável metodologicamente e perceptível por seus efeitos sobre as condições de vida dos sujeitos. (ALMEIDA-FILHO, 2011, p. 15).

Sendo assim, o autor nos mostra que pensar na saúde significa lidar com uma questão complexa, multifacetada.

Paim (2015, p. 11) denota que a saúde além de ser uma condição de vida, ou seja, diz respeito a um modo de conduzi-la, agrega um setor da economia em que entidades produzem bens e prestam serviços de saúde; é um campo que demanda um saber acumulado na medida em que se alinha socialmente com a compreensão de saúde estabelecida pela OMS, atuando na direção de proporcionar qualidade de vida a pessoas e populações: “em síntese, a saúde tem três dimensões: estado vital, setor produtivo e área do saber” (PAIM, 2015, p.12).

Contandriopoulos (2006) explica e demonstra a complexidade de se pensar no que é saúde através de uma *topografia*¹. Segundo ele, a saúde, enquanto capacidade essencial para a vida manifesta-se em cada uma das dimensões do ser humano – biológica, social, psíquica, racional–, tendo em vista que

todo ser humano é simultaneamente e inseparavelmente um ser biológico, vivo, dinâmico, único; um ser social em permanente interação com outros seres humanos, situado no tempo e no espaço, dependendo do seu ambiente e agindo sobre o mesmo; um ser de emoções, de sensações, de desejos, de intenções, um ser espiritual; um ser de conhecimento,

¹ Contandriopoulos (2006) usa este termo para propor uma anatomia do conceito de saúde em que ele vai considerar cada uma das dimensões que nos permite compreender tal formulação. São elas: a dimensão ontológica, metodológica e teleológica. A dimensão ontológica refere-se ao conhecimento envolvido na exploração das dimensões biológica, social e psíquica do ser humano para compreensão dos determinantes da saúde-doença. Tais conhecimentos se circunscrevem nas grandes áreas das ciências biomédicas, ciências sociais e ciências do domínio psíquico. Quanto a dimensão metodológica do conceito de saúde, esta faz referência à interdisciplinaridade, ou seja, a necessária comunicação entre os referidos campos disciplinares no tratamento das questões de saúde, visto que a saúde do ser humano é multideterminada. Já a dimensão teleológica se refere à finalidade da busca pela saúde. No nível individual, observa-se que essa busca está voltada para as melhores formas de cuidar dos indivíduos e fazerem com que estes rapidamente voltem à normalidade, se recuperem, e se sintam bem. Já no nível coletivo, embora a natureza dos problemas de saúde seja uma preocupação, o alcance da saúde está mais orientado na direção de um devir: a equidade. Isto é, as preocupações que mais ocupam os centros dos debates nesse âmbito são aquelas referentes ao “estado social ideal que as políticas devem promover” (CONTANDRIOPOULOS, 2006, p. 94, tradução nossa). Em outras palavras, para assegurar o direito à saúde é preciso garantir antes direitos como educação e segurança. Esse é o papel do estado: além de cuidar dos doentes, deve “promover tudo que permite que a vida se desenvolva da forma mais plena possível”. “A saúde [...] é a razão de ser do estado” (CONTANDRIOPOULOS, 2006, p. 94, tradução nossa).

racionalidade, de reflexões. (CONTANDRIOPOULOS, 2006, p. 89, tradução nossa).

O ser humano agrega todas essas dimensões, que não são estanques, elas estão em constante tensão e interação. Dessa forma, tal como aponta o autor, o conceito de saúde-doença precisa ser entendido como um conceito multidimensional.

Acredita-se que tão importante quanto a intervenção biomédica – ou até mais importante por muitas vezes dispensar essa intervenção – é o ambiente na saúde dos indivíduos. Observamos que, quando a intenção é agir em saúde com objetivo de promover qualidade e prolongar o tempo de vida dos indivíduos, as intervenções precisam ser feitas no ambiente físico, econômico, social e cultural. Já quando o agir em saúde visa diminuir a incidência e duração de determinada doença, as intervenções são nos indivíduos ou na população a fim de alterar o funcionamento biológico/psíquico desses indivíduos, e conter o desenvolvimento de uma dada doença (CONTANDRIOPOULOS, 2006). Dessa maneira, o ambiente é um espaço determinante e essencial para contribuir com a capacidade dos indivíduos em viver mais e melhor.

Almeida-Filho (2011, p. 22) referindo-se a Canguilhem (2006), no que diz respeito ao que pode ser entendido como normal ou patológico, observa que “a saúde institui e reafirma certa capacidade de ultrapassar as crises determinadas pelas forças da doença, permitindo dessa maneira, instalar uma nova ordem fisiológica”.

Nesse sentido, Contandriopoulos (2006) – que também se baseia nas ideias de Canguilhem a respeito do normal e patológico – compreende a questão na mesma direção. Ele concebe saúde e doença como fenômenos que não são opostos e nem complementares, mas relacionados entre si e indissociáveis; a saúde não pode ser compreendida simplesmente como ausência de doença; diminuir a incidência de doenças não promove saúde, embora este seja um discurso implícito em grande parte das ações de prevenção em saúde.

É interessante observar que Contandriopoulos traz um olhar amplificado da concepção de saúde, mas o autor não esgota o entendimento do que seja a saúde, a sua compreensão, ou seja, não fecha numa definição que de alguma forma limite a reflexão sobre a temática. Almeida-Filho também segue na mesma linha, demonstrando que se trata de uma questão que precisa ser vista por diversos

ângulos, não sendo proveitoso conter o debate que esta suscita limitando-se a uma definição.

Numa sociedade de sistema político democrático a saúde é uma questão que diz respeito a todo cidadão, que reclama o seu engajamento, responsabilização e participação junto ao Estado, tendo em vista que,

a proteção da saúde ou promoção da saúde da população em seu sentido mais amplo não pode constituir uma responsabilidade que a sociedade delega a uma determinada instituição: Ministério da Saúde; ou para um grupo particular: médicos, assistentes sociais, grupos comunitários, etc. A saúde abrange uma responsabilidade que deve ser assumida por toda a sociedade. Ela depende da capacidade do Estado de garantir a todos, de forma equitativa, o acesso à educação, aos cuidados de saúde, à segurança e a um ambiente saudável. Sendo assim, a saúde diz respeito a cada cidadão, é a razão de ser do Estado moderno. (CONTANDRIOPOULOS, 2006, p. 94, tradução nossa).

Nesse sentido, a saúde é também uma questão de cunho político, e resultado de esforços e empreendimentos da população. Nas democracias modernas, constitui um direito, que por esse motivo é fruto de luta e mobilização social.

Essa perspectiva pode ser mais bem exemplificada observando-se o próprio trajeto percorrido por sanitaristas e sociedade civil no Brasil, na composição do Movimento pela Reforma Sanitária até a Assembleia Nacional Constituinte, que culminou na conquista de um sistema único de saúde brasileiro – o SUS (Sistema Único de Saúde). Aqui vale um breve destaque a respeito da Reforma Sanitária no Brasil (RSB), por ter sido este um movimento que efetivamente politizou a questão saúde no cenário nacional, na direção de criar uma consciência sanitária.

No Brasil, o direito à saúde é adquirido a partir de uma conquista histórica alçada pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Como observa Paim (2008, p. 28) tal movimento surge em meados da década de 70, no contexto das lutas contra a Ditadura Militar (1964-1985), clamando a democratização da saúde:

[...] a Reforma Sanitária, enquanto *proposta* foi resultante de um longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. Transformou-se em *projeto* a partir da 8ª CNS [-Conferência Nacional de Saúde] e desenvolveu-se como *processo* desde então, especialmente com a instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Pode-se afirmar que a Reforma Sanitária é, simultaneamente, uma *proposta*, um *projeto*, um *movimento* e um *processo*. (PAIM, 2008, p. 173, grifo do autor).

A proposta pela reforma tem sua origem no contexto do movimento social formado por segmentos populares, estudantes, pesquisadores, profissionais de saúde, entidades comunitárias, profissionais e sindicais, instituições acadêmicas e sociedades científicas, inconformados com os serviços de saúde desiguais de baixa cobertura, e pela democratização da saúde (PAIM, 2008).

Dentre os atores sociais do movimento sanitário, cabe destaque ao Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Este consistiu num movimento de opinião, intelectual, e coletivo responsável por formular a primeira proposta do SUS em 1979, apresentado na Câmara de Deputados através do documento “A Questão Democrática da Saúde”, na Comissão de Saúde no I Simpósio de Política Nacional de Saúde (PAIM, 2015). O Cebes segue atuante no presente, como um observatório de extrema importância a respeito das questões relativas à saúde que continua a politizar o tema.

Quanto ao projeto da reforma, este se consolida na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Espaço que oportunizou o debate e discussão das proposições para a RSB, foi na referida conferência que o projeto da reforma pôde ser firmado, sistematizado e legitimado para posteriormente formalizar-se na Assembleia Constituinte (1987); ao final do evento se produziu um relatório final que inclusive orientou as leis orgânicas da saúde (lei 8080/90 e lei 8.142/90), as quais possibilitaram, mais adiante, implantar o sistema único de saúde brasileiro (PAIM, 2008; PAIM, 2015).

Paim (CIÊNCIA..., 2012b), referindo-se ao surgimento do movimento pela reforma sanitária, aponta que ao mesmo tempo em que havia grande mal estar por conta de uma crise sanitária na sociedade brasileira, nas academias se avolumavam pesquisas atestando a correspondência direta entre o surgimento e manifestações de doenças, e condições de vida da população. Ou seja, tal como aponta o autor, se de um lado vivia-se uma crise do setor saúde, por outro lado se percebia que no processo saúde-doença havia uma determinação social. Como ele indica, era por esse motivo que a reforma ultrapassava o âmbito setorial, requerendo mudanças mais amplas.

Sendo assim, cabe aqui destacar que a 8ª CNS trouxe o marco de uma compreensão ampliada da questão saúde no contexto social brasileiro, ao denotar que a Reforma Sanitária, para acontecer, requeria a realização de outras reformas,

como a reforma urbana, reforma agrária, reforma tributária, reforma política etc. (CIÊNCIA..., 2012b).

A RSB constitui também um processo, na medida em que segue em curso, se deu e se dá por um “conjunto de atos, em distintos momentos e espaços, que expressam práticas sociais – econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas [...]” (PAIM, 2008, p.172).

É importante sublinhar que “tanto a RSB quanto o SUS nasceram da sociedade, e não de governos ou partidos” e “[...] essas propostas [...] alcançaram o poder público, mediante a ação de movimentos sociais e a criação de dispositivos legais [...]” (PAIM, 2015, p. 25). O SUS, portanto, é uma conquista eminentemente popular.

Na Assembleia Constituinte em 1987 é que os esforços pela reforma sanitária se materializam, quando a ideia é aprovada para a nova constituição. Assim, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 integra muitos dos valores, princípios e propostas dos sanitaristas (PAIM, 2008).

A Constituição cidadã, como ficou conhecida, assinala o caráter político e social das ações em saúde, quando se refere a esta como direito de todos a serem garantidos pelo estado, por meio de políticas sociais e econômicas direcionadas para a redução de riscos e agravos, e, mediante ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

Bravo (2006, p. 11) refere-se a Teixeira (1989) ao sublinhar que dentre os pontos fundamentais da política de saúde na década de 1980 estava a politização do assunto. A autora comenta que, no contexto da reforma sanitária, politizar a questão saúde foi elementar para aprofundar o nível da consciência sanitária, evidenciar suas demandas de forma a inclui-las na agenda governamental e obter o apoio político necessário para concretizar as mudanças urgentes; e observa que o acontecimento mais significativo nesse curso foi a 8ª Conferência, na medida em que esta se configurou como um espaço onde foi possível dialogar e discutir sobre a questão.

