

DEBORAH JULIA NASCIMENTO PEREIRA

A MULHER PARA ALÉM DO ÚTERO:

a assistência integral da saúde feminina

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Gestão Pública para o Desenvolvimento Econômico e Social do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Bacharel em Gestão Pública.

Orientadora: Maria Aparecida Azevedo Abreu

Rio de Janeiro
2022

CIP - Catalogação na Publicação

PP436m Pereira, Deborah Julia Nascimento
A mulher para além do útero: a assistência
integral da saúde feminina / Deborah Julia
Nascimento Pereira. -- Rio de Janeiro, 2022.
46 f.

Orientador: Maria Aparecida Azevedo Abreu.
Trabalho de conclusão de curso (graduação) -
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto
de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional,
Bacharel em Gestão Pública para o Desenvolvimento
Econômico e Social, 2022.

1. Saúde da Mulher - Integralidade. 2. Gênero .
3. Movimento feminista e sanitarista. 4. Sistema
Único de Saúde . 5. Estado brasileiro. I. Abreu,
Maria Aparecida Azevedo, orient. II. Título.

DEBORAH JULIA NASCIMENTO PEREIRA


A MULHER PARA ALÉM DO ÚTERO:

a assistência integral da saúde feminina

Trabalho de Conclusão de Curso entregue ao curso de Graduação em Gestão Pública para o Desenvolvimento Econômico e Social do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Bacharel em Gestão Pública.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

 Documento assinado digitalmente
MARIA APARECIDA AZEVEDO ABREU
Data: 16/05/2022 18:36:58-0300
Verifique em <https://verificador.itl.br>

Prof. Dra. Maria Aparecida Azevedo Abreu
Instituto de Pesquisa Planejamento Urbano e Regional - UFRJ



Prof. Dr. Gustavo Antônio das Neves Bezerra
Instituto de Pesquisa Planejamento Urbano e Regional - UFRJ

RESUMO

A assistência à saúde da mulher, a partir da década de 1980, foi um ponto central nas mobilizações de movimentos sociais, sendo demandada a integralidade do atendimento, bem como o planejamento e execução de ações e estratégias da atenção à saúde da mulher em todos os seus aspectos. As demandas vinham no sentido também de introduzir a perspectiva de gênero e a da humanização do cuidado, de modo a respeitar a diversidade e as especificidades das usuárias, considerando o território que estão inseridas, suas condições sociais para que estas fossem levadas em conta as políticas de governo na área da saúde feminina. Este trabalho tem por objetivo analisar como a integralidade se apresenta na política geral de atenção à saúde da mulher, no que diz respeito à produção social da saúde para além do paradigma biologicista-reprodutivo, considerando os contextos sociopolíticos e sua repercussão na formulação de políticas públicas. Trata-se de um estudo com formato descritivo-analítico por meio de revisão de literatura e análise de documentos fornecidos por órgãos oficiais. Constatou-se a importância de considerar a realidade local com suas respectivas dimensões sociais e culturais no âmbito de uma perspectiva de prevenção e garantia da saúde ao invés de tratar a doença, para o comprometimento com a equidade e a integralidade da saúde da mulher. Apesar da incontestável evolução no cuidado da saúde da mulher, incluindo distintos setores da população feminina, contudo, é possível indicar que as ações voltadas à saúde da mulher ainda priorizam o campo sexual e reprodutivo limitando a esfera humanizada e qualificada do atendimento.

Palavras-chave: atenção integral à saúde da mulher; contexto sociopolítico; perspectiva de gênero na política pública de saúde.

ABSTRACT

Starting from the 1980's, Brazilian social movements developed a key demand on the universality of women's health assistance, including its strategies planning, execution and attention to detail. Moreover, those demands aimed to introduce a gender perspective in order to provide a Health Policy that respects the diversity and particularities of Brazilian women, considering their local and social environment. This work analyzes how the universality aspect actually works in the framework of the national women's health policy beyond the biological-reproductive perspective, by an analytic method, government documents and academic literature review. Furthermore, this work assumes the importance of considering different realities and social and cultural aspects to prevent diseases and assure universal health care to women. Although there has been an evolution regarding women health care in Brazil, it's also possible to assume that those health policies still focus on a sexual and reproductive aspect, which narrows the universal concept of the health care system.

Key-words: Attention to women's health; social aspects; gender perspectives on health policies.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 LUTA E RESISTÊNCIA PELO DIREITO À SAÚDE DA MULHER: A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO PERÍODO DA REDEMOCRATIZAÇÃO	10
3 O ROMPIMENTO DA ABORDAGEM CONTROLISTA: A NORMATIZAÇÃO DO PAISM	12
3.1 Contextualização sobre a nova concepção de saúde da mulher	12
3.2 Para além do papel: a luta social pela implementação do PAISM	13
3.3 O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)	15
3.4 As limitações e desafios da visão de integralidade do PAISM	18
4 O PAPEL DAS MULHERES NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988	20
5 O SUS SOB A PERSPECTIVA DA MULHER	23
6 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER: NOVA TENTATIVA PARA A EFETIVAÇÃO DA INTEGRALIDADE	28
6.1 A concepção da PNAISM	28
6.2 O enquadramento interpretativo e a implementação da PNAISM	31
7 PASSADO E PRESENTE DA SAÚDE DA MULHER: A INTEGRALIDADE EM PAUTA	33
7.1 O político da década de 80 aos anos 2000	33
7.2 De volta ao “passado”: a Rede Cegonha	35
7.3 A Mulher e a Atualidade: O Pós 2010	37
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 reconhece, em seu artigo 196, a saúde como um direito universal e dever do Estado, devendo todo cidadão ter tratamento adequado à sua condição. Considerando uma vertente mais abrangente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define, no preâmbulo de sua Constituição, a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (CONSTITUIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946).

Na efetivação do direito à saúde previsto na CF/1988, instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS) consagrado nos princípios da integralidade, equidade e universalidade, que asseguram o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde, desde a prevenção da doença até o seu tratamento, a fim de melhorar a qualidade e, conseqüentemente, a perspectiva de vida da população. À vista da integralidade, a associação entre a concepção de qualidade de vida e a definição de saúde coloca em primeiro plano a consideração do indivíduo em sua totalidade, do físico ao emocional, a partir do contexto social em que está inserido.

Esta perspectiva confronta o paradigma biologicista-reprodutivo que compreende uma concepção reducionista da atenção à saúde, caracterizado por um modelo medicalizador e intervencionista. Neste modelo, considera-se o indivíduo a partir da doença, sendo esta limitada aos processos físicos e biológicos, cujos prevenção e tratamento são focalizados na mudança de hábitos de maneira individual. Nesta perspectiva reduzida, a vida da mulher é considerada com prevalectimento dos aspectos reprodutivos de seu corpo, o que reforça uma interpretação social de que o principal papel social da mulher é o de mãe.

A partir da análise do princípio da integralidade, diante da concepção introduzida por Carvalho (2006, p.16): “(...) a integralidade tem duas dimensões: a vertical e a horizontal. A vertical inclui a visão do ser humano como um todo, único e indivisível. A horizontal é a dimensão da ação de saúde em todos os campos e níveis”. Essa definição de integralidade pode ser considerada uma referência na formulação de políticas públicas para os distintos setores da sociedade, o que fomentou inúmeras discussões entre representantes do Governo e da sociedade civil, como movimentos feministas e sanitaristas na década de 1980, propiciando a

emergência da incorporação da Saúde da Mulher na agenda política do Estado, mediante a perspectiva de gênero¹ e humanização do cuidado.

Neste caminho, foi elaborado, anteriormente ao CF/88 e ao SUS, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, como proposta de ampliação das ações e atividades da política nacional da saúde, considerada pioneira na abordagem do princípio da integralidade e da perspectiva de gênero. Como fruto da pressão de grupos feministas e de mulheres, assim como após cerca de vinte anos, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), considerada uma reformulação do PAISM, como uma nova e atualizada tentativa de implementar a assistência integral à saúde da mulher de forma eficiente e eficaz.

Diante desse breve histórico, este estudo busca evidenciar os desafios enfrentados para a implementação e continuidade das políticas de atenção integral à saúde da mulher, diante de uma sociedade com uma concepção da mulher predominantemente restrita à reprodutividade e ao seu ciclo gravídico-puerperal, comprovada a partir da implementação do Programa Rede Cegonha em 2011, visto como um retrocesso dentre as políticas da mulher. Diante disso, pretende-se fazer uma análise a partir da incidência da integralidade na compreensão e incorporação da Saúde da Mulher, com ênfase nos contextos sociopolíticos e o protagonismo da participação da sociedade civil organizada nas conquistas na área. Esses desafios foram identificados e apresentados por meio de demandas dos movimentos feministas, de mulheres e sanitaristas que serão explorados no artigo. Nossa proposta consiste em, a partir da literatura especializada, estabelecer relações entre as demandas sociais e as conquistas obtidas na área da saúde feminina.

Este trabalho possui caráter qualitativo, na medida em que se volta para a análise dos processos socioculturais e políticos que envolvem a consideração da mulher como sujeito do direito à saúde integral, compreendendo o período após os anos 1980. O levantamento bibliográfico destacou a formulação de políticas públicas e mobilização social na perspectiva da disputa pelo direito de reconhecimento da saúde feminina como um processo integral, em que é imprescindível o rompimento

¹ De acordo com Joan Scott (1995), *gênero* constitui um elemento constitutivo das relações sociais de poder a partir da hierarquização das diferenças sexuais entre homens e mulheres, considerando uma visão ampla para além do âmbito privado ou familiar.

com o paradigma biologicista-reprodutivo que destina o corpo da mulher à reprodução e o limita aos seus útero e ovário, concentrando-se nos cuidados materno-infantis. O PAISM e, posteriormente, a PNAISM apresentam-se como mecanismos de ruptura da condição da mulher vista como objeto, a partir de práticas de saúde que adotem a figura feminina como sujeito do processo saúde-doença, portador de necessidades e expectativas, em consideração ao contexto socioeconômico e cultural ao qual pertence, de maneira holística.

Em suma, busca-se retratar os avanços e desafios da adoção da integralidade no acesso aos serviços de saúde a partir da trajetória de formulação e reformulação da agenda do Estado no que se refere à saúde da mulher e em como a construção e a incorporação da perspectiva de gênero por toda política pública estão estritamente ligadas a reivindicações dos movimentos feministas. Desta forma, analisa-se a política de saúde como instrumento de fortalecimento da cidadania e da justiça social, para além da questão biológica.

