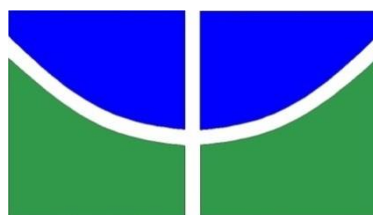


Universidade de Brasília – UnB
Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares – CEAM
Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos e Cidadania – PPGDH

**As estratégias de mobilização do movimento feminista para a aprovação da
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004**

Eliane Aparecida da Cruz

Brasília/2015



Universidade de Brasília – UnB
Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares – CEAM
Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos e Cidadania – PPGDH

**As estratégias de mobilização do movimento feminista para a aprovação da
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004**

Eliane Aparecida da Cruz

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos e Cidadania, do Centro Avançado de Estudos Multidisciplinares, da Universidade de Brasília, para título de Mestre em Direitos Humanos e Cidadania.

Orientadora: Rebecca Neaera Abers

Brasília/2015

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

CM935e Cruz, Eliane Aparecida da
As estratégias de mobilização do movimento
feminista para a aprovação da Política Nacional de
Atenção Integral a Saúde da Mulher, de 2004. / Eliane
Aparecida da Cruz; orientador Rebecca Neaera
Abers. -- Brasília, 2015.
178 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Direitos
Humanos e Cidadania) -- Universidade de Brasília,
2015.

1. Estratégias de Mobilização. 2. Movimento
Feminista. 3. Saúde da Mulher. I. Abers, Rebecca
Neaera , orient. II. Título.

Eliane Aparecida da Cruz

**As estratégias de mobilização do movimento feminista para a aprovação da
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos e Cidadania, da Universidade de Brasília (UnB), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Direitos Humanos e Cidadania.

Orientadora: Profa. Dra. Rebecca Neaera Abers

Banca examinadora:

Profa. Dra. Dra. Rebecca Neaera Abers – Orientadora
Instituto de Ciência Política – IPOL/UnB

Nair Heloísa Bicalho Sousa
Programa de Pós Graduação em Direito Humanos e Cidadania – CEAM-UnB

Ângela Vieira Neves
Departamento de Serviço Social – Instituto de Ciências Humanas – IH/UnB

Aprovada em 11 de agosto de 2015.

“Direitos” é vocábulo sem vibração para quem se criou depois da conquista”

(Betty Friedan)

“Nunca deixe que lhe digam que não vale a pena acreditar no sonho que se tem, ou que os seus planos nunca vão dar certo, ou que você nunca vai ser alguém”.

(Renato Russo)

Dedico esse trabalho ao meu amado filho, Danilo Cruz.

“todas as vezes que o ônibus parava em Bauru, significava que eu estava longe de você há duas horas, e passava as próximas horas daquelas viagens programando nossos reencontros”

A José Carlos e Maria da Cruz, meus pais dedicados, confiantes e militantes.

AGRADECIMENTOS

À professora Rebecca Neaera Abers. Obrigada pela sua coordenação firme e objetiva na condução deste estudo, o que permitiu que eu concluísse este trabalho, por intermédio de nosso cotidiano de diálogos e reflexão. Vivenciamos esse lapidar do espírito de uma militante que queria escrever sobre sua experiência em direção ao desenvolvimento de uma pesquisa acadêmica. Tarefa árdua. Agradeço imensamente seu apoio, paciência, dedicação e atenção na orientação deste estudo sobre saúde e movimentos sociais. Você me ajudou a chegar aonde eu queria.

Às professoras e aos professores do Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos e Cidadania, do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares, em especial as professoras Nair Bicalho e Vanessa Castro. Parabéns pela criação e dedicação a esse programa que oportuniza reconhecer nosso país e nossa história.

Às amigas e amigos da Turma 2/2013. Nossa turma dos Direitos Humanos: Bruna Junqueira, Diego Mendonça, Érika Lula de Medeiros, Fábio Alvino, Fredson Carneiro, Irina Bacci, Julia Schirmer, Larissa Araujo, Priscila Paz Godoy, Raul Cardoso, Vanessa Araujo, Vitor Camargo e Viviane Fecher.

À Coordenação de Pessoal de Ensino Superior (Capes) –, pela bolsa de estudo usufruída durante o curso, o que contribuiu para maior dedicação a esse processo de formação acadêmica.

Às feministas que me ajudaram com entrevistas, documentos e incentivo para realizar esta pesquisa. Às amigas e amigos do Ministério da Saúde, que contribuíram com informações, dados, documentos, os quais permitiram grande parte da pesquisa documental.

A minha nora, Gabriela, e a minha neta, Manuela. Que bom que vocês chegaram à minha vida. Hoje eu sou mais feliz.

A minha irmã, Élida, amorosa, compreensiva e ávida pela vida; ao seu marido Michel e a nosso querido Gabriel, que veio para nós.

A meu irmão Lucas e a Dane, sua esposa. Que crescem conectados. E a Lucio, e Érica, com seus filhos, todos firmes e unidos.

As minhas queridas amigas, Mônica Valente e Denise Motta Dau, que fazem parte da minha história de vida e de participação política.

Às queridas amigas e amigos de Brasília, Carol Dantas, Jannayna Sales, Jomilton, Lica Boland, Miraci Astun, Neide Rodrigues, Nita Queiroz e Willian Barreto.

Às queridas Adalgiza Balsemão Araújo e Conceição Rezende, aos queridos Márcio Florentino, Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira e Valdevir Both, que me incentivam nos movimentos de saúde.

Aos ex-ministros da Saúde, Humberto Costa e Alexandre Padilha, pelas contribuições ao fortalecimento do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao atual ministro da Saúde, Arthur Chioro, ombro a ombro, em defesa do SUS e da participação social.

Ao presidente Lula,

Saiba que sua liderança faz com que eu não tenha nenhuma dúvida de quem eu sou.

Desde a compreensão da exploração que sofremos, com o pé no chão da fábrica. O sentimento de solidariedade, aprendida nos corredores e no atendimento ao público, no Hospital Nardini. A solidariedade das trabalhadoras e dos trabalhadores, nas Pastorais e no Sindicato da Saúde. A possibilidade do conhecimento compartilhado sobre a saúde pública, a participação popular e os direitos humanos.

“NÃO VAI TER GOLPE!!!”

RESUMO

Esta dissertação foi desenvolvida a partir da metodologia de pesquisa qualitativa e trata-se de um estudo de caso sobre as estratégias de mobilização do movimento feminista para a aprovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em 2004. As informações sobre a construção do SUS e a criação do Programa Nacional de Assistência à Saúde da Mulher (PAISM) e a organização do movimento feminista, emancipação feminina e a saúde da mulher no Brasil e no mundo forneceu base de dados para análise da ação mobilizadora das feministas para a aprovação da PNAISM na concepção de atenção integral à saúde da mulher. A construção teórico-analítica seguiu a concepção de movimentos sociais e ação coletiva de Melucci (1989), Tarrow (2009) e Diani e Bison (2010) e a teoria de repertórios de interação de Abers, Serafim e Tatagiba (2014), que indica rotinas comuns de interação, como as ações diretas – protestos, marchas ou passeatas –; a participação institucionalizada; a política de proximidade e a ocupação de espaços na burocracia. Assim, identificam-se as seguintes estratégias de mobilização: mobilização para a implantação do PAISM, criado em 1983; a disputa de concepção sobre o conceito de atenção à saúde da mulher, entre o materno-infantil e a saúde integral; a construção da PNAISM na Comissão Intersectorial de Saúde da Mulher, do Conselho Nacional de Saúde (Cismu-CNS), e no próprio CNS, como a ação de *participação institucionalizada*; a *ocupação de espaços na burocracia* por meio dos cargos de comando do Ministério da Saúde por feministas e o monitoramento da PNAISM pelo movimento feminista. De acordo com os conceitos de identidade coletiva e redes, de Diani e Bison (2010), de ação coletiva e recursos internos e externos de sustentação dos movimentos, de Melucci (1989), e de enquadramentos interpretativos de mídia, de Tarrow (2009), analisamos ainda a formação de uma identidade coletiva, gerando capacidade de mobilização do movimento feminista; as formas de sustentação política e técnica das representantes da Rede Feminista nos espaços de participação institucionalizada e os enquadramentos interpretativos de mídia para difusão e divulgação da PNAISM. A aprovação da PNAISM contou com o apoio do movimento feminista e do ministro da Saúde à Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, coordenada por uma feminista, o que possibilitou a construção da PNAISM com o princípio de direitos sexuais e direitos reprodutivos. Nos achados, destacamos a disputa permanente de concepção entre o materno-infantil e a saúde integral em escala internacional, porque se trata da autonomia feminina sobre seu corpo, e avanços ou retrocessos sobre as políticas de saúde da mulher depende das condições de democracia que a sociedade vivencia.

Palavras-chave: Movimento feminista. Estratégias de mobilização. Saúde da mulher.

ABSTRACT

This dissertation was developed from qualitative research methodology. It is a case study on the feminist movement mobilization strategies for the approval of the National Policy for Integral Attention to Women's Health (*PNAISM*) in 2004. Information on the construction of the National Health System (*SUS*) and the creation of the National Program of Assistance to Women's Health (*PAISM*), as well as the organization of the feminist movement, women's emancipation and women's health in Brazil and worldwide, provided the database used to analyze the feminists' awareness actions taken in order to approve the PNAISM from the perspective and approach of an all-round care for women's health. The theoretical and analytical construction of this work was based on the models of the social movements and collective actions of Melucci (1989), Tarrow (2009) and Diani and Bison (2010). Also, it follows the Theory of Interaction Repertoires of Abers, Serafim and Tatagiba (2014), which indicates ordinary routines of interaction such as direct actions, protests, marches or demonstrations; institutionalized participation; the policy of proximity and the occupation of spaces in bureaucracy. Indeed, we have identified the following mobilization strategies: mobilization for the implementation of PAISM, created in 1983; the dispute of the conceptions over the perception of health care of women, between mother and child and overall health; the construction of PNAISM through the Intersectoral Commission on Women's Health, the National Health Council (CISMU-CNS), and the National Health Confederation (CNS) itself, as an action of institutionalized participation; the conquer of spaces in the bureaucracy system through key professional posts feminists gained on the Ministry of Health. In addition, the monitoring of PNAISM also started to be led by the feminist movement. According to the theory of Collective Identity and Networks of Diani and Bison (2010); the concepts of collective actions and internal and external resources for supporting social movements of Melucci (1989), and interpretive media frameworks of Tarrow (2009), we analyze further the foundation of a collective identity that generates capacity of mobilization of the feminist movement. Our analysis also scans the current forms of political and technical support of the Feminist Network on spaces of institutionalized participation, and the interpretive media frameworks for broadcasting and dissemination of PNAISM. The approval of PNAISM had the support of the feminist movement and the Minister of Health. A feminist woman that allowed the construction of PNAISM with the principle of sexual and reproductive rights coordinated the Health Technical Area of the Ministry of Health. On our findings, we highlight the ongoing struggle between maternal and child health and overall health on an international scale. Women's autonomy over their body and progress or setbacks on women's health policies depend on the democratic conditions that society experiences.

Keywords: Feminist movement. Mobilization strategies. Women's health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
REFLEXÕES INICIAIS	18
Justificativa.....	19
MARCO TEÓRICO	21
Movimento Social em Redes.....	22
Repertórios de Interação Estado-Sociedade	24
As Estratégias de Mobilização	32
Metodologia.....	37
CAPÍTULO I.....	46
O MOVIMENTO PELA REFORMA SANITÁRIA, A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER	46
Introdução.....	46
1.1 A Evolução da Assistência Pública à Saúde no Brasil	47
1.2 A Saúde como Direito	51
1.3 A Reforma Sanitária no Brasil	55
1.4 Histórico do Conselho Nacional de Saúde	64
1.5 A Criação da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher	69
Considerações.....	73
CAPÍTULO II.....	75
ORGANIZAÇÃO DO MOVIMENTO FEMINISTA, EMANCIPAÇÃO FEMININA E SAÚDE DA MULHER	75
Introdução.....	75
2.1 Ressurgimento do movimento feminista na Europa, nos Estados Unidos e no Brasil... 76	76
2.2 A atuação do movimento feminista no Brasil	82
2.4 Mobilização das feministas para criação de Organizações de Direitos Políticos e de Direito à Saúde	91
2.5 Mobilização transnacional do movimento feminista para participação nas Conferências de População em Desenvolvimento (CIPD).....	93
Considerações.....	97
CAPÍTULO III	98
DO PROGRAMA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (PAISM) À POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER (PNAISM)	98
Introdução.....	98
3.1 Expressão das Mulheres nos Serviços de Saúde e Instituições de Democracia Representativa e Participação Social.....	98

3.2 A Ginecologia e a Obstetrícia como Instrumento de Dominação do Corpo Feminino	100
3.3 A Criação do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher – Um Grito de Liberdade	102
3.4 A 1ª Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, de 1986 – Exercitando a Participação Social	110
3.5 A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher como Resultado de Mobilização do Movimento de Mulheres e do Movimento Feminista	115
Considerações	117
CAPÍTULO IV	118
ESTRATÉGIAS DE MOBILIZAÇÃO DO MOVIMENTO FEMINISTA – ANÁLISE DOS DADOS	118
4.1 A aprovação do PNAISM no CNS	120
4.1.1 A criação do PAISM	120
4.1.2 As disputas de concepção sobre a atenção à saúde da mulher. Entre o materno-infantil e a saúde integral	123
4.1.3 A construção Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e a Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (Cismu)	125
4.1.3.1 Apresentação da PNAISM ao CNS	131
4.1.3.2 A construção e implantação da PNAISM, de 2004 a 2006	136
4.1.3.3 Monitoramento da PNAISM pelo movimento feminista	140
4.2 Repertórios de Interação Estado-Sociedade	142
4.2.1 Protestos, Marchas ou Passeatas	142
4.2.2 Participação Institucionalizada	144
4.2.2.1 A Saúde das Mulheres e as Conferências	146
4.2.3 Ocupação de Espaços na Burocracia	149
4.3 Estratégias de Mobilização	151
4.3.1 Formação de Identidade Coletiva	151
4.3.2 Formas de Sustentação Política e Técnica das Representantes da Rede Feminista nos Espaços de Participação Institucionalizada	153
4.3.3 Enquadramentos Interpretativos de Mídia para Difusão da PNAISM	154
CONCLUSÃO	159
REFERÊNCIAS	164
ANEXOS	176

INTRODUÇÃO

A atuação dos movimentos sociais e sua organização para a conquista e ampliação de direitos sociais é a motivação genuína desta dissertação desenvolvida e orientada pelo Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos e Cidadania, da Universidade de Brasília (UnB).

Para atender à expectativa de pesquisa sobre a atuação dos movimentos sociais no Brasil, em favor de direitos civis, políticos, sociais e culturais, vislumbramos que uma pesquisa sobre as estratégias de mobilização do movimento feminista para a aprovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em 2004, seria exponencial de ações coletivas em favor de direitos humanos e permitiria o estudo sobre movimento feminista e políticas de saúde no Brasil.

Portanto, para estudar as estratégias do movimento feminista para aprovar essa política, iniciamos as pesquisas sobre a própria organização do movimento feminista. A primeira orientação foi conhecer a atuação das feministas nos Estados Unidos. Começamos a pesquisa a partir de *Mística Feminina*, de Betty Friedan. O mundo das lutas por direitos das mulheres, então, descortinou-se, e as informações pululavam. Leituras, filmes, entrevistas. Tudo se somou.

Nos levantamentos sobre a criação do Dia Internacional da Mulher, separamos dois recortes elucidativos das controvérsias sobre o papel da mulher na sociedade, e, portanto, de sua história: *Conforme Eva Blay*,¹ o Dia Internacional da Mulher foi proposto por Clara Zetkin, em 1910, no II Congresso Internacional das Mulheres Socialistas. Em 1975, a Organização das Nações Unidas (ONU) insitiu o dia 8 de março como o Dia Internacional da Mulher, dia que é associado ao incêndio que aconteceu no dia 25 de março de 1911, em Nova York.

Era um sábado, e às 5 horas da tarde, quando todos trabalhavam, irrompeu um grande incêndio na Triangle Shirtwaist Company. Morreram 146 pessoas, 125 mulheres e 21 homens, na maioria judeus. Como forma de opressão as operárias, muitas fábricas trancavam as portas dos estabelecimentos durante o expediente, cobriam os relógios e controlavam a ida aos banheiros. (BLAY, 2001, p. 604)

¹ BLAY, Eva Alterman. 8 de março: conquistas e controvérsias. **Estudos Feministas**, p. 601, 2001.

E foi esse modo de exploração que impediu as operárias de saírem todas da fábrica.

A *Revista Corpo a Corpo*,² em sua edição de março de 2012, apontou que o Dia Internacional da Mulher surgiu em março de 1911, quando mais de 100 operárias morreram em um incêndio que ocorreu na fábrica têxtil Triangle Shirtwaist, em Nova York, e que, pela falta de condições de trabalho e precariedade do local, elas não conseguiram evacuar a área. Foi um dos maiores acidentes da história, dando origem, mais tarde, à data que celebramos hoje.

Eva Blay (2001) aponta que o modo de exploração às mulheres causou as mortes durante o incêndio; a revista reduz e diz que “elas” não conseguiram sair da fábrica. Entre as duas leituras, ficamos com a primeira. Portanto, nunca é demais pesquisar, conhecer ou recordar e recontar as histórias do movimento operário, do movimento feminista e de outros movimentos sociais.

Para o estudo da formulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), como uma política de saúde que tem como pressuposto a integralidade da atenção, foi importante identificar que essa política foi gestada no Sistema Único de Saúde (SUS), e para verificar como o SUS ofereceu as condições para sua formulação, aprovação e implantação, começamos o levantamento de informações sobre próprio direito à saúde na concepção do movimento pela reforma sanitária, que atuou decisivamente pela construção do SUS.

Seguimos com o histórico das conferências nacionais de saúde, e outro fator preponderante foi a participação institucionalizada conquistada pela Lei nº 8.142, de 1990, que criou os conselhos e conferências de saúde; depois, a redemocratização do Conselho Nacional de Saúde como espaço de atuação permanente dos movimentos sociais e da sociedade civil organizada, em defesa do SUS e de políticas públicas em favor da classe trabalhadora, da igualdade e da diversidade.

Para desenvolver esta pesquisa sobre as estratégias de mobilização do movimento social para aprovação de uma política pública, acompanhamos a análise e proposições de Minayo (2001), sobre pesquisa social, e desenvolvemos o objeto da pesquisa, o objetivo geral, objetivos específicos e hipótese a partir do

² Disponível em: <<http://corpoacorpo.uol.com.br/blogs/mulher-de-corpo/11-fatos-femininos-que-marcaram-a-historia/2017#>>.

“estabelecimento do propósito de estudo, refletindo o porquê e para que fazer essa pesquisa”. (MINAYO, 2001, p. 36).

Os conceitos de movimentos sociais e ação coletiva de Melucci (1989), Tarrow (2009), e Diani e Bison (2010), e a teoria de repertórios de interação de Abers, Serafim e Tatagiba (2014) são as linhas epistêmicas que orientaram e sustentaram a pesquisa sobre a formação e atuação dos movimentos sociais. Identificamos a opção desses movimentos por uma atuação organizada nos espaços de participação institucionalizada, e deciframos a atuação dos militantes oriundos dos movimentos que assumiram de cargos de comando do Governo Federal, numa atuação no governo e, por vezes, no movimento. Definida essa linha conceitual como orientação da pesquisa, desenvolvemos o estudo sobre as estratégias de mobilização do movimento feminista para aprovação da PNAISM, em 2004.

Assim, organizamos as informações de forma a responder à hipótese formulada de que as estratégias de mobilização do movimento feminista garantiram a aprovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em 2004, sendo que a articulação do movimento feminista com os órgãos de governo e órgãos de participação institucionalizada teve papel preponderante nessa conquista.

O objetivo geral desta dissertação foi analisar as estratégias de mobilização do movimento feminista para a aprovação da PNAISM, identificando a atuação desse movimento em espaços de participação institucionalizada, como o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Comissão Intersectorial de Saúde da Mulher (Cismu), militando em favor das causas femininas nestes espaços públicos institucionais.

Portanto, as estratégias de mobilização do movimento feminista constituem o objeto deste estudo, e, para analisá-las, formulamos alguns objetivos específicos, por meio dos quais explicitaremos como identificamos ações de sustentação desse movimento social no processo de aprovação da PNAISM, em 2004.

Para apresentar os estudos realizados acerca dos objetivos específicos propostos, conforme disposto, tratamos a participação no CNS, Cismu e conferências como participação institucionalizada, indicada nas rotinas comuns dos repertórios de interação, e identificamos três estratégias de ação complementares, que contribuíram para estruturar as ações de mobilização do movimento feminista, sendo os seguintes: da formação de identidade coletiva, que gera solidariedade e propicia capacidade de mobilização entre as integrantes do referido movimento; de

sustentação política do movimento feminista às suas representantes no CNS, Cismu e conferências; e dos enquadramentos interpretativos de mídia (difusão e divulgação) da PNAISM.

Dessa forma, esta dissertação foi aberta com Reflexões Iniciais, que demandaram e circundaram nosso estudo; a justificativa que envolve o interesse da pesquisadora sobre os movimentos sociais no Brasil; a organização metodológica e o marco teórico que orientaram o estudo; e organizamos a apresentação da pesquisa em quatro capítulos.

No capítulo I, *O Movimento pela Reforma Sanitária, a Construção do Sistema Único de Saúde e a Atenção Integral à Saúde da Mulher*, abordamos a assistência à saúde medicocentrada e as lutas pelo direito à saúde, o movimento pela Reforma Sanitária, a criação do SUS, com seus princípios de atenção integral, que guiaram a formulação da PNAISM, a democratização do Conselho Nacional de Saúde, ampliando a participação social e a criação da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher.

O capítulo II, *Organização do Movimento Feminista, Emancipação Feminina e Saúde da Mulher*, foi dedicado ao ressurgimento do movimento feminista na Europa, nos Estados Unidos e no Brasil, a afirmação do movimento feminista no Brasil, a criação de organizações feministas e as Conferências de População em Desenvolvimento (CIPD), unificando o movimento feminista do mundo em torno dos direitos sexuais e reprodutivos.

No Capítulo III, *Do Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)*, identificamos a expressividade das mulheres na área de saúde, seja como usuárias e trabalhadoras dos serviços, seja como conselheiras de saúde. Traçamos a linha histórica de criação do PAISM até a aprovação da PNAISM, visto que um é decorrente do outro. Com a compreensão da história da ginecologia e da obstetrícia no Brasil, pudemos entender por que as palavras de ordem de “Esse corpo nos pertence” são decisivas para o movimento feminista, confrontando modelos de atenção materno-infantil e em favor da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

No capítulo IV, nossa análise de dados, apresentamos as *Estratégias de Mobilização do Movimento Feminista*, identificadas a partir de três blocos. O primeiro, parte das rotinas comuns de ação, de Abers, Serafim e Tatagiba (2014),

destacando protestos, marchas ou passeatas; participação institucionalizada e ocupação de espaços na burocracia. O *segundo* refere-se a estratégias complementares entre si, e identificadas com as rotinas comuns dos repertórios de interação, acima citados, acrescidos dos conceitos de identidade coletiva, solidariedade e ação coletiva de Melucci (1989), Tarrow (2009) e Diani e Bison (2010), de formação de uma identidade coletiva; formas de sustentação política e técnica das representantes da Rede Feminista nos espaços de participação institucionalizada e enquadramentos interpretativos para difusão da PNAISM. O *terceiro e último bloco* apresenta as informações sobre o processo de formulação e aprovação da PNAISM, e foi organizado a partir das estratégias de mobilização do movimento feminista para aprovação da referida política, considerando: a) criação do PAISM, como a “oportunidade política” (TARROW, 2009), de avanços na atenção à saúde da mulher, no Brasil; b) disputa de concepção sobre o conceito de atenção à saúde da mulher, entre o materno-infantil e a saúde integral, como “conflito político e cultural” (DIANI; BISON, 2010), que geram tensionamentos entre os atores políticos envolvidos nesta trama; c) a construção da PNAISM na Cismu e a apresentação dessa política no CNS, no contexto de participação institucionalizada, dos repertórios de interação Estado-sociedade; e d) monitoramento da PNAISM pela Rede Feminista, com base nos repertórios de confronto, de Tarrow (2009).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAIMS), assim, reflete o compromisso com a implementação de ações e serviços de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a humanização da atenção à saúde como princípios norteadores, bem como consolida os avanços no campo dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos. Além disso, prevê a articulação com diferentes áreas técnicas para ampliar as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades. Enfatiza a importância do empoderamento das usuárias do SUS e a participação das mulheres nas instâncias de controle social.

REFLEXÕES INICIAIS

Os espaços de participação social, mobilizados pelos movimentos sociais dos anos de 1970 e 1980, foram muito importantes para determinar ações organizadas dentro do Executivo em favor de direitos sociais. Os movimentos populares de saúde da zona leste de São Paulo construíram conselhos populares para atuar nos postos de saúde daquela região da cidade e determinaram, de forma positiva, as iniciativas em defesa de participação popular nos espaços públicos.

Seguindo a experiência da zona leste de São Paulo, outras regiões do próprio estado se engajaram na construção de movimentos populares de saúde, influenciados pelas premissas do movimento sanitário em defesa da construção do SUS. Na década de 1980, iniciei minha participação em movimentos populares de saúde no ABC paulista, e nos anos de 1990 atuei na elaboração de leis orgânicas dos municípios da região em favor da criação dos conselhos de saúde, previstos na Lei nº 8.142/1990. O primeiro conselho do qual participei foi o Conselho Municipal de Saúde de Mauá representando o Sindicato dos Trabalhadores Públicos Estaduais da Saúde (Sindsaúde/SP). Nesse período, articulávamos o movimento popular e o movimento sindical dessa região e realizamos as primeiras conferências municipais de saúde da região do ABC, nas cidades de São Bernardo e Santo André, ambas administradas por prefeitos do Partido dos Trabalhadores (PT).

Desde esse período, meu interesse pela atuação dos movimentos sociais nos conselhos de saúde é permanente e minha dedicação a processos de fortalecimento dos movimentos sociais para a participação nesses espaços foi grande e apoiada pelo meu sindicato, que proporcionou condições para pesquisas e processos de formação de quadros, o que nos habilitava a participar dos conselhos e conferências com plenas condições técnicas e, principalmente, políticas. Essa experiência pôs diversos dirigentes em destaque, e a ação combinada com os movimentos populares era tratada com afinco para manter a unidade de usuários e trabalhadores de saúde nas lutas em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e nos conselhos.

Estive à frente da Secretaria Executiva do CNS, de 2003 a 2008, e os debates para aprovação de políticas públicas que esse conselho realiza sempre despertaram meu interesse por aprofundar os processos desenvolvidos nesse momento, no que tange à mobilização de forças políticas, principalmente nos movimentos sociais. Por isso, optei pelo estudo de um caso em que as diversas representações de

movimentos e gestores que atuam no conselho tivessem se envolvido, e escolhi a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher devido às diversas posições e contraposições que esse tema suscita no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e na sociedade.

Outro motivo é que nossa sociedade passa por um momento de questionamento de princípios básicos, como a solidariedade, como pilar de sustentação social. Nesses dias em que escrevo esta dissertação, o Congresso Nacional está aprovando a redução da maioria penal, provocando retrocesso em direitos sociais e tendo a mídia ao seu lado. Nestes tempos reversos de conservadorismo, a mulher continua a ser alvo de discriminação pelo gênero, tal como artigo de Dom Orani Tempesta, Arcebispo do Rio de Janeiro, sobre *Ideologia de Gênero*, publicado em 28 de março de 2014,³ que incentivou católicos de diversas partes do país a aturem contrariamente à educação sexual e de gênero nos planos nacional, estaduais e municipais de educação, alegando que tal ideologia atua na contramão da unidade familiar, composta pelo homem e pela mulher. Também discriminação pela cor, veja o caso recente de Cristiane Damacena, uma jovem negra, jornalista do *Correio Braziliense*, que, em 4 de maio de 2015⁴, postou uma foto em seu *Facebook* e sofreu inúmeros ataques racistas. Então é necessário recolocar a questão da emancipação feminina e, nesse caso, decidi tratar a defesa da mulher a partir de seu direito à saúde, que é o mesmo que a defesa de sua vida.

Justificativa

Essas reflexões iniciais indicam meu interesse permanente pelo processo de formulação política e construção de estratégias de mobilização dos movimentos sociais para a participação em conselhos e conferências, e deu o tom do meu trabalho de conclusão de curso de graduação em Serviço Social, em 2011, quando pesquisei a formulação de resoluções no CNS, de 2000 a 2004.

³ TEMPESTA, João Orani. **Reflexões sobre a ideologia de gêneros**. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:MuhXVDIMSP0J:www.cnbb.org.br/outros/dom-orani-joao-tempesta/13907-reflexoes-sobre-a-ideologia-de-genero+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>

⁴ Mulher posta foto na rede e sofre enxurrada de ataques racistas. Disponível em: <http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2015/05/04/interna_cidadesdf,481895/mulher-posta-foto-nas-redes-e-sofre-enxurrada-de-ataques-racistas.shtml>

Quando do início desta dissertação, interessava aprofundar essas duas variáveis, quais sejam, o processo de formulação política desenvolvido por e para os movimentos e as estratégias de mobilização para a conquista de seus objetivos, além de valorizar a participação dos movimentos nos espaços de participação social, como os conselhos de saúde.

Diante dessas possibilidades e interesses, avancei nesta pesquisa sobre movimentos sociais, tendo como base e apoio no processo de construção do projeto a qualificação disposta no programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos e Cidadania, e mais especificamente na linha de pesquisa referente a Direitos Humanos, Democracia, Construção de Identidades/Diversidades e Movimentos Sociais. Aqui, a questão da democracia participativa é tratada como elemento fundamental para garantir os direitos humanos, e o reconhecimento das identidades/diversidades de indivíduos e grupos sociais e o papel dos movimentos sociais na conquista de direitos levaram-me a priorizar o estudo sobre o protagonismo dos movimentos sociais nos processos de participação social e, reunindo esse conjunto de informações que me mobilizavam, optei por estudar o protagonismo do movimento feminista na construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, visto que minha experiência nos conselhos de saúde aponta que a mobilização dos movimentos permite alterar processos de decisão do Executivo que atuam na contramão da consolidação do SUS.