Na década de 90, como desdobramento da inserção da saúde enquanto direito social na Constituição Federal de 1988, as leis orgânicas da saúde (Lei n. 8080/90 e Lei n. 8.142/90²) são criadas no sentido de efetivar o SUS (PAIM, 2015).

Na lei 8080/90 – que traz os requisitos necessários para a promoção, proteção e recuperação da saúde – ressalta-se o que está contido no artigo 3º nas disposições gerais, que corrobora com a perspectiva ampliada de saúde:

Art. 3º - Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (BRASIL, 1990a)³.

A importância dessa legislação reside na vinculação entre saúde e organização social e econômica trazendo diversos aspectos sociais essenciais para o desenvolvimento do ser humano como determinantes e condicionantes da sua saúde, ampliando o tratamento de uma questão que antes da RSB, era tida sob um enfoque pequeno, e rompendo, ao menos no campo conceitual e normativo, com a perspectiva biologizante do processo saúde-doença.

Sendo assim, pensar sobre a questão saúde remete a aspectos que vão desde uma perspectiva individual, num contexto menor, até o contexto social mais amplo, conforme será mais bem explicitado a seguir, com os determinantes sociais da saúde (DSS).

Para efeitos deste trabalho será utilizada a concepção de saúde formulada por Contandriopoulos, tendo em vista a ênfase dada pelo autor ao ambiente social enquanto determinante na saúde dos indivíduos, o que atende melhor aos objetivos desta pesquisa.

² Tão significativa quanto a lei n. 8.080/90, a lei n. 8.142/90, além de tratar do repasse de recursos financeiros entre os governos para a área da saúde, estabelece as instâncias colegiadas de participação e controle social sobre a mesma (conferências e conselhos de saúde) (BRASIL, 1990c). Desta forma, a referida lei permite maior atuação da sociedade civil na orientação e acompanhamento de políticas e diretrizes no âmbito da saúde, ampliando a sua democratização.

³ No texto original desta legislação publicada em 1990, os determinantes e condicionantes da saúde aparecem antes da alusão aos níveis de saúde como expressão da organização social e econômica do país (1990b).

2.2 Gênero: um determinante social da saúde

Como visto, um dos pontos de partida da Reforma Sanitária Brasileira foi justamente o pressuposto de que as condições de vida dos indivíduos refletem na sua situação de saúde, ou seja, tomou-se por base a saúde como um fenômeno com determinações sociais. Nesse contexto, em 2006, com a reforma ainda em início de curso, o Brasil adere a um movimento global iniciado pela OMS – para combater as iniquidades em saúde geradas pelos determinantes sociais – no ano anterior, e cria a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) (CNDSS, 2008).

O relatório produzido pela referida comissão – intitulado “As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil” e publicado em 2008 – revelou importantes aspectos sociais que estão intimamente ligados à situação de saúde dos brasileiros, com base no modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead em 1991 (CNDSS, 2008). Conforme trazido pelo relatório, o referido modelo (Figura 1) apresenta o indivíduo inserido em vários níveis de abrangência social, desde os determinantes individuais – idade, sexo e fatores hereditários – situados na base do gráfico, até o nível mais afastado da base, em que se localizam os macro determinantes.

Figura 1. Modelo de determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead (1991)



Percebe-se que o gráfico acima traz o caráter sexo situado na base, entre os determinantes individuais da saúde. Embora o referido relatório traga o gênero como uma variável de estratificação socioeconômica nas análises da determinação social da saúde, a categoria de análise gênero não aparece no gráfico, o que nos leva ao seguinte questionamento: onde se insere tal categoria na análise das determinações sociais da saúde e em que lugar do gráfico estaria mais bem localizada?

Como aponta Barata (2009) o sexo se refere a um marcador de diferenças biológicas entre os seres humanos – expresso na anatomia, fisiologia, aparelho reprodutivo e genética (cromossomos x e y) – que influencia em algumas das suas condições de saúde. No entanto, como demonstra a mesma autora, as diferenças ligadas ao sexo, não deram conta de explicar diversas diferenças que se estabeleceram e se criaram socioculturalmente entre homens e mulheres a partir desse marcador; e que refletem em condições desiguais de saúde. Ela aponta que este foi um debate persistente cunhado pelo movimento feminista, o qual, ao ressurgir em meados do século XX, tornou urgente a inserção dessa perspectiva nas pesquisas de saúde, introduzindo assim o termo gênero nesse campo.

Isto posto, ainda de acordo com Barata, a categoria gênero foi inserida no âmbito da saúde para, junto às particularidades do sexo, permitir a compreensão das desigualdades em saúde entre homens e mulheres levando-se em conta “[...] as convenções culturais construídas socialmente no processo de educação e aculturação [...] que acabavam por moldar [...] características masculinas e femininas [...] [e] determinavam os padrões de relação [...] entre homens e mulheres” (BARATA, 2009, p. 74), padrões esses que tem como um dos seus aspectos principais a assimetria do poder, presente na maioria das sociedades, em quase todas as esferas da vida social.

Nesse sentido, considera-se que assumir essa perspectiva na saúde foi de fundamental importância, tendo em vista que

[...] as diferenças observadas na distribuição do estado de saúde, das doenças e outros agravos à saúde e as desigualdades no acesso e uso de serviços de saúde podem indiretamente apontar as consequências dessas relações assimétricas de poder, permitindo o desvelamento das questões de gênero [...]. (BARATA, 2009, p.76).

Dessa forma, torna-se possível alvejar os problemas que derivam dessa relação – os quais acabam refletindo na saúde dos indivíduos principalmente das

mulheres, que são os sujeitos em desvantagem nessa assimetria – na sua causa, gerando não apenas demandas no âmbito dos serviços de saúde, mas também demandas por ações que venham de fato a diminuir a desigualdade nessas relações.

Barata (2009, p.77) considera que “as relações de gênero atravessam todas as dimensões da vida social, possuem dinâmica própria independente de outros processos sociais e são marcadas pelo antagonismo na relação de dominação das mulheres pelos homens”. Tendo por base tal afirmativa, podemos supor que no gráfico do modelo de determinação social da saúde apresentado mais acima – aquele que orientou as atividades e a produção do relatório dos DSS no Brasil – as relações de gênero perpassam todas as suas dimensões. Isso se torna mais perceptível se considerarmos alguns aspectos da realidade das mulheres, mencionados pela referida autora, que denotam no âmbito prático a presença dessas relações assimétricas nos diferentes níveis de abrangência social: no que diz respeito ao trabalho, as mulheres ocupam ainda a maioria dos empregos de baixa qualificação; com relação aos homens, receber salários menores para o mesmo cargo é uma realidade recorrente entre elas; e muitas ainda vivem sobrecarregadas por uma rotina em que precisam conciliar trabalho doméstico, tarefas de cuidado e trabalho formal.

Sendo o gênero, para além de uma variável de estratificação socioeconômica – conforme trazido pelo relatório da CNDSS –, uma categoria que diz respeito a relações desiguais entre homens e mulheres e que atravessam todos os âmbitos da vida social, cabe uma breve observação a respeito desta categoria nas análises da determinação social da saúde junta a categorias tradicionais como classe social, renda e escolaridade.

No que se refere à relação entre os determinantes da saúde, uma parte da militância feminista, sob o argumento de que o gênero é o primeiro determinante ao nascer, vai considerar as relações de gênero mais importantes que outros aspectos da vida social na determinação do processo saúde-doença; enquanto que outra parcela desses movimentos entende de forma inversa, considerando o lugar na estrutura social como determinante mais significativo (BARATA 2009).

Em tempo, cabe aqui uma breve observação sobre a importância de interseccionar o debate das desigualdades de gênero e classe como determinantes

sociais na saúde dos indivíduos junto ao debate da exclusão pelas desigualdades raciais. Observa-se que, para além das disparidades ocasionadas pelas questões de gênero, a realidade das mulheres é diversa e as desigualdades sociais se aprofundam a partir do recorte étnico racial⁴. É necessário estar atento para a articulação desses debates afim de uma aproximação maior de compreensão e trato com a realidade que influencia na situação de saúde das mulheres, no sentido até mesmo de superar a persistente fragmentação no debate da saúde.

Aprofundando um pouco mais, pode-se entender a diferenciação social entre homens e mulheres remetendo-se rapidamente às suas origens, com Thomas Laqueur (2001).

Observa-se que ao longo da história, o corpo feminino sempre foi cercado por tabus, foi objeto de olhares, expectativas, mistificações; por muito tempo a mulher foi vista apenas como um corpo, um corpo incompleto, o que se refletiu na extensão do tempo que a ciência e a medicina levaram para entender como esse corpo reproduzia outros seres humanos (O INSUPORTÁVEL..., 2016).

Laqueur (2001, p. 8) conta em prefácio da sua obra *Inventando o Sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud* (publicada originalmente em 1990) que em 1977, lendo manuais das parteiras do século XVII em busca de subsídios para sua pesquisa sobre o que viria a ser o histórico do ciclo de vida, se deparou com recomendações dadas às mulheres naquele período que queriam engravidar. Ele notou que dentre os requisitos para uma boa concepção, curiosamente, estava a necessidade do orgasmo, convicção compartilhada por parteiras e médicos.

Esse fato parece ganhar sentido se observamos o contexto em que se insere tal crença. Nesse período, a mulher era vista como um homem numa versão incompleta, uma vez que se supunha que os seus órgãos genitais eram para dentro – a vagina como o pênis, o útero como escroto e a vulva como o prepúcio – por que ela não tinha o que se chamava de calor vital suficiente, ao que se atribuía o desenvolvimento ontológico completo do macho (LAQUEUR, 2001). Assim,

⁴ Em estudo realizado por Goes e Nascimento (2008) utilizando-se de dados secundários obtidos em microdados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD) – do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) –, efetuou-se uma análise de frequência com distribuição proporcional a fim de identificar as desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde entre mulheres negras e brancas no Estado da Bahia. Este estudo apontou a assimetria presente na realidade comparada dessas mulheres; e mostrou que, levando em conta indicadores de renda e nível de instrução, em comparação com as mulheres brancas, as mulheres negras vivenciam uma dupla desigualdade, racismo e sexismo ao mesmo tempo.

acreditava-se que a mulher seria igual ao homem, mas numa versão inferior, conformando um modelo de sexo único que perdurou por séculos.

A mudança dessa concepção foi precedida por um processo de cunho ideológico do liberalismo iluminista. Corrêa (1996, p. 45) em referência à Costa (1996) – expondo o quão difícil é discernir relações de gênero de sexualidade e erotismo – aponta que a mudança para o modelo dos dois sexos resultou da busca por solucionar uma contradição no interior do ideário liberal iluminista: consideravam os iluministas que os indivíduos eram iguais desde que fossem dotados da mesma faculdade da Razão amparada por corpos naturais idênticos. Nesse sentido “marcar o corpo com a diferença dos sexos significou instaurar a desigualdade, a descontinuidade, a oposição onde havia uma controversa e incômoda igualdade jurídico-política” (COSTA, 1996, apud CORRÊA, 1996, p. 45).

Como observa Laqueur (2001) ao fim do iluminismo [...] o orgasmo da mulher, deixou de ser importante para ciência médica e seus adeptos no que diz respeito à procriação. Assim, a

[...] contingência recém-“descoberta” do prazer abriu a possibilidade da passividade e “falta de paixão” da mulher. A alegada independência da concepção com relação ao prazer criou o espaço no qual a natureza sexual da mulher podia ser redefinida, debatida, negada ou qualificada. E assim seguiram-se as coisas. Infundavelmente. (LAQUEUR, 2001, p.15)

Dessa forma, tal como aponta o autor, “a presença ou ausência do orgasmo tornou-se um marco biológico da diferença sexual” (LAQUEUR, 2001, p. 16). Ao final do século XVIII, a mulher já não era tida mais como uma versão masculina inferior, mas como o seu oposto, dos quais não se conheciam os limites.