As concepções sobre a saúde da mulher e os fenômenos socioeconômicos e biológicos são marcados por condutas verticalizadas que não consideram o contexto de vida dos indivíduos:

A ideia de natureza feminina baseia-se em fatos biológicos que ocorrem no corpo da mulher- a capacidade de gestar, parir e amamentar. Na medida em que essa determinação biológica parece justificar plenamente as questões sociais que envolvem este corpo é que ela passa a ser dominante, como explicação legítima e única sobre estes fenômenos. Daí decorrem ideias sobre a maternidade, instinto maternal e divisão sexual do trabalho como atributos "naturais e essenciais" à divisão de gênero na sociedade. (VIEIRA, 2008, p. 31)

Durante o processo de elaboração e implementação das políticas de atenção integral à saúde da mulher, predominam estratégias para desvirtuar o foco no ciclo gravídico-puerperal feminino. Estas estratégias estão relacionadas com o protagonismo feminino na ciência que deixam de ser tratadas apenas como objetos de estudo, e passam a ser também sujeitos da política. Com isso, as particularidades que atingem as mulheres passam a demandar respostas para além daquelas antes determinadas pelo moralismo de conceitos e teorias científicas androcêntricas.

Para além desta introdução, este estudo conta com 6 (seis) seções. A segunda seção aborda as articulações políticas no período da redemocratização em

prol da da cidadania feminina, prioritariamente o direito à saúde da mulher, a partir de reivindicações, por parte de grupos feministas e de mulheres, por uma nova abordagem da saúde da mulher. A terceira seção concentra-se nos primórdios da atenção integral à saúde da mulher, trazendo a contextualização, a luta social e a implementação do PAISM, o qual antecipa o princípio da integralidade a ser legitimado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A quarta seção discorre acerca da construção da Constituição Federal, denominada Cidadã, de 1988 a partir da organização de mulheres e sanitaristas a fim de obter reconhecimento legal de interesses e direitos. A quinta seção aborda a implementação do SUS concebida a partir de debates de movimentos sociais, além de trazer sua repercussão na saúde da mulher. A sexta seção, retrata a atualizada iniciativa governamental de assistência integral à saúde da mulher, a PNAISM, apresentando seus documentos oficiais e os moldes que se deram a sua implementação e os desafios enfrentados por suas limitações. A sétima e última seção retrata os contextos políticos e em como o viés sociopolítico de determinado governante incide na formulação de políticas públicas, junto a visão retrógrada abordada pelo Programa Rede Cegonha e a atual estruturação dos direitos da mulher no contexto político pós 2010.

2 LUTA E RESISTÊNCIA PELO DIREITO À SAÚDE DA MULHER: A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO PERÍODO DA REDEMOCRATIZAÇÃO

Entre fins da década de 1970 e 1980, período de esgotamento do regime da ditadura militar e, conseqüentemente, da abertura política, emergiram lutas sociais em prol da retomada dos direitos civis, políticos e sociais, materializadas na expansão de arenas políticas e fortalecimento de uma sociedade civil politizada e organizada coletivamente. O avanço das possibilidades de retomada da democracia e maior espaço de articulação dos movimentos sociais contribuíram para a radicalização dos militares, tornando mais visível a violência e o controle da sociedade.

Face a esses impasses sociais e políticos, eclodiram reivindicações no campo social, o que trouxe debates acerca da infraestrutura de serviços urbanos, educação e saúde, como planejamento de novas estratégias de desenvolvimento do país. A política de saúde hegemônica da época enfatizava a mercantilização da medicina preconizando o enfoque individualista e assistencialista, coordenado pela

previdência social, constituindo um sistema de saúde excludente e privatizado. Igualmente, no contexto da ditadura militar, observou-se um movimento simultâneo de ascensão de organizações de planejamento familiar direcionadas para a contracepção e esterilização em massa, legitimadas por um discurso de segurança nacional ameaçada pelo crescimento das camadas sociais mais vulneráveis (FERNANDES, 2020).

Sob a repercussão do processo de redemocratização e a emergência da reestruturação do modelo médico-assistencialista privatista, setores heterogêneos da sociedade civil - feministas, sanitaristas, intelectuais, religiosos, políticos, entidades privadas e internacionais - introduziram debates sobre um projeto de universalização da saúde. O movimento sanitarista, vanguarda das políticas sociais de saúde, defendia a saúde como um dever de Estado e que esta deveria ser acompanhada por mudanças reais da condição de vida da população, com a bandeira de um sistema de saúde único em que o setor privado exercesse somente o caráter complementar (SANTOS, 2005).

No que concerne especificamente ao feminino, as ações de saúde da mulher perpetuavam sob a ótica do ciclo gravídico-puerperal, ou seja, os centros de acolhimento eram centralizados no cuidado materno-infantil contribuindo para a imagem da mulher como um corpo marcado por diversos discursos classificatórios entendido, ainda biologicamente, pela reprodução, o que atestava o direcionamento das iniciativas públicas e privadas para a excessiva intervenção em seu corpo, como instrumento de manutenção de poder. Entretanto, desde a década de 1960, segundo Ana Maria Costa (2009), as mulheres cruzavam caminhos de ruptura com o papel social que lhes era imposto, inserindo-se no mercado de trabalho e ampliando suas reivindicações cidadãs.

Frente a esse cenário, a expressiva participação das mulheres, prioritariamente dos movimentos feministas, pode ser considerada um forte fator de influência para a introdução das questões de gênero na agenda de reformas de políticas sociais. As lutas feministas trouxeram para a esfera pública o que antes se resguardava na esfera privada, introduzindo um caráter político no debate por igualdade jurídica, reconhecimento das desigualdades nas relações de gênero no que concerne ao trabalho, saúde e educação. A partir do lema “Nosso corpo nos pertence”, as feministas fortaleceram o propósito do movimento sanitarista de reformulação e democratização dos serviços de saúde, atuando em oposição às

políticas de controle de natalidade exercidas por instituições privadas e universidades, devido a desordem promovida pela fragilidade política do Estado em gerir a questão do planejamento familiar (COSTA, 2009).

Sendo assim, nessa dinâmica histórica, a abertura política mais ampla, associada com a crescente organização de movimentos sociais, fomentou o sentimento de respeito aos direitos dos cidadãos e das cidadãs, expondo reivindicações por um sistema de saúde democrático e alinhado à realidade da população. As mulheres expuseram suas reivindicações por uma nova abordagem da saúde da mulher em que dissocia-se a sexualidade da procriação, sendo contestada a focalização no aspecto materno-infantil, sob a negligência dos demais cuidados inerentes a saúde da mulher, como a adolescência, menopausa, doenças sexualmente transmissíveis, contracepção, velhice etc. e descriminalização do aborto, com atendimento das cidadãs que optarem pela via da interrupção da contracepção pelo SUS (MESQUITA, 2011).

3 O ROMPIMENTO DA ABORDAGEM CONTROLISTA: A NORMATIZAÇÃO DO PAISM

3.1 Contextualização sobre a nova concepção de saúde da mulher

A década de 1980 foi marcada pela potencialização dos debates em torno das políticas de controle de natalidade consolidadas a partir de campanhas realizadas por órgãos privados e universidades, financiadas pelo capital estrangeiro, como relatado anteriormente. A voz da resistência popular foi substancializada a partir das estratégias de mobilizações dos movimentos feministas e de mulheres, sanitaristas, religiosos e intelectuais que, apesar de pontos de vistas distintos, colocavam-se em uma posição anti-controlista. Os grupos feministas e de mulheres, apesar de defenderem os meios de contracepção, construíram esse discurso a partir do direito de liberdade sexual, de ter ou não filhos e a quantidade de proles, e o direito de acesso aos serviços de serviços de saúde (KORNIJEZUK, 2015).

Diante do negligenciamento estatal das questões reprodutivas e da pressão advinda do fortalecimento dos movimentos sociais, em 1983 instalou-se no Senado uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para tratar dos agravos provenientes

do aumento populacional, em que o Executivo deveria se posicionar acerca da atuação de instituições estrangeiras no trato da saúde pública, a fim de introduzir ações de suspensão das práticas irregulares. Em decorrência das inúmeras críticas por parte tanto das feministas em âmbito nacional quanto internacional, pela compulsoriedade das esterilizações e distribuição de contraceptivos sem critérios, tornou-se consenso na CPI que as iniciativas referente ao planejamento familiar deveriam ser exercidas pelo Estado como um dever do mesmo em zelar pela saúde pública (KORNIJEZUK, 2015).

Apesar da crise política, as classes militares ainda desfrutavam de governança para manter vigente sua concepção neomalthusiana² de controle social, a partir da responsabilização das classes sociais mais vulneráveis pela reprodução das desigualdades. Neste debate, ressalta-se o posicionamento do General Valdir Vasconcelos, em 1982, ao embasar seu discurso de necessidade de refrear os contingente de pobres e suas numerosas famílias na condição de sub-raça de brasileiros que não atingiam os parâmetros físicos e de saúde, considerados adequados para exercerem serviços militares. Para o general, o ideal seria conter a proliferação dessa subespécie (COSTA, 2009).

Nesse contexto, em 1983, durante o governo de João Batista Figueiredo – último presidente da ditadura militar – o Ministério da Saúde elaborou, por meio da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI), o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), que funcionava de forma integrada: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), em que busca-se a redução da morbimortalidade entre crianças e mães, além de atrelar o ciclo gravídico ao planejamento familiar.

3.2 Para além do papel: a luta social pela implementação do PAISM

Em razão de seu parecer durante a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), em 1983, o então Ministro da Saúde Waldyr Arcoverde apresentou, como uma das devolutivas à CPI, a proposta do PAISM. O documento foi elaborado a partir de uma

² De acordo com Silva e Amaral (2014), a teoria neomalthusiana consiste no controle de natalidade para conter o avanço dos problemas socioeconômicos, como a miséria, principalmente nos países subdesenvolvidos. Dentre as estratégias de controle populacional, defendia-se o uso de métodos contraceptivos para retardar o crescimento desenfreado da população.(SILVA; AMARAL, 2014)

comissão, convocada composta por Ana Maria Costa, sanitarista da equipe do Ministério da Saúde; Maria da Graça Ohana, socióloga da DINSAMI; Anibal Faúndes e Oswaldo Grassiotto, ginecologistas e professores do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). (OSIS, 1998)

Neste cenário de manutenção da saúde pública, com o intuito de materializar e implementar as propostas do PAISM, foi realizado, em outubro de 1984, o I Encontro Nacional de Saúde em Itapeçerica da Serra, São Paulo, que reuniu cerca mais de 70 grupos de mulheres de 19 estados, incluindo trabalhadoras de serviços de saúde, feministas e sanitaristas. Como produto do Encontro, foi elaborada e divulgada a denominada "Carta de Itapeçerica", considerada o primeiro documento público construído pela sociedade civil que abordava a saúde da mulher a partir de noções de integralidade, equidade e participação social, além de elencar a necessidade de fatores de atenção diferenciados para distintos grupos sociais de mulheres:

Vivemos em uma economia dependente, onde a maioria da população não tem acesso a alimentação, habitação, transporte, emprego, terra, saúde, lazer e prazer, gerando com isso uma situação de limite de subsistência, onde predominam miséria, desemprego, subnutrição, violência, baixa esperança de vida, alta mortalidade infantil; discriminação social, sexual e racial (indígena e negra) que agrava a qualidade de vida da maioria da população de nosso país. (ITAPECERICA, 1984, n.p)

Subdividida em duas partes, a Carta, em primeiro lugar, apresentava uma crítica geral da situação socioeconômica e sanitária do Brasil como forma de denunciar a precariedade e a negligência com que o Estado lidava com as especificidades da população, principalmente mulheres. Na carta, há um panorama da saúde pública brasileira, expondo sua cultura de medicalização e de privatização, como também o atendimento inadequado oferecido às mulheres a partir de uma visão reducionista em que o feminino pressupõe reprodução, e o repúdio aos projetos de cunho controlista como instrumento de planejamento familiar. Na segunda parte, são apresentadas as propostas deliberadas durante o Encontro, introduzindo-as a partir da conceituação de saúde como algo que articula a individualidade e os aspectos sexuais, sociais e de classe, em que deve se considerar o ambiente que o indivíduo, neste caso a mulher, está inserido(a). Neste sentido, reivindica-se a participação social das mulheres, de modo a colaborarem

para a elaboração, implantação e fiscalização de projetos, atividades e ações na área da saúde para que haja o atendimento às necessidades de suas mulheres.