Verifiquei no banco de teses Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e da Universidade de Brasília (UnB) que há poucos estudos sobre movimentos sociais, saúde da mulher e participação social de forma articulada.

Assim, a minha expectativa com o presente estudo é disponibilizar aos movimentos sociais e entidades da sociedade civil informações sistematizadas sobre a mobilização realizada nos anos de 2003 e 2004, com vistas à formulação e aprovação dessa política pública num espaço de controle social. Essas informações poderão, quiçá, subsidiar os movimentos sociais e conselheiros de saúde com indicações de estratégias bem-sucedidas de mobilização para ações futuras.

MARCO TEÓRICO

Para construção desta dissertação, organizamos as informações de forma a responder à hipótese formulada de que as estratégias de mobilização do movimento feminista garantiram a aprovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em 2004, sendo que a articulação do movimento feminista com os órgãos de governo e com os órgãos de participação social teve papel preponderante nesta conquista.

Para desenvolver este estudo, destacamos os conceitos de movimentos sociais e ação coletiva de Melucci (1989), Tarrow (2009) e Diani e Bison (2010), e a teoria de repertórios de interação de Abers, Serafim e Tatagiba (2014), como linhas epistêmicas que orientaram e sustentaram a pesquisa sobre a formação e atuação dos movimentos sociais. Identificamos a opção desses movimentos por uma atuação organizada nos espaços de participação institucionalizada, e buscamos decifrar a atuação dos militantes oriundos dos movimentos que assumiram cargos de comando do Governo Federal, em sua atuação por vezes no governo e, por vezes, no movimento. Definida essa linha conceitual como orientação da pesquisa, desenvolvemos o estudo sobre as estratégias de mobilização do movimento feminista para aprovação da PNAISM, em 2004.

Estratégia significa o planejamento de uma ação para a conquista de um resultado. Neste caso, não estávamos elaborando uma estratégia, e sim investigando-a, então foi necessário reconhecer as estratégias do movimento feminista a partir de pesquisa documental e entrevistas para identificar a estrutura de organização do movimento, suas perspectivas e desafios. Com uma conceituação teórica definida, organizamos as informações, e, para apresentar este estudo de forma adequada, optamos por organizar as informações em três estratégias complementares. Sugerimos essa metodologia porque permite reunir um conjunto de ações, as quais somadas às rotinas comuns dos repertórios de interação apontam o desempenho do movimento, em si.

De acordo com os conceitos de identidade coletiva e redes, de Diani e Bison (2010), de ação coletiva e recursos internos e externos de sustentação dos movimentos de Melucci (1989), e de enquadramentos interpretativos, de Tarrow (2009), organizamos esses três grupos de estratégias de ação, complementares entre si, para a organização e interpretação das ações mobilizadoras do movimento

feminista, quais sejam: a) formação de uma identidade coletiva; b) formas de sustentação política e técnica das representantes da Rede Feminista nos espaços de participação institucionalizada; e c) enquadramentos interpretativos de mídia para difusão da PNAISM, que, articulados com as rotinas comuns apontadas pelos repertórios de interação Estado-sociedade e essas estratégias de ação mobilizadoras, permitiram organizar o conjunto de ações desenvolvidas pelos movimentos, vinculando objetivos e meios para alcançar o que se queria, ou seja, a aprovação da PNAISM.

Essas estratégias de ação complementares, como mais uma abordagem de análise, permitem avaliar, em cada uma delas, o reforço ou mudanças de táticas estabelecidas, o fortalecimento de lideranças, o aprofundamento do vínculo entre as atrizes, a determinação de políticas que conduzem o movimento e a definição de prioridades para a atuação deste.

Ademais, organizamos as informações sobre o processo de formulação e aprovação da PNAISM a partir das estratégias de mobilização do movimento feminista para aprovação da referida política, considerando: a) criação do PAISM, como a “oportunidade política” (TARROW, 2009), de avanços na atenção à saúde da mulher, no Brasil; b) disputa de concepção sobre o conceito de atenção à saúde da mulher, entre o materno-infantil e a saúde integral, como “conflito político e cultural” (DIANI; BISON, 2010), que gera tensionamentos entre os atores políticos envolvidos nessa trama; c) a construção da PNAISM na Cismu e a apresentação dessa política no CNS, no contexto de participação institucionalizada, dos repertórios de interação Estado-sociedade; e d) monitoramento da PNAISM pela Rede Feminista, com base nos repertórios de confronto, de Tarrow (2009).

Movimento Social em Redes

Assim, o início deste estudo sobre o movimento feminista demandou pesquisar sobre a construção dos movimentos sociais em si, sobre o que faz as pessoas se unificarem em um movimento. Investigar se os movimentos se estabelecem como organizações permanentes ou se constituem a partir de uma ação temporária e se diluem após alcançado um objetivo específico, ou, ainda, se as duas formas podem ser consideradas movimentos sociais.

Diani e Bison (2010, p. 220), consideram “ser possível referir-se a movimentos sociais distintos em si mesmos, mais propriamente do que como fenômenos ou episódios”.

Diante dessa possibilidade posta pelos autores, identificamos a Rede Feminista de Saúde como um importante exemplo de movimento permanente, que se articula em rede e que existe desde 1991. A pesquisa sobre movimentos sociais organizados em redes e o estudo sobre o funcionamento da Rede Feminista apontaram para a concepção de movimentos sociais de Diani e Bison,⁵ de “redes de interação informais, grupos ou associações engajados em um conflito político ou cultural, com base em uma identidade coletiva compartilhada”, que orienta essa dissertação.

A Rede Feminista funciona exatamente nesse formato, com organizações estaduais que articulam grupos locais ou regionais. O número de organizações *locorregionais* e o número de estados organizados oscilaram nestes 24 (vinte e quatro) anos de existência. Pudemos verificar esse fato no acervo documental do movimento, que apresenta uma estrutura organizacional com diferentes desenhos,⁶ o que fica explícito ao separarmos as informações por períodos da pesquisa, no entanto sua legitimidade e sua representatividade são mantidas baseadas nos “processos de ação coletiva – incluindo coalizões concorrentes, campanhas voluntárias a respeito de objetivos coletivos amplamente compartilhados” (DIANI; BISON, 2010, p. 221).

A partir do conceito de “movimentos sociais em formato de redes”, o conceito de “ação coletiva” foi incluído como elemento norteador da pesquisa. As análises de Diani e Bison (2010) destacam que

a experiência dos movimentos sociais está inextricavelmente⁷ ligada à expressão pública de um conflito social. A ação coletiva não somente se orienta para o trato de problemas coletivos, para corrigir injustiças, conquistar bens públicos, atacar fontes de

⁵ Id., 2010, p. 220.

⁶ Na pesquisa documental, e nas entrevistas, verificamos que nem sempre são os mesmos estados que estão articulados na coordenação nacional e que, nos estados, o número de organizações que aderem à Rede Feminista não é irregular, mas é cíclico. Essa organização não tem uma estrutura formal e financiamento permanente, isso pode explicar parte desse funcionamento. Mas essa sazonalidade é absorvida pelas mulheres como desafio de ampliação e consolidação da referida organização, e não como impedimento para seu funcionamento.

⁷ “Que não pode dissociar”, cf. *Dicionário da Língua Portuguesa Houaiss*, 2004, p. 414.

descontentamento, ou expressar apoio a certos valores ou princípios morais; ela o faz identificando alvos para os esforços coletivos, especificamente articulados em termos sociais ou políticos (DIANI; BISON, 2010, p. 221).

Para Tarrow (2009),

as pessoas se engajam em confrontos políticos quando mudam os padrões de oportunidades e restrições políticas e, então, empregando estrategicamente um repertório de ação coletiva, criam novas oportunidades que são usadas por outras, em ciclos mais amplos de confronto. Quando suas lutas giram em torno de grandes divisões na sociedade, quando reúnem pessoas em volta de símbolos culturais herdados e quando podem ampliar ou construir densas redes sociais e estruturas conectivas, então esses episódios de confronto resultam em interações sustentadas com opositores especificamente, em movimentos sociais. (TARROW, 2009, p. 38).

Para Melucci (1989),

uma ação coletiva não pode ser explicada sem levar em conta como os recursos internos e externos são mobilizados, como as estruturas organizacionais são constituídas e mantidas, como as funções de liderança são garantidas. O que é empiricamente chamado “movimento sociais” é um sistema de ação que liga orientações e significados plurais. (MELUCCI, 1989, p. 56).

Portanto, reunindo esses conceitos e verificando o funcionamento dos movimentos sociais é possível afirmar que o movimento feminista se configura como uma matriz de movimento social articulado em uma ação coletiva e em mobilização permanente pelos direitos sociais das mulheres. Os propósitos sobre a saúde da mulher e as lutas pela emancipação feminina traçam o adequado perfil das organizações feministas, e a sociedade as reconhece, reconhece as suas lutas, suas pautas e reivindicações, concordando ou não com elas. Mas elas não desistem.

Repertórios de Interação Estado-Sociedade

Para analisar as estratégias de mobilização do movimento feminista na aprovação da PNAISM, utilizamos a teoria de repertórios de interação Estado-sociedade, tratados por Abers, Serafim e Tatagiba (2014), que indicam “um Estado

heterogêneo, e que, no governo Lula (2003/2010), esse processo se assentou visto que o número de militantes que passaram a ocupar cargos de comando no interior do Estado, aumentou” (ABERS; SERAFIM; TATAGIBA, 2014, p. 1).

Para comprovar essa afirmativa, Abers, Serafim e Tatagiba (2014), citam o

estudo inovador de Maria Celina D'Araújo, que examinou o perfil social e político dos cargos de alto escalão do governo federal na gestão de Lula, demonstra que, pela primeira vez na história brasileira, antigos líderes sindicais participaram intensamente de altos cargos do governo, um fato que pode não ser surpreendente considerando que o PT e, especialmente, o próprio presidente, eram provenientes e tinham fortes ligações com o setor (2009: 117). Os ministros também mantinham relações próximas aos movimentos sociais, de maneira geral: 43% na primeira gestão e 45% na segunda participaram deles de alguma forma, em comparação com cerca de um quarto dos ministros nas gestões presidenciais anteriores (*ibidem*: 120). Para D'Araújo, estes números sugerem que o governo Lula representou uma gama de interesses mais diversos do que já visto no passado. (ABERS; SERAFIM; TATAGIBA, 2014, p. 2).

E essa análise vem subsidiar o desenvolvimento do estudo sobre a hipótese proposta.

Nesse contexto, identificamos na apresentação dos princípios e diretrizes da PNAISM que o documento

foi elaborado em parceria com diversos setores da sociedade, em especial, com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional. (MS, 2004, p. 7).

O texto indica que a parceria com atores sociais e agentes públicos foi uma estratégia da ATSM para a construção da referida política, e a parceria com o movimento de mulheres, como podemos ver, abre a apresentação. Essa ação produzida pelo governo e movimentos vem confirmar a teoria dos repertórios de interação Estado e sociedade, que indicam fortalecimento dos espaços participativos formalizados, como esse grupo de trabalho que elaborou a PNAISM, propiciando a “experimentação de canais de comunicação, negociação e colaboração entre Estado e sociedade civil”. (ABERS; SERAFIM; TATAGIBA, 2014, p. 3).

A PNAISM é resultado de muitos anos de discussão e empenho do movimento feminista, mas sua consolidação ocorreu no início do governo Lula, quando “o mote de participação da sociedade abriu espaço para a comunicação mais criativa de diferentes práticas e rotinas, ampliando as chances de acesso e influência dos movimentos sobre o Estado.” (ABERS; SERAFIM; TATAGIBA, 2014, p. 3).

A construção da teoria de repertórios de interação parte do conceito de repertórios de ação de Charles Tilly (1992), desenvolvido para o estudo dos movimentos sociais sob a chave das dinâmicas contenciosas. “Os desafios contenciosos articulam os membros dos movimentos para fazer pressão ou negociar com autoridades, a partir de um propósito comum que reúna pessoas” (TARROW, 2009, p. 21-22).

Para Tarrow (2009, p. 23), “essa ação acontece como confronto político, ou seja, quando a ação coletiva age contra antagonistas e é sustentada por um episódio de confronto se forma um movimento social”.

Os repertórios de interação desafiam os conceitos de desafios contenciosos e de confronto porque identificaram, como notam Abers e von Bülow (2011) que “o caso brasileiro desafia esta concepção pela contínua atuação dos movimentos no interior do Estado e a partir da forte interação com agentes públicos”. (ABERS, SERAFIM, TATAGIBA, 2014, p. 5).

Assim, Abers, Serafim e Tatagiba (2014, p. 5) “sugerem complementar a noção original de ‘repertoire of contention’ , (repertórios de contenção), de Charles Tilly, através do conceito de repertório de interação Estado-sociedade”, e esse conceito, sustentou e fez desenvolver a hipótese tratada nesta dissertação, que indica a atuação articulada entre gestores públicos e movimentos feministas, nas pautas de saúde da mulher, especialmente na construção da PNAISM, em 2004.

O objetivo geral desta dissertação é analisar as estratégias de mobilização do movimento feminista para a aprovação da PNAISM, identificando a atuação desse movimento em espaços de participação social, como o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (Cismu), militando em favor das causas femininas nesses espaços públicos institucionais.

Para realizar a pesquisa que respondesse aos objetivos desta dissertação, também acompanhamos a teoria de repertórios de interação, que identificou

ao menos, quatro rotinas comuns de interação Estado-sociedade no Brasil, quais sejam: a) as ações diretas como protestos, marchas ou passeatas; b) participação institucionalizada; c) a política de proximidade; e d) ocupação de cargos na burocracia. (ABERS; SERAFIM; TATAGIBA, 2014, p. 5).

Verificamos que o movimento feminista se utilizou dessas rotinas, em sua atuação no período de aprovação da PNAISM.

Na pesquisa desenvolvida, verificamos que a aprovação da PNAISM ocorrida em 2004 foi resultado de diversas ações de acumulação de forças e formação de opinião em torno de questões gerais dos direitos democráticos, da emancipação feminina e de seus direitos sexuais e reprodutivos, e, ao menos, três rotinas comuns da teoria do repertório de interação são identificadas na atuação do movimento feminista nesse período. As *ações diretas*, como *protestos, marchas, ou passeatas*, não foram relatadas pelas entrevistadas e não foram identificadas na pesquisa documental.

A *participação institucionalizada* é amplamente utilizada, visto que o movimento feminista, representado pela Rede Feminista coordena a Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher do Conselho Nacional de Saúde (Cismu/CNS), integra a Comissão Executiva de Monitoramento do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, tem assento no Conselho Nacional dos Direitos da Mulher e no Conselho do Observatório Brasil de Igualdade de Gênero e é uma das redes parceiras do projeto Observatório pela Aplicação da Lei Maria da Penha. Integra a Coordenação da Plataforma Brasileira de Direitos Humanos, Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais (Plataforma DhESCA/Brasil) e a titularidade da Relatoria Nacional do Direito Humano à Saúde. Tem assento na Comissão Nacional de Morte Materna, na Comissão de Articulação dos Movimentos Sociais e no Comitê Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas (Conatrap). Também atua no Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH).⁸

Ao analisarmos a estruturação das ações de mobilização do movimento feminista, tratamos da participação institucionalizada identificando a ocupação de espaços nos instrumentos de participação social que são utilizados amplamente pelo movimento feminista por meio de sua atuação no CNS, Cismu e conferências, para

⁸ GUIMARÃES, P. (Org.). Rede Feminista de Saúde: 24 anos em prol dos direitos das mulheres. **Posições Políticas, Gestão 2011-2015**, Florianópolis, p. 4, 2011.

aprovação de políticas em defesa de direitos das mulheres, como a PNAISM. O foco nestes fóruns é motivado porque nesses espaços há interação com agentes públicos e com outros movimentos e entidades da sociedade civil na definição e mobilização por políticas de interesse público.

A escolha do movimento feminista de participar desses espaços ocorreu nos anos de 1980, quando da redemocratização do país nos conselhos da condição feminina e nos anos de 1990, na reformulação da composição do CNS, permitindo a participação de entidades da sociedade civil. As feministas relataram, em entrevistas, que, por 16 anos,⁹ essa participação foi negociada com agentes públicos, pois somente no ano de 2006, o movimento de mulheres conquistou uma vaga própria no CNS. No entanto, neste primeiro período em que a vaga era resultado de negociação, como no momento atual em que a respectiva vaga é resultado de regulamentação, identificamos a participação efetiva do movimento de mulheres no CNS, expressando suas opiniões, o que pode ser verificado nas atas e relatórios e outros documentos desses fóruns de participação social.

O movimento feminista apresentou ao CNS a proposta de criação da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (Cismu), em 1990. A referida comissão foi criada em 1993 e, desde então, são as representantes do movimento feminista que se mantêm à frente da coordenação dessa comissão. Para manter a condução desse espaço, estabelecem uma ação permanente com os conselheiros nacionais e com os membros da referida comissão para obter aprovação de nomes indicados pelo movimento feminista para esta condução. Consideramos, então, que a participação movimento feminista nestes fóruns propiciou condições objetivas de expressar suas pautas nesses espaços públicos democratizados.

No decorrer desta pesquisa também encontramos, no contexto histórico do direito à saúde tratado no Capítulo I, as deliberações sobre saúde da mulher nas conferências nacionais de saúde. Essas decisões indicam as situações de conflito com as pautas feministas vividas no espaço do controle social. As entrevistas destacam que a 11ª Conferência Nacional de Saúde – 11ª CNS, em 2000, aprovou a

⁹ Desde o Decreto n.º 99.438, de 7 de julho de 1990 até o Regulamento Eleitoral do CNS, de 2006, que destinou vaga específica para o movimento de mulheres em saúde e que veio atender ao Decreto Presidencial n.º 5.839, de 11 de julho de 2006, através do qual o CNS passou a eleger as entidades que deveriam compor esse fórum.

descriminalização do aborto, e já, na 13ª CNS, em 2007, a decisão foi pelo repúdio a legalização do aborto. Afirmam que esse debate é sempre um dos que mais mobiliza conferências de saúde, contrapondo feministas e grupos religiosos, e que as articulações dos movimentos de mulheres e movimentos feministas são sempre reforçadas quando da realização desses eventos.

No nosso processo de investigação sobre a aprovação da PNAISM, alguns fatos foram determinantes para uma reestruturação de roteiros de entrevista e pesquisa documental. O principal fato foi identificar que a PNAISM não foi aprovada no CNS, como acontece com outras políticas desse mesmo porte. Esse fato surpreendeu a pesquisadora e as entrevistadas.

Naquele mesmo ano de 2004, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica foi discutida no CNS, debate que foi consignado em ata com a devida aprovação do conselho e com a aprovação da Resolução CNS nº 338/2004, dispondo sobre o apoio do Conselho à referida política.

Verificamos que a PNAISM foi apresentada e discutida na Cismu, passou por um grupo de trabalho que reuniu diversos setores da sociedade, em especial o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, Organizações Não Governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional (BRASIL, 2004, p. 7).

Dessa forma, conferiu grande apoio social a essa ação. Em 28 de maio de 2004, o Ministro da Saúde, Humberto Costa, lançou Plano de Ação do PNAISM 2004-2007.

Para Humberto Costa,

Passamos a ter uma política efetivamente integral de atenção à saúde da mulher, rompendo com o modelo fragmentado de assistência materno-infantil em que a mulher era vista do ponto de vista de sua capacidade reprodutiva, inclusive sem promoção de seus direitos reprodutivos. A saúde da mulher passa a ser vista em um contexto que engloba medidas de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. Passa também a ter um enfoque que valoriza os aspectos biológicos gerais, porém introduz um olhar especial para os componentes psicológicos e sociais, em especial a temática da busca da equidade de gêneros na política de saúde. Destaquem-se, especialmente, a política de promoção dos direitos reprodutivos e o enfoque ao enfrentamento da violência contra a mulher. (Depoimento de Humberto Costa).

No entanto, no que tange ao CNS, não consta resolução ou recomendação, como documentos públicos do controle social, em relação à PNAISM. No que tange ao Ministério da Saúde, essas políticas são sempre comunicadas por portarias, o que também não aconteceu com relação à PNAISM. Além das portarias, as políticas aprovadas são levadas pelo Ministério da Saúde à Comissão Intergestores Tripartite, um fórum que reúne o Ministério da Saúde, representantes dos secretários estaduais e secretários municipais de saúde para pactuação interfederativa, a fim de garantir a implantação da referida política nas três esferas de governo, e isso também não aconteceu com a PNAISM. No Capítulo IV desta dissertação, aprofundamos esse caso.

Humberto Costa contribuiu com a investigação e indicou alguns motivos que poderiam explicar a não institucionalização nesses espaços, como,

Talvez porque muitas ações já existiam de modo disperso e com recursos assegurados, distribuídas em outros programas e políticas do SUS, e grande parte de nosso esforço foi o de agregá-las e dar-lhes um sentido de unidade.

Outra possível razão é que a forte interação com os movimentos de mulheres para a elaboração da política tenha lhe dado um grau de legitimidade e consenso que não provocou maiores polêmicas nos espaços de negociação e de controle social.

Uma outra explicação é uma prática recorrente de parte de muitos de nós atores do SUS, de não valorização dos aspectos institucionais das políticas, exclusiva preocupação com resultados e a visão, não necessariamente correta, de que, em saúde, as políticas sempre se transformam em políticas de Estado. (Depoimento de Humberto Costa).

E assim, o movimento sanitário, teve forte influência na formulação da proposta de criação do SUS, dentro das instituições governamentais.

Quanto à *ocupação de cargos na burocracia*, identificamos que o movimento feminista tem feito uso dessa estratégia nas últimas três décadas.

A atuação do movimento feminista desde os anos de 1980 indica que a ocupação de cargos no Governo Federal era uma estratégia desse movimento, assim como do movimento sanitário, conforme relata Dowbor (2012), sobre

o caminho institucional, denominado pelos atores de "*ocupação de espaços no Estado*", (que) foi formulado como estratégia do movimento (sanitário), em torno de 1978, pelas suas lideranças, entre as quais, Nelson Rodrigues dos Santos, Sérgio Arouca, Eleutério Rodrigues Neto, Guilherme Rodrigues da Silva, Márcio

Almeida, Carlyle Guerra de Macedo, que estavam presentes durante as reuniões do grupo denominado “projeto Andrômeda”. [...] a decisão veio a nomear a atuação desses profissionais naqueles espaços do Estado nos quais era possível colocar em prática a nova visão sobre a saúde. (DOWBOR, 2012, p. 99).

A própria organização da 8ª Conferência Nacional de Saúde contou com a participação da sociedade civil, em 1986, devido à influência dos militantes do movimento sanitário que ocupavam cargos no Ministério da Saúde e que atuaram na organização do evento. Segundo Dowbor (2012), decisão do ministro da Saúde de ampliar a participação popular nesse evento foi influenciada por Sérgio Arouca,

a Conferência Nacional de Saúde, evento até então reservado à burocracia estatal, em sua oitava edição, foi aberto à ampla participação. Com efeito, a realização do evento, sob a coordenação do Movimento Sanitário, resultou no aumento de atores ligados à causa da Reforma Sanitária e na legitimação do projeto sustentado pelo movimento, num contexto político especialmente sensível às propostas, o da elaboração de uma nova constituição para o país. (DOWBOR, 2012, p. 143).

Nesse contexto, a ocupação de cargos na administração federal tem como exemplos: a Divisão de Saúde Materno-Infantil (Disami), do Ministério da Saúde, coordenada por Ana Costa, de 1982 a 1987, tendo Zuleica Albuquerque à frente do referido setor em 1985, o que foi uma estratégia importante para o desenvolvimento de políticas de saúde, como o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), em 1983. No mesmo ano de 1985, tivemos “Hésio Cordeiro, assumindo a presidência da mais importante instituição de saúde, em 1985, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps)”.¹⁰

Avaliamos, dessa forma, que o movimento feminista desenvolve essas rotinas comuns, postas pela teoria dos repertórios de interação, e também verificamos que a teoria de oportunidades e restrições políticas sugere compreender como se estruturam esses instrumentos de organização diante de acordos e confrontos dentro e fora desse meio de atuação que aqui descrevemos como participação institucionalizada.

Das entrevistas, surgiram fatos importantes, como as decisões de Conferências de População em Desenvolvimento, sobre controle de natalidade e

¹⁰ Id., 2012, p. 25.

demografia, em 1984, e sobre direitos sexuais e reprodutivos, em 1994. Essas deliberações se constituíram como oportunidades políticas importantes, propiciadas pela Organização das Nações Unidas (ONU), fortalecendo as posições do movimento feminista no combate a políticas de controle da natalidade e em favor de políticas de planejamento familiar, favorecendo a criação do PAISM e fortalecendo o movimento feminista nos anos de 1990, período em que, segundo entrevistadas, a ATSM esteve permeada por coordenações contrapostas ou ausentes na implantação do PAISM. Avaliamos, dessa forma, que o movimento feminista desenvolve essas rotinas comuns, postas pela teoria dos repertórios de interação, e também verificamos que a teoria de oportunidades e restrições políticas sugere compreender como se estruturam esses instrumentos de organização diante de acordos e confrontos dentro e fora desse meio de atuação que aqui descrevemos como participação institucionalizada.

As Estratégias de Mobilização

As estratégias de mobilização do movimento feminista constituem o objeto deste estudo, e, para analisá-las, formulamos alguns objetivos específicos, por meio dos quais explicitaremos como identificamos ações de sustentação do movimento feminista no processo de aprovação da PNAISM, em 2004, quais sejam: identificar a capacidade de mobilização do movimento feminista para interferir nos fóruns governamentais de deliberação de políticas públicas; descrever como o movimento feminista subsidiou política e tecnicamente seus representantes na Cismu e no colegiado do CNS, quando dos debates e da aprovação da PNAISM; e identificar as ações do movimento feminista para difundir a PNAISM para seus representados, por meio de instrumentos de comunicação internos como jornais, boletins e sítios na internet.

Para apresentar os estudos realizados acerca dos objetivos específicos propostos, conforme disposto, tratamos a participação no CNS, Cismu e conferências como participação institucionalizada, indicada nas rotinas comuns dos repertórios de interação, e identificamos três estratégias de ação, que contribuíram para estruturar as ações de mobilização do movimento feminista, sendo os seguintes: da formação de identidade coletiva, que gera solidariedade e propicia capacidade de mobilização entre as integrantes do referido movimento; de

sustentação política do movimento feminista às suas representantes no CNS, Cismu e conferências; e dos enquadramentos interpretativos de mídia (difusão e divulgação) da PNAISM.

A primeira estratégia de mobilização analisada tem como recorte a formação de uma identidade coletiva do movimento feminista que permitiu construir um patamar de ação capaz de interferir nos fóruns governamentais, como conselhos, conferências, nas próprias áreas técnicas de saúde da mulher e coordenação de políticas públicas, e que decorre de uma ação de agrupamento de pessoas em torno de um interesse comum. Para Tarrow, “um motivo mais básico, senão mais prosaico para as pessoas se unirem para participar de movimentos é a organização de reivindicações comuns aos propositores, autoridades ou elites”. Para esse autor “nem todos os conflitos desse tipo surgem de interesses de classe, mas de interesses e valores comuns ou justapostos que são a base de suas ações comuns” (TARROW, 2009, p. 22).

No processo de pesquisa sobre a capacidade de mobilização dos movimentos, recorreremos a Tarrow,¹¹ que indica que “o denominador mais comum dos movimentos sociais e que traduz o potencial de ação de um movimento é o reconhecimento de seus participantes a um interesse”, e que “os líderes só podem criar um movimento quando liberam os mais profundos sentimentos de solidariedade e identidade”.¹²

Nesse processo de unificação em torno de interesses e ações comuns, a construção de laços de solidariedade e identidade coletiva de um grupo social, como o movimento feminista, é estruturadora, tal como dispôs Tarrow (2009).

Melucci (1989) verifica que a “solidariedade é a capacidade de os atores partilharem de uma identidade coletiva, isto é, a capacidade de reconhecer e ser reconhecido como uma parte da mesma unidade social” (MELUCCI, 1989, p. 57).

Considerando esses parâmetros postos por Tarrow (2009) e Melucci (1989), verificamos que a formação de identidade coletiva do movimento feminista remeteu a pesquisa sobre a própria formação do movimento feminista, para compreender, por exemplo, as bases que unificaram a mulheres em diversas partes do mundo pelo direito ao voto, configurando o vitorioso movimento sufragista dos séculos XIX e XX. Esse movimento favorecia uma ação coletiva das mulheres em favor do seu direito

¹¹ Id., 2009.

¹² Ibid., p. 22-23.

ao voto, e, conforme Melucci (1989, p. 57), “na solidariedade, no desenvolvimento de um conflito e no rompimento de limites impostos a este grupo no período”.

Compreendido o processo de organização das mulheres em organizações feministas, acompanhamos Melucci (1989), que indica que esse movimento se constituiu em

uma rede de grupos partilhando uma cultura de movimentos e uma, identidade coletiva”, e encontramos no movimento feminista um bom exemplo dessa identidade coletiva, já que “o objetivo do movimento não é apenas a igualdade de direitos, mas o direito de ser diferente. A luta contra a discriminação, por uma distribuição mais igualitária no mercado econômico e político e ainda, uma luta pela cidadania. (MELUCCI, 1989, p. 63)

Esses contextos teóricos de identidade coletiva e solidariedade permitiram identificar que a capacidade de mobilização do movimento vem de sua unidade de ação e organização em torno de interesses específicos e gerais e que conseguem comunicar à sociedade suas ações e objetivos, conquistando reconhecimento social de suas lutas e conferindo-lhe legitimidade.

Na segunda estratégia de mobilização pesquisada, analisamos as formas de sustentação política e técnica que o movimento feminista promove para apoiar suas representantes nos espaços públicos, aí consideramos apoio político, formulação de subsídios públicos, quando da formulação e aprovação da PNAISM, e em outras pautas do CNS. As pessoas, em sua atuação em espaços públicos institucionalizados, necessitam de suporte dos movimentos que representam e as feministas estão organizadas para essa ação.