Laqueur (2001) aponta que as diferenças foram concebidas para além da anatomia, ao exemplificar o pensamento de um dos fundadores da “antropologia moral” Jacques-Louis Moreau, em 1803, o qual especulou que as mulheres eram diferentes dos homens inclusive no aspecto moral. Laqueur (2001) faz uma ressalva de que não poderia ter escrito o livro sem a revolução intelectual criada pelo feminismo a partir da segunda Guerra Mundial. Ele considera que o seu trabalho é em certo sentido uma elaboração da afirmação de Simone de Beauvoir de que as mulheres são o segundo sexo.

As ideias elaboradas por Beauvoir foram o ponto de partida para os conceitos de gênero que se seguiram depois⁵. Segundo Saffioti (1999, p. 160) Beauvoir trouxe o que considera “a manifestação primeira do conceito de gênero”, pois vai ao ponto crucial: o feminino não é determinado biologicamente ou pela anatomia, trata-se de uma construção apreendida socialmente.

Além da perspectiva da construção social do gênero feminino até aqui apresentada – incluindo a distinção entre gênero e sexualidade –, ressalta-se outra premissa importante para a conquista dos direitos das mulheres na esfera pública. Esta diz respeito à diferenciação entre direitos reprodutivos, direitos sexuais e saúde sexual, definições antes agregadas em saúde reprodutiva (CORRÊA, 1996). A importância desta distinção se verifica na criação de políticas públicas condizentes com aspectos das realidades das mulheres relacionadas com a sua condição social, atravessada pelas questões de gênero.

⁵ Para aprofundar na temática sobre gênero sugerem-se os trabalhos de Gayle Rubin, Judith Butler e Joan Scott. Entre os autores brasileiros, ressaltam-se as reflexões da pesquisadora e ativista Sônia Corrêa e a socióloga Heleieth Saffioti.

3 AS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO BRASIL AO LONGO DA HISTÓRIA

As políticas governamentais para a atenção à saúde feminina no Brasil já acumulam uma trajetória capaz de revelar aspectos da integralidade. Assim sendo, a partir das reflexões de Ana Maria Costa – principal autora que estuda a temática da saúde da população feminina no Brasil – este capítulo trata sobre o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher– PAISM, um marco fundamental que divide a atenção à saúde das mulheres entre antes e depois de uma abordagem integral. Para isso, visita-se o período histórico que conjectura o surgimento desse programa, época de grande ebulição política e emergência dos movimentos sociais, dentre os quais se destaca o Movimento de Mulheres e o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira como os grandes protagonistas nesse contexto. Em seguida, reflete-se sobre o documento que materializa o referido programa em 1984: *Assistência Integral à saúde da Mulher: bases de ação programática*. E, tendo este como parâmetro para o que foi pensado pelo PAISM, analisa-se em que medida o princípio da integralidade e o enfoque de gênero têm sido efetivamente incorporados às orientações práticas aos profissionais de saúde no âmbito da Atenção Básica.

3.1 PAISM: um marco fundamental

Até o princípio da década de 80, a política de governo para atenção à saúde das mulheres limitava-se ao acompanhamento das mulheres gestantes, ou seja, ao ciclo gravídico-puerperal – por meio do atendimento ao pré-natal, parto e puerpério – , previstos pelo então Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI) (COSTA, 1999).

O PSMI foi um programa criado no início da década de 70, junto a diversos outros programas tendo em vista os Planos Nacionais de Desenvolvimento vigentes na época, e era executado pelas secretarias estaduais de Saúde para contornar os alarmantes índices de mortalidade infantil e materna (COSTA, 1986; COSTA, 1999). No país, vivia-se o período do “milagre econômico brasileiro” – datado entre o final dos anos 60 e início dos anos 70 –, em que o estado – a fim de assegurar “nascimentos para ocupação dos espaços físico-geográficos vazios, com uma população supostamente ‘hígida, saída e vigorosa’” – procurava proteger o grupo

materno infantil com base na linha doutrinária da Segurança Nacional (COSTA, 1986, p. 1134).

Ressalta-se que o referido programa era influenciado por orientações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e primava pelo atendimento aos mais vulneráveis; e, como os diversos programas de saúde da época e reflexo do modelo de atenção à saúde vigente no período, era marcado pela verticalidade, o que se traduzia na adoção de recursos próprios e ações estratégicas desarticuladas, estabelecimento de metas operacionais para os serviços de saúde centralizadas nas definições do Ministério da Saúde, e, desvinculadas das necessidades de saúde locais identificadas por meio de diagnóstico epidemiológico, o que resultava em baixo impacto sobre os indicadores de saúde (COSTA, 1999).

Costa (1999) nota que tal configuração culminava na segmentação da assistência à saúde e refletia “a ausência de uma visão integral de saúde e do indivíduo” (1999, p. 321). Assim, como observa a autora, no caso da saúde das mulheres, haviam outros programas na época do PSMI que implementavam ações voltadas à saúde desse público e que, no entanto, não se articulavam na prática, a exemplo do Programa de Doenças Crônicas Degenerativas que atuava no sentido de conter o câncer cérvico-uterino e em situações oportunas, não articulava com o PSMI no diagnóstico do câncer ginecológico, ocasionando a repetição de ações em programas diferentes.

Tendo em vista a abordagem restrita do PSMI ao grupo materno-infantil, observa-se que “ao lado de reforçar a valorização social da mulher como reprodutora, o objetivo final [do programa] era a proteção à saúde e bem estar do conceito, produto da gestação” (COSTA, 1986, p. 1134).

Sendo assim, pode-se afirmar que até o advento do PAISM, não existia um programa ou política de estado voltados especificamente para as necessidades de saúde da mulher; não se consideravam aspectos sociais como determinantes na saúde dos indivíduos, assim como não havia a preocupação quanto às especificidades da saúde feminina relacionadas com a sua condição de gênero. O único programa de saúde existente direcionado à saúde da mulher em algum aspecto – nesse caso, ao ciclo gestacional – tinha como objetivo final garantir a saúde dos recém-nascidos para que se reproduzissem indivíduos saudáveis, coadunando com os interesses desenvolvimentistas do governo vigente.

Observa-se que em meados da década de 70 o debate acerca do controle demográfico junto à teoria neomalthusiana⁶ emerge a vista do alarde sobre a explosão demográfica e o perigo da falta de alimentos associado a um demasiado crescimento populacional (COSTA, 1999).

Nesse contexto, os países desenvolvidos tornam-se grandes agentes de pressionamento por políticas, fomentação de práticas e disseminação de ideias controlistas. Instituições como a Federação Internacional de Planejamento Familiar (IPPF) – criada em 1952 e sediada em Londres – financiam entidades e instituições privadas sem fins lucrativos que realizam o planejamento familiar no Brasil, nos anos 60; e a Agência para o Desenvolvimento Internacional (AID) – agência americana criada em 1961 – financia ações estratégicas mais agressivas, no sentido de fincar a ideologia controlista no âmbito médico brasileiro (COSTA, 1999; COSTA, 2009).

No que diz respeito ao surgimento dessa tendência, cabe destaque às ambições norte americanas, cujas estratégias de controle demográfico, chegaram a colocar o Brasil como alvo prioritário na década de 70.

A ideologia do controle da natalidade, largamente disseminada no chamado Terceiro Mundo e, no caso especial, no Brasil, teve também sua origem nos interesses norte americanos, que vislumbravam ameaças a seus projetos econômicos e políticos na ‘explosão demográfica’ do planeta. Isto ficou explicitado a partir da divulgação do documento oficial ‘Implicações do crescimento da população mundial para a segurança e os interesses dos EUA’ , de 10 de dezembro de 1974 e só divulgado no Brasil em 1989, codificado como NSSM-200[...].” (COSTA, 1999, p. 325)

Como se percebe, o Brasil foi fortemente pressionado por essa tendência. O planejamento familiar foi assunto presente nas conferências sobre população nas décadas de 70, 80 e 90 (COSTA, 2009). Dentre estas destacam-se a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Cairo – CIPD (1994) e, embora não seja voltada para a mesma temática, a Conferência Mundial do Meio Ambiente realizada no Rio de Janeiro em 1992.

⁶ Trata-se de uma retomada da teoria malthusiana (1798) para explicar os problemas socioeconômicos nos países subdesenvolvidos, por ocasião do término da segunda guerra mundial, na segunda metade do século XX, em que as nações se uniram – observando a diminuição das desigualdades sociais como condição para a harmonia entre os povos – a fim de traçar estratégias e evitar novos conflitos (SILVA et al., 2015).

A CIPD no Cairo (1994) oportunizou que se trouxessem saúde e direitos reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos das mulheres, o que foi importante para revisar o paradigma neomalthusiano nesta ocasião (CORRÊA, 1996).

A Conferência Mundial do Meio Ambiente foi um acontecimento em particular que bem demonstra esse pressionamento. No evento – liderado pelos Estados Unidos e composto por países parceiros do chamado Primeiro Mundo – foi trazido um novo elemento modernizador da teoria neomalthusiana: a ameaça da escassez de alimentos, antes associada ao crescimento populacional desregrado, se referia agora à possível escassez de recursos naturais, trazendo ambientalistas para o debate, tensionando a relação entre feministas – contrárias ao controle demográfico – e ambientalistas (COSTA, 2009), intensificando-se a pressão pela adesão a políticas de controle populacional pelo Brasil.

Embora nessas conferências o Brasil não tenha aderido formalmente às práticas controlistas – defendendo o livre arbítrio das pessoas e desassociando práticas contraceptivas de algum tipo de controle populacional – (COSTA, 1999; COSTA 1986; COSTA, 2009) observa-se que tal movimento em prol do controle demográfico teve importantes repercussões na sociedade brasileira, chegando a adentrar em território nacional e multiplicar-se em práticas contraceptivas irregulares, inclusive com o apoio do setor público.

Costa (1999) atenta-se para que esta tendência reverbera na sociedade brasileira polarizando a discussão entre pró e anti-controlistas. De um lado o controle sob o crescimento populacional era defendido a partir da ideia de que o desenvolvimento socioeconômico só acontece impondo-se essa regulação; e do outro lado, os anti-controlistas – grupo heterogêneo composto por setores da esquerda, progressistas, movimento de saúde e setores conservadores como a igreja – sob variadas motivações e argumentações defendiam o inverso: setores progressistas, por exemplo, defendiam a ocupação territorial tendo em vista a baixa densidade demográfica como estratégia para garantir autonomia e soberania nacional frente ao avanço imperialista americano; já a igreja que entendia o sexo, moral e religiosamente destinado para a procriação, se opunha a qualquer tipo de controle da fecundidade (COSTA, 1999; COSTA, 2009).

Isso se reflete nas políticas públicas brasileiras coibindo qualquer tentativa de limitar a concepção. Em 1977 o Ministério da Saúde elabora o Programa de

Prevenção da Gravidez de Alto Risco-PPGAR e em 1978, em revisão anual do PSMI, introduz a ideia de “paternidade responsável”, duas iniciativas que envolviam o controle da fecundidade (COSTA, 1999; COSTA, 1986).