Em vista disso, a relevância da Carta se constitui a partir do seu conceito social em que se reafirma os esforços dos movimentos de mulheres em prol da incorporação da integralidade na atenção à saúde da mulher como forma de sensibilizar o governo e a sociedade civil perante as demandas sanitárias. Acaba por configurar um registro de debate acerca da implementação do PAISM e das ações prioritárias para assegurar a qualidade de vida da população feminina brasileira.

3.3 O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)

No ano de 1984, o PAISMC deu lugar a dois programas específicos: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). O PAISM foi divulgado oficialmente no mesmo ano através do documento "Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática", que sinalizou o rompimento com o paradigma materno-infantil. Entretanto, sua instituição durante o regime militar, período caracterizada pela regulação da fecundidade, fez com que o programa não fosse aceito de imediato pelo movimento feminista e de mulheres sob o receio do programa ser um instrumento mascarado de controle de natalidade, invasivo aos seus corpos. FONTE?

O percurso político do PAISM é traduzido pela própria composição da comissão responsável por sua elaboração. Ao incluir duas mulheres em sua formulação proporciona a percepção de vínculo com as demandas dos movimentos feministas, do mesmo modo que a formação profissional delas contribuiu para amenizar as oposições ao Programa pois, para além da área da saúde, há a presença de uma socióloga como forma de compreender a saúde como um fator que concentra também contextos socioculturais; e uma médica sanitária vinculada ao movimento de mulheres, o que a desvincularia do poder/saber médico opressor (OSIS, 1998). Com isso, o programa representava uma iniciativa voltada para as mulheres reivindicado, elaborado, planejado, implantado e fiscalizado por outras mulheres, em uma articulação de diversos atores do quadro histórico e político do Brasil na época, como movimento sanitário, movimento feminista e o Estado (SILVEIRA; PAIM; ADRIÃO, 2020).

Anteriormente ao PAISM, apesar de haver a incorporação da saúde da mulher nas políticas nacionais de saúde, os programas eram voltados ao período materno-infantil, em que as mulheres eram preparadas para a reprodução como meio de adequação à gestação e ao parto. Ou seja, anteriormente ao programa, havia o foco no cuidado dos corpos das mulheres-mães, conforme sua apresentação:

“O atendimento à mulher pelo sistema de saúde tem-se limitado, quase que exclusivamente, ao período gravídico-puerperal, e, mesmo assim, de forma deficiente. (...) A desatenção aos aspectos integrais da saúde da mulher explica também a importância secundária que se dá à profilaxia e terapêutica da morbidade clínica, bem como aos fatores ligados ao aparelho reprodutivo. (BRASIL, 1984, p.5)

O programa nasceu de uma nova concepção de abordagem da saúde da mulher, incorporando o ideário feminista e princípios do movimento sanitarista na atenção à saúde, que visava a expansão dos serviços básicos de saúde baseados em ações integradas e atenção primária. Contra-hegemônico, representou a modificação do modelo assistencial médico-privatista em favor da democratização de informações referentes à saúde, ao corpo e à sexualidade, mas a mudança excedia ao campo da saúde, intervinha também no social, ao tornar relevante a compreensão do papel da mulher em sua totalidade, mais ativa e autônoma.

Com a sua implementação, o Ministério da Saúde, junto aos estados e municípios, orientava que os serviços de saúde fossem redimensionados na ótica da prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, com as prioridades estabelecidas em bases epidemiologicamente adequadas. Preconizava-se a redução da mortalidade materna, os direitos reprodutivos e sexuais, a capacitação de profissionais e a organização dos serviços de saúde que englobam a mulher em todos os períodos da sua vida, não somente no gravídico.

O PAISM é apresentado em um documento composto por cinco capítulos, subdividido em três subáreas, duas delas em referência à atenção da mulher mãe - assistência pré-natal, ao parto e puerpério imediato -, e a outra acerca da assistência clínico-ginecológica, a qual prioriza a orientação ao planejamento familiar. Sobre o planejamento familiar, um dos principais pilares para a sua criação, versa sobre o livre-arbítrio dos indivíduos, segundo o qual as atividades de concepção e de contracepção não devem ser classificadas de maneira isolada, sem

considerar os demais aspectos das necessidades da saúde a fim de evitar a submissão a riscos de saúde em razão da procriação e anticoncepção. No programa, é proposta a estruturação das redes de serviços a partir de três princípios: descentralização, hierarquização e regionalização, além de integrar ações educativas para que as mulheres tenham maiores conhecimentos sobre o seu corpo, o que contribuiria para uma demanda mais qualificada dos serviços e ações de saúde. Assim,

As diretrizes gerais do Programa previam a capacitação do sistema de saúde para atender as necessidades da população feminina, enfatizando as ações dirigidas ao controle das patologias mais prevalentes nesse grupo; estabeleciam também a exigência de uma nova postura de trabalho da equipe de saúde em face do conceito de integralidade do atendimento; pressupunham uma prática educativa permeando todas as atividades a serem desenvolvidas, de forma que a clientela pudesse apropriar-se "...dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre sua saúde" (MS, 1984:16). (OSIS, 1998, p. 27)

No documento *Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática*, são apresentadas diversas bases doutrinárias e diretrizes programáticas que, em reconhecimento da complexidade das questões da saúde da mulher, contempla-se todas as etapas, ciclos de vida, desde a adolescência até a velhice, incluindo, temas relacionados com o eixo da reprodução, puberdade e menopausa. A mulher passa a ser sujeito e não mais apenas um objeto de estudo na relação médico-paciente, relação essa que passa por processo de humanização para tornar-se menos hierárquica e mais solidária. Institucionaliza-se a urgência da articulação das iniciativas de pré-natal, assistência ao parto e puerpério, prevenção ao câncer de colo e de mama, conscientização acerca das doenças sexualmente transmissíveis, menopausa, anticoncepção, esterilidade etc.

Pré Constituição Federal e, conseqüentemente, anterior ao Sistema Único de Saúde, o princípio da integralidade que direcionava as ações do PAISM, e posteriormente preconizado pelo SUS, recomendava a assistência à saúde da mais complexa à mais simples, da atenção curativa à preventiva, englobando o indivíduo em sua totalidade junto ao ambiente social em que está inserido (CFEMEA, 2009). Simultaneamente, incorpora-se o enfoque de gênero na saúde. Apesar de a palavra "gênero" não estar contida explicitamente no texto do programa, ela se apresenta como ação ao posicionar a mulher como sujeito do processo saúde/doença, uma

cidadã da saúde com garantia de suas liberdades individuais, com suas particularidades sociais e biológicas respeitadas (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

Assim, o PAISM representou um marco histórico na inclusão das mulheres nas políticas públicas. Pela primeira vez, o governo propôs e implantou um programa específico para as mulheres focado na atenção integral à saúde dirigida a necessidades prioritárias de grupos populacionais, e não mais isolado nos aspectos materno-infantil. Como também foi o primeiro programa de planejamento familiar que o Estado brasileiro propôs e oficializou de forma oficial sob sua responsabilidade.

3.4 As limitações e desafios da visão de integralidade do PAISM

Sob a influência dos ideais feministas e o movimento de Reforma Sanitária, os governos vigentes a partir do final da década de 1980 foram veemente criticados acerca do trato da saúde pública e, prioritariamente, feminina. Apesar dos avanços reconhecidos no documento do PAISM, como o pioneirismo do trato do planejamento familiar como questão de saúde pública, a implementação do que foi previsto, desde o caráter de integralidade esperado até a conscientização acerca do planejamento familiar, se deparou com obstáculos políticos e econômicos ao decorrer da sua tentativa de efetivação. No final dos anos 80 a década de 1990, a área técnica da saúde da mulher possuía gestores que não tinham afinidade com o movimento feminista, o que ocasionou o afastamento deste grupo na articulação política (SOUTO; MOREIRA, 2021).

O vislumbre do discurso de integralidade nos moldes do PAISM apresentou limitações tanto em suas propostas quanto em suas práticas, seja pela carência de profissionais capacitados, no que se refere ao treinamento dos mesmo na conduta da diversidade do segmento feminino, seja na percepção das atribuições de integralidade da saúde da mulher nos arranjos da política. Apesar de preconizar a percepção de integralidade da assistência como o atendimento a todas as necessidades da mulheres, no que concerne a promoção, a proteção e a recuperação de sua saúde, a sua base de ação apresenta objetivos programáticos que priorizam o período gravídico-puerperal e, conseqüentemente, a figura da mulher como mãe e reprodutora. Também, apresenta a menopausa reduzida a um

período definido por agravos na saúde da mulher, o que acaba por colocar a mulher acima de 49 anos numa posição de enferma.

As mulheres com mais de 49 anos de idade apresentam um risco mais elevado de câncer cérvico-uterino e mamário, além dos problemas próprios da menopausa, decorrentes do desaparecimento das funções ovarianas e da consequente queda de produção estrogênica. Esta situação, por si só, indica a necessidade de ações oportunas a serem realizadas nos serviços de saúde. (BRASIL, 1984, p. 13)

No contexto do PAISM, houve aumentos gradativos do número de cesáreas realizadas em território nacional que, em sua maioria, eram feitas em conjunto com operações de esterilização, seja com ou sem consentimento das parturientes, decisão tomada unilateralmente pela equipe da saúde responsável pelo parto a partir de critérios pré-estabelecidos, como o de ser negra e pobre (CARVALHO, 2015). Como resposta às denúncias de violência obstétrica, instaurou-se uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) que originou a Lei 9.263/1996, a qual dispõe em seu art. 4º, parágrafo único que “O Sistema Único de Saúde promoverá o treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando a promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva”.