Nossa pesquisa sobre a Rede Feminista apontou que esse apoio se dá com o acompanhamento permanente da atuação de suas representantes nos espaços de participação social, com a realização de debates sobre as pautas do CNS nas reuniões presenciais e virtuais desse movimento, investimento em eventos para aprofundar temas de saúde pública e fortalecer a pauta feminista como o *Seminário de Gênero*, em 2007, proposto no CNS, mas que contou com grande mobilização das feministas para incentivar a presença e participação. A proposição de grupos de trabalho e acompanhamento desses grupos com participação de mais mulheres da Rede nestas empreitadas, como a atuação na Comissão de Orçamento e

Financiamento da Saúde (Cofin), que acompanha a execução orçamentária do Ministério da Saúde, nos anos de 2004 a 2006; nesse caso, o movimento indicou mais uma representante para garantir o acompanhamento da execução orçamentária do MS para a PNAISM, provocando, a partir desse espaço, os devidos posicionamentos do movimento feminista sobre recursos financeiros do Ministério da Saúde para a área de saúde da mulher. A Rede também se dedica à construção de textos e publicações sobre controle social, saúde pública, saúde da mulher, política e direitos humanos.

Na terceira estratégia de ação investigamos como o movimento feminista promove enquadramentos interpretativos de mídia que permitem a difusão da PNAISM após sua aprovação. Segundo Tarrow (2009, p. 146), “a cultura de ação coletiva é feita de quadros interpretativos e de emoções que visam tirar as pessoas de sua submissão, mobilizando-as para a ação em cenários conflituosos”.

Essa assertiva contribui para a análise de como o movimento feminista atuou nesse processo de acompanhamento, monitoramento e divulgação da PNAISM, pois não basta aprovar ou configurar uma política em texto, é importante e fazem parte das táticas de ação dos movimentos feministas os processos de pressão política para consolidação dessa política na prática.

Um espaço de acompanhamento e monitoramento da PNAISM que foi amplamente utilizado pelo movimento feminista para essa estratégia foi a Cismu, afinal essa comissão, como afirmamos anteriormente, sempre foi coordenada por representantes da Rede Feminista e, a partir desse lócus, realizaram importantes atividades, como o debate sobre a PNAISM, no Pleno do CNS, em março de 2006, dois anos após sua divulgação, como forma de confirmar o apoio do CNS à PNAISM e a Coordenação da ATSM. Também o Seminário Nacional sobre Modelo de Assistência, Gênero e Saúde da Mulher, em agosto de 2007, que mobilizou todo o país e reuniu mais de 200 mulheres.

Pesquisamos a divulgação da PNAISM na mídia, buscando matérias em jornais, rádios e TVs, tendo como base o enquadramento interpretativo da mídia posto por Tarrow (2009, p. 151), que “salienta um grande problema para os movimentos sociais: os meios de comunicação estão longe de serem espectadores neutros ao enquadrar fatos do movimento”.

Nesta pesquisa, verificamos que a PNAISM não foi divulgada nos meios de comunicação de massa, excetuando a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento

dos Agravos resultantes de Violência Sexuais contra Mulheres e Adolescentes, que aboliu a exigência de boletim de ocorrência sobre casos de estupros para situações de abortamento legal e sofreu forte oposição de diversos setores da sociedade, bem como uma ofensiva dos meios de comunicação. Ainda, o que encontramos sobre saúde da mulher na mídia são sempre situações referentes à mortalidade materna, como o caso de Alyne Pimentel, brasileira, afrodescendente, grávida de seis meses, faleceu em 13 de novembro de 2002, vítima de negligência e imperícia médica em virtude da precariedade da assistência prestada pelos profissionais de saúde da Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, em Belford Roxo e na Maternidade de Nova Iguaçu no estado do Rio de Janeiro, ou denúncias sobre abortamento clandestino, que constitui a quinta causa de morte materna no país.

Então, o enquadramento interpretativo, da PNAISM se deu, sobretudo, pelos instrumentos de comunicação da própria Rede Feminista, demais movimentos sociais, órgãos de governo e academia.

Portanto “a mídia tende a focalizar o que é notícia” (Tarrow, 2009, p. 151), e, sobre saúde da mulher as notícias são sempre os casos de violência, e não os de promoção à saúde.

Com base nesses enquadramentos interpretativos, pudemos identificar as estratégias de mobilização do movimento feminista quando da divulgação da PNAISM e seu papel primordial na construção e difusão dessa política.

Assim, confirmamos nossa hipótese, nesta dissertação, de que houve uma articulação do movimento feminista e Estado para a aprovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), e onde a mobilização social interferiu favoravelmente na ação dos gestores do Ministério da saúde, especialmente Área Técnica de Saúde da Mulher (ATSM), comprometidos com a pauta do movimento de mulheres e movimento feminista. Ainda que, no ano de 2004, os instrumentos oficiais do CNS e MS não tenham incorporado a referida política; o Plano de Ação PNAISM , 2004-2007, citado anteriormente conferiu legitimidade e deu início a um conjunto de normas e outros instrumentos para cumprimento dessa política de atenção integral a saúde da mulher.

Metodologia

O interesse em desenvolver um projeto de pesquisa sobre as estratégias de mobilização do movimento social para aprovação de uma política pública está calcado no reconhecimento da participação efetiva dos movimentos sociais em espaços de participação social e seu efeitos positivos na ampliação de conquistas e cidadania, então a possibilidade de pesquisar e identificar os resultados dessa participação determinou o objetivo desta dissertação. Assim, acompanhando a análise e proposições de Minayo (2001), sobre pesquisa social, desenvolvemos o objeto da pesquisa, o objetivo geral, objetivos específicos e hipótese a partir do “estabelecimento do propósito de estudo, refletindo o porquê e para que fazer essa pesquisa” (MINAYO, 2001, p. 36).

Com a finalidade de definir esse objeto de pesquisa, acompanhamos Minayo (2001), para quem

o objeto de estudo das ciências sociais possui consciência histórica. Noutras palavras, não é apenas o investigador que dá sentido a seu trabalho intelectual, mas os seres humanos, os grupos e as sociedades dão significado e intencionalidade a suas ações e a suas construções, na medida em que as estruturas sociais nada mais são que ações objetivadas. (MINAYO, 2001, p. 13).

Dessa forma, este estudo se concentra na temática de mobilização dos movimentos sociais para entender os resultados das ações desses movimentos quando da definição de políticas públicas, visualizadas por meio de repertórios de ação consubstanciados em processos organizativos de pressão ou de negociação diante de autoridades públicas. Portanto descrever a atuação do movimento feminista nos anos de 2000 a 2006, quanto ao desenvolvimento de suas ações mobilizadoras para aprovação da PNAISM, fornece os elementos que motivaram essa pesquisa. Pretendemos demonstrar que essa ação organizada produz efeitos positivos às causas dos movimentos quando estes atuam de forma articulada, num processo de longo prazo ou num episódio.

Dando seguimento à estruturação desta dissertação, organizamos nossa pesquisa de forma a identificar as estratégias de mobilização do movimento feminista, estabelecendo essa questão como o problema de pesquisa, e estabelecemos um processo de investigação sobre as ações cotidianas, ou

históricas, do movimento feminista como forma de apreender os resultados dessa mobilização para a solução das pautas de reivindicações sobre a saúde da mulher, difundidas pelas feministas. Dessa forma, concentramos a investigação exatamente nesse quesito, qual seja, as estratégias de mobilização do movimento feminista, pois, de acordo com Minayo (2001), “toda investigação se inicia por um problema com uma questão, com uma dúvida ou com uma pergunta, articuladas a conhecimentos anteriores, mas que também podem demandar a criação de novos referenciais” (MINAYO, 2001, p. 18).

Assim, este problema de pesquisa exigiu conhecer o espectro de construção dessas ações mobilizadoras e entender quais os impactos que produziram na formulação de uma política pública, como a política de saúde da mulher. Portanto, as perguntas centrais formuladas para pesquisa buscaram elucidar como o movimento feminista se organizou, estrategicamente, para garantir a defesa de suas reivindicações sobre atenção integral à saúde da mulher e em que dimensão essa ação se revelou nos espaços públicos de participação social, como conselhos e conferências. Como esse movimento desenvolve ações de confronto, como protestos, e na comunicabilidade de sua pauta à sociedade. E, em que medida as definições sobre a PNAISM foram compostas a partir da ação das feministas que adentraram aos espaços do Governo Federal, por meio da ocupação de cargos de comando no Ministério da Saúde.

Para construir a hipótese, verificamos Minayo (2001), que indica que a esta seja,

capaz de sugerir questões reais e que sejam inteligíveis, apontando relações entre coisas, fatos, fenômenos, ou processos, por isso nossa escolha pela efetiva atuação do movimento feminista nos espaços de participação social e nos cargos de comando do governo, em 2004, ano em que a PNAISM foi aprovada. (MINAYO, 2001, p. 19).

Ao pesquisar o melhor formato de apresentação e estruturação dessa pesquisa, acompanhamos Bauer, Gaskell e Allum (2007), para os quais

a combinação de elementos que delineiam uma pesquisa de acordo com seus princípios estratégicos define a modalidade com a qual o pesquisador pretende trabalhar, então, no caso desta pesquisa

estamos trabalhando com estudo de caso. (BAUER; GASKELL; ALLUM, 2007, p. 19).

Assim, seguimos a estrutura de projeto proposta por Creswell (2007), ou seja, esta dissertação foi desenvolvida no modelo de estudo de caso, e o modelo de pesquisa qualitativa orientou os procedimentos gerais detalhados de coleta de dados, análise e redação. Para esse autor, uma pesquisa qualitativa deve sempre considerar uma perspectiva teórica que parta dos interesses e

alegações de conhecimentos feitas pelo pesquisador, por um referencial teórico referente ao objeto da pesquisa, um plano de ação para levantamento de dados, recorrendo a técnicas e procedimentos de pesquisa como entrevistas e pesquisa documental de forma que forneça informações que responda a hipótese e objetivos do trabalho. (CRESWELL, 2007, p. 21-23).

Segundo Minayo (2001),

a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 2001, p. 22-23).

No que tange às entrevistas, preparamos um processo de seleção em que “os comunicadores representam de fato o grupo social que buscamos, conferindo confiabilidade dos dados” (BAUER; GASKELL; ALLUM, 2007, p. 22).

Dessa forma, as condições construídas para a pesquisa forneceram instrumental técnico para geração de dados confiáveis apoiados no método de pesquisa qualitativa, e, assim, foi possível tratar, na pesquisa documental e em entrevistas, cada uma das variáveis, as quais, reunidas, atenderam ao objetivo desta pesquisa, quais sejam, levantamentos de informações sobre os movimentos sociais, estratégias de mobilização do movimento feminista, espaços de participação social, e políticas públicas, aqui especificamente a saúde da mulher, que foi acompanhada pelo conceito de saúde que vige no Brasil, de acesso universal e atenção integral, e que sustentou a formulação e aprovação dessa referida política no curso da história.

Para Gaskell (2004, p. 64) “a pesquisa qualitativa se refere às entrevistas do tipo semiestruturada com um único respondente (a entrevista em profundidade)”

Ainda para Gaskell (2004),

a entrevista qualitativa, pois, fornece os dados básicos para o desenvolvimento e a compreensão das relações entre atores sociais e sua situação. O objetivo é uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos específicos. (GASKELL, 2004, p. 65).

Assim na construção deste estudo de caso, partimos da bibliografia sobre movimentos sociais, direito à saúde, reforma sanitária, participação social e saúde da mulher. A seguir, desenvolvemos uma ampla pesquisa documental no acervo da Rede Nacional Feminista de Saúde – Direitos Sexuais e Reprodutivos, as atas do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Relatórios da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (Cismu) e documentos do Ministério da Saúde. A partir dessa documentação, organizamos um roteiro semiestruturado para utilizar nas entrevistas, que tiveram como objetivo investigar as demandas levantadas na hipótese e nos objetivos postos para a pesquisa.

Segundo Gil (1991),

os materiais a serem coletados na pesquisa documental são os que ainda não receberam tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa. Desta forma, além de analisar os documentos de “primeira mão” (documentos de arquivos, igrejas, sindicatos, instituições, etc.). (GIL, 1999, p. 51).

Organizamos uma pesquisa cronológica em relação ao site¹³ da Rede Feminista, por meio do qual pudemos identificar e confirmar questões postas pela hipótese da pesquisa, como o apoio à gestão de Maria José Araújo (Mazé), para ATSM em 2003¹⁴; sobre ações relativas à formulação da PNAISM no Ministério da Saúde; e no monitoramento crítico sobre a implantação do PAISM e depois da PNAISM.

¹³ Disponível em: <<http://redesaude.org.br/comunica/>>.

¹⁴ A médica pediatra e especialista em Saúde da Mulher Maria José Araújo, Mazé Araújo – fundadora da Rede Feminista de Saúde, assume a coordenação da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde. (Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/hotsite/2003/>>).

O método para coleta de dados na pesquisa documental partiu da leitura e seleção de textos que propiciaram a identificação da temática de construção e execução da PNAISM, nas atas do Conselho Nacional de Saúde no período de 2000 a 2006.¹⁵ Embora a PNAISM tenha sido aprovada em 2004, escolhemos esse período estendido para a realização da pesquisa documental a fim de identificar ações mobilizadoras do movimento feminista no CNS, em favor da construção e implantação da PNAISM. Também solicitamos as cópias dos Relatórios de Reuniões da Comissão Intersectorial de Saúde da Mulher, no período de 2000 a 2006, à Secretária Executiva do Conselho Nacional de Saúde, que nos atendeu prontamente. As informações dispostas nessas atas e relatórios possibilitaram identificar as principais dirigentes que representavam o movimento feminista na comissão, seus posicionamentos e o processo de formulação da PNAISM, bem como outras políticas que *pari passu*, foram tratadas em relação à saúde da mulher, destacando seus direitos sexuais e reprodutivos.

Solicitamos também à Secretaria Executiva da Rede Feminista o acesso a seu arquivo físico, o que ocorreu no mês de maio de 2015, onde foi possível identificar documentos históricos da Rede, como seu primeiro boletim, de maio/1992,¹⁶ (a Rede Feminista foi criada em 1991), além de jornais e revistas, livros e documentos com posições públicas sobre planejamento familiar, controle de natalidade, aborto, mortalidade materna, controle social, reforma política, o PAISM e o PNAISM, entre outros.

No decorrer da pesquisa documental, investigamos documentos do Ministério da Saúde sobre o processo de construção da PNAISM, bem como os resultados da referida política para a construção dos processos de atenção integral à saúde da mulher no Plano Plurianual, de 2004 a 2007,¹⁷ que determina as ações do Governo Federal no período citado e orienta o Plano Nacional de Saúde e o orçamento do

¹⁵ As atas do Conselho Nacional de Saúde estão à disposição no endereço: <www.conselho.saude.gov.br>.

¹⁶ Vide Anexo III.

¹⁷ O Plano Plurianual (PPA) é um instrumento previsto no art. 165 da Constituição Federal destinado a organizar e viabilizar a ação pública, com vistas a cumprir os fundamentos e os objetivos da República. Por meio dele, é declarado o conjunto das políticas públicas do governo para um período de quatro anos e os caminhos trilhados para viabilizar as metas previstas, construindo um Brasil melhor. O PPA orienta o Estado e a sociedade no sentido de viabilizar os objetivos da República. O Plano apresenta a visão de futuro para o País, macro desafios e valores que guiam o comportamento para o conjunto da Administração Pública Federal. Por meio dele o governo declara e organiza sua atuação, a fim de elaborar e executar políticas públicas necessárias. O Plano permite também, que a sociedade tenha um maior controle sobre as ações concluídas pelo governo. Disponível em: <<http://antigo.planejamento.gov.br/ministerio.asp?index=10&ler=s1086>>.

Ministério da Saúde em cada um desses anos, e também como esse processo foi acompanhando pelo CNS e pela Cismu, que contou, ainda, com a parceria da Comissão de Orçamento e Financiamento (Cofin)¹⁸ no acompanhamento da execução orçamentária da referida política de saúde da mulher.

Os documentos da PNAISM, conforme citado anteriormente, indicam que a referida política consta do orçamento anual do Ministério da Saúde, do Plano Nacional de Saúde e do PPA e dos relatórios da Cismu, mas não contou com a aprovação pelo Pleno do CNS e pela Pactuação Tripartite.¹⁹ Entender esse processo foi essencial para pesquisar a difusão da referida política, reconhecendo a legitimidade e legalidade que lhe é expressa.

Selecionamos os principais documentos do Ministério da Saúde sobre saúde da mulher, compilando-os, analisando-os e destacando-os para estudo. Ao final, o resultado da pesquisa nos levou ao: PNAISM – Plano de Ação 2004-2007, publicado em 2004. Esse é, de fato, o documento que deixa pública a aprovação da PNAISM, em 2004.

Também selecionamos o Documento sobre Assistência Integral à Saúde da Mulher – Bases de Ação Programática, de 1985, sobre o PAISM, e os Princípios e Diretrizes da PNAISM, publicados em 2004. Ambos explicitam as demandas dos movimentos feministas consignados em documentos oficiais do Ministério da Saúde.

Após esse processo de pesquisa documental, iniciamos as entrevistas para captar informações sobre as estratégias de mobilização do movimento feminista para aprovação da PNAISM.

¹⁸ A Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento tem por finalidade subsidiar o Conselho Nacional de Saúde nas atividades específicas de promotor e apoiador do processo de Controle Social pelos Conselhos de Saúde das demais esferas do poder, em especial, na disseminação das atividades relativas à questão orçamentária e financeira. Acompanhar o processo de execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde no contexto da Seguridade Social no âmbito do Orçamento Geral da União-OGU. Colaborar na formulação de diretrizes para o processo de Planejamento e Avaliação do SUS. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cofim/index.html>.

¹⁹ A formalização do processo de pactuação se dá em relação as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores pelas Secretarias Municipais de Saúde, pela respectiva Secretaria Estadual de Saúde; e Ministério da Saúde, na Comissão Intergestores Tripartite. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/res0005_19_06_2013.html>.

A Comissão Intergestores Tripartite, é constituída (em nível federal) paritariamente por representantes do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Na CIT, são definidas diretrizes, estratégias, programas, projetos e alocação de recursos do SUS. Tem composição formada por 15 membros, sendo cinco indicados pelo MS, cinco Conass e cinco pelo Conasems. A representação de estados e municípios é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões do País. Disponível em: <<http://dev-sus20anos.datasus.gov.br/SUS20ANOS/index.php?area=030303>>.

A partir das informações de atas, relatórios e documentos da Rede Feminista, selecionamos 8 (oito) entrevistadas, dentre as feministas que participavam do CNS e da Cismu, entre 2000 e 2006 e as feministas que coordenaram a ATSM, ou seja, que exerceram cargos de comando no Ministério da Saúde à época da aprovação do PNAISM, e, depois entrevistamos as feministas que participaram da criação do PAISM.

As entrevistas compuseram, então, esse segundo método de coleta de dados. O primeiro foi a pesquisa documental, e para a realização dessa investigação construímos um roteiro semiestruturado de entrevista que permitiu identificar a atuação dessas atrizes no processo de construção e aprovação da PNAISM a partir do PAISM. Nosso roteiro indicava que a política (PNAISM) decorre do programa (PAISM). Também buscamos informações sobre a atuação dessas mulheres no movimento pela Reforma Sanitária e na 1ª Conferência de Saúde da Mulher com objetivo de pesquisar o histórico de ações mobilizadoras e percepções dessas protagonistas nas ações de defesa e desenvolvimento de propostas para saúde da mulher, no Sistema Único de Saúde.

Buscamos identificar as estratégias de mobilização do movimento feminista para a construção da PNAISM e construímos perguntas objetivas para identificar ações como construção de manifestos, passeatas, audiências públicas, participação em Conselhos, em fóruns específicos, ações de comunicação entre os pares e na mídia, além de incentivar as entrevistadas a relatarem situações que consideraram importantes para a construção da PNAISM.

As entrevistas permitiram investigar o processo de construção da PNAISM, no movimento feminista, no MS, no CNS e na Cismu. O roteiro contou com questões que permitiram apurar a implantação da PNAISM, e as lutas permanentes dentro do espaço público, na afirmação da concepção de saúde integral e da saúde da mulher *versus* concepção de saúde materno-infantil e vice-versa, essas batalhas se dão por posições políticas que fogem ao princípio de laicidade do Estado.

Por fim, no propósito de identificar a opinião das feministas sobre a saúde da mulher na atualidade e também as questões referentes à conjuntura, foi apurada a opinião sobre o Programa Rede Cegonha e sobre a Reforma Política. Esta última objetivou informações para futuros trabalhos, já que o universo dessa pesquisa provocou interesse da pesquisadora sobre as posições políticas e as ações do

movimento feminista na atual conjuntura, tanto em sua atuação na área de saúde quanto nas políticas de emancipação feminina.

As entrevistas começaram sempre com comentários gerais sobre conjuntura da saúde pública ou conjuntura nacional, devido ao perfil das entrevistadas. Depois fizemos a apresentação do objetivo da entrevista, o pedido de gravação da conversa com compromisso de envio da degravação à entrevistada. Na conversação sobre os temas, foi possível aprofundar o diálogo sobre a temática de organização do movimento feminista e saúde da mulher. As entrevistas presenciais duram de uma a uma hora e meia. As que foram realizadas utilizando fone (viva-voz) ou *skype* chegaram a 40 minutos.

Nas entrevistas, a troca de informações e questões inusitadas postas pelas entrevistadas promoveu o aperfeiçoamento do escopo da pesquisa. Assim, após a primeira entrevista, o roteiro preparado foi reestruturado e adequado a cada uma das entrevistadas, de acordo com sua atuação no movimento ou em cargos de comando no governo.

As entrevistas foram gravadas, transcritas, enviadas para as entrevistadas e trechos foram citados na dissertação sem identificação de nomes, seguindo um princípio de pesquisa que é a proteção do participante, conforme Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro 2012.²⁰

A análise dos dados teve por objetivo identificar a atuação do movimento feminista na Cismu, no CNS e no MS, para debate e formulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). A pesquisa documental ofereceu parte desses elementos, visto que os registros institucionais do Conselho Nacional de Saúde e Cismu explicitam as proposições e encaminhamentos das representantes dos movimentos de mulheres nesses fóruns institucionais, mas não aprofundam as informações. Os registros da Rede Feminista (revistas, livros sobre controle social, sobre reforma política e o site dessa organização) são fonte apropriada e suficiente de informações sobre as estratégias de mobilização para aprovação da PNAISM. A esses dados da pesquisa documental foram adensados os resultados das entrevistas, propiciando as informações que atenderam aos objetivos da pesquisa, permitindo construir a trajetória do movimento feminista na aprovação da PNAISM.

²⁰ Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>.

Assim, as estratégias de mobilização do movimento feminista para aprovação da PNAISM foram desencadeadas logo depois da criação do Programa de Assistência à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, porque, mesmo com o referido programa aprovado, era necessária mobilização para sua implantação.

Dessa monta, foi possível apreender que a aprovação da PNAISM contou com duas décadas de mobilização passando pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a 1ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher, ocorrida no mesmo ano e cujo relatório espelha o que viria a ser a PNAISM.

Em 2003, com a posse do presidente Lula, o movimento feminista se mobilizou para apoiar a coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher (ATSM), e essa estratégia de ocupação de cargos públicos obteve êxito alçando uma feminista, a coordenação da ATSM, e isso propiciou que o texto da PNAISM fosse construído com a amplitude aguardada pelos movimentos de mulheres e movimento feminista e sustentado no princípio da integralidade da atenção à saúde.

A aprovação da PNAISM contou com o empenho dos movimentos em múltiplas estratégias de ação do movimento feminista para que o governo se movimentasse para a formulação da proposta, para aprovação e implantação desse modelo de atenção integral de cuidado à saúde, ao qual o movimento feminista, os movimentos de mulheres em articulação com o movimento pela Reforma Sanitária aderiram desde os anos de 1970 e pelo qual se mobilizam cotidianamente.

CAPÍTULO I

O MOVIMENTO PELA REFORMA SANITÁRIA, A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

Introdução

A Reforma da Saúde teve como objetivo a Defesa da Vida, e foi essa bandeira que embasou as mobilizações do Movimento pela Reforma Sanitária, nas décadas de 1970 e 1980, tendo como objetivo a adoção de políticas de atenção integral à saúde para toda a população brasileira.

Assim, da aprovação do conceito amplo de saúde na Conferência da Organização Mundial de Saúde, em Nova Iorque, em 1946, até a inclusão desse mesmo conceito na Constituição da República Brasileira, quase três décadas se passaram. Nesse período, o país viveu 20 anos de ditadura militar, de 1964 a 1985. Somente após a redemocratização, as políticas de saúde ganharam densidade, graças à atuação do movimento social, que culminou na definição da saúde como:

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, igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL. CF/1988).

A Carta Magna brasileira também instituiu um sistema único para oferecer a assistência à saúde de forma regionalizada, baseado em três diretrizes essenciais: a descentralização dos serviços; a atenção integral; e a participação da comunidade na definição das políticas de saúde. Para institucionalizar essa participação, foram constituídos espaços democráticos, como os conselhos e as conferências de saúde.

Nesse contexto, o presente capítulo resgata o processo em que seu deu a construção de acordos para a inclusão do direito à saúde e do conceito amplo de saúde no texto da Constituição Federal brasileira, promulgada em 1988. Demonstra-se o protagonismo do Movimento pela Reforma Sanitária como articulador da sociedade na mobilização de forças políticas e sociais para inclusão do Sistema Único de Saúde (SUS), no texto constitucional.

Em seguida, o capítulo aborda o histórico do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o importante papel desse colegiado na fiscalização e deliberação de

políticas de saúde. Apresenta ainda as ações contínuas dos movimentos sociais em defesa do acesso universal e equitativo à saúde e como as conferências de saúde foram decisivas na elaboração dos principais dispositivos legais que regulamentam o SUS.

Por fim, apresenta-se a Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (Cismu), e o trabalho por ela desempenhado, de assessoria ao Pleno do CNS, nos debates sobre temas diretamente relacionados à atenção à saúde da mulher, entre eles a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e a aprovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que é o objeto de análise do presente estudo.

1.1 A Evolução da Assistência Pública à Saúde no Brasil

A identificação da oferta de atendimento público à saúde como atividade de filantropia e caridade remonta às origens do serviço de saúde brasileiro e à relação direta com o trabalho desenvolvido pelas santas casas de misericórdia, ainda no Brasil colônia.

Em artigo publicado na *Revista de Bem com a Vida*, em 2013, a historiadora Ana Paula Marchesotti discorre sobre o aparecimento das santas casas de misericórdia no Brasil. Segundo ela, o primeiro serviço público de saúde brasileiro foi a Santa Casa de Olinda, inaugurada em 1539. Outras 16 instituições semelhantes foram criadas no país até a Proclamação da Independência, em 1822. A autora explica que o modelo brasileiro – inspirado na Santa Casa de Lisboa, fundada em 1498 – tem como princípio basilar

a prática das obras da misericórdia compiladas por Tomás de Aquino no século XII: dar de comer a quem tem fome; dar de beber a quem tem sede; vestir os nus; visitar os doentes e presos; dar abrigo a todos os viajantes; resgatar os cativos; enterrar os mortos. (MARCHESOTTI, 2013, p.10)

Essas instituições, na avaliação de Marchesotti, sempre foram muito mais do que hospitais, não apenas cuidando dos enfermos, mas “alimentando os famintos, sepultando os mortos, educando os enjeitados em seus orfanatos e acolhendo os

recém-nascidos abandonados na Roda dos Expostos²¹” (MARCHESOTTI, 2013, p.10).

Os dados do Ministério da Saúde apontam que hoje existem 1.748 santas casas em atividade no país, conveniadas ao Sistema Único de Saúde.²² Ao longo dos anos, o porte e a capacidade de atendimento dessas instituições ampliaram-se consideravelmente, muito em decorrência do crescimento dos repasses públicos disponibilizados²³ a elas. Isso permitiu expandir o espectro de atendimento para a população “mais favorecida economicamente”, muitas vezes até em detrimento dos menos favorecidos para os quais estão, teoricamente, vocacionadas.²⁴

Recorrendo à história da saúde no Brasil, observamos que, antes da chegada da Família Real Portuguesa, não havia médicos formados no país. Segundo Polignano (2001, p. 3), a cura para os problemas de saúde até então era alcançada a partir do uso dos recursos próprios da terra, como plantas e ervas, agregado aos conhecimentos empíricos e habilidades dos chamados curandeiros.

Polignano (2001, p. 4) relata que, em 1808, Dom João VI fundou os primeiros centros de formação de profissionais médicos no Brasil: o Colégio Médico-

²¹ A Roda dos Expostos – posteriormente abolida pelo Código de Menores de 1927 – era uma espécie de cilindro giratório fixado no muro do hospital da santa casa para acolhimento de recém-nascidos desamparados. A criança colocada na roda era conduzida para dentro das dependências da instituição “sem que a identidade de quem ali a colocasse fosse revelada. As crianças eram acolhidas e educadas pela instituição.” (MARCHESOTTI, 2013, p.10).

²² Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, Coordenação Geral de Hospitais, Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Atualização dos dados: maio 2015).

²³De acordo com levantamento mais recente (2014) da Coordenação-Geral de Controle de Serviços e Sistemas/Departamento de Regulação, Controle e Avaliação de Sistemas/Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, as 450 santas casas que atendem pelo SUS tiveram um aporte considerável de recursos públicos a partir de 2013, com a implementação do modelo de contratualização dos serviços. Pela nova modalidade de contrato, essas instituições passaram a receber, mensalmente, um montante global de recursos e não apenas o pagamento por procedimento realizado, como acontecia até então. Somente em 2014, o Ministério da Saúde destinou R\$ 14,3 bilhões para custeio de atendimentos ambulatoriais, média e alta complexidade realizados pelas santas casas. (Coordenação Geral de Controle de Serviços e Sistemas/Departamento de Regulação, Controle e Avaliação de Sistemas/Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde, 2014).

²⁴ Até 1990, as pessoas sem capacidade de pagamento ou não contribuintes da previdência social, dependiam exclusivamente da caridade para receber atenção médico-hospitalar.” (PATRÍCIO; TEIXEIRA, 2011, p. 57). Com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e a institucionalização do acesso universal e igualitário, “a exclusão formal desapareceu, mas não a iniquidade no acesso aos serviços de saúde no Brasil. Esta subsiste, seja em decorrência de fatores como a desinformação que está associada aos diferenciais de escolaridade, seja por deformação em determinadas políticas públicas.” (PATRÍCIO; TEIXEIRA, 2011, p. 57). Patrício e Teixeira abordam também outra distorção conhecida como “segunda porta” ou “fila dupla” de acesso ao sistema de saúde, em que hospitais privados e universitários atendem pacientes SUS e particulares. “Nesse contexto, o que se alega é a tendência a priorizar o atendimento privado em detrimento do paciente financiado pelo sistema público. E havendo duas filas é notório que uma anda mais rápido que a outra.” (PATRÍCIO; TEIXEIRA, 2011, p. 57).

Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador-BA e a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, no Real Hospital Militar.

Conforme aponta Salles (1971 apud POLIGNANO, 2001), “a carência de profissionais médicos no Brasil Colônia e no Brasil Império era enorme, para se ter uma ideia, no Rio de Janeiro, em 1789, só existiam quatro médicos exercendo a profissão.” Outros estados brasileiros, segundo o autor, sequer podiam contar com tais profissionais.

Diante da ausência de um aprendizado acadêmico adequado, o processo de habilitação como médico

consistia tão somente em acompanhar um serviço de uma botica [farmácia] já estabelecida durante um certo período de tempo, ao fim do qual [esses profissionais] prestavam exame perante a fisicatura²⁵ e se aprovado o candidato recebia a ‘carta de habilitação’, e estava apto a instalar sua própria botica. (SALLES, 1971 apud POLIGNANO, 2001, p. 3).

Polignano (2013) ainda descreve que a falta de um modelo sanitário próprio, nos séculos XVIII e XIX, deixava a população à mercê das epidemias. E para debelar tais doenças, o modelo de intervenção adotado, conhecido como *campanhista*, seguia uma “visão militar em que os fins justificam os meios, e [...] o uso da força e da autoridade eram considerados os instrumentos preferenciais de ação” (p. 4).

Este contexto qualitativo-assistencial permanece no imaginário social até hoje, o que evidencia que a saúde ainda é médico-centrada.

No processo de construção da atenção à saúde no Brasil, o modelo hospitalocêntrico de atendimento se fortaleceu e hegemonizou a organização dos serviços de saúde, fazendo dos hospitais as únicas referências no modelo de atenção.²⁶

²⁵ “A Fisicatura-mor exercia diversas atribuições, como fiscalizar as boticas e lojas de drogas; visitar, nas alfândegas, todas as boticas e drogas que viessem de fora, assim como as que estivessem nos navios que iriam partir; fazer devassa do exercício da medicina; examinar e licenciar boticários; e proceder ao exame de boticários e médicos estrangeiros.” (CABRAL, 2011).

²⁶ Como analisa Cecílio (2000), em artigo para a *Revista Espaço e Saúde*, o hospital tem funcionado como o centro do sistema de saúde brasileiro, atraindo uma demanda “distorcida”, que acaba por sobrecarregar os demais serviços. “Esta forma de atender contradiz todo o discurso racionalizador que pensa o ‘sistema’ como uma pirâmide de serviços hierarquizados, com fluxos racionais de pessoas por níveis crescentes de complexidade conforme suas necessidades, na qual caberia um papel bem definido para o hospital (CECÍLIO, 1997c). Na prática, esta racionalidade não ocorre e resulta na sobrecarga de serviço para o hospital, resultando em uma grande irracionalidade da

A essa prática de atenção à saúde centrada na doença e no hospital – fortalecida pela concepção do bemfazer – foi adicionada a figura do médico como o único detentor do conhecimento e, por isso, concentrador de todo poder na equipe de saúde. Dessa forma, estabeleceu-se um novo modelo de organização dos serviços, subordinado à figura do médico, conhecido como modelo medicalocêntrico,²⁷ que se somou ao hospitalocêntrico. Como analisam Schimith e Lima (2004),

[...] a demanda única para o médico, de atendimentos clínicos, contribui para a falta de acesso e para a vinculação dos usuários a um único membro da equipe. A pouca movimentação na unidade quando o médico está ausente confirma esse achado, o que caracteriza o modelo médico hegemônico, consequência da organização do processo de trabalho que direciona a demanda clínica para o médico. (SCHIMITH; LIMA, 2004, p.1.490).

Oliveira, Mattos e Souza (2009) desvelaram os motivos que levam os brasileiros, apesar da expansão da rede básica de saúde nos últimos anos, a sempre recorrer, num primeiro momento, aos prontos-socorros e hospitais, mesmo diante de situações que não são de urgência e emergência. Nas entrevistas para a pesquisa, coletaram-se vários relatos que demonstram a percepção de usuários do SUS a respeito do atendimento recebido nos postos de saúde, prontos-socorros e hospitais. Nos dois relatos copiados a seguir, por exemplo, a imagem de contingência e insegurança tem predominância em relação aos serviços básicos de saúde do SUS.

Apareceu a dor, aí ia no médico, aqui no postinho, eles falavam assim: “Isso é comum”. Realmente, parecia dor de coluna. Não parecia dor de rim. Eu sentia uma dor terrível aqui. Aí ia aqui no postinho, ele tacava, é, Voltaren, tomava Voltaren e nada de passar a dor. E, assim, foi uns quinze, vinte dias direto. Aí depois eu comecei a ir lá no pronto-socorro, porque eu já não estava aguentando mais de dor. Lá eles fizeram o exame e de lá já mandaram pro hospital. Pra ser internada.

[...]

organização da atenção. Embora esta sobrecarga de demanda seja mais evidente e tensionadora nos serviços de urgência/emergência, ela também é sentida nos ambulatórios e mesmo nas enfermarias.” (CECÍLIO, 2000).

²⁷ “A população ainda solicita que o atendimento seja realizado pelo profissional/médico (clínico, pediatra e ginecologista), sendo os outros tipos e formas de atenção à saúde entendidos como secundários. O modelo é ‘medicalocêntrico’” (PINHO, 2006).

Eu acho que no SUS a gente tem que ter é sorte! Não, é sério! A gente tem que ter é sorte! Você vê; cheguei lá, não demorou muito pra me atender. Acho que aquele dia eu tava naqueles dias de sorte. Eles foram, sabe, muito atenciosos com ela. Ela tava chorando, tudo. E eles com muita paciência com ela. (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009, p. 9-10).

Os autores verificaram, nas entrevistas, uma clara presença do discurso da assistência à saúde como um “favor à população mais pobre do país, bem longe de ser um exercício de direito de cidadania” (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009, p. 9-10). Contam que esse sentimento apareceu de diversas formas nos relatos, demonstrando “ausência de uma atenção mínima, desinteresse do profissional pelo usuário, falta de sensibilidade à experiência de sofrimento, falta de cordialidade” (p.10).

Esse médico, eu vou falar uma coisa pro senhor, misericórdia! Eu falei: “Doutor, eu tô assim, assim”. Eu estava conversando com o doutor e as minhas lágrimas descendo e eu chorando, entendeu? E ele só falou: “Toma isso aí!” Toma isso aí, é. Diazepam! Enquanto eu tava colocando os meus documentos dentro da bolsa, ele levantou e falou: “Levanta, levanta, que eu tenho muitos pacientes pra atender! Levanta que tem muita gente pra eu atender aqui”. Desse jeito! Ele não olhou no meu rosto. Não olhou. (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009, p. 11).

A prática médico-centrada atravessa a história do Brasil e da saúde e a passagem para a política de atenção básica é um desafio constante.

1.2 A Saúde como Direito

Como, então, entender a atenção à saúde enquanto um direito, se o cuidado dos doentes, no Brasil, sempre foi tratado como um favor? Para responder a essa pergunta, é essencial elucidar os conceitos de saúde e de direito à saúde.

Na história da humanidade, muitos pensadores já se dedicaram a conceituar o termo “saúde”.

Hipócrates, filósofo grego que viveu no século V a.C., refere a influência da cidade e do tipo de vida de seus habitantes sobre a saúde e afirma que o médico não cometerá erros ao tratar as doenças de determinada localidade quando tiver compreendido adequadamente tais influências”. (DALLARI, 1988, p. 58)

Dallari (1988) indica também outra corrente de pensamento que entende saúde apenas como sendo a ausência de doenças. Essa corrente, segundo a autora, tem origem nos trabalhos do filósofo francês Descartes, no início do século XVII, que comparava o corpo humano a uma máquina. “Nessa linha de evolução, o século XIX enfatizou o caráter mecanicista da doença. Sob o predomínio da máquina, a sociedade industrial procurou explicar a doença como sendo o defeito na linha de montagem que exigia reparo especializado” (p. 58).

Para entender o significado da expressão “direito à saúde”, esta autora aponta a necessidade de analisar semanticamente o termo “direito”, em toda a sua complexidade.

De fato, a palavra direito refere-se a um ramo do conhecimento humano — a ciência do direito —, ao mesmo tempo em que esclarece seu objeto de estudo: o direito, um sistema de normas que regulam o comportamento dos homens em sociedade. [...] O termo é empregado com seu sentido de direito subjetivo na reivindicação do “direito à saúde”. (DALLARI, 1988, p.59)

Para Dallari (1988), o direito à saúde é “observado como direito individual, o direito à saúde privilegia a liberdade em sua mais ampla acepção” (p. 59).

As pessoas devem ser livres para escolher o tipo de relação que terão com o meio ambiente, em que cidade e que tipo de vida pretendem viver, suas condições de trabalho e, quando doentes, o recurso médico-sanitário que procurarão, o tipo de tratamento a que se submeterão entre outros. Note-se, porém, que ainda sob a ótica individual o direito à saúde implica a liberdade do profissional de saúde para determinar o tratamento. Ele deve, portanto, poder escolher entre todas as alternativas existentes aquela que, em seu entender, é a mais adequada. (DALLARI, 1988, p. 59).

Assim, para a autora, apenas o Estado que tiver o direito à saúde reconhecido em sua política de desenvolvimento poderá garantir as mesmas medidas de proteção e iguais cuidados para a recuperação da saúde para todo o povo. Considerando o direito à saúde como direito individual, que deve determinar o direito de escolha e ainda “apropriar-se da liberdade e da igualdade”, caracterizando-se “pelo equilíbrio instável desses valores”, verificamos que a garantia e a efetivação desse direito pelo Estado contrastam com os estados autoritários e com os modelos de saúde hospitalocêntrico e medicalocêntrico.

No Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, a saúde é conceituada da seguinte forma:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das forças de organização social da produção, as quais podem gerar grande desigualdade nos níveis da vida. (BRASIL, 1986, p. 4).

O direito à saúde subscrito na Declaração Universal de Direitos Humanos, de 10 de dezembro de 1948, aprovada após as atrocidades causadas ao mundo pela 2ª Guerra Mundial, defende no art. 25 que:

Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade. A maternidade e a infância têm direito a ajuda e a assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozam da mesma proteção social. (ONU, 1948).

Para Comparato (2001), a Declaração Universal de 1948 representa o apogeu de um processo ético, iniciado com a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, da Revolução Francesa, que

levou ao reconhecimento da igualdade essencial de todo ser humano em sua dignidade de pessoa, isto é, como fonte de todos os valores, independentemente das diferenças de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição". (COMPARATO, 2001, p. 228).

Esse reconhecimento universal da igualdade humana, como explica Comparato, só foi possível "ao término da mais desumanizadora guerra de toda a História", quando se percebeu que a ideia "de superioridade de uma raça, de uma classe social, de uma cultura ou de uma religião [...] põe em risco a própria sobrevivência da humanidade" (COMPARATO, 2001, p. 228)

Assim como o conjunto da Declaração Universal de Direitos Humanos, que conta com a adesão majoritária dos Estados-Nação, o texto sobre a saúde é abrangente e não estipula o papel preponderante do Estado em assegurá-la como direito. Conforme aponta Comparato (2001, p. 225), novos pactos aprovados em 1966 – um deles sobre direitos civis e políticos e outro sobre direitos econômicos, sociais e culturais –, bem como o fortalecimento de organismos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), foram fundamentais para construir o entendimento sobre o direito à saúde universal.

No cômputo dessas importantes ações, está a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada na cidade de Alma-Ata, Cazaquistão, em 1978. Na ocasião, os 134 países participantes propuseram uma meta de, por meio da atenção primária à saúde, “atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000. Essa política internacional ficou conhecida como ‘Saúde para Todos no Ano 2000’” (MATTA; MOROSINI, 2009, p.1)

No Brasil, para alcançar a garantia e a efetivação do direito à saúde, outras importantes ações foram desenvolvidas na sociedade. Nos anos de 1960, por exemplo, durante o Governo João Goulart, a defesa das chamadas “reformas de base” reunia sob essa ampla denominação um conjunto de iniciativas: as reformas bancária, fiscal, urbana, administrativa, agrária e universitária.

Sustentava-se ainda a necessidade de estender o direito de voto aos analfabetos e às patentes subalternas das forças armadas, como marinheiros e sargentos, e defendia-se (sic) medidas nacionalistas prevendo uma intervenção mais ampla do Estado na vida econômica e um maior controle dos investimentos estrangeiros no país, mediante a regulamentação das remessas de lucros para o exterior. O carro-chefe das reformas era, sem dúvida, a reforma agrária que visava eliminar os conflitos pela posse da terra e garantir o acesso à propriedade de milhões de trabalhadores rurais. (FERREIRA, 2004, p.325)

Em 1963, o presidente da República João Goulart e o então ministro da Saúde, Wilson Fadul, convocaram a 3ª Conferência Nacional de Saúde, 13 anos após a segunda conferência. De acordo com Decreto nº 52.301, de 24 de julho de 1963, a 3ª Conferência Nacional de Saúde deveria discutir os seguintes temas: a situação sanitária da população brasileira; a distribuição e coordenação das atividades médicos-sanitárias dos níveis federal estadual e municipal; a municipalização dos serviços de saúde; e a fixação de um plano nacional de saúde.

A maioria das proposições foram aprovadas no Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1963),²⁸ que ocorreu de 9 a 15 de dezembro de 1963, no Rio de Janeiro. No capítulo referente à municipalização dos serviços, o compromisso das três esferas de gestão é pontuado como fundamental para fortalecer as ações de saúde no município. Foram propostos e aprovados cinco indicativos para organização dos serviços de saúde municipais: as medidas primárias de saneamento do meio; fiscalização dos gêneros alimentícios, das habitações e dos estabelecimentos que lidam com a produção e o comércio de alimentos; imunização contra as doenças transmissíveis; prestação dos primeiros socorros de assistência a doentes; e levantamento dos dados de estatística vital.

A 3ª Conferência Nacional de Saúde teve como principais pontos a temática do enfrentamento de doenças transmissíveis e a redução da mortalidade infantil e da mortalidade materna, contudo as propostas de aumento de recursos foram direcionadas mais para a redução da mortalidade infantil.

O processo de adoção das reformas de base e sanitária, defendidas pela 3ª Conferência Nacional de Saúde, foi interrompido pelo Golpe Militar de 1964, mas a defesa de um sistema de saúde público germinou.

1.3 A Reforma Sanitária no Brasil

Mesmo diante da tensão e do silêncio impostos pela ditadura militar de 1964, movimentos sociais brasileiros se organizaram na luta pela redemocratização do país. O Movimento pela Reforma Sanitária²⁹ destacou-se, na década de 1970, pela defesa de um programa sanitário que organizasse os serviços de forma a promover atenção irrestrita e solucionar os problemas de saúde constantes do quadro epidemiológico do período.

²⁸ **Relatório da 3ª Conferência Nacional de Saúde.** Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_3.pdf>.

²⁹ “O termo ‘reforma sanitária’ foi usado pela primeira vez no país em função da reforma sanitária italiana. A expressão ficou esquecida por um tempo até ser recuperada nos debates prévios da 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando foi usado para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, introduzindo uma nova ideia na qual o resultado final era entendido como a melhoria das condições de vida da população.” (FIOCRUZ, 2011).

A redução da mortalidade infantil,³⁰ por exemplo, aparecia como um grande desafio, visto que a proporção em 1970 chegava a 115 óbitos a cada mil nascimentos. O sucesso da mobilização e do empenho pela superação desse desafio aparece nos indicadores de mortalidade infantil atuais: 14,40 óbitos por mil nascidos vivos, em 2014.³¹ Essa redução de quase 90% é resultado direto das ações preventivas contínuas promovidas pelo SUS, a partir da década de 1990. O projeto defendido pelo Movimento pela Reforma Sanitária era de longo prazo, ou seja, de criação de um sistema público e unificado de saúde, demanda já esboçada nas propostas da 3ª Conferência Nacional de Saúde³² pela universalização do acesso aos serviços.

O Relatório Final da 7ª Conferência Nacional de Saúde,³³ realizada de 24 a 28 de março de 1980, demonstra forte influência do movimento sanitário desde a escolha do tema para a conferência: “Extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos”, uma temática ancorada na Conferência Internacional de Alma-Ata, a qual preconizou a atenção primária à saúde como um dos pilares de organização dos sistemas de saúde no mundo.

Tanto o ministro da Saúde, Waldyr Arcoverde, quanto o presidente da República, João Figueiredo, marcaram presença na abertura da 7ª Conferência Nacional de Saúde. A atividade reuniu 402 participantes, na maioria médicos, dentre eles importantes dirigentes do movimento sanitário como: Ana Maria Costa, Ana

³⁰ Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a taxa de mortalidade infantil é calculada pela frequência de óbitos infantis (menores de um ano) em relação ao número de nascidos vivos em uma população, em determinado ano civil. Se expressa para cada mil crianças nascidas vivas. O Censo Demográfico 1950-1997 indicava que a taxa de mortalidade infantil no Brasil, em 1970, era de 115 óbitos a cada mil nascimentos. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm/http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/evolucao_perspectivas_mortalidade/evolucao_mortalidade.pdf>.

³¹ Disponível em: <<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil>>.

³² O Relatório da 3ª Conferência Nacional de Saúde em 1963, no item “c) Municipalização dos Serviços de Saúde” – fazendo referência ao Dicionário Histórico, Geográfico e Etnográfico do Brasil, do professor J. P. Fontenelle –, apontava a urgência de coordenar e uniformizar tôdas as atividades relacionadas à assistência à saúde, “pondo-as sob a direção de uma autoridade central – um ministro de Estado, chefiando uma espécie de estado maior de técnicos especializados – com um chefe de serviços em cada estado e um centro de ação higiênica em cada município. [...] E mais, como não há outro bem que a saúde possa igualar, e sendo levada a cada canto do país, por influência e decisão do govêrno central – que deve ser o govêrno de todos os Estados – mais estreitos se tornarão os laços que unem as Unidades da Federação, contribuindo para firmar a indissolubilidade da pátria comum”. (Trecho do Relatório da 3ª Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_3.pdf>.

³³ Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_7.pdf>.

Pelliano, Arlindo Fábio, Isabel dos Santos, José Carvalho de Noronha, Roberto Passos Nogueira, Tania Celeste, Sebastião de Moraes e Carlyle Guerra.

Nas deliberações da 7ª Conferência, constam como diretrizes para saúde da mulher os cuidados para com a atenção à saúde materno-infantil, indicando que o atendimento a este grupo seria componente prioritário nos serviços básicos de saúde, dentro do conceito de atendimento integrado à família, sem que se constituísse um programa, e ainda, indicava que a prioridade de atenção fosse aos cuidados no período perinatal.

Após a realização da 7ª Conferência, foram realizadas as duas primeiras edições do Simpósio Nacional sobre Política de Saúde, na Câmara dos Deputados, em 1979 e 1982, respectivamente, as quais foram decisivas na divulgação do Movimento pela Reforma Sanitária, fazendo crescer, também no meio Legislativo, a bandeira de criação de um sistema de saúde com capacidade de atender às necessidades de toda a população de forma irrestrita.

Na década de 1970, os serviços de saúde eram seletivos e não ofereciam acesso universal. Como explica Dowbor (2012, p. 92), “a saúde naquela época no Brasil não era um direito social e sim, por um lado, um benefício prestado mediante a contribuição e, por outro, um serviço praticamente emergencial, rarefeito e apoiado na caridade e filantropia”.

Em termos práticos, havia dois subsistemas. Um deles, sob comando do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), destinado aos trabalhadores com registro na Carteira Profissional emitida pelo Ministério do Trabalho.

Dispondo de mais de 80% do total dos recursos setoriais, o caráter privatizante do sistema consistia na contratação de provedores privados para fornecer os serviços de assistência à saúde. Esses eram favorecidos por verbas especiais para a construção dos estabelecimentos hospitalares e pelo Estado que lhes assegurava os contratos [...] Todo esse subsistema repousava na assistência médico-hospitalar curativa em detrimento das ações preventivas. (DOWBOR, 2012, p. 91-92).

O outro subsistema era voltado para a parcela da população que, mesmo trabalhando muito, não possuía registro profissional.

Em comparação ao primeiro subsistema, esse era marginal em termos de recursos e estabelecimentos. A população de alta vulnerabilidade do ponto de vista social e econômico podia recorrer apenas a escassos serviços fornecidos pelas Secretarias Estaduais

de Saúde – visto que os municipais eram praticamente inexistentes (Carvalho, 2011) – e aos estabelecimentos filantrópicos, popularmente chamados “Santas Casas”. (DOWBOR, 2012, p. 91-92).

Nesse período, para reforçar a articulação em busca de apoio político para a universalização dos serviços de saúde, os militantes do Movimento pela Reforma Sanitária utilizaram como estratégia a ocupação de cargos na administração pública e a apropriação de espaços estatais, inclusive à frente do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps).

Seu uso era importante não só do ponto de vista da introdução das ações reformistas, mas da capacidade de recrutamentos de novos adeptos, da mobilização e vivências coletivas nas quais a identidade coletiva podia ser constantemente construída e reconstruída. (DOWBOR, 2012, p. 28-29)

Para Dowbor, a ocupação de cargos públicos contribuiu para a formulação de propostas em favor da reforma sanitária, por dentro do aparelho do Estado.

O que faz o movimento social quando se torna parte do governo? A análise de algumas áreas mostra que os atores redesenham as instâncias do Estado de acordo com as suas prioridades, adequam as ações à sua visão e criam novas que correspondem aos seus objetivos, engendram pontos de acesso e influência para tornar a sua atuação possível, além da permanência incerta no governo, e usam a ação estatal como instrumento de suas futuras mobilizações. Se o movimento se tornou o Estado, o Estado se tornou movimentista, moldado à imagem das formas de ação do Movimento pela Reforma Sanitária. (DOWBOR, 2012, p. 254).

No processo de reabertura política, demarcado pela Lei da Anistia, em 1979, os movimentos sociais passaram a se reorganizar diante de inúmeras necessidades básicas da população, como acesso à energia elétrica e água, nas cidades-dormitório das regiões metropolitanas; combate à recessão econômica, assim como direito à terra. Em defesa dessas reivindicações, a atuação de movimentos sociais e do sindicalismo, nos setores privado, público, nas áreas urbanas e rurais, foram crescendo. Alguns movimentos se expandiram, como a Confederação Nacional das Associações de Moradores, reunindo as organizações de bairros periféricos e o Movimento dos Sem Terra (MST), de luta contra o latifúndio. O período foi propício à

criação de outras entidades de luta, como a Central Única dos Trabalhadores, as Comunidades Eclesiais de Bases (CEB) e da Comissão Pastoral da Terra.

Interessante observar que nem a recessão, a inflação, a violência ou o desemprego, característicos da conjuntura política e social dos anos 1980, desmotivaram os movimentos sociais nas lutas pela redemocratização do país. Em 1984, milhões de pessoas foram às ruas pela Campanha das Diretas Já.

O sentido republicano da campanha das “diretas já” é inequívoco. A presença de trabalhadores, estudantes, desportistas, jornalistas, políticos, artistas, intelectuais, clérigos e mulheres nas ruas e praças brasileiras correspondeu a um forte protesto contra a ausência de liberdades no Brasil. Também serviu como canal de expressão do descontentamento com a condução da economia pelo governo militar. O Brasil nos anos de 1980 passava por um período recessivo e inflacionário, que corroía as condições de vida da população brasileira. Crise econômica e aspiração democrática, portanto, alimentaram a campanha das diretas já. (DELGADO, 2007, p. 4).

Foi um momento histórico de profundas alterações nos rumos do país, com importantes vitórias para a democracia política. No mesmo período, greves de várias categorias de trabalhadores demarcaram as lutas por melhores condições de vida e trabalho e incentivaram a recomposição de movimentos sociais e partidos políticos.

Interpretações economicistas sobre processos históricos afirmam terem sido os anos de 1980 uma década perdida. Essa visão não corresponde, por inteiro, à realidade, pois não considera que o período, que se estende de 1978 (greves do ABC) a 1998 (promulgação da nova Constituição) não foi perdido no que tange ao crescimento das organizações populares e à reconquista da democracia. A década de 1980, na verdade, comportou uma pressão crescente pela redemocratização do país. (DELGADO, 2007, p. 5).

Essas ações combinadas fizeram surgir novos fóruns e frentes partidárias – dando fim ao bipartidarismo do regime militar³⁴ – que qualificaram os movimentos e

³⁴ Em 1965, os partidos políticos haviam sido extintos pelo Ato Institucional nº 2. “Em seguida, o Ato Complementar n. 4 (de 1966) instituiu o bipartidarismo como solução para garantir ao governo maioria estável no Congresso Nacional. Assim surgiram a Aliança Renovadora Nacional (Arena), partido do governo, e o Movimento Democrático Brasileiro (MDB), órgão da oposição majoritariamente moderada e construtiva. O bipartidarismo consolidou-se e continuou vigente por quatorze anos.” (RIDENTI, 2014, p. 5). “Ao agregar num único partido todas as forças de contestação, agora muito mais fortes do que antes, o governo nada tinha a ganhar. Àquela altura, o MDB era mais uma frente política que um partido, com várias facções internas. A oportunidade institucional veio em 1980, com o fim do bipartidarismo, que propiciou o nascimento do Partido dos Trabalhadores (PT).” (RIDENTI, 2014, p. 11).

fortaleceram suas pautas de reivindicações. Iniciou-se, então, um processo de ação contínua pela melhoria das condições de vida do povo brasileiro que culminou com a convocação da Assembleia Nacional Constituinte, a promulgação da Constituição Federal de 1988 e os processos eleitorais diretos a partir de 1989.

Na área da saúde, o Movimento pela Reforma Sanitária, constituído, a princípio, por intelectuais e técnicos da área, recebeu reforço de diversos setores da sociedade civil (sindicatos, partidos, associações, movimento populares). Assim, como explica Dowbor (2012), a luta pelo acesso universal à saúde como direito do cidadão brasileiro e dever do Estado se ampliou e ganhou visibilidade nacional.

Apesar do radicalismo da demanda nas fases iniciais de sua trajetória, nos anos 1970 e 1980, o movimento recorreu pouco a protesto. Todavia, atuou por meio de outras ações como o *lobby* parlamentar, a ocupação de cargos no Estado, a apropriação de espaços coletivos estatais para as finalidades do movimento, a criação de associações em torno das questões mais candentes, além de fomentar, ao longo de trinta anos, eventos recorrentes e regulares nos quais a defesa do sistema universal gratuito e integral de saúde contra seus opositores sempre esteve presente. (DOWBOR, 2012, p. 26).

As ações permanentes repercutiram favoravelmente aos serviços de saúde. Em várias cidades, nos bairros mais pobres, os partidários da reforma sanitária aperfeiçoaram os serviços de saúde, ampliaram as equipes de profissionais e, principalmente, garantiram a unidade em torno de um projeto de saúde coletiva para o Brasil, demonstrando a viabilidade do projeto e consolidando o Movimento pela Reforma Sanitária.

As fronteiras do Movimento Sanitário se ampliaram na época e incorporaram cerca de 160 entidades e grupos que participavam das mobilizações promovidas pela plenária, entre os quais, o Movimento Popular de Saúde (MOPS), os Conselhos de Saúde de vários bairros de São Paulo, as centrais sindicais, as federações, os sindicatos de profissionais de saúde, os partidos políticos (Ofício, 1988). A coordenação da Plenária era composta por um conjunto de entidades que possuíam sede em Brasília e, entre elas, encontravam-se as entidades representantes do movimento popular, como a Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM), o Movimento Popular de Saúde (MOPS); e do movimento sindical, como o Conselho Federal de Medicina, a Federação Nacional dos Médicos, a Associação Brasileira de Enfermagem, a Federação Nacional de Enfermeiros e entidades como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (Silva, 2005:89 apud BRASIL/MS/SEGEP, 2006). (DOWBOR, 2012, p. 134-135).

Na mobilização pela reforma sanitária, a proposição de universalização do atendimento ganhou ainda mais força agregada a outros elementos, como a descentralização³⁵ dos serviços. Para universalizar a assistência era necessário descentralizá-la, ou seja, fazer com que o comando dos serviços de saúde passasse aos municípios, com apoio financeiro e cooperação técnica dos estados e da União. Na época, os serviços de saúde municipais eram mínimos; a maioria mantinha apenas prontos-socorros. Já os estados gerenciavam postos de puericultura³⁶ e hospitais gerais, em regiões de grande densidade populacional, além de hospitais psiquiátricos e hospitais-colônias de hanseníase. O governo federal mantinha hospitais gerais e hospitais especializados gerenciados pelo Inamps, em diversas cidades. Pegando o exemplo do município de Bauru, em São Paulo, Dowbor (2012), relata como era a situação de várias outras cidades brasileiras.

Até 1983, os serviços municipais de saúde de Bauru resumiam-se, a semelhança de outras cidades, a um pronto-socorro e cinquenta funcionários. Isso não significava a ausência completa de equipamentos de saúde. Esses existiam sob a responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde e o Inamps, ainda que insuficientes sobretudo na matéria de cuidados primários e programas voltados a grupos de necessidades especiais. (DOWBOR, 2012, p.155).

Compreendendo a estrutura federativa do Brasil, que garante autonomia política e administrativa à União, aos estados e aos municípios, seria necessário um pacto federativo para a implantação do Sistema Único de Saúde. Nesse pacto deveriam ser elaborados e difundidos critérios transparentes, em contraposição aos conhecidos critérios político-eleitorais e clientelistas, a fim de fortalecer o município e

³⁵ Stein (1999) alerta para a dificuldade de definir uma única acepção para o termo descentralização, visto que o conceito se relaciona a variadas visões de mundo com preocupações e prioridades diversas. “Na maioria das vezes, o termo descentralização é relacionado a algo positivo, como mais autonomia e menos burocracia, ou mais participação e ampliação da democracia, implicando o controle das políticas [...]” (STEIN, 1999, p. 31) De acordo com Stein, a organização do sistema descentralizado deveria se dar em duas direções: da esfera federal para a estadual e municipal, a chamada de *municipalização*; e do Estado para a sociedade. Neste texto, o termo descentralização refere-se à primeira direção descrita por Stein, ou seja, “ao deslocamento do poder entre distintos níveis de governo, isto é, à transferência do poder federal aos governos estaduais e municipais”. (STEIN, 1999, p. 31) Segundo a autora, esse tipo de descentralização se desdobra em duas dimensões: a financeira (na qual ocorre a redistribuição das receitas públicas) e a político-institucional (que agrega novos arranjos no sistema de competências governamentais).