Entretanto, ambas tentativas foram fortemente contestadas pela sociedade. O PPGAR, por exemplo – que antecipava a oferta de contracepção às mulheres suscetíveis a desenvolver uma gravidez de risco –, gerou fortes reações contrárias, ocasionando o seu arquivamento (COSTA, 1999; COSTA 1986). Denota-se que o argumento que embasou tais reações – vindas, sobretudo do movimento de saúde e parte pequena e expressiva da imprensa – era o de que tal iniciativa tratava-se de uma “estratégia voltada para o controle demográfico, já que os chamados critérios de risco encaminhavam um controle de nascimento entre as populações pobre e negra.” (COSTA, 1999, p. 324)

Estando o Ministério da Saúde recuado diante da polêmica gerada pelo assunto, cria-se um vazio que permite que instituições privadas de planejamento familiar, de qualidade e intencionalidade duvidosas, ligadas a entidades internacionais como a IPPF e AID, ganhem grande espaço no tratamento da questão – fornecendo serviços anticoncepcionais –, dentre as quais se destacaram a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) e o Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher (CPAIME) (COSTA, 1999; COSTA 1986).

Associada ao IPPF, a Sociedade Civil de Bem-Estar da Família – BEMFAM foi criada em 1965 como uma instituição privada sem fins lucrativos; e avaliada como de utilidade pública em 1971; tinha sede no Rio de Janeiro e operava em praticamente todo território nacional, sobretudo na região Nordeste (COSTA, 2009; COSTA, 1986).

A atuação da BEMFAM se dava, inicialmente, através de clínicas de atendimento e distribuição de anticoncepcionais para a população, sendo que tal prática se expandiu, posteriormente, de maneira desregrada e indiscriminada, sem o devido acompanhamento clínico das pacientes, expondo as mulheres atendidas pela BEMFAM a uma situação de risco de saúde (COSTA 2009).

Cabe destacar que, dentro das condições de risco a saúde a que as mulheres estavam expostas – pela falta de assistência médica associada a práticas contraceptivas –, a BEMFAM chegou a estabelecer parcerias com o governo por meio de convênios com Prefeituras, Secretarias de Estado entre outras instituições

(COSTA, 1986). Desse modo, embora o Brasil não tenha assumido uma política de controle demográfico oficialmente, o governo brasileiro apoiou as entidades não governamentais de caráter controlista, permitindo e contribuindo para que se acentuasse o quadro de insegurança sanitária das mulheres com a atuação dessas instituições.

Como observa Costa (1986), além dos riscos associados à falta de monitoramento das ações de contracepção, outros fatores que vulnerabilizavam a saúde da população feminina pela ausência de uma política de saúde efetiva para a população – sobretudo a mais pobre, alvo dessas ações – agravaram os riscos relacionados aos serviços ofertados por tais entidades. Isso por que havia nestes serviços,

[...] preferências por métodos de alta eficácia, sem qualquer atendimento médico que avalie as condições clínicas da candidata ao uso de pílulas anovulatórias. Assim, a usuária sequer tinha [...] garantia de um acompanhamento clínico, no período do uso da pílula, ocorrendo, na prática, uma *somatória de situações desfavoráveis que acarretam cada vez mais, risco de vida para a mulher que, desnutrida e exposta à doenças endêmicas acumula ainda, o risco decorrente da contracepção mal realizada* (COSTA, 1986, p.1135, grifo nosso).

Desta forma, no contexto do quadro sanitário anterior ao SUS e a inexistência de uma concepção ampliada de saúde, as ações anticonceptivas, nos moldes como eram praticadas, constituíam-se em mais um fator de risco para a vida das mulheres.

O Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança – CPAIMC era financiada pela AID e tinha uma atuação muito voltada para o meio médico. Este centro custeou o treinamento de profissionais que preparavam trabalhadores da saúde como médicos e enfermeiros; e deu suporte a uma “verdadeira rede de médicos” que realizavam esterilização cirúrgica via laparoscopia, por meio da doação de equipamentos e assistência às suas atividades (COSTA, 2009, p. 1075). Tal instituição, que também era considerada entidade de utilidade pública, empreendeu uma das estratégias mais ofensivas para enraizar a ideologia controlista no meio médico e técnico-científico, o que explica por que hoje este setor é tão convicto da ideia do controle populacional como forma de resolver os problemas do país (COSTA, 2009; COSTA, 1986).

Costa (1986) nota que seguindo a tendência controlista, criaram-se também organismos nacionais que fortaleciam e defendiam os interesses daqueles que

apoiavam o controle demográfico, a exemplo da Associação Brasileira das Entidades de Planejamento Familiar (ABEFF) e da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH).

Importante ressaltar que no contexto desse movimento na direção de estabelecer o controle da natalidade no Brasil, observou-se uma mudança no comportamento reprodutivo das mulheres verificada entre as décadas de 1960 e 1970 que apontam os impactos de ações desse teor. Conforme trazido no sumário diagnóstico da situação de saúde das mulheres no Brasil – que serviu de base para o PAISM em 1984 –, neste período nota-se uma queda progressiva da taxa de fecundidade total (número médio de filhos nascidos de mulheres na faixa dos 15 aos 49 anos de idade), ao que se atribui à utilização maciça de métodos anticoncepcionais, tendo em vista que outros fatores que poderiam intervir nesse índice, não variaram (BRASIL, 1984, p. 8).

Na década de 70, período que o governo militar mostra-se mais endurecido, ganha força o discurso da “segurança nacional ameaçada pelo grande contingente de pobres e numerosas famílias, [consideradas] ‘presas fáceis’ para a propaganda de ideias subversivas” (COSTA, 2009, p. 1075). Aliado a isso, observa-se uma retomada de ideias eugênicas (apuramento da espécie humana) associadas a práticas de controle demográfico. Isso pode ser visto, por exemplo, no discurso do General Valdir Vasconcelos, em 1982, que, considerando os brasileiros uma sub-raça, apontava a urgência por políticas de controle populacional a fim de conter o nascimento daqueles que considerava uma subespécie de brasileiros – inaptos, em termos de saúde e condições físicas, para o serviço militar (COSTA, 2009).

Paralelamente a esse processo, já vinham ocorrendo diversas mudanças nos papéis sociais desempenhados pelas mulheres no cenário internacional – mudanças muito relacionadas com a criação da pílula contraceptiva e que ganham expressões com o movimento feminista –, as quais influenciaram a conduta das brasileiras, notadamente, a partir da década de 60, também com expressões no movimento feminista brasileiro. Observa-se gradualmente, o rompimento com a ideia da maternidade e ambiente doméstico como destino exclusivo das mulheres; com a pílula anticoncepcional, muda-se o comportamento sexual que desassocia o sexo da restrita finalidade de procriar; a população feminina começa a entrar cada vez mais no mercado de trabalho; e torna-se crescente a participação das mulheres na vida

social, que dentro deste contexto, passam a almejar por direitos de cidadania, dentre os quais, o da autonomia e assistência à saúde no que se refere a práticas contraceptivas (COSTA, 2009; COSTA, 1999).

Costa (2009) considera que as repentinas e radicais manifestações dos militares sobre a temática do controle populacional no começo dos anos 80 tenham sido o impulso que faltava para que o governo desse respostas efetivas para o debate instigado pelo crescimento populacional e criasse o PAISM, convocando novos atores para o debate, em especial, o feminismo brasileiro. Segundo a autora, este movimento, ainda principiante, vinha ganhando consistência ao longo da década de 70 – com a introdução das ideias dos movimentos feministas internacionais – possibilitando posicionamentos firmes e representativos a respeito da questão.

Na efervescência dos movimentos sociais verificados na década de 80 com as proximidades do fim do regime militar e processo de reabertura democrática, as feministas brasileiras, preocupadas com o impacto das políticas demográficas na vida das mulheres se inseriram no debate do crescimento populacional contestando e defendendo a autonomia feminina com relação à procriação por meio de práticas contraceptivas seguras no âmbito da assistência à saúde; requerendo o acesso a informações e conhecimento sobre o corpo para o controle da saúde; e tecendo críticas a respeito da atuação de instituições internacionais que colocavam em risco a saúde dessa população (COSTA, 2009, p. 1076; COSTA, 1986).

As reflexões que embasaram as ações e posicionamentos das feministas nesse debate podem ser percebidas através dos documentos provenientes dos seus encontros (COSTA; BAHIA; CONTE, 2007) dentre os quais, destaca-se a “Carta de Itapeperica” (COSTA, 1986) que denota o protagonismo das mulheres no debate da referida questão e tem sua importância verificada também por ter sido em boa parte considerada na elaboração do PAISM.

Redigida no I Encontro Nacional de Saúde da Mulher, realizado em Itapeperica da Serra, São Paulo no ano de 1984, a referida carta representava 19 estados brasileiros e foi criada com a colaboração de mulheres trabalhadoras da área da saúde; o documento teve caráter de denúncia e refletia os anseios das mulheres com relação ao atendimento das suas necessidades de saúde (CARTA DE ITAPEPERICA, 1984).

Neste documento, as mulheres se contrapunham formalmente ao controle da natalidade, citando o general Waldir de Vasconcelos, cujo discurso denotava intencionalidade mais contundente nessa direção:

Repudiamos [...] as experiências de caráter controlista já em curso, como a esterilização em massa de mulheres e homens e as campanhas de eugenia, bem como propostas, como a do Brigadeiro Waldir de Vasconcelos, chefe de Estado Maior das Forças Armadas, no sentido de reduzir o crescimento populacional no país a partir da criação do Conselho Nacional de População, que enquadraria o Planejamento Familiar como uma questão de segurança nacional. (CARTA DE ITAPECERICA, 1984, p.3)

Partindo do contexto da crise geral brasileira – se referindo à falta de infraestrutura social básica que condicionava a população à condição de subsistência – associada à crise do sistema de saúde – medicalizante e imerso na lógica privatista e do lucro – as feministas apontaram o equívoco em colocar o controle demográfico como solução para problemas de ordem social e econômica, trazendo à tona o que consideravam ser as verdadeiras causas para tais problemas:

Denunciamos ainda as falsas soluções que propõem a implantação de um programa de planejamento familiar de cunho controlista, visando a erradicação da pobreza no país. A miséria reinante no Brasil, como nos demais países de Terceiro Mundo não é resultado de uma “explosão demográfica”, e sim fruto de um modelo econômico concentrador de renda. (CARTA DE ITAPECERICA, 1984, p.2)

No que diz respeito à condição específica da mulher concernente à sua saúde, entre os problemas, elas destacaram o atendimento ginecológico em segundo plano; a falta de ações de educação em saúde sobre o corpo e métodos anticoncepcionais, somado a dificuldade de acesso a estes; baixa cobertura do exame de prevenção ao câncer do colo uterino e de mamas; maternidades inadequadas e insuficientes; e alheação às doenças ocupacionais (CARTA DE ITAPECERICA, 1984).

Segundo as autoras do documento mencionado, essa abordagem à sua saúde ignorava as fases da adolescência, menopausa e velhice da vida das mulheres, refletindo uma visão restrita da mulher como reprodutora, o que retratava “o caráter tecnocrático, desumanizante e machista do nosso sistema sócio-político, econômico e de saúde” (CARTA DE ITAPECERICA, 1984, p.2)

Vê-se que este documento constitui-se numa materialização fundamentada das reivindicações das mulheres no debate entre pró e anti-controlista. Além das

denúncias que trouxe e da contraposição aos argumentos que embasaram a defesa do controle demográfico, a carta apresentava propostas e encaminhamentos para a resolução dos problemas apontados envolvendo a saúde da mulher.

Através desta, as mulheres introduziram pela primeira vez o conceito ampliado de saúde que vinha sendo gestado no projeto da RSB – saúde como “algo dinâmico e indivisível” levando em conta individualidade, aspectos sociais e sexuais do ser humano – e trouxe também propostas de ações junto a organizações populares e órgãos do governo afim de mudar esse quadro da atenção à saúde da população feminina (CARTA DE ITAPECERICA, 1984).