Para além da equiparação de integralidade das ações a saúde reprodutiva da mulher, o “Bases das ações programáticas” (1984), documento oficial do PAISM, não abordava as diferenças socioeconômicas dos diversos grupos de mulheres, diferenças estas que incidiram e incidem no quadro da saúde feminina, apresentando somente as taxas de morbidade e mortalidade e suas principais causas entre as mulheres, especificamente em idade fértil, o que enfatizava a redução da saúde feminina à fase apta para a reprodução. Mas, o próprio título já denunciava parte do processo de continuidade do reducionismo da mulher a corpo grávido e materno, pois abordava “assistência” e não “atenção” em saúde, o que pressupõe que o foco era a doença e o adoecimento em determinado ciclo da vida, sem que a centralidade do corpo tenha sido sanada (S. RAMALHO, T. DA SILVA, DE LIMA, et al., 2012)

4 O PAPEL DAS MULHERES NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

No contexto de lutas por direitos na década de 80, diversos grupos de mulheres e sanitaristas contribuíram para transformações políticas e sociais que propiciaram a criação de espaços institucionais democráticos, quando, em 1985, ano do primeiro governo civil pós ditadura militar, os debates para a criação de um novo órgão tomaram uma proporção nacional e integrada a partir do VII Encontro Nacional Feminista, momento em que se formalizou a proposta de criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), que acabou por ser instituído pela Lei 7.353/1985, em agosto do mesmo ano. O CNDM formalizou a participação das mulheres na política pública, sendo um órgão de caráter deliberativo subordinado ao Ministério da Justiça voltado para a proposição e formulação de políticas que endossassem o direito da mulher e propor diretrizes de ação governamental em prol da igualdade de gênero, como especificado na lei:

Art. 1º Fica criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher - CNDM, com a finalidade de promover em âmbito nacional, políticas que visem a eliminar a discriminação da mulher, assegurando-lhe condições de liberdade e de igualdade de direitos, bem como sua plena participação nas atividades políticas, econômicas e culturais do País (BRASIL, 1985, p. 1)

O CNDM, então formado por 17 mulheres e três suplentes, sendo 1/3 dos nomes indicados pela sociedade civil, em sua maioria feministas autônomas, a fim de organizar suas reivindicações, liderou diversas campanhas como forma de acompanhar os debates da Assembleia Constituinte como aquelas com o slogan “Constituinte sem mulher fica pela metade” e “Constituinte para valer tem que ter palavra de mulher” o que levou à redação de propostas durante o Encontro Nacional do CNDM, em 26 de agosto de 1986, e encaminhadas aos Constituintes, denominada “Carta da mulher brasileira aos constituintes”:

"Nós, mulheres, estamos conscientes que este país só será verdadeiramente democrático e seus cidadãos cidadãs verdadeiramente livres quando, sem prejuízo de sexo, raça, cor, classe, orientação sexual, credo político ou religioso, condição física ou idade, for garantido igual tratamento e igual oportunidade de acesso às ruas, palanques, oficinas, fábricas, escritórios, assembleias e palácios." (CNDM, 1987, p.1)

O documento foi distribuído aos constituintes de 1987, enviado à Assembleia Nacional Constituinte - Congresso Nacional, como disposto no destinatário da Carta.

Dividida em duas partes, na primeira trata de questões gerais para além do feminino como regularização de movimentos sociais, proibição ao desrespeito ao princípio da igualdade e posicionamento contra qualquer tipo de discriminação; já na segunda parte, trata das necessidades específicas das mulheres no que concerne a família, saúde, trabalho, educação e cultura, violência e questões nacionais e internacionais, estas últimas relativas a soberania, política externa e criticidade na escolha das relações internacionais. Especialmente na temática da saúde, a qual era tratada como um direito de todos e dever do Estado, discorre sobre a criação de um Sistema Único de Saúde e que o cuidado da saúde da mulher seja realizado para além da sua condição biológica de procriadora, englobando todas as etapas de sua vida, o que acaba por reafirmar o princípio de integralidade do PAISM, além de enfatizar a oposição a meios coercitivos de regulação da fecundidade.

Neste processo de constituinte, o Conselho contribuiu para a eleição de 26 constituintes das 166 candidaturas. Anteriormente, na Assembleia Constituinte de 1934, só havia a participação de duas mulheres: Carlota Pereira de Queiroz e Almerinda Farias da Gama. A participação de mulheres no processo constituinte ficou conhecida como Lobby do Batom, também chamado de Lobby das Meninas ou Lobby das Mulheres. Inicialmente, estes nomes foram utilizados de forma pejorativa, como meio de ridicularizar e desqualificar o movimento. Entretanto, acabou sendo adotado pelas integrantes do grupo - professoras, médicas, jornalistas etc - de forma oficial (MONTEIRO, 2018).

Atuante na construção da nova constituição, O CNDM organizou a Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher (CNSDM), materialização da participação dos grupos de mulheres e feministas no Movimento da Reforma Sanitária, que reafirmou as diretrizes direcionadas à saúde integral da mulher e à formulação de resoluções que reiteraram a criação de um sistema universal da saúde e a autonomia feminina em todas as esferas de sua vida. Aprovada as resoluções, foram enviadas mais de 120 propostas ao Congresso Nacional e, segundo o estudo do consultor legislativo do Senado Marcius de Souza (2018) foram apresentadas cerca de 3.321 emendas, 5% em relação ao total apresentado pelos constituintes (aproximadamente 62 mil), elaboradas por diversas organizações de mulheres e feministas.

O texto da Constituição Federal de 1988 incorporou quase todas as propostas e emendas enviadas pelos movimentos de mulheres e feministas. De acordo com o

Relatório Final de 10 a 13 de outubro de 1986 da CNSDM, foram aprovados integralmente, temas como: Assistência integral à saúde da mulher na perspectiva do sistema único de saúde; Direitos da reprodução humana; Aborto; e Sexualidade feminina.

Isto posto, foi reconhecida a igualdade jurídica entre homens e mulheres no artigo 5º, caput, inciso I da Constituição Federal de 1988 que dispõe que:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

I – homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição. (BRASIL, 1988)

Este instrumento legal ao art. 226, § 5º o qual estabelece que “ Os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos igualmente pelo homem e pela mulher”, confirmam a notabilidade que a Constituição confere ao princípio da igualdade, de forma abrangente, nas relações entre homens e mulheres perante a sociedade e a lei (MACIEL, 1997).

O reconhecimento da introdução da mulher no mercado de trabalho de forma digna também adveio da CF/88, que em seu art. 7º, inciso XX, elenca a “proteção do mercado de trabalho da mulher, mediante incentivos específicos, nos termos da lei”. A partir da Carta Magna, reafirmou-se as diretrizes do PAISM e, conseqüentemente, da luta dos grupos de mulheres e feministas, assim, no art. 226, § 7º determina que o planejamento familiar é de livre decisão do casal e que é dever do Estado disponibilizar recursos “educacionais e científicos” para garantir o exercício deste direito, entretanto, considera-se um avanço colocar essa pauta na esfera dos direitos “Da Família, da Criança, do Adolescente e do Idoso”. Nas lutas pelos direitos das mulheres, um ponto positivo foi que, apesar da pressão de uma bancada religiosa para introduzir a questão do direito à vida desde a concepção, no texto constitucional, o tema do aborto não foi incluído nem de maneira restritiva nem de maneira facilitador, mesmo havendo a apresentação de emendas para a legalização do aborto e o acolhimento da mulher neste caso (RODRIGUEZ NETO, 2003).

As mobilizações do movimento sanitário, tal como do movimento feminista e de mulheres, no que concerne à consagração da saúde como um direito de todos e um dever do estado, contribuíram para as novas acepções de saúde em que a Constituição acolhe a garantia dos direitos da saúde no escopo do sistema da seguridade social e em que as ações e serviços públicos de saúde devem constituir um sistema único seguindo diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação social:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A incidência política dos movimentos feministas e sanitarista, autônomos ou não, em confronto às condições de vida na esfera pública e privada e à condução do país por parte dos governantes foi fundamental para a consagração dos direitos previstos na Constituição Federal de 1988 subjacente a luta pela redemocratização do país e a democratização da saúde, subsequente a um propósito de justiça social e igualdade de gênero.

5 O SUS SOB A PERSPECTIVA DA MULHER

A Constituição Federal de 1988 enunciou o sentido amplo da saúde, para além do acesso à assistência médico-hospitalar, considerando as condições físicas, ambientais, sociais e econômicas do indivíduo e suas relações. Os constituintes asseguraram no texto constitucional a garantia de direitos básicos e universais, dentre eles, a reorganização do sistema de saúde norteador pela descentralização, hierarquização e regionalização, além de ações educativas para a promoção, prevenção e recuperação da saúde, constituindo prerrogativas contempladas na Constituição Federal para compor o Sistema Único de Saúde.

Adicionalmente, a 8ª Conferência Nacional da Saúde em 1986, caracterizada por ser a primeira com ampla participação social, discutiu a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. O seu relatório final abordou a criação de um sistema único de saúde desvinculado à previdência social, além de tratar da integralização das ações, de regionalização e hierarquização dos prestadores de

serviço e de fortalecimento do município. O intuito era ter um sistema de saúde totalmente público, em que o setor privado fosse subordinado a suas normas e exercesse caráter complementar, com isso, seu texto-base representou um instrumento norteador para a formulação sobre o capítulo da saúde na Constituição Federal, o que resultou no Sistema Único de Saúde (SUS)³.

O movimento feminista, alinhado ao movimento sanitário, reivindicou novas atribuições dos serviços básicos de saúde: sua democratização, universalização, horizontalização, ampliação e integralidade dos serviços (KORNIJEZUK, 2015). No Governo Collor, o então Ministro da Saúde, Adib Janete, nomeou a feminista Margareth Arilha a conselheira do Conselho Nacional de Saúde na vaga destinada a sociedade científica, além de integrantes do movimento feminista passarem a auxiliar na elaboração de materiais educativos e técnicos acerca da saúde da mulher no Ministério da Saúde. Entretanto, no que concerne aos estados e municípios, as coordenação de saúde de mulher apresentou gestores sem articulação com o movimento feminista, o que não impediu a articulação em prol da implementação e efetivação do PAISM, caráter inovador na saúde feminina na época (COSTA, 2009).

O retorno da visibilidade da organização do movimento feminista adveio das discussões realizadas no contexto da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento da ONU, realizada no Cairo em 1994, a qual proporcionou debates acerca dos direitos sexuais, direitos reprodutivos e enfrentamento à violência de gênero. Em seu capítulo VII, a Plataforma de Cairo institui que:

7.2 A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simples a ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando, e quantas vezes o deve fazer. (...)

7.3 (...) os direitos de reprodução abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos e em outros documentos de acordos. Esses direitos se baseiam no reconhecido direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de seus filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais alto padrão de saúde sexual e de reprodução. (CAIRO, 1994, p.62)

³Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>> Acesso em: 20 fev, 2022.