³⁶ “Conjunto de noções e técnicas voltadas para o cuidado médico, higiênico, nutricional, psicológico, etc. das crianças pequenas, da gestação até quatro ou cinco anos de idade.” (HOUAISS, 2009).

passar para ele o comando único dos serviços de saúde, permitindo que o planejamento e a gestão fossem desenvolvidos de acordo com a realidade local.

Além das questões de organização dos serviços, o debate sobre o modelo assistencial era preponderante e versava sobre a oferta de mais recursos financeiros e prioridade política para ações de promoção da saúde, e não somente para o tratamento de doenças. Essas questões faziam com que os debates sobre “saúde e doença” se harmonizassem em favor de um conceito de atenção integral à saúde, que priorizasse as práticas voltadas à prevenção, promoção, proteção, atenção e recuperação da saúde, ultrapassando a concepção tecnicista de saúde curativa e promovendo um conceito ampliado de modelo de atenção à saúde com participação ativa e decisiva da sociedade.

Os movimentos sociais articulados pelo Movimento pela Reforma Sanitária percebiam que a participação efetiva da sociedade na formulação e deliberação das políticas públicas de saúde indicava a necessidade de democratização dos espaços públicos, como conselhos e conferências, para a sustentação do Sistema Único de Saúde.

E foi em torno dos temas da universalização do atendimento, da descentralização da gestão, do modelo de atenção e da participação popular que se desenvolveram os debates da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde.

De 17 a 21 de março de 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde³⁷ reuniu, em Brasília-DF, mais de cinco mil militantes, representando a sociedade civil, os movimentos sociais e populares e os profissionais de saúde. O então ministro da Saúde, Roberto Figueira Santos, e o presidente da República, José Sarney, participaram da abertura da conferência, que foi coordenada pelo médico sanitário Sérgio Arouca. A presença de nomes engajados no Movimento pela Reforma Sanitária também foi marcante, muitos deles à época ocupavam cargos no governo e também na comissão organizadora da referida conferência.³⁸

A conjuntura política em favor da redemocratização do país foi determinante para a mobilização em torno da 8ª Conferência Nacional de Saúde, suscitando unidade dos movimentos para aprovação de propostas alinhadas em defesa da

³⁷ A íntegra do Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde está disponível para consulta no site do CNS: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>.

³⁸ Consta do Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde; secretário-geral do Ministério da Saúde: José Alberto Hermogenes; presidente da Comissão Organizadora: Antonio Sérgio da Silva Arouca; relatores: Solón Magalhaes Viana e Roberto Passos Nogueira. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>.

atenção integral à saúde, da universalização da assistência, da descentralização dos serviços e da participação popular. Essas deliberações coesas proporcionaram a construção de estratégias de mobilização para levar o Relatório Final, em forma de emenda popular,³⁹ à Assembleia Nacional Constituinte e, por conseguinte, aprová-lo como o Capítulo da Saúde na Constituição Federal de 1988.

A elaboração e promulgação da Constituição Cidadã foi um coroar do movimento pela redemocratização do país, uma lição de cidadania, uma disputa pela hegemonia e por um modelo de sociedade democrática.

O processo constituinte, o amplo movimento de “Participação Popular na Constituinte”, que elaborou emendas populares à Constituição e coletou subscrições em todo o país, marca este momento de inflexão e uma nova fase dos movimentos sociais. [...] “Na luta fazemos a lei” era o *slogan* de muitos candidatos do campo democrático-popular ao Congresso constituinte, revelando seu caráter de espaço de afirmação das mobilizações sociais no plano dos direitos instituídos. (CARVALHO, 1998, p. 3).

A luta para fazer valer a Constituição e democratizar o Estado contava com muita organização e disposição dos movimentos sociais e entidades da sociedade civil.

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, o programa de assistência integral à saúde da mulher (PAISM) recebeu apoio, com destaque ao planejamento familiar, o aborto, a situação da mulher e das minorias e o combate ao câncer ginecológico. Também foi expressado nas falas de palestrantes, como Carmem Barroso, que representou o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, no evento. Além disso, foram propostas outras questões de qualidade de vida da mulher, como aposentadoria aos 30 anos de trabalho, com salário integral.

³⁹ O encaminhamento da emenda popular à Assembleia Nacional Constituinte ficou a cargo da Plenária Nacional de Saúde. Como explica Whitaker (1989), apesar de a emenda da saúde não ter alcançado um número tão alto de assinaturas – foram 54.133, enquanto a emenda da reforma agrária teve mais de um milhão –, o total de entidades envolvidas era sem dúvida o mais expressivo de todos. “Enquanto a maioria ficou com o número mínimo necessário de três entidades, a emenda da saúde foi encaminhada por 160, sendo campeã nesse aspecto (WHITAKER, 1989 apud DOWBOR, 2012 p.152). “Entre os assinantes, encontravam-se as Plenárias de Entidades e Movimentos de Saúde estaduais (São Paulo, Rio Grande do Sul e Paraíba), os Movimentos Populares de Saúde, os Conselhos de Saúde de vários bairros de São Paulo, as centrais sindicais, as federações, os sindicatos, as associações de trabalhadores de saúde, as entidades científicas e os partidos políticos. A emenda foi apresentada na Comissão de Sistematização da Assembleia Nacional Constituinte por três emblemáticos militantes do movimento: Sérgio Arouca (como presidente da Fiocruz), Guilherme Rodrigues dos Santos (como professor da USP) e Eduardo Jorge, médico sanitário da Secretaria Estadual de Saúde e deputado federal Constituinte pelo PT-SP (Arouca, 1988, 43-45).” (DOWBOR, 2012, p. 153).

1.4 Histórico do Conselho Nacional de Saúde

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi criado em 13 de janeiro de 1937, durante o governo de Getúlio Vargas, como órgão técnico e consultivo do Ministério da Educação e Saúde que debatia apenas questões internas à pasta, com a função de assessorar o ministro de Estado da Saúde, e continuou com as mesmas funções após a separação dos ministérios da Saúde e da Educação Pública, definida pelo Decreto nº 34.347, de 8 de abril de 1954. Portanto, até 1990, a atuação do Conselho Nacional de Saúde (CNS) se restringia a colaborar com o gestor federal no estudo de assuntos pertinentes ao setor saúde.

Após a promulgação da Constituição de 1988, o Movimento pela Reforma Sanitária deu início à jornada pela regulamentação do Capítulo da Saúde. A Lei nº 8.080, de 19 de dezembro de 1990, foi, então, elaborada com o objetivo de organizar as ações e serviços de saúde, consignados nas diretrizes do SUS.

Quando da publicação da Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990, o texto proposto inicialmente pelos dirigentes do Ministério da Saúde sofreu cortes. Mantiveram-se os itens relativos à descentralização dos serviços e à atenção integral, mas os referentes à participação da comunidade foram vetados pelo então presidente da República, Fernando Collor de Melo.

Uma grande mobilização da sociedade civil contra os vetos fez com que, em 28 de dezembro de 1990 – passados apenas três meses da publicação da Lei 8.080, de 1990, fosse publicada a Lei nº 8.142, tratando especificamente: da participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde; das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde; e da obrigatoriedade de o Poder Executivo apresentar relatórios de gestão aos conselhos de saúde.

No processo de mobilização social pela regulamentação do Capítulo da Saúde da Constituição Federal, o Movimento pela Reforma Sanitária havia conseguido estabelecer uma frente de negociação com o então ministro da Saúde, Alcení Guerra. Assim, antes mesmo da aprovação das Leis nºs 8.080/1990 e 8.142/1990, a composição do Conselho Nacional de Saúde foi alterada, possibilitando a entrada de representantes da sociedade civil no colegiado.

O resultado dessa negociação entre o movimento social e o governo se materializou na aprovação do Decreto nº 99.438, de 7 de julho de 1990, que

incorporava as decisões da 8ª Conferência Nacional de Saúde e da Constituição Federal e estabelecia novas atribuições para o Conselho Nacional de Saúde. Esse fato foi decisivo para superar os vetos descritos na Lei nº 8.080, de 1990, pois o CNS já estava reforçado com a participação popular.

A nova legislação fixou na composição do CNS representantes dos usuários, trabalhadores da saúde, gestores federais, estaduais e municipais e prestadores de serviço de saúde. Os usuários passaram a contar com 50% das vagas; os outros 50% seriam divididos entre trabalhadores, gestores e prestadores de serviço.

Nesse contexto, os conselhos gestores de políticas públicas, como o CNS, constituíram-se em “espaços públicos de composição plural e paritária entre Estado e sociedade civil, de natureza deliberativa, cuja função é formular e controlar a execução das políticas setoriais” (TATAGIBA, 2002, p. 54).

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) passou a compor a estrutura do Ministério da Saúde e os conselhos e conferências previstos na Lei nº 8.142, de 1990, incorporaram o SUS na missão de formular, fiscalizar e deliberar sobre as políticas de saúde, e atua em questões que dizem respeito “à dimensão da cidadania, à universalização de direitos sociais e à garantia ao exercício desses direitos” (p. 54).

A participação popular organizada na área da saúde foi uma das propostas defendidas e aprovadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde entre as ações consideradas primordiais, e foi aprovado que:

Para assegurar o direito à saúde a toda a população brasileira é imprescindível: [...] estimular a participação da população organizada nos núcleos decisórios, nos vários níveis [de governo], assegurando o controle social sobre as ações de estado. (BRASIL, 1986, p. 8)

No texto constitucional, a participação da comunidade está inscrita como uma das três diretrizes de organização do SUS:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988)

Essa indicação de participação da comunidade na Constituição Federal, como dissemos, veio atender à proposta da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que defendia o estímulo à participação da população organizada nos núcleos decisórios da saúde.

De 1990 a 2004, a atuação do Conselho Nacional de Saúde foi marcada: pela condução de quatro edições da Conferência Nacional de Saúde; pelo incentivo à criação de conselhos de saúde nos municípios e estados; pelo acompanhamento da Plenária Nacional de Saúde e estímulo à instituição de uma Plenária Nacional de Conselhos de Saúde; pela aprovação da Resolução nº 33, de 1992, que democratizou a composição dos conselhos no país, incorporando o princípio da paridade (50% das vagas para usuários do Sistema Único de Saúde; 25% para trabalhadores da área; e 25% para gestores e prestadores de serviços).

As entidades que compunham o Conselho Nacional de Saúde nesse período reforçaram as ações pela democratização do controle social no SUS e dentro do próprio colegiado, buscando aumentar a participação de entidades da sociedade civil e dos trabalhadores de saúde nas decisões sobre as políticas de saúde.

Os anos 1990 foram marcados por muitos enfretamentos contra tentativas de desconstitucionalização do Sistema Único de Saúde. Em 1995, um projeto do governo federal, aliado à Reforma do Estado de 1995,⁴⁰ propunha que, após o artigo 196 da Constituição Federal – no qual a saúde está assegurada como “um direito de todos e dever do Estado” –, fosse acrescentada a expressão “conforme a Lei”. Essa medida alteraria os quóruns de votação no Congresso Nacional para fazer

⁴⁰ Segundo Bresser-Pereira (2000), muitos foram os resultados positivos dessa reforma para a gestão pública “As principais mudanças legais previstas foram transformadas em leis: a reforma constitucional que ficaria chamada de ‘reforma administrativa’ foi aprovada praticamente na forma proposta pelo governo, flexibilizando o regime de estabilidade e terminando com o regime jurídico único; as agências reguladoras foram criadas e dotadas de autonomia previstas para agências executivas; foram definidas em lei e estabelecidas as primeiras organizações sociais destinadas a executar no setor público não-estatal atividades sociais e científicas que o Estado deseja financiar mas não quer executar diretamente; foi criado o regime de emprego público como alternativa ao cargo público quando não se tratar do exercício de atividade exclusiva de Estado; alterações substanciais na lei regulando o regime de trabalho dos servidores públicos foram introduzidas eliminando privilégios e distorções, os contratos de gestão e o conceito de indicadores de desempenho foram claramente definidos; e uma nova política de recursos humanos foi colocada em prática com ênfase no fortalecimento do núcleo estratégico do Estado e na realização de concursos anuais com pequeno número de vagas de reposição para as carreiras de Estado. Por outro lado, uma estratégia gerencial de administração – a gestão pela qualidade total – foi adotada e passou a ser consistentemente aplicada na Administração Pública Federal e em diversas administrações estaduais e municipais. Finalmente, o apoio recebido pela reforma junto à alta administração pública revelou uma clara mudança de uma cultura burocrática para uma cultura gerencial. Houve, assim, êxito nos três planos da reforma: no institucional, no cultural, e no da gestão.”

alterações na legislação da área da saúde, reduzindo a responsabilidade do Estado. Ao mesmo tempo, abriria a possibilidade de que o Executivo relativizasse o cumprimento dessa conquista social.

O CNS se posicionou contrário ao Plano Diretor da Reforma de Estado de 1995, proposto pelo governo FHC, por considerar que o projeto caminhava na contramão da diretriz de acesso universal aos serviços de saúde. Para Dowbor (2012):

As reformas do Governo de FHC avançaram com base no “expressivo fortalecimento do controle exercido pelo âmbito federal”, e as áreas sociais do governo nacional, nas quais se visava à redução de pobreza, foram submetidas a insulamento. (DOWBOR, 2012, p. 201).

Como se vê, a concepção neoliberal orientou o planejamento e a execução das políticas de saúde na década de 1990, em dicotomia ao descrito no art. 198, inciso III da Constituição Federal, que determina a participação da comunidade como diretriz de funcionamento do SUS. No entanto, a sociedade civil se manteve firme na luta em defesa da manutenção do SUS, conforme estabelecido na letra constitucional.

A partir de 2003, no governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, o diálogo entre os movimentos sociais e a gestão foi revitalizado, permitindo à sociedade civil uma participação mais ativa na avaliação do conjunto de políticas públicas, com destaque às pactuações sobre o modelo assistencial à saúde. “A gestão Lula criou novos conselhos nacionais de políticas públicas e fortaleceu aqueles criados anteriormente. Além disso, foram realizadas mais de 70 conferências nacionais em suas duas gestões” (ABERS; SERAFIM, TATAGIBA, 2014, p. 2).

Em novembro de 2003, com a aprovação do Decreto nº 4.878, de 2003, o Conselho Nacional de Saúde pôde se recompor de acordo com o critério da paridade: 40 membros titulares, sendo 50% representantes de usuários, 25% de trabalhadores da saúde e 25% de gestores e prestadores de serviço. Apesar de a recomposição paritária de forças nos conselhos de saúde já ser uma realidade em várias localidades do país, até aquele momento – numa situação bem paradoxal –, o próprio autor da resolução ainda não havia conseguido cumpri-la. Nos anos de 2003 e 2004, diversas políticas de saúde, que até hoje estão em vigor, foram debatidas e aprovadas no CNS, entre elas: financiamento das ações e serviços de saúde;

reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS; Política Nacional de Assistência Farmacêutica; Política Nacional de Educação Permanente no SUS; e Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Outra importante conquista foi alcançada em 2006, em relação à composição do Conselho Nacional de Saúde. O Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, constituiu processo eleitoral para incorporar outros movimentos e entidades ao Pleno do CNS, bem como para escolha do presidente entre os conselheiros. Pela legislação anterior, o presidente do Conselho Nacional de Saúde era o Ministro da Saúde.

Nesse novo processo de recomposição, segmentos sociais relevantes passaram a compor o colegiado, como os movimentos de negros, populações indígenas, estudantes, mulheres, meio ambiente, entre outros, conforme estabelecia a Resolução CNS nº 361, de 2006.⁴¹

Segundo Dowbor (2012, p. 224), em 2003, uma oportunidade nova se abriu para a consolidação do Sistema Único de Saúde, com a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva e a nomeação de Humberto Costa para o Ministério da Saúde, que indicou diversos sanitaristas para os principais cargos de gestão federais.

Para a autora, “os sanitaristas instrumentalizaram a ação pública de modo a fomentar a mobilização do próprio movimento. Se o movimento se tornou governo, a ação pública deste foi carregada de conteúdo e forma movimentista.” (DOWBOR, 2012, p. 258)

O Conselho Nacional de Saúde, motivado pelo compromisso das entidades que o compõem, configurou-se ao longo dos anos como um dos principais conselhos de políticas públicas do país, buscando cumprir com mais qualidade seu papel de formulação e deliberação sobre as políticas de saúde. Cada vez mais o colegiado tem expressado opinião sobre temas essenciais à saúde no Brasil, atuando, ao mesmo tempo, com a conjuntura política, econômica e social.

⁴¹ Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2006/Reso361.doc>>.

1.5 A Criação da Comissão Intersectorial de Saúde da Mulher

Após a publicação do Decreto nº 99.438, de 1990 – que incluiu a representação da sociedade civil no colegiado –, o Conselho Nacional de Saúde se reuniu pela primeira vez nos dias 25 e 26 de abril de 1991. A pauta de debates foi marcada pela formulação do Regimento Interno, aprovação do Plano Quinquenal do Ministério da Saúde, previsto na Lei nº 8.142, de 1990, e criação de Comissões Permanentes, no intuito de atender ao art. 6º da referida lei.

Assim, o CNS deliberou pela criação de comissões relacionadas aos campos de atuação do SUS, os quais o colegiado deveria acompanhar.⁴² Tais comissões deveriam ser oficializadas, posteriormente, pelo ministro da Saúde, Alcení Guerra. O Conselho Nacional também indicou a criação de outras comissões permanentes a serem instituídas por resoluções próprias.

O Pleno do CNS, nesse período, demandou ao ministro da Saúde a criação de comissões permanentes por meio das Resoluções nº 01, de 27 de abril, e nº 07, de 24 de julho, ambas de 1991.

Em 31 de outubro de 1991, o Conselho Nacional de Saúde instituiu mais sete comissões (Resolução CNS nº 11/1991): Comissão Intersectorial de Alimentação e Nutrição; Comissão Intersectorial de Saneamento e Meio Ambiente; Comissão Intersectorial de Recursos Humanos para a Saúde; Comissão Intersectorial de Ciência e Tecnologia em Saúde; Comissão Intersectorial de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia; Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador; e Comissão Intersectorial de Saúde do Índio.

⁴² De acordo com o art. 6º da Lei nº 8.080, de 1990, estão inseridos no campo de atuação SUS: i) a execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica; de saúde do trabalhador; e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; ii) a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; iii) a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; iv) a vigilância nutricional e a orientação alimentar; v) a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o ambiente de trabalho; vi) a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção; vii) o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde; viii) a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano; ix) a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; x) o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico; xi) a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

De março de 1992 a abril de 1993, o Conselho Nacional de Saúde atuou pela constituição das demais comissões: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa; Comissão de Orçamento e Financiamento; Comissão Intersetorial de Saúde Mental; Comissão Intersetorial de Trauma e Violência; e Comissão Intersetorial de Assistência Farmacêutica.

As comissões intersetoriais do Conselho Nacional de Saúde são reconhecidamente grandes espaços de formulação política para apoiar as decisões do Pleno do CNS e também de articulação de movimentos sociais em torno de temáticas da área de saúde.

Tendo em vista que a atenção à saúde da mulher não constava explicitamente nas atribuições do SUS listadas no art. 6º da Lei nº 8.080, de 1990, uma comissão para tratar do tema também estava no rol das que caberia ao próprio Conselho Nacional constituir posteriormente.

Assim, a Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (Cismu) foi instituída pelo Conselho Nacional de Saúde, no dia 4 de fevereiro de 1993. De acordo com a Resolução CNS nº 039/1993, a Cismu tem como missão principal: i) subsidiar o Conselho Nacional de Saúde na avaliação das condições de saúde da mulher, e nas questões específicas da saúde das mulheres em sua interface com as demais políticas de saúde; ii) apoiar a mobilização dos conselhos estaduais e municipais de saúde na constituição de Comissões Intersetoriais de Saúde da Mulher; iii) fortalecer o controle social sobre as ações de saúde para as mulheres propostas pelo gestor federal e desenvolvidas pelas três esferas de governo, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e iv) garantir uma política de saúde para as mulheres que respeite os direitos humanos, direitos sexuais, direitos reprodutivos e a autonomia delas como cidadãs.

Em meio ao processo de criação das comissões do CNS, o Conselho Nacional de Saúde foi palco de debates sobre temas delicados envolvendo a saúde da mulher, entre eles: planejamento familiar e atendimento às mulheres para a prática do aborto legal.

Diante da proliferação de entidades assistenciais que desenvolviam atividades de controle de natalidade sem a devida capacidade técnica, trazendo sérios riscos à população feminina, o CNS deliberou (Resolução CNS nº 22/1992) pela implementação, por parte do Ministério da Saúde, de ações de planejamento familiar no escopo do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Na

mesma resolução, o Conselho Nacional solicitou à Coordenação de Saúde Materno-Infantil (Corsami) o envio de informações atualizadas sobre a situação do programa, especialmente em relação à execução de ações de planejamento familiar, demanda que já havia sido apresentada pelo Pleno do CNS em outras ocasiões.

A Resolução CNS nº 22, de 1992, é uma demonstração da atuação do Conselho Nacional de Saúde como agente fiscalizador das políticas de saúde. Isso fica claro quando observamos que o planejamento familiar já era um aspecto pontuado no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em vigor desde 1983, mas que ainda não havia sido implementado de forma efetiva. Então, a Resolução do Conselho Nacional foi um instrumento importante de controle social no sentido de reforçar para o governo a importância de dar mais agilidade à implementação das ações.

[...] em 1983 o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Este programa foi um grande avanço na formulação de políticas específicas destinadas às mulheres. Pela primeira vez foi preconizado o cuidado ao corpo das mulheres, de forma integral, durante todo o ciclo vital, incluindo as trabalhadoras, mulheres após a menopausa e agregando questões referentes aos direitos reprodutivos. Este programa teve grande dificuldade para ser implementado. Foi questionado por setores da esquerda, ligados ao movimento sanitário, que encobriam o preconceito mediante o discurso das ações integrais de saúde, alegando que o PAISM seria mais um programa vertical. Os setores religiosos, inseridos tradicionalmente no interior do aparelho de Estado, também investiram contra o programa qualificando-o de trazer implícito a possibilidade do aborto. (COELHO, 2008, p.59)

Na 22ª Reunião Ordinária do CNS, realizada nos dias 3, 4 e 5 de março de 1993, o Conselho Nacional de Saúde travou outro debate importante sobre a atenção à saúde da mulher. Ao analisar o conteúdo da Recomendação nº 01/1992, que dispunha sobre a Declaração dos Direitos dos Usuários, alguns conselheiros propuseram a exclusão de do § 5º, que tratava do atendimento em situações de aborto. O texto estabelecia como direito da mulher o atendimento pelo Sistema Único de Saúde para a realização do aborto nos casos previstos em lei. Essa assistência, conforme determinava a resolução, seria dispensada por um corpo clínico especializado.

A ata da reunião demonstra que o tema despertou opiniões diferentes dos conselheiros, como destacado no trecho a seguir:

[...] a conselheira **Zilda Arns** posicionou-se contrariamente à inclusão do quinto parágrafo por considerar desnecessário e até mesmo temerário explicitar numa declaração de direito dos usuários e, principalmente, por considerar que o teor da proposta representa uma porta de entrada para abortos que não são legais, induzindo, portanto, a adoção indiscriminada desta prática. O conselheiro **Nelson Seixas** endossou o posicionamento da Conselheira **Zilda**. **José Alberto Hermógenes** chamou a atenção para o fato de que a proposta da Comissão Técnica de Usuários buscava reforçar o aspecto legal e a necessidade do atendimento quanto ao aborto legal nas instituições do SUS, garantindo assistência integral à saúde da mulher. Este argumento foi reforçado pela Conselheira **Leny**, e o Conselheiro **Jocélio Drumond** lembrou que na prática existem dificuldades quanto ao atendimento à mulher pela equipe de saúde. Destacou que se trata de uma proposta de uma comissão de usuários, com representação dos vários segmentos e se posicionou favorável à inclusão do artigo. Outros Conselheiros manifestaram-se e, apesar de alguns serem contrários ao aborto indiscriminado, posicionaram-se pela manutenção do texto, outros pela rejeição da proposta. A mesa encaminhou a votação sobre a inclusão ou não do parágrafo, obtendo-se sete votos contra a inclusão, cinco votos a favor e uma abstenção. (Ata da 22ªRO/CNS)

Em duas décadas desde sua instalação, a Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher passou por algumas recomposições, sempre mantendo os mesmos objetivos. Atualmente, a Cismu é composta por 22 membros titulares e suplentes de entidades ou instituições que representam usuários, trabalhadores, gestores e pesquisadores. A coordenação e a coordenação adjunta são exercidas, respectivamente, pela Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e pela Articulação de Mulheres Brasileiras (AMB).⁴³

⁴³ De acordo com a Resolução CNS nº 383, de 14 de junho de 2007, a Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher é formada por: 11 membros titulares – Associação dos Celíacos do Brasil (Acelbra); Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras (AMNB); Liga Brasileira de Lésbicas (LBL); União Brasileira de Mulheres (UBM); Ministério da Saúde – Área Técnica de Saúde da Mulher (ATSM/MS); Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (RFS); Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco); Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Coffito); Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (CNPD-MPOG); e Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM); e 11 membros suplentes – Movimento Nacional de Mulheres com Deficiência (MNMPD); Central Única dos Trabalhadores (CUT); Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems); Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais (Contag); Ministério da Saúde – Área Técnica de Saúde da Mulher (ATSM/MS); Rede Nacional de Jovens Feministas; Articulação de Mulheres Brasileiras (AMB); Associação Brasileira de Enfermagem (Aben); Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); Secretaria Especial de Política de Promoção da Igualdade Racial (Seppir).

A Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher se fortaleceu, nesses 22 anos, como espaço de mobilização e controle social, sempre buscando acompanhar de perto a execução das políticas formuladas pelo Ministério da Saúde e trazendo para a deliberação do Pleno do CNS pautas relacionadas a aspectos diversos que envolvem a saúde da mulher.

O trabalho desempenhado pela Cismu de análise e consolidação de informações para subsidiar decisões do Conselho Nacional vai ao encontro de uma prática, apontada por Coelho (2008), como indispensável ao exercício do controle social.

O controle social para ser exercido a favor da sociedade exige de seus sujeitos a compreensão do verdadeiro significado das palavras e dos discursos. Como a prática do controle social ocorre nos fóruns onde as ações são predominantemente discursivas, mediante uma retórica argumentativa (técnica e política) para a defesa de idéias e princípios, é necessário que haja competência e conhecimento do significado das palavras, das siglas, das expressões próprias da área de ação, para se obter bons resultados. Na verdade, a confiabilidade das fontes de informação e a clareza na comunicação são condições indispensáveis para bons resultados na luta ideológica. (COELHO, 2008, p. 58)

De forma resumida, podemos dizer que, nos primeiros anos, as representações da sociedade civil e dos movimentos sociais que compunham a Cismu tinham como meta fazer com que a temática de saúde da mulher saísse do patamar de programa e se tornasse uma política de saúde.

Na última década, o foco principal de atuação da Comissão tem sido o fortalecimento e a consolidação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). A atuação da representação das mulheres no Pleno do CNS também tem sido constante e alerta, bem como a articulação das questões que surgem nesses espaços institucionais com os movimentos feministas.

Considerações

A saúde pública brasileira teve muitos ganhos com a aprovação da Constituição Federal de 1988. O processo de redemocratização do país foi essencial para a determinação de uma unidade de pensamento entre os movimentos sociais e os gestores públicos, o que contribuiu para a construção de propostas unificadas de um sistema público para todos, baseado nos conceitos de atenção integral e acesso

universal. Esse campo de ação unificado já se constituía no período de enfrentamento da Ditadura Militar, a partir de ações de entidades como a Central Única dos Trabalhadores (CUT), Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra (MST) e Comunidades Eclesiais de Base (CEBs). Essas entidades tiveram voz ativa na 8ª Conferência Nacional de Saúde, tanto representando uma gama importante de usuários e trabalhadores da saúde quanto ocupando espaços na burocracia estatal. Isso possibilitou que a ampla participação popular fosse um dos diferenciais da 8ª CNS.

Bons resultados foram conquistados e grandes desafios enfrentados na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). A democratização do Conselho Nacional de Saúde impulsionou a formatação e aprovação da Lei nº 8.142/90, que tornou obrigatória a existência dos conselhos e conferências de saúde. . Atualmente, o Sistema Integral de Acompanhamento de Conselhos de Saúde, do CNS, aponta a existência de 56.752 conselheiros de saúde no Brasil.

O número de conferências também é expressivo. Este ano a Conferência Nacional de Saúde está na 15ª edição, além das conferências temáticas realizadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Outro aspecto interessante é que a metodologia das conferências de saúde tem sido adotada em outras áreas, consolidando ainda mais a participação social nas políticas públicas.

O Conselho Nacional de Saúde é um importante vocalizador de interesses da sociedade e tem conseguido manter um funcionamento permanente e atinente às pautas de saúde. Suas comissões assessoras também desempenham papel essencial à formulação das políticas como será demonstrado no estudo de caso desta dissertação, que expressa a articulação da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher do CNS na construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

CAPÍTULO II

ORGANIZAÇÃO DO MOVIMENTO FEMINISTA, EMANCIPAÇÃO FEMININA E SAÚDE DA MULHER

Introdução

Para estudar as estratégias de mobilização do movimento feminista na aprovação da Política Nacional de Atenção Integral de Saúde da Mulher (PNAISM), foi necessário reconhecer o próprio movimento feminista revisitando sua história, suas políticas de afirmação e interesses gerais e específicos pelos direitos das mulheres, assim, construímos esse breve relato das ações do movimento feminista na Europa, nos Estados Unidos e no Brasil.

Nesta pesquisa, identificamos as ações coletivas que unificaram as mulheres no vitorioso movimento sufragista, dos séculos XIX e XX. As políticas de confronto das mulheres sindicalistas em suas greves pelas intoleráveis condições de trabalho nas fábricas e, nas mobilizações pelo processo de redemocratização do país, na defesa dos direitos das mulheres da Assembleia Nacional Constituinte, em 1987, e na participação social em conselhos de mulheres, além do movimento transnacional das feministas nos fóruns das Organizações das Nações Unidas (ONU).