Por meio deste documento, pleiteou-se um programa de saúde integral voltado para as necessidades de saúde das mulheres que desse conta de todas as fases de sua vida; uma mudança nas relações entre mulheres e profissionais de saúde, tanto no aspecto técnico-específico quanto no subjetivo; e requeria uma representação feminina, por meio da participação social na elaboração, execução e fiscalização dos programas voltados para a saúde desse público (CARTA DE ITAPECERICA, 1984; COSTA, 1986).

Junto às pautas das feministas, somavam-se também os interesses de outros setores da sociedade por políticas de acesso a contracepção em oposição às políticas de controle populacional, aglutinando forças nessa direção. Os setores da esquerda seguiam firmes na defesa da soberania nacional; a classe média vinha cultivando valores de liberdade pessoal a respeito da quantidade de filhos associado à emancipação feminina (GUERTECHIN, 1987 apud COSTA, 2009); e os setores mais populares diante da falta de acesso a bens e serviços, vê na diminuição da prole uma necessidade de sobrevivência (GUERTECHIN, 1987 apud COSTA, 2009; BRASIL, 1984).

Levando em conta este cenário no qual diversos setores da sociedade civil – incluindo os mais conservadores, como a igreja, por exemplo –, embora divergissem em aspectos específicos da questão, se reuniam em torno de uma causa comum, o governo se viu pressionado a implementar ações para atender à demanda que se colocava (COSTA, 1986; COSTA, 2009). Desse modo “prevaleceu o discurso consensual baseado no direito à saúde e na autonomia das mulheres e dos casais sobre a definição do tamanho da prole” (COSTA, 2009, p. 1076).

Para Costa (2009) esta conjuntura impôs atitudes ao governo que resultaram na reorientação da assistência à saúde da mulher – materializada pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) num decurso cujos grandes mentores foram o processo da Reforma Sanitária Brasileira e o Movimento Feminista.

A respeito da importância da atuação do movimento feminista brasileiro nesse processo, cabem alguns destaques. Primeiro, a inserção de um consistente posicionamento que insere as mulheres – as principais interessadas na discussão das políticas de controle populacional –, como já visto e exemplificado pela Carta de Itapeverica, que tem boa parte de suas proposições absorvidas pelo PAISM (COSTA, 1986).

Tomando como base o conceito ampliado de saúde trazido no PAISM e posteriormente no SUS, o fortalecimento da mobilização das mulheres associada à participação destas em partidos políticos traz o que podem ser considerados avanços indiretos para o campo da sua saúde. Por exemplo, na segunda metade da década de 80 verifica-se que a busca de espaços políticos se traduziram em conquistas como a criação do Conselho Nacional e os Conselhos Estaduais de Direito da Mulher e a implantação das Delegacias de Defesa da Mulher (COSTA, BAHIA; CONTE; 2007).

Outra importante contribuição do movimento de mulheres nesse sentido foi a elaboração do conceito de assistência integral⁷, resultado de reflexões do movimento, e incorporado ao PAISM (COSTA, 1986).

Ressalta-se que todo esse processo que culmina no PAISM não seria possível sem o plano de fundo das transformações da Reforma Sanitária Brasileira.

Ambos os movimentos [oposição às políticas de controle da natalidade e afirmação das aspirações das mulheres em relação à democratização das informações relativas ao corpo, à saúde e à sexualidade] articularam-se em torno das acepções de produção e determinação social da saúde convergentes no Projeto de Reforma Sanitária. O conceito ampliado de Saúde [preconizado na RSB] encontrou [...] na formulação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, um marco por ter sido sua primeira tradução operacional (COSTA; BAHIA; CONTE, 2007, p. 16).

⁷As mulheres entendiam e defendiam a integralidade para além dos aspectos físicos e biológicos. Segundo Osis (1994 apud COSTA, 1998) o conceito de integral, para elas, não dizia respeito apenas à integração entre colo, útero e mamas; referia-se também ao contexto social e econômico, psicológico e emocional das mulheres. Na prática, conforme a mesma autora, isso se efetivava numa abordagem pelo médico que rompesse com uma perspectiva biologizante e focalizada na saúde reprodutiva das mulheres, compreendendo a mulher como “um ser completo”.

Desse modo, o PAISM além de um programa que reorientou a atenção a saúde das mulheres, foi a primeira política temática, que oportunizou que se pusessem em prática as ideias para saúde que vinham sendo gestadas na RSB. Embora o programa tivesse como abordagem específica a saúde da mulher, este fazia parte de um movimento global de reorientação da atenção primária à saúde da população baseado num modelo de assistência integral (BRASIL, 1984) compartilhado tanto pelo movimento sanitário quanto o movimento de mulheres.

Dessa maneira, as bandeiras de ambos os movimentos se uniram, somando forças em direção a objetivos comuns e apoiando-se tecnicamente.

O Movimento Sanitário foi um dos importantes núcleos de resistência à implantação, no país, de programas de controle demográfico e parte desse movimento subsidiou a sustentação técnica e política conferida ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher [...]. (COSTA, 2009, p. 1074).

No contexto do debate das demandas e proposições da Reforma Sanitária Brasileira durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a presença das mulheres oportunizou a aprovação entre as resoluções desta da convocação da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, a qual culminou na “Carta das mulheres brasileiras aos constituintes” – instrumento político que trouxe a saúde como objeto principal – através da qual encaminhou-se proposições e emendas substitutivas ao Congresso Nacional, analisadas no processo constituinte (COSTA, 2009).

Dentre os grandes avanços dessa coalisão entre movimento sanitário e movimento de mulheres destacam-se as mudanças na concepção da saúde como direito universal e a compreensão da saúde da mulher para além da sua saúde reprodutiva (COSTA, 2009; COSTA; BAHIA; CONTE, 2007).

Ambos os movimentos, tanto o de mulheres como o movimento sanitário participaram decisivamente do embate contra-hegemônico no contexto das lutas pela redemocratização do país confrontando o governo vigente, o que leva a situar o movimento de mulheres num lugar histórico importante.

No Brasil, a construção do projeto contra-hegemônico da Reforma Sanitária contou com a decisiva participação dos movimentos sociais. A contraposição do conceito de Atenção Integral à Saúde das Mulheres aos conteúdos, instrumentos e tecnologias dos programas materno-infantis,

trouxe reconhecimento à inclusão de ideias feministas nas instâncias de debate das políticas de Saúde. Essa contraposição possibilitou, ainda, que entidades feministas participassem da execução dos Programas de Saúde da Mulher, resultando na inclusão destas entre os fundadores do SUS. (COSTA; BAHIA; CONTE, 2007, p. 15)

A proposta de criação do PAISM foi apresentada no dia 21 de junho de 1983 em depoimento na Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) de investigação do crescimento populacional pelo então ministro da saúde Waldyr Arcoverde (OSIS, 1994 apud OSIS, 1998). Esta foi elaborada por uma comissão especial⁸ que dada a sua composição apontava para uma aproximação com o movimento organizado de mulheres e demonstrava a disposição do governo em evitar prováveis objeções ao programa (OSIS, 1998).

Sendo assim, à referida comissão coube o desenho de um programa com normas programáticas, bases doutrinárias e normas técnicas, pormenorizando os procedimentos médicos assumidos pelo mesmo e acrescido de uma justificativa filosófica para a sociedade que desse conta de suas aspirações; um programa tecnicamente correto, que dispensasse posteriores reformulações (OSIS, 1994 apud OSIS 1998).

Em 1984 o PAISM é oficialmente anunciado pelo Ministério da Saúde, através do documento “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática” elaborado pela comissão convocada (OSIS, 1998). Como resposta às aspirações da população, o referido programa, com vistas a reorientar a assistência à saúde feminina, se inscreve como uma estratégia para atender à demanda pelo planejamento familiar, no sentido de tirá-lo do âmbito das soluções para problemas sociais e econômicos (abordagem controlista) e situá-lo na perspectiva das ações de saúde, tendo como estratégia a atenção integral.

A estratégia de assistência integral à saúde da mulher constitui importante instrumento do anseio comum das correntes envolvidas no debate do controvertido tema do planejamento familiar – o direito de todos os segmentos da sociedade à livre escolha dos padrões de reprodução que lhes convenham como indivíduos ou como casais. [...]. Ao planejamento familiar deve ser atribuído [...] o lugar adequado no contexto das ações de

⁸ Compuseram a referida comissão: a socióloga Maria da Graça Ohana (Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil - DINSAMI), a médica sanitária Ana Maria Costa (integrante da equipe do MS e estritamente envolvida com o movimento de mulheres), e os médicos ginecologistas e professores Anibal Faúndes e Oswaldo Grassioto (muito envolvidos com a temática da saúde reprodutiva na Universidade Estadual de Campinas- UNICAMP) (SOBRINHO, 1993 apud OSIS, 1998).

saúde, não devendo ser encarado como solução de problemas sociais e econômicos [...]. (BRASIL, 1984, p. 15)

Desse modo, sob a justificativa de desvincular o planejamento familiar de qualquer teor coercitivo, este foi inserido no PAISM no contexto das ações de saúde materno infantil, como atividade complementar de natureza educativa, na qual se proporciona o acesso a informação e meios para o controle da fertilidade (BRASIL, 1984).

O documento admite que, naquela época, havia uma focalização na saúde das gestantes e uma negligência quanto aos aspectos integrais da saúde das mulheres, e manifesta o agravante a essa questão quando lembra as mudanças nos papéis sociais desempenhados pelas mulheres:

O atendimento à mulher pelo sistema de saúde tem-se limitado, quase que exclusivamente, ao período gravídico-puerperal, e mesmo assim, de forma deficiente. Ao lado de exemplos sobejamente conhecidos, como a assistência preventiva e de diagnóstico precoce de doenças ginecológicas malignas, outros aspectos, como a prevenção, detecção e terapêutica de doenças de transmissão sexual, repercussões biopsicossociais da gravidez não desejada, abortamento e acesso a métodos e técnicas de controle da fertilidade, tem sido relegados ao plano secundário. Esse quadro assume importância ainda maior ao se considerar a crescente presença da mulher na força de trabalho, além do seu papel fundamental no núcleo familiar (BRASIL, 1984, p. 5).

Assim, ao reconhecer a mulher como força de trabalho – somando-se às atividades de cuidado que desempenha no âmbito familiar –, tem-se em vista que esta passou a ser também um sujeito reprodutor da vida e do sistema social, conferindo às suas questões de saúde maior importância ao se denotar que as suas atribuições na sociedade podem ir muito além da procriação.

Desse modo, atendendo a uma das reivindicações principais do grupo de mulheres, o PAISM rompe com a abordagem restrita à saúde reprodutiva, e passa-se a considerar as diversas fases do ciclo biológico feminino no atendimento à saúde.

Em relação à atenção à mulher – objeto primordial desta proposta – os serviços de saúde devem ser dotados de meios adequados [...] com o objetivo de oferecer atividades de assistência clínico-ginecológica e educativa, voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; o controle das doenças transmitidas sexualmente, do

câncer cérvico-uterino e mamário, e a assistência para concepção e contracepção (BRASIL, 1984, p.6).

Um ponto importante a ser ressaltado sobre este programa é a introdução das ações integradas de saúde buscando atender as principais necessidades da população identificadas através de diagnóstico epidemiológico, dotando assim de resolutividade a prestação dos serviços de saúde no quadro das mudanças mais amplas da atenção primária à saúde.

As proposições básicas de ação formuladas pelo Ministério da Saúde para assistência integral à saúde da mulher devem ser situadas no contexto da política de expansão e consolidação dos serviços básicos de saúde [...] com vistas à adequação da oferta de serviços, de modo que se concentrem recursos, corretamente dimensionados, para a solução dos problemas mais prementes e de maior prevalência (BRASIL, 1984, p. 14).