As Conferências mundiais sobre as mulheres contribuíram para consagrar os direitos humanos das mulheres no cenário internacional e o comprometimento dos Estados em propor ações para a consolidação destes direitos. A IV Conferência Mundial Sobre a Mulher, realizada em Pequim, em setembro de 1995, teve como tema central a “Ação para a Igualdade, o Desenvolvimento e a Paz”, reunindo membros da sociedade civil organizada e Estados-membros, levando a identificação de 12 (doze) áreas prioritárias: Mulheres e pobreza; Educação e Capacitação de Mulheres; Mulheres e Saúde; Violência contra as Mulheres; Mulheres e Conflitos Armados; Mulheres e Economia; Mulheres no Poder e na liderança; Mecanismos institucionais para o Avanço das Mulheres; Direitos Humanos das Mulheres; Mulheres e a mídia; Mulheres e Meio Ambiente e Direitos das Meninas (ONU MULHERES, 2017). Nesta ocasião, foi aprovada a Declaração de Beijing, em que os chefes de Estado selam o compromisso de propiciar o avanço dos objetivos de igualdade, desenvolvimento e paz de todas as mulheres, conforme a temática central da conferência, como também contribuir para a implementação da Plataforma de Ação, programa voltado ao empoderamento feminino.

A Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher (1995), contém, dentre seus objetivos estratégicos, no item C a questão da Saúde da Mulher, a qual retrata o direito da mulher de usufruir dos níveis mais altos de qualidade de saúde física e mental, sendo este direito indispensável para sua vida e seu bem-estar, e para sua capacidade de participar em todas as esferas da vida pública e privada. Neste ponto, expõe-se os obstáculos encontrados nos acessos à saúde de qualidade para mulher em detrimento da assistência humanizada e qualificada em todos os níveis de atenção, como disposto nos itens da Plataforma de Ação:

90. As mulheres têm acesso diferente e desigual aos recursos básicos de saúde, inclusive os serviços de atendimento básico para a prevenção e o tratamento das enfermidades infantis, da desnutrição, da anemia, das diarreias, das enfermidades contagiosas, da malária e outras doenças tropicais e da tuberculose, entre outros males. Também há desigualdades na utilização daqueles serviços. As mulheres têm ainda diferentes e desiguais oportunidades de proteção, promoção e manutenção de sua saúde. (...)

92. É preciso lograr que as mulheres possam exercer o direito a usufruir o mais elevado nível possível de saúde durante todo o seu ciclo vital, em igualdade de condições com os homens. As mulheres padecem de muitas

das afecções de que padecem os homens, mas de maneira diferente. A incidência da pobreza e da dependência econômica da mulher, sua experiência com a violência, as atitudes negativas para com mulheres e meninas, a discriminação racial e outras formas de discriminação, o controle limitado que muitas mulheres exercem sobre sua vida sexual e reprodutiva, e sua falta de influência na tomada de decisões são realidades sociais que têm efeitos prejudiciais sobre sua saúde.(...) (VIOTTI, 1995, p. 177)

Neste contexto de discussão, temos a seguinte definição de integralidade do cuidado em saúde:

A integralidade faz parte do conceito ampliado de saúde definido na Constituição Federal, sendo resultante de determinantes e condicionantes de natureza econômica, política e social, e encontra-se explicitado na Lei no 8.080/90, como um dos princípios basilares do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, ao lado a universalidade e equidade, [...] no processo de formulação, implementação e avaliação de políticas de saúde, particularmente no caso de políticas para mulheres que considerem a abordagem de gênero, ou seja, os modos singulares de ser e sentir de homens e mulheres em diferentes fases da vida (SOUTO, 2008, p.162).

A construção de um sistema de saúde democrático procedeu de um processo socioeconômico e político concebido a partir de debates de movimentos que embasaram suas demandas em perspectiva de políticas públicas. No que diz respeito à organização das ações e serviços de saúde, o texto constitucional - complementado e aprimorado pela Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 - instituiu o SUS, o qual deve ser sustentado em 3 (três) princípios finalísticos: *universalidade*, *integralidade* e *equidade*; e os princípios estratégicos, designados a partir de diretrizes políticas, organizativas e operacionais que norteiam a forma que deve ser estruturado o sistema: *regionalização*, *descentralização*, *hierarquização* e *participação social*.

Estes direitos abrangem, institucionalmente, todas as parcelas da população, em detrimento do negligenciamento que ocorria anteriormente à denominada Constituição Cidadã de 1988, com aqueles que não contribuíam com a previdência, ou seja, os que não trabalhavam. Para além da superação do modelo médico-assistencial e privatista, o SUS implementou ações de prevenção, promoção, vacinação e controle de doenças disseminadas por toda a população do país. Apesar de no contexto da criação do Sistema Único de Saúde, fosse proposto

por movimentos feministas o desenvolvimento de políticas específicas de atenção à saúde da mulher, na Lei 8080/1990 só há a menção diretamente da mulher uma única vez: “XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras” (BRASIL, 1990, Art. 7).

Em forma de ação, o SUS determinou diversas garantias para a saúde feminina de forma a possibilitar diagnósticos e tratamento de agravos possibilitando o aumento da qualidade de vida das mulheres. Para isso, existem as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que representam a porta de entrada para a realização de exames, consultas e acompanhamentos. Dentre as principais garantias estão a mamografia - designada a mulheres entre 50 e 69 anos -, o exame papanicolau, a vacina da HPV, que é aplicada em meninas para a prevenção do câncer de colo do útero, a humanização do parto e o planejamento familiar.

No que concerne a uma política específica à saúde da mulher, tal como o PAISM, durante os anos 1990 não há a construção de uma na literatura de saúde pública e coletiva. O Programa Saúde da Família, implementado em 1994, foi considerado a principal política implementada na área da saúde, mas, como bem colocado já em sua introdução:

O PSF não é uma estratégia desenvolvida para atenção exclusiva ao grupo mulher e criança, haja vista que se propõe a trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, apresentando uma característica de atuação inter e multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde. (BRASIL, 1997, p. 8, *grifo nosso*)

O PSF propõe-se a estabelecer um vínculo de corresponsabilidade entre os prestadores de serviços e a população, pela valorização das pessoas, suas famílias e o ambiente em que estão inseridas. O programa acaba por responder pelas ações e atividades de planejamento familiar, entretanto, a promoção desta iniciativa, inicialmente, era restrita, pelo fato de as equipes de atenção básica da saúde (ABS) não terem formação específica para prestar informações e para oferecer atendimento específico às mulheres (CARVALHO, 2015). Neste fim, em 1996, o governo federal sanciona a Lei Nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996, a qual define as regras do planejamento familiar, e acaba por endossar a perspectiva do PAISM.

Art.2º. Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Art.3º . O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde. (BRASIL, 1996 b)

Neste arranjo, é reconhecida, através do Decreto Presidencial N° 3.189, de 4 de outubro de 1999, a atuação do agente comunitário de saúde (ACS), os quais já executavam as visitas e internações domiciliares com a finalidade de monitorar a situação de saúde das famílias.

A disposição acerca do planejamento familiar, elencado nos artigos supracitados, repercute a iniciativa como uma política social e demográfica. Os estereótipos sociais e valores culturais, referentes à reprodução e filhos estarem restritos à figura feminina, acaba por haver a prevalência de mulheres neste espaço de discussão o que torna urgente a absorção da consciência de gênero a partir da inserção da inserção efetiva dos homens nas atividades desta política em consonância com a autonomia feminina, ou seja, sem a submissão das mulheres aos seus parceiros sexuais. Como forma de se desprender da posição social de subalterna da mulher, na área da saúde, devido a função dos ACS de contato direto e pessoal com a população, esses profissionais podem conduzir seu trabalho para a integração dos homens na execução do planejamento familiar para além da saúde, mas também na esfera da educação e promoção social, o que contribui para desqualificar o sexual, reprodutivo e cuidado e educação dos filhos como um encargo feminino.

6 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER: NOVA TENTATIVA PARA A EFETIVAÇÃO DA INTEGRALIDADE

6.1 A concepção da PNAISM

Após um período sem a construção de políticas de saúde específicas para a mulher, ao decorrer dos anos 2000 foi lançada a iniciativa que pode ser considerada como o aprimoramento do PAISM: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde

da Mulher (PNAISM). A PNAISM nasce de uma perspectiva de ampliação da concepção de integralidade na assistência à saúde da mulher.

O § 1º do art. 5º da Constituição Federal de 1988, que enuncia “homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição” (BRASIL, 1988), assim como o o § 5º do art. 226 que enuncia “os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos igualmente pelo homem e pela mulher” (BRASIL, 1988), refletem a indispensabilidade do princípio da igualdade ou isonomia no trato dos cidadãos.

A partir das lutas de distintos segmentos em prol dos direitos humanos das mulheres, é instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM, elaborada pela Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde em 2004. Conforme sua condição de política pública de universalização e de equidade de acessos no sistema de saúde enquanto direito dos cidadãos e das cidadãs dever do Estado, a referida Política propõe-se a implementar os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, como a universalidade, a equidade e a integralidade. Contempla-se a população feminina acima de 10 anos de idade, sendo considerada mulheres em idade reprodutiva aquelas na faixa etária entre 10 e 49 anos, o que demonstra a importância conferida ao segmento para a elaboração de políticas e programas no Brasil⁴.

A PNAISM é estruturada a partir de dois documentos: o de Princípios e Diretrizes (2004), o qual debate acerca da “Saúde da Mulher e o Enfoque de Gênero”, “Evolução das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher”, “Situação Sociodemográfica”, “Breve Diagnóstico da Situação da Saúde da Mulher no Brasil”; além de tratar acerca dos princípios, diretrizes, objetivos gerais, objetivos específicos e as estratégias referentes a cada objetivo; e o Plano de Ação (2004-2007), que ressalta os objetivos gerais e os objetivos específicos a fim de projetar metas, estratégias, ações, recursos e indicadores para cada um dos objetivos.

Nas Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, consta que:

- O Sistema Único de Saúde deve estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple

⁴ Informação retirada do documento oficial da PNAISM: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes (2004)

- a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde.
- A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras). (BRASIL, 2004, p. 63).

Nesse sentido, a referida política visa incorporar o enfoque de gênero alinhado ao recorte de raça, etnia e geracional, considerando a diversidade da população feminina diante de suas vulnerabilidades e realidade local em sua elaboração, execução e a avaliação, o que a desvincula da ênfase no ciclo puerpério-gravídico, marca de políticas anteriores. Como forma de manifestar sua abrangência, a PNAISM apresenta um diagnóstico acerca da situação de saúde da mulher brasileira e suas principais causas de morbidade e mortalidade, o que firmou o compromisso de reconhecer as inúmeras e reais necessidades das mulheres dentro de suas particularidades.

Como forma de abranger seu impacto, o documento do Plano de Ação da Política destina-se à definição de medidas de ampliação do acesso e da melhoria da qualidade dos serviços voltados à Saúde da Mulher nos níveis locais de saúde, propondo a introdução de segmentos populacionais excluídos. A sua proposta de centralizar a atenção integral e a promoção da saúde como seu ponto focal de ação conduz a reflexões e críticas referentes às desigualdades sociais e a violação de direitos básicos, o que aponta para uma vasta gama de necessidades como determinantes de estado de saúde.

O contexto em que se inseria a PNAISM, retomada do espaço de articulação política e a liberdade de se ter uma voz ativa nos processos de tomada de decisão enquanto sociedade civil organizada, possibilitou a potencialização da mobilização de movimentos feministas e de mulheres em torno de objetivos gerais e específicos de cada grupo, favorecendo o engajamento e a comunicação com a população acerca de seus interesses o que favorece o reconhecimento social e legitima a luta.