Quanto à bibliografia, ressaltamos as avaliações e assertivas de Beauvoir, em o *Segundo Sexo*, e de Betty Friedan, em a *Mística Feminina*, que desvelaram um universo de informações objetivas e subjetivas que permitiu compreender a necessidade de uma movimentação de mulheres em favor de seus direitos civis e políticos, direitos sociais e humanos.

No Brasil, a situação de subordinação foi demonstrada, a partir de Maria Amélia de Almeida Teles, em *Uma Breve História do Feminismo no Brasil*, com Céli Pinto, e Barbára Heller, com sua tese *Em busca de novos papéis: imagens da mulher leitora no Brasil (1890-1920)*.

Apreendemos, então, um caldo de relatos de ações desenvolvidas por diversas mulheres no Brasil, de forma individual ou em grupo, atuando pela emancipação social em lutas pela garantia do direito ao estudo, ao voto, ao trabalho, à creche e à igualdade de condições entre homens e mulheres.

2.1 Ressurgimento do movimento feminista na Europa, nos Estados Unidos e no Brasil

Após um refluxo de 30 anos, durante o período marcado pela 2ª Guerra Mundial e o avanço de regimes ditatoriais, o movimento feminista ressurgiu com força nos Estados Unidos, na Europa e no Brasil, na década de 1960. Como descreve Pinto (2010), as mulheres, pela primeira vez, passaram a falar diretamente sobre a questão das relações de poder entre homens e mulheres.

A “grande onda” da movimentação feminista iniciada nos anos sessenta e setenta produziu a politização da “vida privada”. Junto à revolução simbólica pela igualdade no domínio público e privado, levantou uma demanda de penalização dos agressores em atos de violência física e de violência sexual contra as mulheres até então explicitados como se fossem atos de correção. Em um outro sentido, demandou a despenalização do aborto e a do adultério e o fim do casamento indissolúvel. Enquanto nos Estados Unidos a força dos argumentos pela descriminalização do aborto se assentou na liberdade da vida privada e da intimidade, na França e no Brasil, os argumentos se sustentaram na defesa da saúde pública e nos direitos sociais à igualdade das mulheres pobres e vulneráveis com menor acesso aos equipamentos médicos e as formas de contracepção. (MACHADO, 2011, p. 134)

Essa nova chamada pela igualdade de direitos entre homens e mulheres foi fortemente influenciada por um livro lançado em 1949, *O Segundo Sexo*, de Simone de Beauvoir. Lançado quatro anos após o término da Segunda Guerra Mundial, a obra contribuiu para o reconhecimento da figura da mulher, de suas histórias e dos mitos que as acompanham e as submetem.

Beauvoir defendia que era essencial demarcar as diferenças entre homens e mulheres, mas que isso não poderia significar, de forma alguma, “subordinação do feminino ao masculino”. “A representação de que o homem é o positivo e a mulher o negativo prejudica as mulheres em seu processo de emancipação” (BEAUVOIR, 1970, p. 9).

Adentrar a realidade das mulheres com vistas à emancipação e questionar a submissão posta pela sociedade à mulher propiciou uma abordagem biológica, psicanalítica, histórica e mitológica sobre o sexo feminino.

As mulheres demandavam ampliar seus direitos dentro de uma sociedade patriarcal e machista. Esse reconhecimento dos limites, dos desafios e das

possibilidades as mobilizava para a organização do movimento feminista. Ao denunciar os dilemas que cercavam a situação da mulher na cultura ocidental, Simone de Beauvoir contribuiu para a afirmação das mulheres como sujeitos políticos, impulsionando as organizações e os movimentos feministas.

Nos anos de 1950 e 1960, a escritora Betty Friedan denunciou, no livro *Mística Feminina*, a resignação das mulheres americanas diante do seu destino de viverem recolhidas aos seus lares. Esse diagnóstico foi realizado a partir de uma pesquisa com as ex-alunas do Smith College, em Massachussets, nos Estados Unidos, colégio onde a própria Friedan estudou. Lá ela identificou o quanto as mulheres estavam insatisfeitas com suas vidas domésticas e, principalmente, com a falta de expectativa de se encontrarem dentro desse modo de vida que era tido como o único destino possível para elas.

As feministas se envolveram com as questões de liberdade e independência postas em seu tempo, como a questão da abolição da escravatura nos Estados Unidos e no Brasil; o acesso à educação; a superação da submissão da esposa ao marido tratada na Convenção em Prol dos Direitos da Mulher, realizada em Seneca Falls, Nova York, em 1848; e a alteração do Estatuto da Mulher Casada, no Brasil, em 1962. Ressalta-se também uma luta permanente, até os nossos dias, que é a disputa de concepção de Estado, sendo sempre a de um estado laico *versus um* estado confessional, em que a primeira visualiza a mulher cidadã, provida de direitos, e a outra, que espera uma mulher sempre saída da costela de Adão. Para Beauvoir (1970):

[...] em qualquer parte, em qualquer época os homens exibiram a satisfação que tiveram de se sentirem os reis da criação. “Bendito seja Deus nosso Senhor e o Senhor de todos os mundos por não me ter feito mulher”, dizem os judeus nas suas preces matinais, enquanto suas esposas murmuram com resignação: “Bendito seja o Senhor que me criou segundo a sua vontade”. (BEAUVOIR, 1970, p. 16)

Uma das primeiras mulheres a falar em público sobre os direitos da mulher na América foi Ernestine Rose, filha de um rabino, que se revoltou contra a doutrina de sua religião, a qual decretava a inferioridade da mulher em relação ao homem. Tornou-se livre pensadora, graças à influência do filósofo utópico Robert Owen, e desafiou costumes religiosos ortodoxos casando com o homem a quem amava. Nos

tempos da luta mais acirrada pelos direitos da mulher, insistia sempre em que o inimigo não era o homem. “Não combatemos o homem e sim os maus princípios”. (FRIEDAN, 1971, p. 76-82).

As feministas tiveram um importante momento com a Convenção em Prol dos Direitos da Mulher,⁴⁴ na qual foi tratada e demandada a superação da situação da mulher casada, submetida a seu marido, que “lhe tirava o nome, o direito à propriedade, à educação, impingia seu código de conduta moral e exigia obediência, podendo, inclusive, castigar sua esposa”.⁴⁵

A própria convenção foi iniciativa de uma mulher, Elizabeth Cady Stanton,

uma senhora culta, abolicionista, que se viu frente a frente com as realidades do tédio e do isolamento, como dona de casa de cidade pequena. [...] na cidadezinha de Sêneca Falis, sentia-se insatisfeita naquela vida de cozinhar, costurar, lavar e criar um filho após outro. O marido, líder abolicionista, ausentava-se com frequência. (FRIEDAN, 1971, p. 82).

Foi de Elizabeth a chamada para a primeira Convenção em Prol dos Direitos da Mulher. Ela discursou sobre as dificuldades das mulheres que viviam num ambiente isolado. Seu discurso dizia “Não sabia o que fazer, nem por onde começar. Minha única ideia era uma reunião pública para protesto e discussão”.⁴⁶

Elizabeth apenas colocou um anúncio nos jornais e donas de casa e moças que jamais haviam conhecido outro tipo de vida acorreram em grandes grupos, vindas de um raio de cinquenta milhas, para ouvi-la falar. (FRIEDAN, 1971, p. 82).

Nas lutas abolicionistas do século XIX, nos EUA, Friedan (1971), destaca Lucy Stone, que era anunciada como uma mulher masculinizada, uma personagem escatológica divulgada para ridicularização das feministas e diminuição de seu papel à frente das causas das mulheres. A história de Lucy Stone resume a história das feministas do século XIX, os preconceitos sofridos por elas e a capacidade de

⁴⁴ Realizada em Seneca Falls, Nova York, em 1848, como um marco do nascimento do movimento feminista nos Estados Unidos.

⁴⁵ Id., 1971, p. 74.

⁴⁶ Ibid., p. 82.

superação e enfiamento das disputas sociais por ideais libertários descreve sua história⁴⁷. (FRIEDAN, 1971, p.78 e 79)

A participação das mulheres nas lutas sindicais no início do século XX também foi destacada. Jane Addams e Hull House travavam

combate pelas reformas socialistas, [...] ao despertar do movimento sindicalista e das grandes greves e contra as intoleráveis condições de trabalho nas fábricas. Para as moças operárias, trabalhando a seis dólares por semana até 10 horas da noite, multadas por falar, rir ou cantar, a igualdade era mais uma questão de educação que de voto. Fizeram passeatas sob frio intenso, em meses de fome geral; muitas foram agredidas por policiais e levadas nos carroções da polícia. E as novas feministas conseguiam dinheiro para a fiança e o alimento das grevistas. (FRIEDAN, 1971, p. 86.)

Com seu trabalho, Friedan desvendou essa redoma em que viviam as mulheres americanas e gerou impactos importantes para uma segunda onda do movimento feminista americano. Na primeira onda, descrita anteriormente, as mulheres lutavam por direitos civis e políticos, e, nessa segunda onda, passaram a lutar por igualdade.

O movimento feminista questionou fortemente o papel designado às mulheres e enfrentou os preconceitos, a redução de suas pautas políticas pela mídia, novamente a disseminação do espírito de abominação da feminista travando a disputa do imaginário social em que estas eram tomadas como agressivas, mal-amadas e descomprometidas com a família.

⁴⁷ A mulher masculinizada era a imagem das feministas do século XIX. Lucy Stone era vista como esse personagem escatológico divulgado para ridicularização das feministas e diminuição de seu papel à frente das causas das mulheres. A história de Lucy Stone resume a história das feministas do século XIX, os preconceitos sofridos por elas e a capacidade de superação e enfiamento das disputas sociais por ideais libertários descreve sua história: "Ela nasceu em Massachusetts, em 1818, aos dezesseis começou a lecionar 'a um dólar por semana, economizando durante nove anos a fim de conseguir o bastante para ingressar na universidade'." (FRIEDAN, 1971, p. 78).

" Em Oberlin, foi uma das primeiras mulheres a se diplomar no "curso regular". "Lucy Stone era pequenina, tinha voz suave e cristalina, capaz de acalmar uma multidão enfurecida. Discursava sobre a abolição aos sábados e domingos, como agente da Sociedade Anti-Escravagista. Casou-se com Henry Blackwell, e escreveram juntos um pacto antes de trocarem as promessas conjugais: "Depois de reconhecer nossa mútua afeição assumindo publicamente a relação de marido e mulher... consideramos um dever declarar que este ato não implica, de nossa parte, em nenhuma sanção ou promessa de obediência voluntária às atuais leis do casamento, que não reconhecem a esposa como um ser independente e racional e conferem ao marido uma superioridade injuriosa e contra a natureza." "Lucy conservou o nome de solteira, num temor mais que simbólico de que se tornando esposa morreria como pessoa humana." (FRIEDAN, 1971, p. 79).

(A Faculdade de Oberlin (Oberlin College) é uma instituição particular fundada em 1833 e localizada em Oberlin, no estado de Ohio. Disponível em: <<http://www.hotcourses.com.br/study/us-usa/school-college-university/oberlin-college/115359/international.html>>

Uma das mais significativas manifestações do movimento feminista na década de 1960 foi a “queima dos sutiãs” em praça pública, em 1968. Embora a queima propriamente dita não tenha se concretizado, o ato chamou a atenção da sociedade. Miranda (2008), indica que

durante os desfiles de Miss America 1968, (as) mulheres levaram vários objetos como vidros de laquê, sapatos de salto alto e sutiãs e os jogaram em uma lata de lixo. Se a performance teve o objetivo de simbolizar o repúdio dessas mulheres a uma única alternativa de “ser mulher”, ou seja, de um universo feminino construído pela indústria e sociedade de consumo, a manchete do jornal do dia seguinte nomeava o ato como Bra-burning (queima do sutiã). (MIRANDA, 2008, p. 139).

Até hoje a queima dos sutiãs causa polêmica, escárnio e piadas, e é tratada como um ato radicalizado das feministas. Carol Hanisch, uma das organizadoras da ação, comentou, em setembro de 2008, quarenta anos depois do protesto, ainda teria de explicar:

a “distorção” do ato feita pelo jornal *New York Post*, repetida posteriormente por inúmeras mídias. Sintomático, talvez, a perpetuação dessa imagem – um fragmento de notícia que erotiza uma performance feita contra a objetificação do corpo feminino, restabelecendo, perversamente, a representação das mulheres como objetos sexuais. Ao recontar/recriar a performance, a mídia criou outra representação da mulher: a da fêmea indomável, feminista que num *strip-tease* arranca o objeto de fetiche para queimá-lo em praça pública. (MIRANDA, 2008, p. 139).

O resultado desse movimento entrou para a história como um momento de liberação feminina. Outros eventos vieram acompanhar essa virada, como a adoção da pílula anticoncepcional, que permitiria à mulher escolher o melhor momento para ter ou não ter filhos.⁴⁸ A ocupação dos postos de trabalho por mulheres em busca de carreiras profissionais, e não somente em busca dos antigos empregos de meio

⁴⁸ No final da década de cinquenta, o índice de natalidade nos Estados Unidos aproximava-se do da Índia. O movimento em prol do controle de nascimentos, rebatizado de Planejamento Familiar, recebeu o encargo de descobrir um método segundo o qual as mulheres que haviam sido desaconselhadas de ter um terceiro ou quarto filho, que poderia nascer morto ou deficiente, pudessem tê-lo, de qualquer maneira. Os especialistas em estatística surpreendiam-se, principalmente com o fantástico aumento do número de filhos entre as estudantes universitárias. Onde antigamente havia famílias com duas crianças, viam-se, então, quatro, cinco ou seis. As jovens que nas décadas anteriores desejavam seguir uma carreira preferiram a maternidade. Era o que publicava, jubilante, a revista *Life* em julho de 1956, num hino de louvor ao movimento da mulher americana de regresso ao lar (FRIEDAN, 1971, p. 18).

período, descritos por Friedan (1971) como ocupações feitas nos intervalos entre a vida de solteira e a de casada.

Para Tarrow (2009), as “mobilizações por ampliação de direitos encontram na história a importância do movimento feminista nos últimos séculos, que, com sua mobilização, fez ampliar o espectro de cidadania em diversos países”. Tarrow analisa esse movimento nos Estados Unidos, nos anos de 1960 a 1990, com organização e resultados positivos, vejamos:

a participação em movimentos não era apenas politizante; ela dava poder, tanto no sentido psicológico, de dar uma crescente disposição a assumir riscos, como no sentido político, de dar acesso a novas habilidades e a perspectivas ampliadas.[...] entrevistadas vinte anos mais tarde, mulheres ex-voluntárias da Freedom Summer⁴⁹ estavam mais frequentemente envolvidas com movimentos sociais contemporâneos que seus companheiros masculinos e mais propensas a pertencer a organizações políticas. (McADAM, 1998, p. 222 apud TARROW, 2009, p. 209-210).

Tarrow (2009), ao analisar os resultados dos movimentos de 1968 na França e nos Estados Unidos da América, demonstra que “durante os anos de 1970, quando a cultura americana declinou, o movimento feminista ficou mais forte, dando a elas ‘um veículo para manter seu ativismo e uma comunidade que apoiava um

⁴⁹ O auge do movimento pelos direitos civis foi no início dos anos 1960, quando dois democratas liberais – John F. Kennedy e Lyndon Johnson – ocuparam a Casa Branca. Dados do período mostram que o otimismo na comunidade negra [...] A ideia de que Kennedy e Johnson eram simpáticos ao movimento foi fundamental para a dinâmica estratégica que impulsionou as principais campanhas pelos direitos civis durante o período. [...] os principais líderes dos direitos civis concordaram com uma moratória sobre a ação direta antes da eleição presidencial de 1964. O objetivo era evitar a alienação do sul branco às vésperas da eleição. Mas a mais radical das organizações dos direitos civis – Student Nonviolent Coordinating Committee – SNCC (Comitê Não-Violento de Coordenação Estudantil) – viu a eleição como uma oportunidade para criticar o veto ao direito de voto dos negros nos estados do sul. O comitê rejeitou o acordo informal e engajou-se em uma forma inovadora de mobilização eleitoral proativa: na esperança de registrar eleitores negros antes da eleição, levou ao Mississippi 1.000 estudantes universitários do norte, na maioria brancos, no verão de 1964. Muito rapidamente, no entanto, os brancos sulistas vetaram os registros e deixaram bem claro que isso não seria permitido, o que levou o SNCC a mudar de tática. Se o estado do Mississippi não permitisse aos negros participarem do processo eleitoral regular, o SNCC criaria um sistema paralelo. Eles fundaram o Mississippi Freedom Democratic Party – MFDP (Partido Democrático da Liberdade de Mississippi), com “registro livre” para milhares de eleitores negros, e naquele verão reuniram uma delegação do MFDP para ir a Atlantic City desafiar os candidatos do Estado, a delegação branca oficial. Por um tempo, parecia que o desafio teria sucesso; mas, às vésperas da eleição geral em novembro, Johnson repeliu o desafio e ofereceu as vagas à delegação oficial do Mississippi, para evitar o antagonismo da ala sulista do partido. [...] Em uma das grandes ironias da história americana, aquela que é talvez a maior realização da luta pelos direitos civis – a restauração do direito de voto dos negros no sul – preparou o cenário para a ressurreição do Partido Republicano e a remarginalização da questão racial na política dos EUA. (TARROW; McADAM, 2011, p. 39-41).

estilo de vida em geral feministas'.⁵⁰ O resultado foi um crescimento espetacular do número de mulheres eleitas para cargos públicos e aprovação no Congresso de leis de interesse para as mulheres." (COSTAIN, 1992, p. 10-11; TARROW, 2009, p. 216).

2.2 A atuação do movimento feminista no Brasil

As autoras brasileiras que trataram do movimento feminista, em alguns momentos, distinguem os movimentos de mulheres deste primeiro. Foi se configurando uma avaliação de que os movimentos de mulheres, em geral, demandam por direitos sociais, e os movimentos feministas, por igualdade nas relações de poder. Mesmo com essa indicação de objetivos diferenciados, ambos se unificam em momentos importantes como as lutas pela redemocratização do país, nos anos de 1970 a 2000. Para Pinto (2003):

esses movimentos não podem ser considerados feministas na sua formação ou mesmo em seus propósitos, na medida em que as mulheres neles envolvidas não lutavam pela mudança de papéis a elas atribuídos pela sociedade. Entretanto, ao longo das três últimas décadas do século XX, essa distância, que era quase uma resistência, tendeu a diminuir. São inúmeros os relatos de aproximação do movimento de mulheres do movimento feminista. (PINTO, 2003, p. 44).

Para Teles,

em seu significado mais amplo, o feminismo é um movimento político. Questiona as relações de poder, a opressão e a exploração de grupos de pessoas sobre as outras. Contrapõe-se radicalmente ao poder patriarcal. Propõe uma transformação social, econômica, política e ideológica da sociedade. (TELES, 1993, p. 10).

Maria Amélia de Almeida Teles publicou, em 1993, a obra *Breve História do Feminismo no Brasil*. Essa recuperação da trajetória de lutas das mulheres brasileiras pela sua emancipação identifica como primeira dificuldade a ausência de informações sobre as mulheres no nosso país. Mesmo assim, reúne informações

⁵⁰ Ibid., p. 206.

que demonstram como as mulheres enfrentaram os preconceitos e hostilidades em busca de sua emancipação social.⁵¹

Mesmo antes da chegada dos portugueses ao Brasil, em 1500, os povos que aqui viviam possuíam modos de vida que demarcavam as vidas de homens e mulheres. As mulheres indígenas viveram em comunidades monogâmicas ou poligâmicas. Seu papel nas tribos podia se diferenciar entre possibilidade de conduzir seu próprio cultivo ou não.

Com a chegada dos jesuítas ao Brasil, estes demandavam a Portugal que enviasse mulheres brancas para nosso país. “Padre Manoel da Nóbrega, que veio como primeiro governador-geral, em 1549, escreveu à coroa que mandasse para cá ‘mulheres órfãs e de toda qualidade, até meretrizes’ para que se cumprisse a determinação de El Rei de povoar esta terra” (TELLES, 1993, p. 18).

Os negros, já constavam das estatísticas⁵² de povoamento desde o final de 1500. Quando de sua chegada ao Brasil,

os casais de escravos eram separados; as mulheres negras, quando na lavoura, executavam as mesmas tarefas que os homens. A mulher escrava, além de trabalhar como tal, era usada como instrumento de prazer sexual de seu senhor, podendo até ser alugada a outros senhores. (TELES, 1993, p. 21).

Uma história que destaca a capacidade de as mulheres conduzirem seus destinos mesmo em condições adversas, como as do Brasil do ano de 1500, vem de uma mulher da classe dominante, Ana Pimentel.

Os livros de história, quando tratam da colonização do Brasil, descrevem as trajetórias de Martin Afonso de Sousa,⁵³ Brás Cubas, João Ramalho, mas não a de Ana, que

⁵¹ Id., 1993.

⁵² No ano de 1583, estimativas davam à Colônia uma população de cerca de 57.000, sendo 25.000 brancos, 18 mil índios e 14 mil negros. Em 1798, para uma população de 3.250.000, havia um total de 1.582.000 escravos (TELES, 1993, p. 21).

⁵³ Militar e administrador português nascido em Vila Viçosa, figura colonial fundamental na expulsão dos franceses das costas brasileiras e na consolidação do império colonial de Portugal. Aportou em São Vicente (1532), porto que servia como centro de comércio de índios escravos, e fundou a vila de São Vicente. Seguiu para o interior e fundou a vila de Piratininga, às margens do rio de mesmo nome. Distribuiu sesmarias aos colonos e deu início ao cultivo de cana-de-açúcar, entre outros produtos agrícolas. Retornou a Portugal (1533) e, no mesmo ano, foi nomeado governador-mor do mar da Índia, posto em que teve atuação destacada contra indianos, turcos e piratas. Ainda na Índia, foi nomeado (1534) donatário da capitania hereditária de São Vicente, porém jamais tomou posse, embora tenha passado pelas costas do Brasil mais três vezes (1539, 1541 e 1546). Aposentado

foi quem assumiu as rédeas do governo da capitania de São Vicente quando seu marido voltou para Portugal, deixando a esposa como procuradora de seus negócios no Brasil. Ana Pimentel, mulher acostumada ao luxo da metrópole, abandonou tudo para assumir, no plano administrativo e político, o controle da capitania. Ela doou um pedaço de terra a Brás Cubas, mandou construir uma casa para hospedar os homens do mar. Em 1544, contrariando as ordens do marido, franqueou aos colonos o acesso ao planalto, que possuía terras férteis e clima melhor que o litoral vicentino. Fez plantar laranjeiras, para combater o escorbuto, e introduziu o cultivo do arroz e do trigo e a criação de gado. (TELES, 1993, p. 22-23).

Na expectativa de participar dos momentos históricos do país destaca-se Maria Quitéria, nascida no sertão baiano em 1792. Vestida de homem, fugiu de casa, alistando-se para combater as tropas portuguesas. Lutou bravamente, e tão bem, que atingiu o posto de cadete. Findada a campanha, esta recebeu de Dom Pedro I a insígnia dos Cavaleiros da Imperial Ordem do Cruzeiro.⁵⁴

Nas lutas pela liberdade em contraposição ao Império (1822-1889), que dirimiu todas as batalhas regionais para manter a unidade federativa do Brasil, encontramos Anita Garibaldi, catarinense que, unindo-se a Giuseppe Garibaldi, participou das lutas republicanas durante a Guerra dos Farrapos, no Rio Grande do Sul, e mais tarde, na Europa, lutou pela unificação da Itália.⁵⁵

A mobilização das mulheres no Brasil encontra importantes ações desde o século XIX, como a movimentação pela educação das mulheres, destacada na tese de doutorado de Barbara Heller, intitulada *Em busca de novos papéis: imagens da mulher leitora no Brasil (1890-1920)*, que recupera ações de mobilização de mulheres feministas em favor de direitos como o acesso à educação.

Para Heller (1997), Nísia Floresta⁵⁶ foi uma precursora do movimento feminista no Brasil,

fundou, ainda em 1838, no Rio de Janeiro, uma escola para moças, o *Colégio Augusto*, que excluía a obrigatoriedade do espartilho ao mesmo tempo em que introduzia a Educação Física e o estudo de línguas modernas, como o francês, o inglês e o italiano e suas

como administrador, tornou-se membro do Conselho de Estado e morreu em Lisboa. Disponível em: <<http://www.dec.ufcg.edu.br/biografias/MartAfSo.html>>.

⁵⁴ Id., 1993, p. 25.

⁵⁵ Ibid., p. 27.

⁵⁶ Pseudônimo de Dionísia Gonçalves Pinto, nasceu em 1810 no Rio Grande do Norte e faleceu em 1885, em Rouen, França. (HELLER, 1997 p. 54).

respectivas literaturas. E que foi fortemente atacado pela imprensa da época. (HELLER, 1997, p. 57-58).

Maria Lacerda de Moura (1887-1945), segundo Heller (1997), foi a mais politizada das feministas de seu tempo, pois

era antifascista, anticapitalista, anticlerical e anarquista”. Tinha como objetivo “conscientizar as mulheres da situação em que se encontravam e dos caminhos que havia a percorrer para uma efetiva participação social”. Formou-se como professora, em 1904. Um ano mais tarde, casou-se com Carlos Ferreira de Moura, de quem se separou em 1925. Considerava o voto um instrumento inadequado de luta pelo poder, beneficiando poucas mulheres da burguesia em detrimento da grande maioria. (HELLER, 1997, p. 75-76).

A trajetória de Bertha Lutz (1894-1977), descrita por Heller (1997), é contemporânea ao crescimento e reconhecimento do movimento feminista no Brasil desde a educação e profissionalização até a emancipação política, tendo como referência o direito das mulheres ao voto.⁵⁷

É possível identificar as pautas de mobilização social que as mulheres feministas do início do século XX, no Brasil, tomaram para si. Heller (1997) descreve o Estatuto da Federação Brasileira pelo Progresso Feminino (F.B.P.F). Vejamos os objetivos:

1. Promover a educação da mulher e elevar o nível da instrução feminina;
2. Proteger as mães e a infância;
3. Obter garantias legislativas e práticas para o trabalho feminino;
4. Auxiliar as boas iniciativas da mulher e orientá-la na escolha de uma profissão;
5. Estimular o espírito de sociabilidade e de cooperação entre as mulheres e interessá-las pelas questões sociais e de alcance público.
6. Assegurar à mulher os direitos políticos que a nossa Constituição lhe confere e prepará-la para o exercício inteligente desses direitos;
7. Estreitar os laços de amizade com os demais países americanos, a fim de garantir a manutenção perpétua da Paz e da Justiça no Hemisfério Ocidental. (HELLER, 1997, p. 84).

⁵⁷ A Constituição Federal de 1891 indicava aqueles que podiam alistar-se como eleitores, como sendo: os cidadãos maiores de 21 anos. Ficavam excluídos, mediante o § 1º, os mendigos; os analfabetos; as praças de pré, excetuados os alunos das escolas militares de ensino superior; e os religiosos de ordem monástica, companhias, congregações ou comunidades de qualquer denominação, sujeitas a voto de obediência, regras ou estatuto que importe a renúncia da liberdade individual. As mulheres não foram citadas.

Para Pinto (2003), “quando o legislador usou o substantivo ‘cidadão’ no masculino, não estava se referindo ao termo universal que abrange homens e mulheres, mas exclusivamente aos homens. Esta aparente falta de cuidado em não nominar a exclusão da mulher deriva também do senso comum da época: a evidência de uma natural exclusão da mulher, que, para tanto, não necessitava ser nem mesmo mencionada” (PINTO, 2003, p. 16).

Pinto (2003) indica que

no final da década de 1940 e início de 1950, mulheres de diferentes classes sociais e ideologias lutavam contra a carestia.⁵⁸ Nesta luta encontravam-se tanto as mulheres associadas à Federação de Mulheres do Brasil, fortemente influenciadas pelo Partido Comunista, e que, em 1953, levou a efeito a passeata da Panela Vazia, como mulheres de elite que se organizavam na Associação das Senhoras de Santa Tereza para lutar pela mesma causa. Esse tipo de movimento mantém-se até o final dos anos 1970, principalmente nos bairros pobres, onde as mulheres começam a lutar por melhoria nos postos de saúde, nas escolas, nas creches e nos serviços públicos em geral. Essas organizações, principalmente os clubes de mães, tiveram apoio, quando não a promoção, das Comunidades Eclesiais de Base da Igreja Católica. (PINTO, 2003, p. 44).

Os movimentos feministas no Brasil, devido ao seu perfil de serem compostos por mulheres intelectualizadas, foram, por muitas vezes, considerados movimentos pequenos-burgueses.⁵⁹

No que se refere à ditadura, encontram-se poucas informações sobre ações realizadas no período do AI5, de 1968, mas

o ano de 1972 é marcado por dois eventos de naturezas completamente diversas que dizem muito da história e das contradições do movimento feminista no Brasil: o primeiro deles foi o congresso promovido pelo Conselho Nacional da Mulher, liderado pela advogada Romy Medeiros. O segundo foram as primeiras reuniões de grupos de mulheres em São Paulo e no Rio de Janeiro, de caráter quase privado, o que seria uma marca do novo feminismo. (PINTO, 2003, p. 46).

Sobre os grupos feministas, Pinto (2003), indica que começaram em 1972 e tiveram longa duração, até 1975. Eram formados por mulheres intelectuais de esquerda, profissionais e de meia idade. Foram criados pela iniciativa de duas mulheres, que haviam morado nos Estados Unidos e na Europa, e, lá, entrado em contato com novas ideias feministas. Albertina Costa, que entrevistou muitas mulheres dos grupos, assim resume as atividades:

⁵⁸ Carestia: escassez, falta/encarecimento do custo de vida/preço elevado, acima do valor real (Dicionário Houaiss, p. 136).

⁵⁹ Id., 2003, p. 45.

seguindo os mais estrito cânones do modelo de grupo de grupo de reflexão, não havia nenhuma formalização de organização interna, as reuniões centravam-se em temas pré-escolhidos, mas não havia pauta, nem exposição preparada, nem lição de casa, discutia-se tudo: de Virginia Woolf e Anais Nin a doenças venéreas, embora tenha demorado um pouco para falar de sexualidade [...] Havia o lado terapia sem guru, nem terapeuta, de terapia autogestionada para mulheres que no espaço competente eram analisada por especialistas. (PINTO, 2003, p. 50).