Desse modo, a partir de um sumário diagnóstico de identificação das principais questões envolvendo a saúde das mulheres, o referido Programa delineou suas ações (objetivos programáticos) voltadas para a melhoria das seguintes áreas: assistência ao parto; índices de aleitamento materno; controle do câncer cérvico uterino e de mama; controle das doenças sexualmente transmissíveis; controle de outras patologias preponderantes; atividades de regulação da fertilidade humana por meio do planejamento familiar; e o aborto (BRASIL, 1984).

No que tange às diretrizes gerais do programa, preconizou-se a necessidade do sistema de saúde estar apto ao atendimento das mulheres priorizando o controle das doenças mais ocorrentes; a integralidade como um princípio a atravessar todas as ações na atenção clínica e ginecológica, exigindo nova postura do profissional de saúde; e o planejamento familiar como atividade complementar entre as ações de saúde materno-infantil, de teor educativo e sem qualquer imposição (BRASIL, 1984).

De modo sucinto, entre as inovações trazidas pelo PAISM, cabe sublinhar o afastamento dos tradicionais programas verticais de saúde, introduzindo uma abordagem condizente com as realidades epidemiológicas locais (COSTA, 2013); e o reconhecimento do direito à saúde como um direito dependente do alcance de outros como educação e habitação, apontando-se para uma abordagem ampliada da saúde (COSTA, 1999). Outro marco do programa foi o *status* de direito de cidadania atribuído à saúde da mulher com as propostas de ampliação da oferta de

informações, participação social e humanização do atendimento trazidas pelo programa (COSTA; BAHIA; CONTE, 2007)

À vista do que foi exposto, percebe-se que O PAISM introduz importantes inovações, no entanto, observa-se que alguns aspectos do antigo formato de atenção à saúde da mulher conferiram ao programa um desenho focalizado, tendo em vista a prioridade dada ao grupo materno-infantil nos problemas sócio-sanitários de maior importância:

[...] propõe-se realizar novos investimentos, destinados a dotar de capacidade resolutive a rede básica de serviços de saúde [...], concentrando esforços nos problemas de maior significação sócio-sanitária e que incidem, principalmente, sobre o grupo materno-infantil. (BRASIL, 1984, p.5)

Denota-se que essa ênfase não está contida apenas nesse trecho do documento, é ratificada no seu conteúdo programático, que embora inove ao trazer a atenção clínico-ginecológica, destina dois dos seus três tópicos aos aspectos ligados à saúde reprodutiva: assistência ao pré-natal e assistência ao parto e puerpério imediato.

O documento observa que as doenças sistêmicas – como as doenças do aparelho circulatório e respiratório, neoplasmas e doenças infecciosas e parasitárias –, embora não estejam relacionadas diretamente com a reprodução figuram entre as seis primeiras causas de óbito de mulheres, seguido de complicações da gravidez, parto e puerpério.

Desse modo observa-se uma contradição presente no documento, ao mesmo tempo em que se fala em focar nos problemas de saúde das mulheres mais predominantes, a ênfase e preocupação maior continua sendo dada aos aspectos de saúde que envolve o grupo materno-infantil.

Ressalta-se que esse documento foi base para reorientação da atenção à saúde das mulheres, pois foi sob o qual se sustentaram as políticas e ações subsequentes para elas no âmbito da saúde. Em 2004, por exemplo, baseada nos conceitos e princípios do PAISM, é lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), com destaque para as relações de gênero e a desigualdade dessas relações como um diferencial importante na saúde das mulheres, assumindo-se como fundamental a incorporação dessa perspectiva na abordagem a sua saúde (BRASIL, 2004; DESAFIOS..., 2017).

À vista disso e, partindo da leitura mais atenta das bases de ação do PAISM aqui realizada, tendo em conta a importância deste registro, e o objetivo do presente trabalho de pesquisa – analisar se a finalidade do PAISM de romper com o foco na atenção a saúde reprodutiva da mulher, através de uma abordagem integral à sua saúde, foi de fato alcançada no plano do que tem sido orientado na AB para o trato com o público feminino – define-se dois aspectos fundamentais a serem analisados nos documentos de orientação dos profissionais da Atenção Básica: a abordagem integral e o enfoque de gênero – denotados pela presença da preocupação com outros aspectos da saúde das mulheres para além dos que estão ligados diretamente à sua saúde reprodutiva, como as doenças sistêmicas⁹ e riscos e agravos relacionados com a violência doméstica/urbana.

A escolha pela análise desses aspectos – no âmbito do que tem sido orientado para subsidiar o trabalho dos profissionais na Atenção Primária à Saúde – parte da compreensão de que a integralidade e o enfoque de gênero são os pontos principais que possibilitam consolidar uma abordagem adequada e resolutiva dos problemas de saúde da população feminina.

Cabe destacar, dentro dessa abordagem integral e de gênero, a importância da presença nos documentos, da preocupação com os riscos e agravos à saúde das mulheres relacionados com a violência doméstica e urbana, dado o contexto atual em que o enfrentamento a essa questão tem se tornado mais premente e por que, coadunando com os objetivos do presente trabalho, as repercussões de tal fenômeno na saúde dessa população guarda profundas ligações com a sua condição de gênero.

Ao visitar o endereço eletrônico do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde¹⁰ nota-se que lá se encontra disponibilizado diversos documentos, dos quais destacam-se alguns: os cadernos, protocolos, diretrizes e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Os cadernos visam oferecer orientações técnicas para direcionar o trabalho dos profissionais de saúde no âmbito da AB específico da temática que aborda. E os protocolos constituem-se em

⁹ As doenças sistêmicas ainda figuram entre as principais causas de morte da população feminina, com destaque para as doenças do aparelho circulatório e neoplasias. Segundo o relatório mais recente de vigilância epidemiológica do Ministério da Saúde sobre a saúde da população feminina, publicado em 2012 no Brasil, e em todas as suas regiões, pelo menos nos anos de 2000 a 2010, a principal causa de óbitos das mulheres são as doenças do aparelho circulatório (BRASIL, 2012).

¹⁰ Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes>>. Acesso em 24 fev. 2019.

materiais técnicos com “enfoque clínico e de gestão do cuidado, e servem como subsídio para a qualificada tomada de decisão por parte dos profissionais de saúde, de acordo com aspectos essenciais à produção do cuidado na AB” (BRASIL, 2016, p. 11). Já a PNAB, detalha as diretrizes voltadas para a sua organização. Sendo assim, considera-se que tais registros são os que melhor nos aproxima do cotidiano das ações em saúde, por que denotam o direcionamento para o que tem sido orientado no plano prático.

Partindo dessa compreensão, elegeu-se os seguintes documentos para a análise documental proposta neste trabalho: a Política Nacional de Atenção Básica-PNAB (2017); Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres (2016); Guia prático do agente comunitário de saúde (2009); Diretrizes do NASF (2010); e o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica (2006).

À vista da variedade de documentos disponíveis, tanto os direcionados ao cuidado em saúde de toda a população, quanto aqueles que trazem temáticas específicas do campo da atenção à saúde das mulheres, optou-se pela escolha daqueles com conteúdos de tema mais geral, que abrangessem a saúde da mulher nos seus mais diversos aspectos e possibilitassem compreender o direcionamento seguido pela Atenção Básica.

Desse modo, a inclusão do documento que traz as orientações para o trabalho dos agentes comunitários de saúde se justifica pela importância da atuação deste profissional no que diz respeito ao princípio da integralidade, expressa fundamentalmente no seu contato direto com a população na casa, comunidade e contexto social em que vivem.

Quanto à necessidade de trazer o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, assenta-se na importância desse mecanismo para a gestão da saúde em estabelecer, periodicamente, prioridades de ações no campo da AB, em consonância com as necessidades de saúde mais urgentes identificadas.

3.2 Saúde da Mulher na Atenção Básica: uma análise documental

A Atenção Básica é a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde. Nesse nível de atenção as ações são desenvolvidas centradas nos indivíduos, na sua inserção sociocultural, integralidade e singularidade, de acordo com a realidade

do território adscrito (BRASIL, 2007, apud Brasil, 2010a, p. 26); compreende uma gama de ações e tem como principal estratégia a saúde da família enquanto um “componente estruturante do sistema de saúde brasileiro [que] tem provocado um importante movimento [...] [de reorientação do] modelo de atenção no SUS” (BRASIL, 2010a, p. 9).

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2017)

A PNAB agrega os princípios – universalidade, equidade e integralidade – e diretrizes do SUS, dentre as quais cabe aqui destacar o cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade e coordenação do cuidado, e participação da comunidade (BRASIL, 2017).

É a atenção básica o principal âmbito da saúde em que se concretiza a integralidade. Nesse âmbito da atenção a saúde, o princípio da integralidade assume grande amplitude. Nesse sentido, o cuidado à saúde da mulher precisa ser conduzido tendo em vista tanto as suas especificidades e necessidades de saúde quanto o contexto socioeconômico e cultural em que se inserem, atravessadas pelas questões de gênero.

Dentre as atribuições que competem aos profissionais da AB, destacam-se a notificação compulsória de doenças e agravos, incluindo as situações de violência.

XVI. Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território; (BRASIL, 2017)

A violência doméstica/sexual, uma das que mais vitima as mulheres, constitui um agravo de notificação compulsória desde 2017¹¹. Observa-se que ao que consta na lei Maria da Penha, a omissão do profissional constitui também uma prática de violência (BRASIL, 2006).

¹¹ Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=29878153>> . Acesso em 25 fev. 2019.

Nesse sentido, assume-se este como um dos aspectos que denotam a ampliação da abordagem à saúde da mulher – no contexto do que é orientado para a atenção básica – a serem considerados na análise de dados aqui proposta, a observação pelos documentos da necessidade de notificar os casos de violência doméstica/sexual sofrida pelas mulheres.

A análise de dados aqui pretendida parte inicialmente do Pacto de Indicadores da Atenção Básica de 2006 (BRASIL, 2006), estabelecido através da Portaria 493 de 13 de março de 2006, que pactua entre estados e municípios diversos indicadores para a saúde, dentre os quais, para a saúde das mulheres. Como indicadores principais observam-se: a proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados; proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais; consultas de pré-natal; razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária. E como indicadores complementares a razão de mortalidade materna; proporção de partos cesáreos; proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal.

À vista desses indicadores nota-se que há uma predominância de indicadores voltados para a saúde reprodutiva das mulheres. A razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos é um indicador ampliado.

O segundo documento analisado foi a Política Nacional de Atenção Básica atualizada em 2017 (BRASIL, 2017), sob fortes críticas a respeito da exclusão dos mecanismos de participação popular nesse nível de atenção.

Alinhando-se tanto com o aspecto da integralidade e perspectiva de gênero, a atual Política Nacional de Atenção Básica em vigor desde 2017 considera esse nível de atenção inseparável dos fatores que determinam a realidade dos indivíduos e se opõe a práticas discriminatórias que não permitam o acesso ao atendimento à saúde, relacionadas, entre outros aspectos, à condição de gênero:

§ 2º A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando **os determinantes e condicionantes de saúde**.

§ 3º É proibida qualquer exclusão baseada em idade, **gênero**, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras. (BRASIL, 2017, grifo nosso).

E observa no artigo quatro que, para o alcance do que está previsto nos artigos supracitados, precisam ser desenvolvidas estratégias para diminuir as desigualdades que acarretem em preconceitos e discriminações que afastem o indivíduo do atendimento das suas necessidades de saúde:

§ 4º Para o cumprimento do previsto no § 3º, serão adotadas estratégias que permitam minimizar desigualdades/iniquidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.

Isso nos remete aos casos em que as mulheres vítimas de violência, ao procurar primeiramente os serviços de saúde, dentro da sua condição de gênero, ao serem julgadas pelo profissional, sofrem nova violação. Nesse sentido, a PNAB prevê que isso precisa ser trabalhado a fim de evitar abordagens como esta que vitimam novamente uma pessoa que já foi agredida.