A referida política moderniza as ações referentes ao planejamento familiar ao incluir homens e adolescentes como atores substanciais no conjunto de práticas deste planejamento, apesar dos métodos comportamentais desta questão continuarem inacessível aos que mais demandam - casais pertencentes aos estratos

sociais mais baixos. Um destaque que compõe a intencionalidade da PNAISM é a abordagem da saúde mental das mulheres, considerando as desigualdades de gênero e o adoecimento diferenciado que incide nas mulheres neste campo, possibilitando um atendimento psiquiátrico mais justo, humano, eficiente e eficaz. (SOUTO, 2008)

Isto posto, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher tem por objetivo “Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2004, p. 67), a fim de melhorar as condições de vidas da população feminina e favorecer a redução da morbidade e mortalidade de mulheres no Brasil.

6.2 O enquadramento interpretativo e a implementação da PNAISM

A partir da formulação relatada na seção anterior, a PNAISM surge como resultado da luta e pressão de diversos grupos sociais pela efetivação dos direitos humanos das mulheres, tendo em consideração a violência de gênero sofrida por elas em todos os âmbitos da sua vida. Por “mulheres” ser uma categoria heterogênea - negras, brancas, indígenas, heterossexuais, LGBTQIA+, etc-, a proposição de ações voltadas para ela enfrenta desafios em sua implementação, eclodindo conflitos em prol de reconhecimento e visibilidade. Mesmo propondo novos sujeitos contemplados na efetivação dos direitos das mulheres, como as mulheres negras, indígenas, trabalhadoras rurais, encarceradas e homossexuais, não há na política a menção das mulheres transexuais e transgênero o que praticamente extingue o acesso a saúde de qualidade destas mulheres, circunstância originada pelo preconceito e discriminação deste grupo (DOS SANTOS, 2015).

A Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, uma articulação política do movimento de mulheres, feminista e antirracismo de organizações não governamentais, fóruns, conselhos, grupos sociais e acadêmicas, mostrou-se atuante na Comissão de Orçamento e Financiamento da Saúde, designando uma representante do movimento para acompanhar a execução orçamentária do Ministério da Saúde para o PNAISM o que permitiu que aquelas que pela qual a política era direcionada pudessem avaliar e se posicionar acerca da

utilização dos recursos financeiros destinados a área da saúde da mulher, equitativamente, a Rede Feminista contribuía para a visibilidade da temática através da construção de textos e publicações sobre saúde pública, saúde da mulher e direitos humanos e cidadania.

Através da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher - CISMU, a qual acompanha as políticas de saúde sob a perspectiva da saúde da mulher, a Rede Feminista forma um instrumento de pressão política para a implementação efetiva da PNAISM, como na 2ª Conferência de Saúde das Mulheres (CNSMu), realizada em agosto de 2018, onde conselheiros da saúde e entidades sensibilizadas com a temática da mulher deliberaram acerca da consolidação efetiva da política. Um dos agravos para o firmamento da política nos debates políticos foi a mínima repercussão da PNAISM nos meios de comunicação de massa, como jornais, rádios e televisão. Apesar de haver publicidades e propaganda acerca da saúde da mulher nas mídias, em sua maioria, são voltadas a mortalidade maternal, mas, desde a última década, há maior veiculação acerca do feminicídio pelas inúmeras denúncias sobre violência doméstica resultante da repercussão da Lei Nº 11.340 - a Lei Maria da Penha. É importante ressaltar que muitos dos problemas enfrentados na divulgação da política são resultantes da ausência de neutralidade dos meios de comunicação de reconhecer as circunstâncias apontadas pelos movimentos feministas e de mulheres (CRUZ, 2015).

Apesar desse cenário em relação às mídias, a mobilização social dos movimentos e organizações da sociedade civil comprometidos com os direitos e cidadania das mulheres incidiu de maneira favorável para a implementação e adesão da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, principalmente no que concerne às ações dos integrantes do Ministério da Saúde, em especial da Área Técnica de Saúde da Mulher. A legitimidade da política veio através de instrumentos oficiais do governo, como o Plano de Ação e o Relatório de Gestão, como também a construção de documentos e ações organizadas pelos grupos feministas e de mulheres. Com base em sua divulgação, percebe-se que as mídias sociais tendem a repercutir aquilo que dá visibilidade e notícia como os casos de violência, estrategicamente tratados de forma sensacionalista.

7 PASSADO E PRESENTE DA SAÚDE DA MULHER: A INTEGRALIDADE EM PAUTA

7.1 O político da década de 80 aos anos 2000

A partir do início da década de 1990, durante o Governo Collor, o país vivenciou a consolidação de uma política neoliberal que protagonizou um Estado social mínimo, ocasionando a supressão da implementação das ações de saúde já previstas, principalmente as educativas. Este momento político foi um dos agravantes para a não efetivação das propostas deliberadas no contexto do PAISM. Com este encolhimento da máquina pública, o Conselho Nacional da Mulher tornou-se uma entidade meramente consultiva com integrantes, em sua maioria, sem afinidade com as demandas da causa das mulheres e feministas, o que fez enfraquecer sua influência política e declinar sua autonomia financeira.

Somente em meados de 1995, com o impeachment de Fernando Collor e a chegada à presidência por Fernando Henrique Cardoso - FHC, que o CNDM reassume seu papel político e social de promoção de políticas públicas contra a discriminação de gênero, reconquista oriunda das pressões do movimento de mulheres e feministas, como exposto no discurso do então presidente na cerimônia de comemoração do Dia Internacional da Mulher.

Hoje, o diálogo do Estado com as mulheres é permanente e procura voltar-se para a solução efetiva dos problemas e das demandas das mulheres. No Brasil, já disse, o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher já fez muito para garantir a igualdade de direitos e de oportunidades para as mulheres, em todas as esferas.

Esse trabalho de sensibilização e de mobilização é fundamental. A discriminação, a desigualdade, a injustiça estão, muitas vezes, implícitas nos modelos culturais que nós herdamos. É preciso estar sempre atento para avançar na direção de mais igualdade em todos os setores da sociedade. E o Governo e a sociedade têm trabalhado nessa direção, com os obstáculos conhecidos, porque se trata de modelos culturais. (PALÁCIO DO PLANALTO, BRASÍLIA, DF, 6 DE MARÇO DE 1998)

Como também fruto da reivindicação deste movimento, no final de sua gestão - 2002, FHC criou a Secretaria dos Direitos das Mulheres (SEDIM), assim como o CNDM, então vinculado ao Ministério da Justiça. como uma forma de posicionar a mulher como sujeito de direito nos casos em que são vítimas de violência. Este conselho, no entanto, foi instituído apenas com caráter consultivo, de modo a

assessorar a Presidência, o que pode ter contribuído para que a SEDIM não se instituisse como um órgão de articulação entre a sociedade civil e o governo.

Pensando nas eleições presidenciais de 2002, grupos feministas elaboraram o documento *Plataforma Política Feminista (PPF)* no ambiente da Conferência Nacional de Mulheres Brasileiras, documento enviado a Brasília - DF para os candidatos aos poderes legislativos e executivos. Tal documento tratava, em seus 5 (cinco) capítulos, acerca de: democracia, estado democrático de justiça social, inserção do Brasil no cenário internacional, democratização da vida social, e liberdade sexual e reprodutiva. Com a vitória das eleições pelo representante dos Partido dos Trabalhadores (PT), Luís Inácio Lula da Silva, houve a efetivação da frase emblemática “O poder emana do povo”, devido à retomada da participação social.

Com a volta da articulação dos representantes da sociedade civil com o governo, o presidente Lula fez a substituição da SEDIM pela Secretaria de Política para Mulheres (SPM), vinculada à Presidência da República o que a possibilitou a exercer um caráter de Ministério Federal e funções executivas, além de trazer a promoção de políticas públicas voltadas às mulheres para uma das prioridades da agenda de Estado, refletindo um reconhecimento explícito das desigualdades de gênero existentes na sociedade brasileira. Por meio da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM), junto ao Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), o Decreto Presidencial de dezembro de 2003 convocou a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, a fim de debater e propor o regimento do do I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM). No mesmo período, promulgou-se a Lei Federal 10.778/03 que estabelece a notificação compulsória, em todo o território nacional, em caso de violência contra a mulher que for atendida por serviços, públicos ou privados, de saúde. Também considerada um marco de seu governo referente à pauta da mulher, foi sancionada em agosto de 2006 a Lei Nº 11.340 - Lei Maria da Penha, a qual garante assistência jurídica às mulheres em situação de violência doméstica, estipulando a punição adequada de forma a coibir tais atos.

Assim, ao decorrer dos anos 2000 foram criados distintos órgãos em benefício das mulheres, em prol do reconhecimento das desigualdades econômicas, sociais e políticas de gênero.

7.2 De volta ao “passado”: a Rede Cegonha

O conceito ampliado de saúde integra as variáveis de classe, raça e gênero como determinantes da saúde, o que propiciou novas perspectivas na construção de políticas públicas. Apesar deste avanço, os índices de mortalidade materna e infantil mantinham-se elevados, o que evidenciou a urgência em formular estratégias para reverter esse quadro.

Com as novas eleições, já no início dos anos 2010, elegeu-se Dilma Rousseff, tornando-se a primeira presidenta da república brasileira. A campanha política do referido ano foi marcada por interferências de entidades políticas e religiosas na pauta midiática, a até então candidata se posicionava a favor da legalização do aborto como um problema de saúde pública o que a levou perder pontos nas estimativas dentre os candidatos à Presidência, sendo eleita somente no 2º (segundo) turno. O posicionamento pessoal dos candidatos foram constantes nos debates, o que tinha o intuito de alcançar o eleitorado religioso, um contingente significativo e contrários a questão do aborto, ou seja, a abordagem da temática constituiu-se de uma conotação religiosa e tornou conteúdo midiático para todo o processo eleitoral.

Durante o mandato de Dilma, a principal política pública referente em benefício das mulheres foi o Programa Rede Cegonha, instituído na Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011, com o intuito de ampliar o acesso à saúde de qualidade a mulheres gestantes, no que concerne aos cuidados com planejamento familiar, pré-natal e parto humanizado. A Rede Cegonha compreende 4 (quatro) componentes: I - Pré-natal; Parto e nascimento; Puerpério e atenção integral à saúde da criança; e Sistema logístico (transporte sanitário e regulação), objetivando a implementação de um novo formato de atenção à saúde da mulher e da criança, inclui-se o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher no parto, da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses e do acesso às ações de planejamento reprodutivo. Esses componentes integram uma série de ações que incluem testes para doenças sexualmente transmissíveis, teste rápido de gravidez, orientação e oferta de métodos contraceptivos, exames clínicos e laboratoriais, qualificação de profissionais, etc.