Parafraseando Beauvoir (1970), Pinto, afirma que as feministas de esquerda, pouco avançavam em suas demandas de liberdade feminista, pois

a emancipação dos trabalhadores as redimiria, conforme congresso socialista, de 1879 e [...] a esquerda exilada, marxista e masculina via no feminino uma dupla ameaça: a unidade do proletariado para derrotar o capitalismo e ao próprio poder que os homens exerciam dentro dessas organizações e em suas relações pessoais. (PINTO, 2003, p. 53).

A mesma autora relata que 1975 foi um ano importante para o feminismo: o General Geisel já havia assumido o governo e prometia uma distensão política gradual e controlada. Mas o que marcou mesmo o ano foi a decisão da Organização das Nações Unidas (ONU) de defini-lo como o Ano Internacional da Mulher.

[...] diversos eventos foram realizados no mundo. No Brasil, o primeiro e mais abrangente, foi um evento com o propósito de comemorar o Ano Internacional da Mulher, patrocinado pelo Centro de Informação da ONU, realizado no Rio de Janeiro, com o título de “O papel e o comportamento da mulher na realidade brasileira”. Neste evento foi criado o Centro de Desenvolvimento da Mulher Brasileira⁶⁰. (PINTO, 2003, p. 56).

Enquanto nos Estados Unidos e na Europa os negros e as mulheres começavam a expor com força as especificidades de sua condição de dominação,

⁶⁰ [...] as cariocas fundaram o Centro da Mulher Brasileira (CMB), que foi a primeira organização feminista do país nessa nova fase. Tinha como propostas a formação de grupos de reflexão, a promoção de atividades para tornar visível a questão feminina e o combate ao papel subalterno da mulher na sociedade. Em outubro do mesmo ano, realizou-se na Câmara Municipal de São Paulo o Encontro para o Diagnóstico da Mulher Paulista. Participaram do evento representantes de partidos políticos, da Igreja, sindicalistas, feministas e pesquisadoras. Nesse encontro foi elaborada uma carta documento, subscrita por 38 organizações, com a proposta de criação de uma entidade que servisse de polo aglutinador das lutas feministas. Assim sendo, em 1976, Albertina Duarte, Carmita Alves de Lima, Marise Egger, Vera Menegoz, entre outras, criaram o Centro de Desenvolvimento da Mulher Brasileira (CDMB), com vinculação partidária e semelhante apenas nos estatutos à entidade carioca (MELO; SHUMAHAR, 2000, p. 2).

no Brasil, tanto o pensamento liberal quanto o marxista revolucionário (ainda) dividiam a luta em dois campos exclusivos; o primeiro, da democracia contra a ditadura; e o segundo, do proletariado contra a burguesia.⁶¹

2.3 O movimento feminista, a redemocratização do Brasil e a Constituição Federal, de 1988

O movimento pela redemocratização do Brasil⁶² mobilizou diversas frentes nos anos 1970 e 1980. Em 1979, a Lei de Anistia era um sinal real de mudanças, os filhos do Brasil voltavam para casa, uma vitória dos movimentos e da democracia. Ainda no final da década de 1970, a organização dos trabalhadores na região do ABC paulista, que marcou a autonomia e o fortalecimento dos movimentos sociais, movimentou a sociedade brasileira em favor da classe trabalhadora e constituiu frentes de solidariedade aos trabalhadores em suas greves. Era o surgimento de um novo sindicalismo. Diversos grupos do campo e da cidade, movimentos específicos e difusos, além de partidos políticos, organizavam-se e reorganizavam-se.

Vera Soares, em sua análise *Movimento Feminista: paradigmas e desafios*, trata dos movimentos de mulheres e do movimento feminista na transição democrática brasileira. Para Soares (1994),

no contexto dos anos de 1970, movimentos sociais liderados por mulheres surgiram nas áreas urbanas e rurais, como: o movimento contra a alta do custo de vida; o movimento de luta por creche; as trabalhadoras rurais na luta pela reforma agrária e pela terra; o movimento de mulheres negras, que tornou visível a realidade vivida e a busca de novas formas de organização para superação das consequências do racismo; a mobilização das mulheres nas diversas categorias organizadas no movimento sindical pela democratização das direções dos sindicatos e centrais sindicais, ampliando o conhecimento e os debates sobre o mundo do trabalho feminino. (SOARES, 1994, p. 11-24).

⁶¹ Id., 2003, p. 61.

⁶² O início do processo de transição para o regime democrático se dá com a ascensão do general Ernesto Geisel à Presidência da República, em 1974, quando, diante dos sinais de esgotamento do “milagre econômico” e da ditadura militar, o governo decide pôr em marcha o projeto de abertura “lenta, gradual e segura”. O objetivo do governo Geisel era realizar uma “transição controlada”, com um processo paulatino de liberalização do regime que suprimisse os instrumentos de exceção, encaminhasse o país a uma progressiva institucionalização e garantisse a volta dos militares aos quartéis sem risco de revanchismos e outras punições (REIS, 2010, p. 221).

No período citado, conforme tratado no capítulo anterior, o Brasil passa do bipartidarismo para o pluripartidarismo, e as feministas abrigadas no Movimento Democrático Brasileiro (MDB), dividem-se entre o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), o Partido dos Trabalhadores (PT) e o Partido Democrático Trabalhista (PDT), principalmente.

Nesse processo, segundo Pinto (2003, p. 68), “surgia uma divisão entre as feministas: de um lado ficaram as que lutavam pela institucionalização do movimento e por uma aproximação com a esfera estatal e, de outro, as autonomistas, que viam nesta aproximação um sinal de cooptação”.

Pinto descreve que “surgem grupos feministas temáticos, associados, (dirigidos) ou não (por essa) essa dicotomia, destacam-se os que assumiram as bandeiras de combate à violência contra a mulher e os de promoção à saúde”.⁶³

Com a vitória do PMDB nas eleições estaduais de 1982, o estado de São Paulo criou, em 1983, o primeiro Conselho Estadual da Condição Feminina. Mais tarde, com a eleição de Tancredo Neves e a posse de Sarney após sua morte, foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, em 1985.⁶⁴

A ocupação de espaços no Estado é apontada por Soares (1994), como

uma outra consequência da tentativa de incorporar as reivindicações das mulheres nas políticas sociais do Estado. Por iniciativa das militantes feministas nos partidos, a partir de 1982 surgiram organismos governamentais, responsáveis por coordenar a ação do Estado visando à igualdade das mulheres. Foram criados nos diversos níveis (nacional, estadual e municipal) Conselhos dos Direitos da Mulher. (SOARES, 1994, p. 19).

Na Assembleia Nacional Constituinte de 1988, apenas 5,7% dos deputados eram do sexo feminino, perfazendo total de 26 (vinte e seis) deputadas, sendo apenas uma de formação feminista (PINTO, 2003, p. 72-73).

Segundo Teles (1993), em 26 de agosto de 1986, em Brasília, o Encontro Nacional da Mulher pela Constituinte, promovido pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, contou com 1.500 participantes, de variadas condições, desde trabalhadoras rurais, aposentadas, negras, posseiras e operárias, até profissionais liberais e candidatas a deputadas constituintes.

⁶³ Id., 2003, p. 68.

⁶⁴ Ibid., p. 70-71.

Para Pinto, (2003), a

Carta das Mulheres, promovida pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, mas de autoria de um conjunto mais amplo e abrangente produzido na época, é, possivelmente, um dos mais importantes elaborados pelo feminismo brasileiro contemporâneo. [...] o documento defendia a justiça social, a criação do Sistema Único de Saúde, o ensino público e gratuito em todos os níveis, autonomia sindical, reforma agrária, reforma tributária, negociação da dívida externa e outras propostas. [...] com respeito ao polêmico tema do aborto: a carta não propõe explicitamente a legalização da prática, mas postula um preceito constitucional que abriria caminho para uma discussão posterior do tema. Nela se lê: “Será garantido à mulher o direito de conhecer e decidir sobre o seu próprio corpo”. (PINTO, 2003, p. 75).

Se compararmos as conquistas das mulheres na Constituição Federal de 1988 com o histórico de lutas, verificaremos que questões essenciais, como o reconhecimento da igualdade entre homens e mulheres, foram incluídas como primeiro inciso do art. 5º que define que todos são iguais perante a lei. Ainda a proteção à maternidade, ao acesso ao mercado de trabalho, os direitos das trabalhadoras domésticas à previdência social, o título de domínio e concessão de uso (lembremo-nos da Convenção em Prol dos Direitos das Mulheres, em 1848, em Nova York, e do Estatuto da Mulher Casada, de 1916, no Brasil, que reconheciam apenas o homem como detentor desses direitos em relação aos bens de suas esposas). Foi aprovado um conjunto de direitos da mulher na Constituição de 1988.⁶⁵ As conquistas na lei foram importantes, começava a luta para garanti-las na prática.

⁶⁵ “homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição”; (art. 5º, inciso I);

“a presidiárias serão asseguradas condições para que possam permanecer com seus filhos durante a amamentação”; (art. 5º, inciso L)

“licença a gestantes, sem prejuízo do emprego e do salário, com duração prevista de ‘cento e vinte dias’; (art. 7º, inciso XVIII)

“licença paternidade, nos termos fixados em lei; (art. 7º, inciso XIX)

“proteção do mercado de trabalho da mulher, mediante incentivos específicos nos termos da lei”; (art. 7º, inciso XX)

“proibição de diferenças de salários, de exercício de funções e de critério de admissão por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil”; (art. 7º, inciso XXX)

“São assegurados à categoria dos trabalhadores domésticos os direitos previstos no artigo 7º, incisos IV a XXXIII e, atendidas as condições estabelecidas em lei e observada a simplificação do cumprimento das obrigações tributárias, principais e acessórias, decorrentes da relação de trabalho e suas peculiaridades, os previstos nos incisos I, II, III, IX, XII, XXV e XXVIII, bem como a sua integração à previdência social; (art. 7º, XXXIV, parágrafo único)

“o título de domínio e a concessão de uso serão conferidos ao homem ou a mulher, ou a ambos, independente do estado civil, nos termos e condições previstas na lei”; (art. 183, § 1º)

2.4 Mobilização das feministas para criação de Organizações de Direitos Políticos e de Direito à Saúde

Nos anos de 1990, com o advento das Organizações Não Governamentais (ONGs), Pinto (2003) destaca ao menos duas com expressiva importância para a mobilização em favor de direitos femininos.

as mais destacadas no último período são o Centro Feminista de Estudos e assessoria (CFEMEA), criado em 1989, com sede em Brasília. [...] No texto de sua apresentação na página da internet caracteriza-se como tendo “como traço característico o trabalho junto ao Poder Legislativo, onde atua de forma democrática, suprapartidária, autônoma e comprometida com o movimento de mulheres” (www.cfemea.org.br). [...] constitui-se num grande articulador das questões das mulheres junto ao Congresso Nacional, defendendo projetos, propondo emendas às comissões, assessorando a bancada de mulheres no legislativo e junto aos ministérios. (PINTO, 2003, p. 98).

Outra ONG analisada por Pinto, e importante para esse trabalho é a Rede Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos⁶⁶, “A Rede Saúde tem tido importante papel no acompanhamento de políticas públicas referente à saúde da mulher. [...] atua no monitoramento de políticas públicas e em ações diretas com a sociedade”.⁶⁷ No Anexo III deste trabalho encontra-se a capa do 1º Jornal da Rede.

De acordo com informações do site, da rede Feminista de Saúde – Direitos Sexuais e Reprodutivos⁶⁸, essa organização foi criada em 1991, em Itapeverica da Serra, a partir da articulação de movimentos de mulheres. Assim, constituiu-se em uma articulação política nacional do movimento de mulheres, feminista e antirracismo, sobre os princípios de: fortalecimento dos movimentos feministas e de mulheres no âmbito local, regional, nacional e internacional, em torno da saúde e

“os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos pelo homem e pela mulher”; (art. 226, § 5º).

“fundado nos princípios da dignidade humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte das instituições oficiais ou privadas” (art. 226, § 7º).

⁶⁶ Quando a Rede Feminista foi formada, em 1991, congregava 110 filiadas em 20 estados.

⁶⁷ Id., 2003, p. 102.

⁶⁸ Disponível em: <<http://redesaude.org.br/home/institucional.php/>>; <<http://www.redesaude.org.br/hotsite/1991/index.html>>

dos direitos sexuais e direitos reprodutivos; reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos; reconhecimento da violência sexual, racial e doméstica como violações dos direitos humanos; defesa da implantação e da implementação de ações integrais de saúde da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde, e legalização do aborto, cuja realização é decisão que deve competir à mulher como direito.

O site da Rede comunica que a abrangência dessa organização é nacional, sendo que, atualmente, é composta por 12 regionais organizadas no Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Goiás, Bahia, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, São Paulo, Santa Catarina e Distrito Federal. A coordenação da Rede é realizada por um Conselho Diretor e uma Secretaria Executiva, que compõem o Colegiado. A Assembleia Geral é a instância maior de decisão.

Ainda verificamos nesse portal que a Rede Feminista de Saúde é integrada por Organizações Não Governamentais, grupos feministas, pesquisadoras e grupos acadêmicos de pesquisa, conselhos e fóruns de direitos das mulheres, além de ativistas do movimento de mulheres e feministas, profissionais da saúde e outras que atuam no campo da saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos. Está presente em cerca de 30 instâncias nacionais,⁶⁹ governamentais e não governamentais, que incidem sobre as políticas públicas de saúde. Integra relatorias nacionais e internacionais de saúde e direitos humanos das mulheres.

Por fim, apuramos na apresentação disposta, que desde a sua criação, a metodologia de trabalho da Rede Feminista vem envolvendo ações e incidência política nas diferentes instâncias públicas do país visando garantir o acesso e assistência à saúde integral das mulheres e assegurar os direitos sexuais e

⁶⁹ Coordena a Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher do Conselho Nacional de Saúde (CNS), integra a Comissão Executiva de Monitoramento do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, tem assento no Conselho Nacional dos Direitos da Mulher e no Conselho do Observatório Brasil de Igualdade de Gênero, é uma das redes parceiras do projeto Observatório pela Aplicação da Lei Maria da Penha. Integra a Coordenação da Plataforma Brasileira de Direitos Humanos, Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais (Plataforma DhESCA/Brasil) e a titularidade da Relatoria Nacional do Direito Humano à Saúde. Tem assento na Comissão Nacional de Morte Materna e na Comissão de Articulação dos Movimentos Sociais.

A Rede Feminista é fundadora e faz parte das Jornadas Brasileiras pelo Aborto Legal e Seguro e da Frente Nacional pelo Fim da Criminalização das Mulheres e pela Legalização do Aborto. É Ponto Focal da Campanha 28 de Setembro Pela Descriminalização do Aborto na América Latina e no Caribe. Coordena no Brasil a Aliança Nacional pela Campanha Por uma Convenção Interamericana dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e participa da Articulação Mulher e Mídia, da Aliança de Controle do Tabagismo, da Plataforma dos Movimentos Sociais pela Reforma Política, entre outras articulações.

reprodutivos como direitos humanos das mulheres. O *advocacy* e o controle social na área da saúde, enfatizando a perspectiva feminista, revelam-se prioritários no trabalho da entidade.

A Rede Feminista dispõe em seu site que essa organização tem reafirmado, ao longo desses anos, seu compromisso de defesa da saúde integral das mulheres e dos seus direitos sexuais e reprodutivos e do Sistema Único de Saúde público, universal e de qualidade, acessível a todas as mulheres. É filiada à Rede de Saúde das Mulheres Latino-americanas e do Caribe (RSMLAC) e à Rede Mundial de Mulheres pelos Direitos Reprodutivos.

A Rede Feminista de Saúde – Direitos Sexuais e Reprodutivos teve papel decisivo na aprovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

2.5 Mobilização transnacional do movimento feminista para participação nas Conferências de População em Desenvolvimento (CIPD)

A articulação dos movimentos feministas nos fóruns promovidos pela ONU, como a Conferências de População e Desenvolvimento e a Conferência Mundial da Mulher, desencadeadas a partir da Década da Mulher, em 1975, permitiram uma ação articulada em favor dos direitos das mulheres, sobretudo na área de saúde, dado que nos primeiros eventos a demografia populacional pressionava as políticas de controle da natalidade. Podemos considerar que essa ação dos movimentos se constituiu em uma rede transnacional que mobilizava as mulheres para participação nesses eventos e para acompanhamento de seus resultados.

Scherer-Warren (2006) indica que as

redes transnacionais de organizações têm sido espaços privilegiados para a articulação das lutas por direitos humanos em suas várias dimensões sociais. Assim, através dessas articulações em rede de movimento observa-se o debate de temas transversais, relacionados a várias faces da exclusão social, e a demanda de novos direitos. [...] essa transversalidade na demanda por direitos implica o alargamento da concepção de direitos humanos e a ampliação da base das mobilizações." (SCHERER-WARREN, 2006, p. 117-118)

Marcelo Andreás Faria de Britto, em sua dissertação de mestrado intitulada *A influência de Movimentos de Mulheres nas Políticas Públicas para a Saúde da*

Mulher no Brasil – 1984, de 2014, traça a linha histórica das Conferências de População em Desenvolvimento, instituídas a partir da Comissão de População, criada pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945. A primeira Conferência de População e Desenvolvimento (CIPD), aconteceu em Roma, em 1954, tendo como tema central a influência demográfica no desenvolvimento dos países do primeiro mundo.

A Conferência de População em Desenvolvimento de Bucareste, em 1974, destaca-se porque abordou o “controle da natalidade como uma condição para o desenvolvimento dos países de Terceiro Mundo superarem o estado de pobreza e se desenvolverem. (Alves & Correa, 2003)”. (BRITTO, 2014, p. 13-14), e desencadeou a “Década da ONU para o Avanço da Mulher”, de 1975 a 1985, que teve um papel emblemático na trajetória das lutas de mulheres, principalmente porque serviu de espaço político para feministas nas Conferências Mundiais da Mulher, que passaram a acontecer a cada 10 anos (BRITTO, 2014, p. 39).

Na Conferência de População no México, em 1984, o “governo brasileiro assumiu verdadeiramente uma postura diante da saúde reprodutiva e aprovou o PAISM”.⁷⁰ Britto, indica que “houve um alinhamento de fato em relação ao reconhecimento de que o controle da natalidade não era a orientação governamental no tocante à saúde da mulher.” (BRITTO, 2014, p. 106).

Na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) do Cairo em 1994, os conceitos foram disputados em relação à saúde reprodutiva, como parte dos direitos humanos.

As pessoas podem ter decisões reprodutivas sem sofrer discriminação, coação ou violência. Apenas a título de informação o debate sobre essa questão reprodutiva estava tão avançado que essa definição de saúde reprodutiva coincide com a forma como foi referendada na Constituição Federal, de 1988, no Brasil. (BRITTO, 2014, 46-47).

Passados vinte anos da Conferência do Cairo,

as metas estabelecidas estão sendo revisadas para estabelecimento das ações denominadas “Cairo Pós-2014”. Verificando os dados e as

⁷⁰ Waldyr Mendes Arcoverde, ministro da Saúde do Brasil, discursou sobre o PAISM, na Cidade do México, em 6 de agosto de 1984, durante a abertura da Conferência Internacional sobre População (BRITTO, 2014, p. 65).

metas estabelecidas em Cairo, as mortes maternas caíram quase pela metade nos últimos 20 anos, mas cerca de 800 mulheres ainda morrem, todos os dias, por problemas decorrentes do parto e de complicações na gravidez, e mais de 220 milhões de mulheres ainda têm necessidades não satisfeitas de contracepção moderna. Como resultado, o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM 5), especificamente no tocante à saúde materna, é atualmente um dos mais distante de realização, e é improvável que seja atingido. (BRITTO, 2014, p. 60)

Em entrevista realizada durante este estudo, a avaliação de nossa 1ª entrevistada sobre a Conferência de População do Cairo, é de que

a posição do movimento feminista ficou muito claro na Conferência do Cairo, em 1994, que foi 20 anos depois da de Bucareste, em 1974. Na de Bucareste ainda se discutiam questões de controle de natalidade, controle populacional, enfim, tinha este que, em princípio, era ter metas populacionais. Em 94, o movimento feminista foi com tudo e conseguiu reverter essa história de meta populacional, e em 94, na Conferência do Cairo, também é que teve a grande polêmica entre direitos reprodutivos e saúde reprodutiva na briga com a igreja. Se você pegar o relatório do Cairo, você pode pegar, é a 4ª Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento – CIPD. (1ª entrevistada)

Ela explicou que

em uma Conferência da ONU, nessas Conferências Mundiais tem que valer o consenso, porque, quando vai para votação, é sinônimo de derrota diplomática, porque se vai para a votação, o país que perdeu pode ou não adotar, porque aí entra em jogo a questão da Soberania Nacional.

Avalia, ainda que

teve vitórias importantes, primeiro porque entrou para o cenário mundial e o cenário de discussões a questão do direito reprodutivo e outra coisa é que foi retirado como proposta dessa Conferência, a questão das metas demográficas, então cai muito a história do controle de natalidade.

E sobre as disputas, resultados e seguimento da Conferência do Cairo nas últimas duas décadas, avalia que

na Conferência do Cairo, deu essa enorme discussão, mas teve avanços, entre eles a retirada desse conceito de ter metas populacionais e, aí foi interessante porque deu muita tensão entre as feministas e os demógrafos, porque eles se consideravam os donos desse tipo de Conferência, era coisa de demógrafo, aí chegaram as chatas, querendo reivindicar que ninguém tem que estar traçando meta sobre o nosso corpo. E aí deu tensão. E agora está tendo retrocesso de novo, porque aí teve o Consenso de Montevideu, que

avançou horrores, que foi o Cairo + 15 ou 20, que teve a reunião da Conferência Regional de População e Desenvolvimento, que foi em Montevideu, eu fui. E aí nesse consenso de Montevideu se avançou um monte, foi considerado o mais avançado, e agora teve o Cairo +20 NY, e recuou tudo por causa dos países africanos que sempre foram nossos aliados em muitas coisas, principalmente com o Brasil, eles eram super ligados com a posição da delegação brasileira e das nossas entidades diplomáticas por causa do avanço do islamismo na África, islamismo e evangélico também. (1ª entrevistada).

Para Coelho (2015), o tratamento da saúde da mulher neste espaços é tenso porque “a saúde é talvez, o mais importante foco desses controles opressivos, pois traz consigo o domínio do corpo e a vivência da sexualidade”. Para ela,

os direitos reprodutivos são uma construção teórico-conceitual elaborada pelo movimento de mulheres e referendado em Amsterdã, em 1984, no "Tribunal Internacional do Encontro sobre Direitos Reprodutivos que ocorreu no 8º Encontro Internacional Mulher e saúde.”,⁷¹ e a ONU reconheceu, na Conferência Mundial da Mulher, de Nairóbi, em 1985, que a promoção dos direitos da produção é uma aquisição fundamental das mulheres para uma justaposição na sociedade. (COELHO, 2015, p. 26).

Portanto, podemos verificar que os movimentos feministas em diversas partes do mundo têm a pauta de saúde da mulher como uma prioridade de ação e mobilização. A participação dos movimentos feministas nos fóruns institucionais internacionais, segundo relatos de entrevistadas, tem promovido importantes alterações na concepção de direito à saúde e de direitos das mulheres, mas considerando as diferenças culturais e políticas dos diversos povos que participam desses espaços, avanços e retrocessos permeiam os eventos, então é preciso mobilizar para participar, manter a participação a cada edição dessas conferências, e acompanhar as decisões, sempre alertas, para que sejam favoráveis aos direitos das mulheres.

⁷¹ Em texto publicado no *Almanaque D'Elas*, da Rede Feminista, de 2015, Coelho afirma que os “Direitos reprodutivos são os direitos das mulheres de regularem sua própria capacidade reprodutiva, bem como de exigir que os homens assumam responsabilidade pelas consequências do exercício de sua própria sexualidade. A abrangência desse conceito envolve a contracepção, esterilização, aborto, concepção e assistência a saúde. Além do mais é visto na perspectiva de direitos humanos, ampliando o seu sentido e retirando a função da reprodução da esfera privada, avançando para além do planejamento familiar, ou seja, saindo do âmbito meramente familiar e passando a se localizar no espaço da sociedade como um todo.” (COELHO, 2015, p.26).

Considerações

Esta pesquisa realizada e consolidada neste capítulo, sobre o movimento feminista no Brasil e no mundo, contribuiu sobremaneira no momento da coleta de dados, feita por meio de entrevistas. Pudemos identificar discursos e processos históricos relatados na bibliografia como ilustração das informações sobre a atuação do movimento feminista no Brasil, favorecendo a compreensão das pautas e estratégias de mobilização das mulheres. A partir dessa pesquisa sobre movimentos de mulheres e movimentos feministas, sobre os processos de disputas e consensos na construção de políticas de saúde da mulher, enquadrámos essa luta no campo dos direitos humanos, pois se trata do direito à vida.

Verificamos que os conceitos e princípios que norteiam o movimento feminista estão alinhados aos direitos sexuais e reprodutivos como um caminho de liberdade da mulher sobre a condução de sua vida, tendo a maternidade como opção, e não como desígnio.

Ademais, verificamos que a estratégia de ocupação de espaços institucionais, como os Conselhos da Condição Feminina e Conselhos de Mulher, nos anos de 1980, projetaria as pautas feministas e as feministas no cenário da redemocratização do país, propiciando conquistas na Constituição Federal de 1988.

A organização de movimentos feministas foi essencial para a defesa dos interesses das mulheres, como a Rede Feminista e o CFEMEA, e, por fim, as ações do movimento feminista, em articulação transnacional, nas Conferências de População em Desenvolvimento e Conferências Mundial das Mulheres, fóruns institucionais da Organização das Nações Unidas (ONU), onde o movimento feminista tratou importantes dilemas do século XX, em relação ao controle da natalidade e direitos sexuais e reprodutivos.

Todas essas informações qualificaram a pesquisa de dados para a construção do capítulo seguinte, que tratará do processo histórico e político de aprovação da PNAISM.

CAPÍTULO III

DO PROGRAMA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (PAISM) À POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER (PNAISM)

Introdução

Verificaremos neste capítulo que a participação massiva das mulheres como usuárias ou profissionais de saúde não se espelha nos instrumentos de participação como o Conselho Nacional e a última Conferência Nacional de Saúde, em 2011. Portanto, as mulheres continuam como minoria nos espaços da democracia representativa, como no Congresso Nacional, e nos espaços de participação social.

Examinaremos a estruturação do atendimento a saúde da mulher a partir da evolução da ginecologia e obstetrícia tendo como parâmetro o esquadramento e apropriação das informações sobre o corpo feminino na relação profissional de saúde-objeto, e não sujeito-sujeito, como almejamos.

Da mesma forma, observaremos a ocupação de espaços na burocracia estatal, conforme a teoria dos repertórios de interação de Abers, Serafim e Tatagiba (2014), desencadeando a construção do PAISM, em 1983, a participação social e a realização da 1ª Conferência de Saúde da Mulher, em 1986, e a participação ativa do movimento feminista na construção e aprovação da PNAISM, em 2004.

3.1 Expressão das Mulheres nos Serviços de Saúde e Instituições de Democracia Representativa e Participação Social

As mulheres são mais presentes nos serviços de saúde que os homens, seja como usuárias, seja como profissionais de saúde. As profissões deste ramo de atividade são atrativas para as mulheres que optam por carreiras nesta área, tanto em postos de formação superior como os de formação técnica. Em 2013, contávamos com 1.402.194 trabalhadores de saúde no setor público,⁷² e, desse total, 76,0% eram mulheres.⁷³

⁷² Cf. IBGE. Microdados da PNAD. Elaboração: Escritório da OIT no Brasil.

⁷³ Cf. IBGE. PNAD. Evolução do Trabalho Descendente entre a população ocupada na saúde pública. Elaboração: Escritório da OIT Brasil.

A demanda pela realização de exames preventivos periódicos de combate ao câncer de colo uterino e de mama faz com que as mulheres se dirijam aos serviços de saúde diversas vezes, a cada ano, seja nos serviços públicos, seja nos serviços privados de saúde. Quando mãe, além do acompanhamento de seu período gravídico-puerperal nos serviços de saúde, fica a seu encargo levar o recém-nascido aos serviços para as vacinas, para as consultas de observação do crescimento das crianças. Quando não é a mãe que está com as crianças nos serviços de saúde, encontramos as avós ou tias desempenhando essa função. Sempre mulheres.

Com o aumento da expectativa de vida, a responsabilidade pela saúde dos idosos (mulheres e homens) tem sido mais uma responsabilidade delas, visto que a cada dia crescem as famílias monoparentais, que possuem mulheres como chefes de família.

Então, as mulheres que, a cada dia, organizam suas vidas para a atenção a sua própria saúde e a de seus pares, mesmo sendo o “segundo sexo”, têm sido as protagonistas dos cuidados à saúde. Essa tarefa de cuidar da saúde ainda é vista como da dona de casa, ou a do lar, que outrora poderia, supostamente, ser desempenhada por essas mulheres restritas ao ambiente familiar. Mas as mulheres de hoje são trabalhadoras e os serviços de saúde não se organizam para recebê-las, pois acompanham padrões conservadores nos horários e formatos de equipes de saúde.

Nos conselhos de saúde, criados após a Constituição Federal de 1988, contamos hoje com 56.752 conselheiros,⁷⁴ em todo o país. No Conselho Nacional de Saúde há 19 conselheiras e 29 conselheiros, do total de 48 membros,⁷⁵ ou seja, 40% de mulheres e 60% de homens. A 14ª CNS, em 2011, contou com 2.211 delegados e 1.001 delegadas, perfazendo total de 3.212 participantes, o que significou 31% de mulheres e 69% de homens.

O Brasil, que é presidido por uma mulher, Dilma Rousseff, vive neste ano de 2015 uma reforma eleitoral chamada de Reforma Política. Nos jornais impressos, chegou a ser divulgada a baixa representação das mulheres no parlamento federal. Na Câmara, 51 mulheres ocupam o equivalente a 9,9% das cadeiras. No Senado, a proporção é um pouco maior. Há 12 senadoras em exercício, 13% dos 81

⁷⁴ Dados do Sistema de Informações e Acompanhamento dos Conselhos de Saúde, fornecidos pela Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde, em 15 jun. 2015. O sistema não filtra o número de homens e de mulheres.