O terceiro documento observado foi o Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde publicado em 2009 (BRASIL, 2009), pelo Ministério da Saúde, integrando a Série A. Normas e Manuais técnicos. O registro apresenta orientações para subsidiar o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), segundo o qual é um ator essencial na integração entre comunidade e a Atenção Primária à Saúde.

Neste documento, a violência doméstica contra a mulher é trazida no contexto da violência intrafamiliar e o documento denota o aspecto das relações de gênero como um fator associado à violência sofrida pela mulher nesse contexto:

É preciso [...] ser cuidadoso quando se fala em causa de violência, pois na verdade o que existe são situações de risco para violência, por exemplo, o homem que acha que a mulher lhe pertence e que a violência é natural e aceitável (machismo); o alcoolismo e outras drogas; problemas mentais; a falta de trabalho e de dinheiro; reprodução da violência, ou seja, o agressor quando criança vivenciou a violência e age da mesma maneira quando adulto (BRASIL, 2009, p. 226).

Neste registro, observa-se a existência da lei conhecida como Lei Maria da Penha – Lei Federal nº 11.340/06 – que protege as mulheres contra esse tipo de violência considerada sob a perspectiva da referida legislação como uma forma de violação dos direitos humanos.

Neste ponto, o documento sugere ainda como atividade para o ACS a promoção de discussão a respeito da Lei Maria da Penha com a comunidade enquanto estratégia de estimular a denúncia pelas vítimas. E traz, por fim, alguns aspectos que podem ser observados para identificar uma possível vítima de violência doméstica. Ressalta-se que compete também ao profissional ACS a notificação compulsória dos casos de violência doméstica, conforme consta na PNAB, abordada anteriormente.

Quanto ao planejamento familiar, este é trazido na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos, no âmbito da autonomia:

O planejamento familiar baseia-se no respeito aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos. Consiste em refletir sobre o desejo de ter ou não ter filhos, decidir e escolher a forma de realizá-lo. Pode ser feito pelo homem, pela mulher ou pelo casal – adolescente, jovem ou adulto –, independentemente de terem ou não uma união estável ou de constituírem uma família convencional (BRASIL, 2009, p.138).

Nesse contexto, orienta-se o profissional a incentivar o autoconhecimento para o exercício dessa autonomia, levando ao conhecimento da comunidade alguns métodos de contracepção – considerando fatores de risco da saúde das mulheres, conduzindo-as à escolha do melhor método contraceptivo – como alternativas para os casos em que a mulher ou o casal deseja evitar a gravidez.

Segundo o documento “o melhor método para uma pessoa usar é aquele que a deixa confortável e que melhor se adapta ao seu modo de vida e a sua condição de saúde.” (BRASIL, 2009, p. 141). Essa abordagem é positiva na medida em que denota a presença da integralidade dada a consideração de outros aspectos determinantes na saúde dos indivíduos. No entanto, não se percebe a presença de um enfoque de gênero, pois os cuidados para um exercício responsável da sexualidade a fim de evitar uma gravidez indesejada não aparecem envolvendo o parceiro, mas apenas a mulher.

De um modo geral, o guia que visa orientar os ACS no seu fazer profissional traz avanços importantes tendo como parâmetro o que foi pensado pelo PAISM. Contudo observa-se que no tópico específico do documento destinado à saúde da mulher, há uma predominância dos conteúdos relativos à saúde reprodutiva e da gestante – abarcando desde os temas da gravidez, pré-natal, alimentação da gestante, parto, puerpério, e aleitamento materno – de forma detalhada, o que

evidencia uma preocupação maior com a saúde das mulheres gestantes no tocante aos aspectos da reprodução e garantia da saúde do recém-nascido.

O Protocolo da Atenção Básica: Saúde das Mulheres (BRASIL, 2016) foi o documento seguinte escolhido para as análises da presente pesquisa.

Observando este registro, a abordagem ampliada à saúde da mulher pelo documento manifesta-se através da abordagem aos problemas e queixas mais comuns entre elas; orientações acerca da prevenção de câncer de colo do útero e de mama; tratamento das questões que envolvem o climatério; orientações para a atenção à mulher vítima de violência sexual e/ou doméstica/intrafamiliar; o planejamento familiar no âmbito da saúde sexual e dos direitos sexuais e reprodutivos; e dentro do contexto da atenção à saúde da gestante, a presença de orientações acerca dos seus direitos sociais e trabalhistas.

O documento aborda, em sua primeira parte, problemas e queixas mais comuns identificadas entre as mulheres, dentre as quais, o sangramento uterino anormal, corrimento vaginal e cervicites, dores pélvicas, miomas e queixas urinárias.

A segunda parte da referida publicação é destinada a saúde das gestantes. Incluindo as já conhecidas orientações para o cuidado desse público, o documento trata de um tema interessante indicando uma ampliação da abordagem – comparando-se ao que se observa nos demais documentos trazidos – dentro desse contexto: “A gestação no âmbito do trabalho, direitos sociais e trabalhistas”. Este tópico visa à orientação das gestantes que desempenham funções laborais quanto aos seus direitos sociais, como os direitos no âmbito da saúde, nos espaços públicos; e os direitos trabalhistas, como o direito a estabilidade no emprego e licença a maternidade.

Outro ponto interessante nessa parte da referida publicação é que se inclui o direito do pai à licença-paternidade e acompanhamento da gestante durante a gravidez no pré-natal, parto e pós-parto. Isto denota uma orientação que vai em direção à superação de desigualdades nas relações entre homens e mulheres na medida em que garante ao pai o direito a participar da gestação da mulher, estimulando a uma responsabilidade compartilhada pela criança.

O planejamento familiar é trazido numa perspectiva de autonomia, considerando os direitos sexuais e reprodutivos, e no âmbito da assistência à saúde numa abordagem integral, pois considera diversos fatores para realização de ações

contraceptivas. Orienta-se que a escolha pelo método de contracepção passe por um processo que envolva acolhimento com escuta qualificada, entrevista para avaliação global de quem procura pelo método – observar antecedentes pessoais obstétricos e patológicos entre outras questões relevantes nesse contexto –, exame físico geral e específico e educação em saúde, que compreende a orientação individual ou coletiva a respeito de temas que envolvem o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos como sexo seguro, papéis sociais, e riscos associados a determinadas práticas sexuais.

Denota-se ainda, dentro desta temática, outro ponto interessante sobre o controle da fecundidade. Consiste na instrução dos profissionais da saúde a estimular a responsabilização da figura masculina nesse processo, envolvendo o estímulo à participação do homem no acompanhamento dos processos gestacionais após a concepção. Este é um aspecto que denota um enfoque de gênero, pois também aponta numa tendência a um equilíbrio de responsabilidades atribuídas a homens e mulheres pela geração de uma criança.

Quanto à violência contra a mulher, o documento traz essa questão enquanto uma violação dos seus direitos, como um grave problema de saúde pública dado que é uma das causas principais da morbidade e mortalidade da população feminina. Destaca os acordos internacionais mantidos pelo Brasil para o enfrentamento deste problema e ressalta a lei nº 10.778/2003, que determina a notificação compulsória de episódios de violência contra a mulher atendida em equipamentos de saúde públicos e privados. Observa também a existência da Lei Maria da Penha, e traz a definição de violência contra mulher em âmbito doméstico e familiar, que inclui as ações de omissão baseada no gênero com consequências de riscos e agravos à sua saúde.

No contexto dos objetivos do presente trabalho de pesquisa, considerou-se importante observar também nas *Diretrizes do Nasf: Núcleo de Apoio a Saúde da Família* (BRASIL, 2010a), orientando-se pelos critérios integralidade e enfoque de gênero, se a abordagem a saúde da mulher foi trazida de modo ampliado.

As diretrizes do NASF destacam a atenção à saúde da mulher como uma das prioridades da Estratégia de Saúde da Família, notando que os princípios e ações voltados para a atenção a esse público precisam ser conhecidos pelos profissionais da AB.

Seguindo o Plano Nacional de Atenção Saúde da Mulher – visando alcançar os objetivos contidos neste – o NASF aspira, de maneira interdisciplinar e exercendo apoio matricial, contribuir para o desenvolvimento de planos de ação junto às equipes da ESF. É nesse sentido que define os aspectos da saúde da mulher que serão objetos de sua preocupação.

O documento aborda os diversos problemas e situações ocorridas na fase de desenvolvimento da mulher conhecida como menacme – compreendida entre a menarca e a menopausa –, em que esta vivencia as maiores mudanças hormonais, corporais e psicoafetivas da sua vida. Nesse sentido, traz a saúde desse público de modo amplificado, englobando o climatério até menopausa; o controle das DSTs e Aids; planejamento familiar; a saúde mental das mulheres; violência contra a mulher e intrafamiliar; e destaca a importância dos grupos como estratégia e espaço de diálogo para trabalhar diversos temas tocantes à saúde dessa população.

O enfoque de gênero no atendimento à saúde feminina é trazido pelo documento como uma referência para a atuação no atendimento a esse público, possibilitando trabalhar além das questões fisiológicas, outras questões que atravessam a vida das mulheres e que repercutem na sua saúde:

A abordagem de gênero representa um referencial importante para melhor compreensão dos agravos à saúde da mulher e a construção de ações de prevenção de agravos e promoção de saúde efetivas, além de propiciar o empoderamento da comunidade e das mulheres em particular, especialmente nos campos da violência doméstica, do planejamento familiar e da saúde mental. (BRASIL, 2010a, p. 109).

Nesse sentido, destacam-se algumas questões pertinentes à saúde das mulheres sob essa perspectiva: os riscos e agravos relacionados à violência doméstica, o planejamento familiar, as DSTs e a saúde mental das mulheres.

No que diz respeito ao planejamento familiar, o documento aponta que “[...] a abordagem da sexualidade nos seus significados culturais e de gênero, bem como o entendimento do aspecto sociocultural da família, possibilita a ampliação da ação das equipes da SF para além da distribuição de anticoncepcionais” (BRASIL, 2010a, p. 109). Desse modo, a abordagem ao planejamento familiar nesse registro, inclui aspectos tanto de integralidade e de gênero observados, por exemplo, pela inclusão do parceiro nas ações de planejamento familiar; a consideração de aspectos como a diversidade sexual, cultural e étnica; e a sinalização da necessidade de se trabalhar

questões como prazer, afeto, autoestima e conhecimento do próprio corpo, nesse contexto.

A violência doméstica também é trazida no referido documento sob uma perspectiva ampliada. Considera-se a necessidade de se trabalhar em rede com essa questão – num trabalho intersetorial que envolva equipamentos como as Delegacias da Mulher, casas de abrigo, comissões municipais e hospitalares de atendimento à mulher vítima de violência –; as consequências psíquicas das agressões; a associação da violência a outros problemas de saúde como abuso de álcool e drogas – demandando um trabalho interdisciplinar com a família, o que inclui o trabalho terapêutico com o parceiro agressor e não apenas com a mulher vitimada –; a importância do acolhimento, apoio e escuta sensível pelos profissionais de saúde como o primeiro suporte necessário para os que virão depois; a necessidade de trabalhar questões que atravessam a violência doméstica e que vulnerabilizam as mulheres como autoestima e resiliência; as intervenções de apoio coletivas como a formação de grupos de mobilização de mulheres; e a abordagem a questão da violência contra a mulher nas ações psicoeducativas na ESF.

Com relação ao controle das doenças transmitidas sexualmente, entre elas a AIDS, o documento sinaliza para que as ações do NASF precisam ser estruturadas tendo em vista o enfoque de gênero e o parâmetro dos direitos sexuais, em especial nesse grupo de patologias em que se observa uma crescente feminização dessas doenças. Assim, indica-se às equipes de saúde que trabalhem considerando as vulnerabilidades associadas à ocorrência desse tipo de enfermidade, como a violência doméstica, relações desiguais de gênero, e desconhecimento sobre os direitos sexuais.