[...] uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. (BRASIL, 2011)

Apesar de ser retratada como estratégia inovadora do Ministério da Saúde, o Programa encontrou empecilhos na aceitação por parte dos movimentos sociais, principalmente feministas. De um lado, o movimento feminista critica a Rede Cegonha por representar um retorno a ênfase no materno-infantil, a retirada simbólica do papel e autonomia da mulher no ato de dar a luz, devido a figura da cegonha, além de não tratar a questão do abortamento. Por outro lado, também agregou a demanda feminista e de mulheres pela humanização do parto em detrimento da abordagem técnica e médica do corpo da mulher (CARVALHO, 2015).

Uma das principais controvérsias relacionadas à Rede Cegonha concentra-se no fato de que a apresentação de suas propostas, no dia 22 de março, durante uma oficina de trabalho no Ministério do Trabalho havia a presença de representantes das agências governamentais e agências de saúde das Nações Unidas, da Rede Feminista e da Pastoral da Criança da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB). O estranhamento ocorreu devido à participação de agremiação religiosa, o CNBB, que confirma as hipóteses da influência dos setores religiosos na construção de políticas públicas. Contribuindo para que esse cenário, considerado reducionista da saúde da mulher, seja interligado aos resquícios da campanha eleitoral do ano de 2010, a qual abordou temáticas sensíveis como aborto e gestação de maneira pejorativa. Logo, interpreta-se que o governo retoma a ideia da *anatomia ser o destino*, ou seja, as mulheres nascem para serem mães, imposição já discutida por grupos feministas e de mulheres (CARNEIRO, 2013).

Os defensores do programa utilizam como argumento a favor da sua implementação o alto índice de mortalidade materno-infantil e as altas taxas de cesáreas no país, como também o pretexto de que não há possibilidade de acolher o aborto sem condições suficientes e saudáveis de acesso à maternidade como forma de exercício da cidadania. Ou seja, observa-se a implementação de uma política integrada à agenda do Estado como resposta à condição precária que é o cuidado do corpo da mulher-mãe.

Dentre as críticas ao seu caráter reducionista, até mesmo a sua denominação tornou-se pauta pois, de acordo com os grupos feministas, o termo cegonha pressupõe a ideia de transporte, não o processo gestacional. Com a expressiva influência dos setores conservadores, previa-se riscos de implementação de políticas de viés reducionista. Outro contraponto reside em que a especificidade do tratamento de mulheres em idade reprodutiva já havia sido abordada em outras políticas públicas no país, como o *Plano Nacional de Humanização do Parto* (BRASIL, 2000) e uma norma regulamentadora - *RDC 39* - que define as diretrizes de atenção às mulheres no período-puerperal, como também a *Política Nacional dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos das Mulheres Brasileiras* (BRASIL, 2005d), a qual versa sobre métodos contraceptivos, ações educativas, esterilização cirúrgica voluntária, acolhimento de mulheres em situação de violência doméstica e/ou sexual etc.

Não é uma política de direitos reprodutivos. É apenas uma boa política materno-infantil, pura e simplesmente para as mulheres que desejam ter filhos. As que não querem e engravidam, porque não conseguiram planejar ou o planejamento falhou, não são atendidas por essa política.

Portanto, o enfrentamento da mortalidade materna, um dos argumentos para a Rede Cegonha, não está baseado em evidências científicas. A política anunciada é só para as mulheres que querem filhos ou aquelas que, mesmo que sem nenhuma condição, vão ter filhos contra a própria vontade. Logo, não é uma política que considerou que há mulheres que engravidam e não desejam levar adiante aquela gestação ou que engravidaram em circunstâncias adversas à sua vontade. (NEGRÃO, 2011, n.p)

Considerada uma atualização ou continuidade da PNAISM, esta troca de políticas com perda do esboço da integralidade da mulher acaba por representar um retrocesso de cerca de 30 anos, já que a Rede Cegonha tem como beneficiárias as mulheres que desejam ou possuem condições biológicas de procriar.

7.3 A Mulher e a Atualidade: O Pós 2010

Sancionada pela até então presidenta Dilma Rousseff em 2013, sem vetos, a aprovação da Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013, denominada *Lei do Primeiro Minuto*, a qual obriga que os espaços de saúde prestem atendimento integral e multidisciplinar às vítimas de violência sexual, como também o direito de receber a pílula do dia seguinte para evitar a gravidez indesejada no caso de estupro.

Apesar das represálias do setor religioso em razão da lei supracitada, reeleita em 2015, Dilma assumiu o seu segundo mandato como presidenta da república. Proveniente de uma série de concessões, ainda no mesmo ano ocorreu uma reforma ministerial que ocasionou a fusão da Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM) com a Secretaria de Política de Promoção de Igualdade Racial (SEPPIR) e Secretaria de Direitos Humanos (SDH) dando origem ao Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos (MMIRDH), fusão esta bastante criticada pelos movimentos sociais de defesa as pautas temáticas destes ministérios, avaliada como um retrocesso e perda política.

No ano seguinte, logo no início de 2016, ocorreu o processo de impeachment da presidenta reeleita democraticamente pelo povo brasileiro, assumindo o Governo o seu vice-presidente Michel Temer, representante do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). O impeachment acabou sendo reconhecido, na análise de distintas instituições nacionais e internacionais bem como setores da sociedade civil, por *golpe*, entretanto, justificado pela polarização política da época e coligações políticas extremas que caracterizaram o contexto sociopolítico (ARAÚJO; ADRIÃO, 2017). Novamente, ocorreu uma reforma ministerial, a pasta da referida fusão referente a mulheres, igualdade racial e direitos humanos retornou ao escopo do Ministério da Justiça, tornando-se este Ministério da Justiça e Cidadania. Nas eleições de 2018, assumiu a Presidência da República Jair Bolsonaro após uma campanha eleitoral caracterizada pela disseminação de fake news e a viralização de discursos machistas, homofóbicos, xenofóbicos e racistas. A eleição do ex-militar, o aperto do número 17 (dezessete) nas urnas representou a consolidação dos preconceitos que coabitam as instituições brasileiras. A evidente atuação deste governo no apagamento dos direitos da saúde da mulher reportam as novas regras do aborto, que às vésperas do julgamento do Supremo Tribunal Federal (STF) sobre esta questão de saúde pública, o Ministério da Saúde divulgou a Portaria Nº 2.282, de 27 de agosto de 2020, assinado pelo pelo general e ministro da Saúde Eduardo Pazuello, dispõe sobre a obrigatoriedade de notificação prévia a polícia, por parte da equipe médica responsável pelo atendimento à vítima, acerca da comproboriedade e confirmação do crime de estupro para dar aos procedimentos legais, o que acabar por desqualificar a denúncia da vítima.

Apesar da realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, em agosto de 2017 com o tema “Saúde das mulheres: Desafios para a integralidade

com equidade”, a fim de propor diretrizes para a atualização do PNAISM junto a elaboração de moções de apoio e repúdio ao direcionamento da saúde feminina, suas propostas não foram implementadas devido a sucessão de governos conservadores que retrocederam nas políticas de defesa e promoção dos direitos humanos, principalmente, no campo feminino.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do apresentado neste estudo, compreende-se que as políticas públicas na área da saúde da mulher são frutos das mobilizações e estratégias políticas de movimentos sociais que pautam a luta das mulheres, prioritariamente, grupos feministas, de mulheres e sanitaristas, a partir da resistência contra a opressão feminina nas relações de gênero e a ampliação de debates no que respeita a sexualidade, reprodução, saúde mental, contracepção como forma de verbalizar a urgência do Estado em propor ações e atividades que reproduzam a autonomia das mulheres frente a seus corpos e, conseqüentemente, aos profissionais de saúde.

A A evolução das políticas públicas, especialmente de saúde, como observado, é intrínseca à ótica político-social do plano de governo apresentado nas propostas desenhadas e instituídas pelo governo. Por isso, os desenhos das políticas voltadas a mulher variam de acordo com o governo vigente, como é o caso do Rede Cegonha, um programa considerado reducionista por enfatizar somente um evento da vida das mulheres, o qual foi implementado durante o governo da primeira presidenta mulher do Brasil, contrariando as expectativas; enquanto outros, liderados por homens, apesar de ter uma contribuição essencial dos grupos feministas e de mulheres, apresentou políticas que incentivaram a contemplação da integralidade na atenção à saúde da mulher. A luta pela implementação das políticas que pautaram saúde reprodutiva e planejamento familiar enfrentou resistência por parte dos setores conservadores, principalmente religiosos, devido a difusão da contracepção segura e o aborto legal.

Durante os períodos compreendidos entre 1985 e 2018, no que concerne a saúde da mulher, o enfoque da integralidade e equidade em ações propositivas de saúde confrontou dificuldades de efetividade na prática. Um agravante é a

desigualdade socioeconômica enraizada nas instituições públicas e privadas do país, o que confere às mulheres pobres o uso do sistema de saúde público precário e de demorado acesso, enquanto aquelas provenientes de classes mais favorecidas acessam os serviços de saúde via mercado, ou seja, privado e "personalizado". Entretanto, enquanto o pública lida com a escassez de recursos financeiros e humanos como também as frequentes filas pela desproporção entre a demanda e a oferta de serviços; o privado é permeado por inúmeras denúncias de abusos cometidos por planos privados de saúde e por seguros de saúde. As inúmeras limitações encontradas nas políticas de saúde da mulher, e no sistema de saúde como um todo, comprometem a abrangência das ações o que, muitas vezes, intensifica os papéis sociais impostos junto aos estereótipos de feminilidade e masculinidade.

Assim, pode-se dizer que, apesar das reivindicações dos movimentos sociais e do ativismo de diversos setores ligados à saúde pública, o princípio da integralidade não é efetivado, pois apesar da consolidação dos debates em torno dos direitos reprodutivos e sexuais e a absorção das especificidades sociais, econômicas e biológicas femininas diante do enfoque gênero e raça, precisa-se de profissionais de saúde sensibilizados e capacitados com as particularidades dos diferentes grupos de mulheres, como também compreender que a problematização da situação da saúde da mulher não se restringe a um recorte de gênero, raça, etnia e classe. Desta forma, torna-se indispensável adotar a compreensão da mulher como sinônimo de pluralidade em todos os ciclos de sua vida e em qualquer contexto socioeconômico que esteja inserida. É necessário que os governantes ouçam as mulheres em contraponto a seus aliados e marqueteiros políticos, os quais acabam por trazer na concepção da política pública seus valores e ideais, afastando-se cada vez mais da realidade e demanda femininas.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Raissa Barbosa; ADRIÃO, Karla Galvão. Políticas Públicas para as mulheres no Brasil de 1985 a 2016: uma análise sobre sujeitos. *In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO & WOMEN'S WORLDS CONGRESS*, 11 e 13, 2018, Florianópolis. **Anais do Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress**. Florianópolis: UFSC, 2018. p. 1-12.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática**. Brasília, 1984.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

BRASIL. Lei do minuto seguinte (2013). **Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013**. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm >. Acesso em: 4 mar. 2022.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, v. 20, 1990.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 1996.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasil. Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica - Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. **Portaria nº 2.282, de 27 de agosto de 2020**. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. 28 ago. 2020. Ed 166, pp. 359.