Por fim, o documento aborda um aspecto de extrema importância na saúde feminina que não foi observado em nenhum dos outros documentos até aqui analisados: a saúde mental.

Denota-se neste registro que há maior ocorrência de transtornos mentais comuns (TMC), como ansiedade e depressão, entre as mulheres, relacionados a fatores como condições sociodemográficas e econômicas; a violência no âmbito familiar; e a desmoralização da mulher, processo produzido socioeconômica e culturalmente.

Isso demanda a utilização de ferramentas como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), não reduzindo o tratamento apenas a medicações; e paralelo a isso o exercício da escuta qualificada no atendimento aos problemas psicossociais.

A abordagem integral e de gênero é evidenciada principalmente pela maneira como a depressão pós-parto é citada e trazida no documento. Considera-se este um transtorno mental específico que requer tratamento diferenciado, e que ocorre entre outras razões por antecedentes de depressão na família ou da pessoa, conflitos conjugais, razões financeiras. No plano da cultura, pondera-se um conflito que pode estar associado a tal enfermidade ligado aos papéis atribuídos ao gênero feminino socialmente.

Nesse contexto, destaca-se o conflito entre as expectativas dessa mulher em corresponder a imagens idealizadas de mãe, esposa e profissional, e os reais meios que dispõe de atingir esses objetivos, em especial no que concerne ao apoio do companheiro/marido e familiares nessa tarefa. (BRASIL, 2010a, p. 113).

Considera-se ainda o aprisionamento a essas expectativas sociais tornam difícil a identificação do problema, dado que as mulheres têm dificuldades de reporta-lo. Assim, o documento observa que as depressões pós-parto

[...] costumam ser pouco detectadas, até porque as mulheres têm dificuldade em verbalizar sentimentos negativos de tristeza, desesperança e dificuldades com o nascimento do filho, perante uma sociedade que espera que este seja um momento de grande alegria. (BRASIL, 2010a, p. 113).

Destaca-se ainda, neste documento, a importância dada à formação de grupos enquanto um apoio social que traz acolhimento, amparo e fortalecimento das mulheres nas dificuldades cotidianas que vivenciam relacionadas aos seus problemas de saúde:

Surge, então, uma agenda na qual estão incluídos temas variados, conforme a necessidade do grupo, como: assumir a sexualidade e o corpo, inclusive a maternidade; reconhecimento do corpo e como ele funciona; reflexão sobre sexualidade e vulnerabilidades correspondentes (DST e Aids); formas de agir que reconstruam o sentimento de culpa e responsabilização na mulher, repensando papéis femininos e masculinos; construção de espaços de fala, escuta, acolhimento, reforço de autoestima e autonomia, além de outros (BRASIL, 2010a, p. 115).

Consta que a realização e desenvolvimento desses grupos devem ser apoiados pelo NASF, tendo em vista o impacto positivo dessas intervenções.

À vista do que foi apresentado, vê-se que as diretrizes que orientam os profissionais do NASF, trazem muitos aspectos que apontam para uma ampliação da abordagem à saúde das mulheres envolvendo tanto a integralidade quanto o enfoque de gênero.

De um modo geral, considera-se que, embora ainda haja uma predominância da preocupação com os aspectos relacionados à saúde reprodutiva da mulher, há avanços presentes nos documentos aqui apresentados que indicam uma tendência à ampliação da abordagem à saúde feminina.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do desenvolvimento deste trabalho foi possível perceber que nos documentos da Atenção Básica que orientam o trabalho dos profissionais de saúde, em parte, ainda predomina uma valoração e preocupação maior aos aspectos da saúde das mulheres gestantes. Por outro lado também se observa que há uma preocupação com aspectos da saúde feminina que apontam para uma abordagem ampliada.

Observando as publicações analisadas e os períodos de que foram datadas, acredita-se que esse rompimento com o foco na abordagem à saúde reprodutiva da mulher tende a ser crescente. Considera-se que este processo só pode ocorrer com a incorporação progressiva do princípio da integralidade e com o uso da categoria gênero enquanto um instrumento para a compreensão das questões que atravessam a vida das mulheres e repercutem na sua saúde, os quais permitem a correta abordagem dos problemas e necessidades de saúde que acometem as mulheres.

Aqui vale lembrar a importância de suscitar o debate aqui apresentado de um modo geral e no meio acadêmico para a superação do foco na abordagem a saúde reprodutiva da mulher, que implica assumir a perspectiva de gênero transversalmente às ações realizadas junto à saúde dessa população observando o princípio da integralidade no atendimento à sua saúde.

Ressalta-se que para o serviço social, a importância deste debate situa-se na compreensão das relações de gênero como expressões da “questão social” (NASCIMENTO; FERREIRA, 2016). Tais expressões têm profundas repercussões na situação de saúde das mulheres, cujo exemplo mais contundente manifesta-se através da violência ligada à condição social desses sujeitos, que acarretam riscos e agravos à sua saúde e até mesmo a morte – hoje compreendida sob a nomenclatura específica do feminicídio.

Este trabalho não pretende ser conclusivo, e nem exaustivo a respeito da temática trazida. A pesquisa aqui apresentada obteve suas conclusões a partir de documentos contendo orientações para o subsídio das práticas dos profissionais da atenção primária à saúde no seu fazer profissional. Sabe-se que diversos empecilhos de ordem burocrática, institucional e subjetiva separam a teoria que

instrui, e como de fato essas ações são operacionalizadas, fazendo-se pertinente compreender como tais orientações se materializam em âmbito prático.

5 REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, Naomar de. **O que é Saúde?** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011.

BARATA, RB. Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação? In: **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection, pp. 73-94. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/48z26/pdf/barata-9788575413913-06.pdf>>. Acesso em 16 nov 2018.

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

BRASIL. Lei n. 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.778.htm>. Acesso em: 25 fev. 2019.

BRASIL. Lei n. 11.340, de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm>. Acesso em 24 fev. 2019.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de Setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em 21 jan. 2019.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de Setembro de 1990b. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 23 abr. 2019.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990c. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em 29 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 24 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 493, de 13 de março de 2006. **Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica – 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e o Ministério da Saúde**. Disponível em: <ftp://ftp.datasus.gov.br/caderno/pacto2006/portaria_493.pdf>. Acesso em 25 fev 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: MS, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em 23 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Saúde da mulher: um diálogo aberto e participativo**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Editora do Ministério da saúde, 2012.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. **Serviço social e saúde**, v. 3, p. 88-110, 2006.

CARTA DE ITAPECERICA, 1984. In: BRITTO, Marcelo Andréas Faria de. **A influência de movimentos de mulheres nas políticas públicas para a saúde da mulher no Brasil - 1984**. 2014. 125 f., il. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional)—Universidade de Brasília, Brasília, 2014. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/17404>>. Acesso em: 11 fev. 2019.

CIÊNCIA e Letras - O que é Saúde?. Produção do Programa Ciência e Letras, Canal Saúde Oficial e Editora Fiocruz. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, abril de 2012a. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=NtuyPB6DZwA>>. Acesso em: 31 out. 2018.

CIÊNCIA e Letras- Reforma Sanitária Brasileira. Produção do Programa Ciência e Letras, Canal Saúde Oficial e Editora Fiocruz. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, abril de 2012b. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=5HhUyf4N0sl>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

COELHO, Suelene; PORTO, Yula Franco. **Saúde da mulher**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/85>>. Acesso em: 23 nov. 2018.

Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS). **Relatório Final da CNDSS, 2008**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf>. Acesso em 16 nov. 2018.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Éléments pour une «topographie» du concept de santé. **Ruptures, revue transdisciplinaire en santé**, v. 11, n. 1, p. 86-99, 2006.

CORRÊA, Sonia. “Saúde Reprodutiva”, Gênero e Sexualidade: legitimação e novas interrogações. 1996. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker (Org.). **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. p.39-49.

COSTA, A. M. Desenvolvimento e Implementação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker (Org.). **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. p. 319-335.

COSTA, AM. **O Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher: anotações para um debate**. Anais ABEP, 1986. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/~abeporgb/publicacoes/index.php/anais/article/viewFile/402/388>>. Acesso em: jan. 2019.

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

COSTA, Ana Maria. **Saúde integral da mulher: quo vadis 30 anos depois? Cebes: Centro Brasileiro de estudos de Saúde**. 07 mar. 2013. Disponível em: <

<http://cebes.org.br/2013/03/saude-integral-da-mulher-quo-vadis-30-anos-depois/> .
Acesso em: 28 dez. 2018.

COSTA, Ana Maria; BAHIA, Ligia; CONTE, Danielle. A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 75/76/77, p. 13-24, jan/dez 2007.

DESAFIOS da Política Nacional de Atenção integral à Saúde da Mulher. Curso Atenção Integral à Saúde das Mulheres. Modalidade a Distância. Maria Esther de Albuquerque Vilela. Produção do Ministério da Saúde e UFSC. 2017. Disponível em: <
https://www.youtube.com/watch?v=iP1E5AFAMSS&list=PLVTxztSqe42unZFwamK7tBKbGKD6rGL_>. Acesso em: 25 fev. 2019.

DO NASCIMENTO, Bruna Maria de Sousa; FERREIRA, Edley Juliana Menezes. CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL (RJ). II Congresso de Assistentes Sociais do Rio de Janeiro. **Problematizações acerca da Saúde da Mulher: principais entraves e desafios para a consolidação dos direitos sociais**. 2016. Disponível em: <<http://www.cressrj.org.br/site/wp-content/uploads/2016/05/039.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2019.

GOES, Emanuelle F. & NASCIMENTO, Enilda R. "Mulheres negras e brancas, as desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Estado da Bahia, PNAD-2008". In: BATISTA, Luís Eduardo; LOPES, Fernanda; WERNECK, Jurema. **Saúde da População Negra**. Brasília-DF: ABPN, 2012. 2ª. Ed. pp. 274-287.

LAQUEUR, Thomas. **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em 11 fev. 2019.

O INSUPORTÁVEL do corpo feminino - Diana Corso. Programa Café Filosófico CPFL. Produção da TV Cultura e Instituto CPFL. Curadoria de Fabrício Carpinejar. São Paulo: dezembro de 2016. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=oHiLo8nTyT0>>. Acesso em: 09 nov. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946**. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 24 out. 2014.

OSIS, Maria José Martins Duarte. **Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, vol. 14, p. S25-S32, 1998.

PAIM, Jairnilson. **O que é o SUS**. Editora FIOCRUZ, 2015. Disponível em: <<http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>>. Acesso em: 26 out. 2018.

PAIM, Jairnilson. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>>. Acesso em 27 jun. 2018.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. **Primórdios do conceito de gênero**. cadernos pagu, n. 12, p. 157-163, 1999. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8634812/2731>>. Acesso em: 04 ago. 2018.

SANTINON, E. P. ; GUALDA, D. M. R. ; SILVA, L. C. F. P. Violência contra a mulher: notificação compulsória e outros instrumentos legais de uso dos profissionais de saúde. **Revista Âmbito Jurídico**, v. 13, n. 74, 2010. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7499&revista_caderno=4>. Acesso em: 04 fev. 2019.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. **O conceito de saúde**. 1997. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89101997000600016&script=sci_arttext&tIng=pt. Acesso em: 04 Ago. 2018.

Silva, J. A. B. et al. **Teorias demográficas e o crescimento populacional no mundo**. Caderno de Graduação-Ciências Humanas e Sociais-UNIT, v. 2, n. 3, p. 113-124, 2015.