BRASIL. Presidente (1995-2002: Fernando Henrique Cardoso). **Discurso na cerimônia de comemoração do Dia Internacional da Mulher**. Brasília, DF, 6 de março de 1998.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: plano de ação 2004-2007**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

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. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional)-Centro Avançado de Estudos Multidisciplinares, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Revista Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu/SP, v. 17, p. 49-59, 2013. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/icse/a/zfT7YfFZQbSD4ZRbfzWRvrR/abstract/?lang=pt> >. Acesso em: 18 fev. 2022

CASSIANO, Angélica Capellari Menezes et al. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 227-244, mai. 2014. Disponível em: < <https://periodicos.uff.br/revistagenero/article/view/31137> >. Acesso em: 1 mar. 2022

CASTRO, Lúcia Maria Xavier de; SIMONETTI, Maria Cecília Moraes; ARAÚJO, Maria José de Oliveira. Monitoramento e acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher PNAISM e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres PNPM. **Secretaria de Políticas para as Mulheres**. nov. 2015. 50 f.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, Brasília. **Relatório Final**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 21 mar. 1986. p. 1-29.

COSTA, Ana Alice Alcantara. O movimento feminista no Brasil: dinâmicas de uma intervenção política. **Revista Gênero**, Bahia, v. 5, n. 2, p. 1-20, 2013. Disponível em: < <https://periodicos.uff.br/revistagenero/article/view/31137> >. Acesso em: 1 mar. 2022

COSTA, Ana Maria. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1073-1083, ago. 2009. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csc/a/x7HVb8dmB9wRHNC3JgjT6yQ/?lang=pt#:~:text=No%2> >

[0in%C3%ADcio%2C%20a%20a%C3%A7%C3%A3o%20da.especialmente%20na%20regi%C3%A3o%20nordeste5. > . Acesso em: 15 jan. 2022](#)

COSTA, Ana Maria. Planejamento familiar no Brasil. **Revista Bioética**, Brasília, v. 4, n. 2, n.p., 2009. Disponível em: [<https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/416/379 > . Acesso em: 29 jan. 2022](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/416/379)

COSTA, Ana Maria; GUILHEM, Dirce; SILVER, Lynn Dee. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, p. 75-84, mar., 2006. Disponível em: [<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/K5vt7x9mPyrqHVFGmzvLkMb/abstract/?lang=pt > . Acesso em: 29 jan. 2022.](https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/K5vt7x9mPyrqHVFGmzvLkMb/abstract/?lang=pt)

CRUZ, Eliane Aparecida da. **As estratégias de mobilização do movimento feminista para a aprovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004**. 2015. 266 f. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos e Cidadania)-Centro Avançado de Estudos Multidisciplinares, Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

DE CARVALHO, Layla Pedreira. Mulher ou cegonha? As disputas em torno das políticas de saúde e os direitos sexuais e reprodutivos no Brasil dos anos 2000. *In*: SEMINÁRIO DISCENTE DA PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA, 5, 2015, São Paulo. **Mesa 10 Gêneros, Feminismos e Política**. São Paulo: USP, 2015. 28 f.

DE SOUZA RAMALHO, Katiane et al. Política de saúde da mulher à integralidade: efetividade ou possibilidade?. **Caderno de Graduação-Ciências Humanas e Sociais**, Alagoas, v. 1, n. 1, p. 11-22, 2012. Disponível em: [< https://periodicos.set.edu.br/fitshumanas/article/view/462 > Acesso em: 24 jan. 2022](https://periodicos.set.edu.br/fitshumanas/article/view/462)

DOS SANTOS, Nathaliê Cristo Ribeiro. A construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Política de Atenção Integral à Saúde População LGBT: a complexidade da saúde das lésbicas e a desconstrução do paradigma da heteronormatividade no Sistema Único de Saúde. *In*: ENCONTRO INTERNACIONAL E NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 7, 2015, São Luís/MA. **Anais do VII Encontro Internacional e Nacional de Política Social**. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, Programa de pós-graduação em Políticas Públicas, agosto. 2015, p. 1-12.

ENCONTRO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, 1, 1984, Itapeçerica da Serra. **Carta de Itapeçerica**. São Paulo: out. 1984, p.1-7

FERNANDES, Marcella. Como o movimento de mulheres contribuiu para construção do SUS. **HuffPost Brasil**, Brasília/DF, 12 nov. 2020. Disponível em:

https://www.huffpostbrasil.com/entry/movimento-mulheres-sus_br_5fa4b06ec5b67c3259acc84c . Acesso em: 19 jan. 2022.

KORNIJEZUK, Natália Peres. **Do programa ao plano: a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM-PNAISM), contexto histórico, atores políticos e a questão da menopausa** 2015. 91 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia)-Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2015.

LUNA, Naara. A controvérsia do aborto e a imprensa na campanha eleitoral de 2010. **Caderno CRH**, Salvador, v. 27, n. 71, p. 367-391, mai/ago. 2014. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/ccrh/a/py3FMFSxmKgKWFmpZqFJxdF/abstract/?lang=pt> >. Acesso em: 20 jan. 2022.

MACIEL, Eliane Cruxên Barros de Almeida. **A igualdade entre os sexos na Constituição de 1988**. Brasília, DF, p. 1-11, mai. 1997. Disponível em: < <http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/159> > Acesso em: 3 fev. 2022

MEDEIROS, Patricia Flores de; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 31-48, mar. 2009. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/ref/a/mPftn3WYBFk6jyNs5tBYXqv/abstract/?lang=pt> >. Acesso em: 22 jan. 2022

MESQUITA, Cecília Chagas de. Saúde da mulher e redemocratização: ideias e atores políticos na história do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. *In*: Simpósio Nacional de História Anais, 26, 2011, São Paulo. **Anais do XXVI Simpósio Nacional de História**. São Paulo: ANPUH, 2011. 14 f.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma. **Conselho Nacional de Saúde**, Brasília/DF, 22 mai. 2019. Disponível em: < <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/governo-edita-nova-portaria-com-regras-para-aborto-legal/> >. Acesso em: 20 fev. 2022.

MONTEIRO, Ester. Lobby do Batom: marco histórico no combate à discriminações. **Agência Senado**, Brasília, v. 6, 6 mar. 2018. Disponível em: < <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2018/03/06/lobby-do-batom-marco-historico-no-combate-a-discriminacoes> >. Acesso em: 7 mar. 2022

NEGRÃO, Telia. Rede Feminista de Saúde alerta: A Rede Cegonha é retrocesso de 30 anos. **Viomundo**, Brasil, 5 abr. 2011. Disponível em: < <https://www.viomundo.com.br/entrevistas/rede-feminista-de-saude-rede-cegonha-e-u-m-retrocesso-de-30-anos-nas-politicas-de-genero-saude-da-mulher-direitos-reprodu> >

[vos-e-sexuais.html](#) >. Acesso em: 20 jan. 2022. Entrevista concedida a Conceição Lemes. Acesso em: 20 jan. 2022.

NETO, Eleutério Rodriguez; DE AGUIAR NUNES, Fabiola; ALBUQUERQUE, Zuleica Portela. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. 1984.

OLIVEIRA, Luiz Roberto de; RIZZATO, Águeda Beatriz Pires; MAGALDI, Cecília. Saúde materno-infantil: visão crítica dos determinantes e dos programas assistenciais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 208-220, 1983. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rsp/a/tvVH4WQwL3NNZFVGcZv7XCy/?lang=pt> >. Acesso em: 4 mar. 2022

ONU MULHERES. Conferências Mundiais da Mulher. 2017. Disponível em: < <http://www.onumulheres.org.br/planeta5050-2030/conferencias/> >. Acesso em: 12. mar. 2022

OSIS, Maria José Martins Duarte. Pasm: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, p. S25-S32, 1998. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csp/a/jJ6GcQvLRp9ygHFTTFbMZVS/abstract/?lang=pt> >. Acesso em: 3 dez. 2021.

PATRIOTA, Tania. Relatório da conferência internacional sobre população e desenvolvimento-plataforma de Cairo. 1994. **Instrumentos internacionais de direitos das mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, p. 33-137, 2006.

REIS, José Roberto Franco et al. O coração do Brasil bate nas ruas: a luta pela redemocratização do país. 2010.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério; TEMPORÃO, José Gomes; SCOREL, Sarah. Saúde: promessas e limites da Constituição. In: **Saúde: promessas e limites da Constituição**. 2003. p. 260-260.

SANTANA, Tamiles Daiane Borges et al. Avanços e desafios da concretização da política nacional da saúde da mulher: reflexão teórica. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 17, n. 61, p.135-141, dez. 2019. Disponível em: < https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/6012 >. Acesso em: 4 mar. 2022

SANTOS NETO, Edson Theodoro dos, et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Revista Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 107-119, jun. 2008. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/hHYL5zwfpBRd88Bcd6bzsTp/abstract/?lang=pt> >. Acesso em: 19 jan. 2022

SANTOS, Edna Ferreira. **Direito à saúde**: limites e possibilidades apontados pela reforma sanitária brasileira para sua efetivação. 2011. 63 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

SANTOS, Joselito. Assistência à saúde da mulher no Brasil: aspectos de uma luta social. *In*: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 2, 2005, São Luís. **Anais da II Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2005. 9 f.

SAUTHIER, Marta; GOMES, Maria da Luz Barbosa. Gênero e planejamento familiar: uma abordagem ética sobre o compromisso profissional para a integração do homem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, p. 457-464, 2011.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Revista Educação & realidade**, Rio Grande do Sul, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995. Disponível em: < <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721> > Acesso em: 10 fev. 2022

SILVA, Rusvênia Luiza B. R. da Silva; AMARAL, Gabriela Leles. Espaço de Nascer: Reflexões sobre a Terceirização de Partos na Contemporaneidade. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE GEÓGRAFOS, 7, 2014, Vitória/ES. **Anais do VII Congresso Brasileiro de Geógrafos**. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, ago. 2014. 12 f.

SILVEIRA, Paloma Silva; PAIM, Jairnilson Silva; ADRIÃO, Karla Galvão. Os movimentos feministas e o processo da Reforma Sanitária no Brasil: 1975 a 1988. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 276-291, ago. 2020. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7xXBBQJzhD5jffSPN6fhJZh/?lang=pt> > Acesso em: 5 mar. 2022.

SOUTO, Kátia Maria Barreto. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. **Revista SER Social**, Brasília, v. 10, n. 22, p. 161-182, jan./jun. 2008. Disponível em: < https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12950 > Acesso em: 29 nov. 2021

SOUTO, Kátia; MOREIRA, Marcelo Rasga. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, p. 832-846, jul.- set. 2021. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/4JncpcMDZ7TQ9Hd7dkMPMpt/?format=html&lang=pt> > Acesso em: 20 nov. 2021

VIOTTI, Maria Luiza Ribeiro. Declaração e plataforma de ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher. *In*: FROSSARD, Heloisa. **Instrumentos internacionais de direitos das mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. p. 148-258, 2006.