⁷⁵ Dados fornecidos pela Secretaria Executiva do CNS, em 15 jun. 2015.

parlamentares. Os números de mulheres na política, no Brasil, estão abaixo da média mundial, de 22,1%, e também do percentual do Oriente Médio, 16% e de nações como Jordânia, Síria, Líbia, Iraque, Emirados Árabes, Afeganistão e Arábia Saudita, conhecidas por sua resistência a direitos fundamentais e direitos femininos.⁷⁶

As deputadas federais lançaram uma campanha pelo estabelecimento de cotas para mulheres, mas essa bandeira não obteve espaço de divulgação na mídia, contou com pouco apoio da sociedade civil e não foi aprovada pelo Congresso Nacional.⁷⁷

Esses dados demonstram que os movimentos de mulheres e movimentos feministas no nosso país ainda têm um sem-número de demandas e reivindicações para ampliação de seu espaço político. É essencial continuar questionando o papel secundarizado que a mulher desempenha na sociedade, seja nos espaços de democracia representativa, seja nos espaços da participação social.

3.2 A Ginecologia e a Obstetrícia como Instrumento de Dominação do Corpo Feminino

Ana Paula Vosne Martins, em sua tese de doutorado intitulada *A Medicina da Mulher: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia e da ginecologia no século XIX* oferece informações importantes sobre a exploração e dominação do corpo feminino. No mesmo compasso das lutas pela emancipação feminina, é possível entender por que as políticas de atenção integral sofrem oposição, pois o que verificamos no trabalho de Martins (2000) é que a construção dos saberes sobre a saúde da mulher e a formação dos profissionais foi estruturada sob uma base misógina.⁷⁸

⁷⁶ Cf. CHADE, Jamil. Brasil tem menos mulheres no Legislativo que Oriente Médio. *O Estado de São Paulo*, 6 mar. 2015. Disponível em: <<http://politica.estadao.com.br/noticias/geral,brasil-tem-menos-mulheres-no-legislativo-que-oriente-medio,1645699>>.

⁷⁷ A Câmara dos Deputados Federais rejeitou nesta terça-feira (16 de junho) a criação de cotas para mulheres nos legislativos federal, estaduais e municipais. Faltaram 15 votos para aprovação da emenda aglutinativa à proposta de emenda à Constituição (PEC 182/07) da reforma política. Eram necessários 308 votos para a aprovação da matéria. Votaram a favor 293 deputados, 101 manifestaram-se contra e 53 se abstiveram. Com isso, a proposta de cotas para mulheres nos legislativos foi rejeitada. Disponível em: <<http://www.aquieali.com.br/camara-rejeita-a-criacao-de-cotas-para-mulheres/>>.

⁷⁸ Misógino: que tem aversão a mulheres, cf. HOUAISS. Dicionário da Língua Portuguesa, p. 499.

Martins recupera o desenvolvimento da ginecologia e obstetrícia no Brasil do século XIX ao século XX, permitindo conhecer esse processo de desenvolvimento de políticas de atenção à saúde da mulher.

A autora aponta o quanto a medicina esquadrinhou o corpo feminino, tomando para si todas as informações e, com isso, estabelecendo “diferenças hierárquicas entre homens e mulheres, interferindo nos direitos civis das mulheres” (MARTINS, 2000, p. 25).

Em sua avaliação da ginecologia e obstetrícia no Brasil, Martins (2000), relata que

no final dos anos de 1880, o atendimento ao parto em maternidades cresce no país, bem como o atendimento médico antes do nascimento, o ginecologista Fernando Magalhaes⁷⁹ e outros médicos que também trataram desse assunto não se limitavam a exigir das autoridades a construção de maternidades, afinal a estrutura física de um hospital não garantia um bom atendimento [...] começavam a esboçar uma política de saúde materno-infantil, que abrangesse qualidade de serviços médicos, assistência social, amparo da lei às mulheres grávidas e puérperas, instrução às mães sobre como bem cuidar de seus filhos, começando em prática a puericultura extra uterina, e por fim, a formação de médicos, parteira e enfermeiras. (MARTINS, 2000, p. 226).

Portanto, este é o histórico de saúde das mulheres, tendo como única concepção de atendimento as práticas que exigiam a passividade da mulher e, assim, adentramos o século XX. Com todas as ações em favor da emancipação feminina, do movimento sufragista, dos movimentos de mulheres contra a carestia, da resistência aos períodos de ditadura, chegamos à redemocratização do país nos anos de 1980, e, nesse período, o movimento feminista empenhou-se pela formulação da política de atenção integral à saúde da mulher, buscando a

⁷⁹ Fernando Augusto Ribeiro Magalhães era um médico obstetra brasileiro, professor de obstetrícia e ginecologia, considerado por alguns como o criador da escola de parteiras brasileira. Em 1900-1901, ele se tornou clínico ginecológico e obstetra interno e foi decano da Faculdade de Obstetrícia (1901-1910), professor de obstetrícia clínica (1911-1915), diretor do Hospital Maternidade do Rio de Janeiro (1915-1918), onde prende a cadeira de Obstetrícia Clínica em 1922. Ele também foi diretor da Faculdade de Medicina (1930) e presidente da Universidade do Rio de Janeiro (1933). Além disso, Fernando Magalhães estava interessado na política de seu país e foi eleito deputado estadual do Rio de Janeiro para a Assembleia Constituinte de 1934. Nas palavras do Professor Jorge de Resende, um discípulo de Fernando Magalhães, expressa em 1998, pode ser considerado “a obstetrícia, no Brasil, será dividida pelos historiadores do futuro em dois períodos: antes e depois de Fernando Magalhães”.

superação da linha de atendimento materno-infantil e do “poder masculino” da ginecologia e obstetrícia sobre o corpo feminino, impedindo a mulher de conhecer seu próprio corpo e de acessar seus direitos sexuais e reprodutivos.

3.3 A Criação do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher – Um Grito de Liberdade

A movimentação política que propiciou a formulação e aprovação do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher é reconhecidamente um movimento importante na qualificação das ações de saúde no Brasil, na democratização do acesso a serviços em direção a alterações de concepção de modelos hospitalocêntricos e medicalocêntricos e tecnicistas,⁸⁰ tratados anteriormente, para modelos cuidado integral, tendo a prevenção, proteção, promoção e recuperação da saúde como as condutoras das ações de saúde e levando em consideração as condições socioambientais, de melhoria da qualidade de vida, incluindo educação, transporte, moradia e o ambiente político favorável a alterações na gestão de políticas de saúde.

A saúde da mulher, antes do PAISM, era restrita a coordenações de saúde materno-infantil no Ministério da Saúde e a outros órgãos estaduais de gestão da saúde. Desse modo, a atenção à saúde da mulher acompanhava seus ciclos reprodutivos, em função do “nascimento a bom termo”.⁸¹

Segundo Teles (1993),

em 1984, o governo brasileiro, por meio do Ministério da Saúde, propõe o Programa de Assistência Integral à Saúde das Mulheres (PAISM). Num primeiro momento, pretendia-se atender apenas às mulheres da faixa etária dos 15 aos 49 anos. De imediato as feministas reagiram, insistindo num programa que atendesse a todas

⁸⁰ O modelo tecnicista, voltado para a cura de doenças e reabilitação de sequelas (BISPO JUNIOR, 2009).

⁸¹ Em dezembro de 2012, em Bethesda, nos Estados Unidos, ocorreu uma reunião conjunta da National Institute of Child Health and Human Development, do American College of Obstetricians and Gynecologists, da American Academy of Pediatrics, da Society for Maternal-Fetal, do March of Dimes, e da World Health Organization (WHO). Foi discutido como classificar a gestação a termo sob este novo conhecimento derivado da variação do desempenho perinatal. Os estudos mostraram que neste período, entre 37 semanas e 41 semanas e 6 dias de idade gestacional, a mortalidade/morbidade materno-fetal tem a forma de U, sendo o nadir (melhor desempenho) entre 39 semanas e 40 semanas e 6 dias. [...] Portanto, em uma redefinição de gestação a termo, a abordagem seria para: Gestação a termo (inglês *full term*) 39 semanas até 40 semanas e 6 dias. (Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br/site/?p=7703>>).

as fases da vida, proposta esta que já era gestada pelo movimento: “Por que o governo se propõe a atender apenas à faixa etária que corresponde ao período da fertilidade?”, indagavam as feministas. Assim, pressionado, o Ministério da Saúde acabou por acatar as propostas das feministas. (TELES, 1993, p. 151).

Sobre a implantação do PAISM, Teles (1993), descreve que,

[...] o PAISM começa a ser implantado em Goiás, com a participação de algumas feministas, profissionais da área de saúde, inclusive a coordenadora, Ana Costa. (Teles, 1993, p. 149).

[...] em São Paulo, o Governo Montoro, em 1983, pressionado pelas mulheres e pelo Conselho Estadual da Condição Feminina, assumiu o programa, mas deixou de lado o planejamento familiar,⁸² para evitar atritos com a igreja, que só aceitava os métodos contraceptivos naturais como o de “Billing”⁸³ e a “Tabelinha”.⁸⁴ (TELES, 1993, p. 149; 151).

⁸² O planejamento familiar é um direito de mulheres, homens e casais e está amparado pela Constituição Federal, em seu artigo 226, parágrafo 7º, e pela Lei 9.263, de 1996, que o regulamenta. Cabe ao Estado prover recursos educacionais e tecnológicos para o exercício desse direito, bem como profissionais de saúde capacitados para desenvolverem ações que contemplem a concepção e a anticoncepção. É primordial, assim, que a formação profissional proporcione o desenvolvimento de habilidades para a oferta de informação adequada em planejamento familiar, de modo a atender as necessidades dos clientes, sob a perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos, bem como a atualização contínua. A informação adequada em planejamento familiar é de fundamental importância, pois possibilita ao cliente exercer seus direitos, reconhecer métodos contraceptivos e fazer escolhas com autonomia. Deve abranger orientações sobre métodos, assim como saúde sexual e reprodutiva. Além disso, os serviços de saúde devem dispor de métodos e técnicas para o controle da fecundidade. A oferta de métodos anticoncepcionais com vistas à escolha autônoma aponta para a necessidade de os serviços proporcionarem ampla gama de opções, para que os clientes possam escolher livremente, de forma segura e confiável, o método mais adequado, para os diferentes momentos de sua vida reprodutiva, de acordo com sua história de saúde e adaptação. (PIERRE; CLÁPIS, 2009).

⁸³ O método da ovulação ou método de Billings é um método do PFN (Planejamento Familiar Natural) e se pontua na identificação do período fértil de um ciclo menstrual, através da auto-observação das características do muco cervical. O muco cervical, no início, pegajoso, branco ou amarelo sob ação estrogênica produz na vulva, uma sensação de umidade, indicando o período de fertilidade, transformando-se em um muco transparente, elástico, escorregadio, fluido semelhante à clara de ovo. Os estudos com hormônio luteinizante (LH) urinário revelam que o pico de secreção do muco identifica o dia da ovulação com a mesma precisão que tem o pico do LH. Quando o método Billings é usado corretamente, a chance de gravidez não intencional varia entre 1 e 3% em 12 meses, e corroborando com estes dados, estudo longitudinal prospectivo revelou que a probabilidade de concepção a partir de intercurso ocorrido fora do período definido como fértil pelo método foi de 0,4%. Um estudo prospectivo multicêntrico realizado nos EUA com 191 mulheres observou que, após treinamento, as mulheres são capazes de reconhecerem os dias férteis e não férteis através do muco que é eliminado pela vulva, programando suas relações sexuais conforme o desejo de engravidar ou não. (USHIMURA et al., 2011).

⁸⁴ As mulheres normalmente ficam mais férteis no meio do seu ciclo menstrual, quando ocorre a ovulação. Por exemplo, se a cada 28 dias você fica menstruada, seu dia fértil é o 14º dia do ciclo. Como a maioria das mulheres possui um ciclo menstrual que varia entre 28 e 31 dias, os dias mais férteis estão entre o 14º e 16º dia. Nestes dias, caso você não queira engravidar, é preciso se precaver. Esse período inclui três dias antes e depois do seu período fértil (ou seja, do 8º ao 19º dia). (Disponível em: <<http://www.direitodeescolha.com.br/metodos-contraceptivos/tabelinha>>).

Ao analisar os documentos do Ministério da Saúde que deram conhecimento público ao PAISM, de 1983, e em comparação com os documentos, também do referido Ministério, que divulgaram a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), de 2004, é possível identificar a sintonia de propostas e propósitos em favor da atenção integral à saúde da mulher, promovido pelo movimento de mulheres por meio de inúmeras ações combinadas em conferências nacionais de saúde, na Assembleia Nacional Constituinte, no Conselho dos Direitos da Mulher, no Conselho Nacional de Saúde e na Área Técnica de Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde. O PAISM foi aprovado quando o SUS ainda não existia e numa conjuntura de redemocratização do país.

No período de aprovação da PNAISM já contávamos com o SUS em funcionamento há duas décadas, e num momento político de liberdade e democracia consolidadas. A concepção de atenção integral à saúde da mulher é perceptível nas bases programáticas do PAISM e nas diretrizes e princípios do PNAISM.

O PAISM foi anunciado pelo Ministério da Saúde em 1983. Ao pesquisar as informações sobre esse programa, identificamos que os dados dispostos na série *Textos Básicos de Saúde - Assistência Integral a Saúde da Mulher – Bases de Ação Programática*, (constantes no Anexo I), indicam o escopo do programa no que tange a diretrizes, objetivos e estratégias de implantação do PAISM.

O PAISM indicou como diretrizes gerais, o seguinte:

orientação e capacitação para o atendimento das necessidades de saúde da população feminina; conceito de integralidade da assistência contido em todas as ações desenvolvidas no âmbito da atenção clínica e ginecológica indicando nova postura de trabalho da equipe de saúde; conceito de integralidade da assistência como uma prática educativa que permeie todas as ações desenvolvidas, assegurando a apropriação pela clientela dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre sua saúde; planejamento familiar como atividade complementar no elenco de ações de saúde materno-infantil e todas as atividades atinentes à questão do planejamento familiar devendo ser desenvolvidas através de serviços de assistência materno-infantil, complementando outras ações que estes proporcionavam, desvinculando-se de qualquer caráter coercitivo para as famílias que venham a utilizá-los. (MS, 1985, p. 16).

Na introdução do PAISM, a avaliação sobre a situação de atendimento às mulheres no Brasil, é descrita da seguinte forma:

o atendimento à mulher pelo sistema de saúde tem-se limitado, quase que exclusivamente, ao período gravídico-puerperal, e, mesmo assim, de forma deficiente. Ao lado de exemplos sobejamente conhecidos, como a assistência preventiva e de diagnóstico precoce de doenças ginecológicas malignas, outros aspectos, como a prevenção, detecção e terapêutica de doenças de transmissão sexual, repercussões biopsicossociais da gravidez não desejada, abortamento e acesso a métodos e técnicas de controle da fertilidade, têm sido relegados a plano secundário. (BRASIL, 1985, p. 5)

Neste sentido,

para dar consequência a esse programa de atenção integral que superasse o atendimento somente no recorte da mulher em suas funções reprodutivas, vislumbrou-se uma rede de atendimento dirigida à assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltada para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; o controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário, e a assistência para concepção e contracepção. (BRASIL, 1995, p. 5-6).

Em 2004, a publicação do Ministério da Saúde, referente a Princípios e Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), constantes no Anexo II, traz em seus textos de apresentação e introdução uma visão ampliada de saúde da mulher com o enfoque de gênero, analisa a evolução das políticas de atenção à saúde da mulher e retoma a importância do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) como marco na política de saúde das mulheres.

No processo de construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), formulada em 2003 e 2004, pelo Ministério da Saúde, está destacada a importância da participação popular por meio da parceria com os movimentos de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais. Também a articulação com sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área e organizações não governamentais. Nos anos de 2000, o SUS já existia, então os gestores municipais e estaduais foram atores necessários nesse processo de construção coletiva; é destacada a interação com outros órgãos do Governo

Federal, como a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, criada pelo Presidente Lula, em 2003.⁸⁵

O documento *Princípios e Diretrizes do PNAISM*, na sua apresentação e introdução, incorpora um

enfoque de gênero em saúde da mulher, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis e apoio tecnológico e de insumos, para mulheres vivendo com HIV/aids e para as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico e de pulmão. Além disso, amplia as ações em seus planos de ação para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades, entre elas as mulheres lésbicas, bissexuais, no climatério, as mulheres do campo e da floresta, as índias, as negras quilombolas, em situação de prisão, portadoras de deficiência, em situação de rua e ciganas. (BRASIL, 2004, p. 5).

É possível, então, verificar a evolução na atenção integral a saúde da mulher com o reconhecimento da diversidade entre as mulheres e novas compreensões sobre os motivos de morte e adoecimento das mulheres como a violência sexual e doméstica.

Enquanto o PAISM discorria sobre as dificuldades com a rede de atendimento público e privado para atender às mulheres, vejamos:

em relação às questões da política de saúde no Brasil, pode-se dizer, sumariamente, que o setor saúde está constituído por dois grandes subsetores com objetivos bastante distintos. O subsetor público, que registra uma história de grandes problemas administrativos e gerenciais, concentra o atendimento dos problemas de saúde pública e da clientela mais carente, enfrentando questões como a baixa resolutividade dos serviços e a dificuldade de acesso da clientela a níveis mais complexos de assistência. Este subsetor está formado por um conjunto de instituições cujos objetivos são frequentemente

⁸⁵ Criada pela Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003. A Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM-PR) tem como principal objetivo promover a igualdade entre homens e mulheres e combater todas as formas de preconceito e discriminação herdadas de uma sociedade patriarcal e excludente. Desde a sua criação em 2003, pelo então Presidente Lula, a SPM vem lutando para a construção de um Brasil mais justo, igualitário e democrático, por meio da valorização da mulher e de sua inclusão no processo de desenvolvimento social, econômico, político e cultural do País. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/sobre/a-secretaria>>.

concorrentes, dando margem a distorções amplamente constatadas, tais como: paralelismo de ações, superposição de clientela, pouca racionalidade na alocação de recursos, distribuição inadequada dos serviços de maior complexidade, etc. O subsetor privado, empresarialmente organizado, desenvolve os serviços de nível secundário e terciário, na sua maior parte, por credenciamento governamental. Estas características da prestação de assistência à saúde originam distorções graves, tendo em vista que regras de mercado, inaplicáveis em setores sociais, definem a oferta e o consumo de procedimentos muitas vezes desnecessários e inadequados ao indivíduo e à comunidade. Nesse contexto, qualquer proposta de ampliação da cobertura de serviços básicos de saúde, mesmo com a melhoria da capacidade resolutive desses serviços, apresenta dificuldades de implementação, considerados os problemas de utilização adequada da referência e contra-referência entre os serviços de maior e menor complexidade. (BRASIL, 1985, p. 9)

No PNAISM, as considerações sobre as dificuldades da rede de atendimento são mais direcionadas à organização desta, pois “considera a diversidade dos municípios, dos estados e do Distrito Federal, que apresentam diferentes níveis de desenvolvimento e de organização dos seus sistemas locais de saúde e tipos de gestão”. (BRASIL, 2004, p. 6).

Sobre o acompanhamento dos serviços de atenção à saúde da mulher, indica que

é, acima de tudo, uma proposta de construção conjunta e de respeito à autonomia dos diversos parceiros – entes fundamentais para a concretização das políticas – enfatizando a importância do empoderamento das usuárias do SUS e sua participação nas instâncias de controle social. (BRASIL, 2004, p. 6).

O PAISM e PNAISM identificaram que as condições de vida são determinantes nas condições de saúde, como se pode ver em seu texto: “O acesso extremamente desigual da população aos bens e serviços disponíveis e a estrutura de emprego existente é, na verdade, o que determina as precárias condições em que vive a maioria dos indivíduos” (BRASIL, 1985, p. 9).

No PNAISM, essa visão é amplificada da seguinte forma,

a situação de saúde envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. No caso das mulheres, os problemas

são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico. Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades. (BRASIL, 2004, p. 9).

Quando do planejamento do PAISM, os dados do Censo Demográfico de 1980 indicavam que a população total do país era, então, de 118.562.549 habitantes, dos quais 59.657.868, ou seja, 50,31%, correspondiam à população feminina.⁸⁶

Os dados sobre morbimortalidade referiam que as sete primeiras causas de óbitos são, em ordem de frequência, as seguintes: doenças do aparelho circulatório, 28,8%; causas externas (acidentes e violências), 16,7%; neoplasmas, 15,7%; doenças infecciosas e parasitárias, 8,4%; doenças do aparelho respiratório, 6,7%; doenças do aparelho digestivo, 6,3%; e complicações da gravidez, do parto e do puerpério [...] no que tange a “causas diretamente relacionadas com a função reprodutiva, observa-se que óbitos por hipertensão na gravidez, complicações do trabalho de parto, infecção puerperal, hemorragias obstétricas e aborto são os mais frequentes. [...]” (BRASIL, 1985, p. 7-8).

As causas de morbidade eram

as cardiopatias, a hipertensão arterial e os acidentes e doenças relacionados com atividades profissionais. Quanto às patologias que interferem no desempenho obstétrico, destacam-se a desnutrição, as doenças sexualmente transmitidas, a presença de morbidade clínica, como hipertensão arterial, cardiopatias, infecções do trato urinário, e alguns hábitos, como o tabagismo. [...] os quadros de mortalidade e morbidade apresentados, deve-se ressaltar algumas questões relativas ao comportamento reprodutivo da população feminina na década 1960-1970. [...] a taxa de fecundidade total (número médio de filhos tidos por mulher entre 15 a 49 anos) de 6,2, em 1960, para 5,65, em 1970, e 4,5, em 1977. Ao mesmo tempo, outros autores mostram que os fatores diretos (idade média ao casar, índice de celibato, padrão de amamentação e índice de abstinência sexual pós-parto) que influem, isoladamente ou combinados, nesta taxa, não foram alterados, e o possível aumento na incidência do aborto não chega a justificar essa queda na fecundidade. Assim, pressupõe-se que, nesse período, tenha havido uma intensificação no emprego de métodos anticoncepcionais pela população feminina em idade reprodutiva. (BRASIL, 1985, p. 8).

⁸⁶ Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050 – Revisão 2004 metodologia e resultados, estimativas anuais e mensais da população do Brasil e das unidades da federação: 1980-2020. Metodologia: estimativas das populações municipais. 2004. p. 17. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2004/metodologia.pdf>>

Consta do PAISM, que

as expectativas de organização dos serviços de saúde, quando do PAISM, indicavam que os serviços de saúde devem ser dotados de meios adequados, articulando-se os esforços do governo federal, dos estados e municípios, com o objetivo de oferecer atividades de assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira-idade; o controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário, e a assistência para concepção e contracepção. (BRASIL, 1985, p. 6).

As condições de assistência, citadas anteriormente, e a própria organização de serviços eram fatores determinantes das condições de saúde da população e transparecem quando os principais problemas de saúde da mulher são analisados. Entre os principais problemas de saúde, identificados na população feminina, encontram-se os seguintes:

o acompanhamento pré-natal; a redução progressiva do aleitamento materno, a questão da assistência ao parto (as práticas obstétricas inadequadas ao atendimento ao parto, a falta de alojamento conjunto nas maternidades, a sobrecarga de trabalho e o insuficiente preparo do pessoal de saúde); o câncer do colo uterino e da mama tem apresentado altas taxas de morbimortalidade; às doenças sexualmente transmitidas; aborto, outro grande problema, é pouco estudado e as informações existentes são escassas e fragmentadas. (BRASIL, 1985, p. 11).

Ainda,

sobre a regulação da fertilidade como um direito fundamental da pessoa, constitui grave problema a falta de acesso às informações e meios necessários para tal fim, assim como a falta de assistência de saúde às usuárias de técnicas e métodos contraceptivos; no grupo de mulheres adolescentes, fatores como a alta incidência de doenças sexualmente transmitidas, a gravidez antes dos 15 anos de idade e a ocorrência de óbitos por causas obstétricas diretas indicam a necessidade de ações de saúde mais abrangentes, capazes de acompanhar as mudanças de comportamento ocorridas na sociedade brasileira nos últimos anos; 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 conseqüente queda de produção estrogênica; finalmente, sabe-se que só uma pequena parcela da população tem acesso a serviços de

pesquisa e tratamento da esterilidade conjugal. Ainda que não seja um problema fundamental de saúde pública, assume dimensões graves no âmbito familiar, cultural e social, precisando, portanto, da atenção dos serviços de saúde. (BRASIL, 1985, p. 9-13)

O PAISM, indica que,

a estratégia de assistência integral à saúde da mulher constitui importante instrumento do anseio comum das correntes envolvidas no debate do controvertido tema do planejamento familiar - o direito de todos os segmentos da sociedade à livre escolha dos padrões de reprodução que lhes convenham como indivíduos ou como casais. Para que esse direito possa ser efetivamente exercido, é necessário que os indivíduos tenham conhecimento das possibilidades de influir no ritmo da procriação e tenham acesso às informações e aos meios para que possam intervir, se assim o desejarem, para separar o exercício da sexualidade da função reprodutiva e, em consequência, exercer na plenitude o planejamento de sua prole, objetivo complexo, porém, de alcance possível com a implantação e firme execução da proposta de assistência integral à saúde da mulher e o apoio desejado de todos os segmentos da sociedade. Ao planejamento familiar deve ser atribuído, portanto, o lugar adequado no contexto das ações de saúde, não devendo ser encarado como solução dos problemas sociais e econômicos e nem ter ignorada a sua inegável interface com o setor saúde. (BRASIL, 1985, p. 15)

Na perspectiva de fortalecimento do PAISM e na expectativa de ampliar os direitos das mulheres nos anos de 1980, os movimentos feministas, as coordenadoras do PAISM e o movimento sanitário, organizaram a 1ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher como um movimento de vanguarda em defesa das mulheres.

3.4 A 1ª Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, de 1986 – Exercitando a Participação Social

O relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, de 10 a 13 de outubro de 1986 (sete meses após a 8ª Conferência Nacional de Saúde), demonstra que todas as propostas debatidas e para as quais foram formuladas políticas constam da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004, excetuando a saúde da mulher lésbica.

O movimento feminista fez um esquema estratégico ao realizar essa conferência temática num momento de ebulição política, já que se aproximava a

eleição da Assembleia Nacional Constituinte, que ocorreu em 15 de novembro de 1986 e todos os movimentos sociais, de então, preparavam-se para uma intervenção qualificada no Congresso Nacional, na expectativa de apresentar e aprovar suas propostas no texto constitucional.

A 1ª Conferência ocorreu apenas dois anos após a aprovação do PAISM, portanto, o indicativo é de que as propostas que constam da referida conferência, mas que não compuseram o programa, não encontraram correlação de forças favorável para tal.

Os movimentos de mulheres e os movimentos feministas demonstram a articulação da pauta que, diante das condições políticas favoráveis, em 1986, fizeram repercutir o conjunto das demandas de atenção integral a saúde da mulher incluindo a concepção, a diversidade e a organização dos serviços. Mais ainda, indicam que espaços como as conferências de saúde são qualificados para a produção e alinhamento políticos em torno de temas como a saúde da mulher.

Os temas discutidos na conferência da mulher foram: Assistência à saúde da mulher na perspectiva do sistema único de saúde; Direitos da reprodução humana; Aborto; Saúde mental da mulher; A mulher adolescente; A mulher e a velhice; Mulher, trabalho e saúde; Saúde e trabalho da mulher camponesa; Identidade feminina; Identidade da mulher negra; Identidade da mulher índia; Sexualidade feminina; Mulher, mãe de deficientes; e Mulher, saúde e cidadania.

Consta da abertura do relatório final que a Conferência Nacional Saúde e Direitos da Mulher, entre 10 e 13 de outubro de 1986, contou com a participação de 900 representantes de todos os estados e territórios da Federação, dos quais 549 credenciadas como delegadas, que trouxeram para o fórum de debate as propostas consolidadas nas pré-conferências realizadas em suas respectivas regiões.

A concepção posta para discutir as questões específicas da saúde da mulher percorreu sobre as condições de vida, trabalho e saúde na qual a mulher está inserida, com a

compreensão de que a saúde está associada a existência de um trabalho estável e condignamente remunerado, assim como moradia, educação, alimentação, saneamento básico e meio ambiente livre de contaminação. Saúde, enfim, passa a ser compreendida como o direito a uma vida digna e plena, sem discriminação de sexo, raça, idade ou classe social. [...] é, ainda possível verificar que devido a conjuntura de redemocratização do país, a demandas por mudanças

na estrutura econômica social e a superação das desigualdades é priorizada. (RELATÓRIO, CNSDM, p. 7).

O texto sobre Assistência Integral à Saúde da Mulher na perspectiva do Sistema Único de Saúde estava altamente sintonizado com o momento político em favor da criação do SUS aprovado na 8ª CNS, tanto que a primeira proposta aprovada é o referendo as conclusões da 8ª CNS e

a necessidade de continuar lutando pela efetiva realização de uma profunda reforma sanitária no Brasil. Foram feitas propostas de funcionamento do futuro sistema e de democratização dos espaços constituídos junto ao INAMPS, como a CIPLAN – Comissão Interinstitucional de Planejamento e Coordenação na área de Saúde (instância federal); para onde se reivindicou a participação do Conselho nacional dos Direitos da Mulher, CGT, CUT, CONAN, CONTAG, UNE, Conselho das Igrejas, movimento popular de saúde, representação de movimentos autônomos de mulheres e entidades de trabalhadores de saúde. (RELATÓRIO, CNSDM, p. 9).

No que tange à construção do SUS, no Relatório foram feitas propostas sobre financiamento e reforma tributário, planejamento e gestão, capacitação de recursos humanos para a implantação do PAISM e o SUS, controle social de políticas públicas (com a criação, em nível local, de Comitês de Defesa da Saúde da Mulher, que veiculassem as demandas e participassem do planejamento, implantação e execução dos programas, assim como da fiscalização dos serviços), incremento da atuação do Conselho da Condição Feminina e dos movimentos de mulheres com o Parlamento, acompanhando o que acontece nas comissões de justiça (e outras comissões), inclusive propondo projetos de lei, produção de medicamentos. Para as delegadas da 1ª CNSDM, a reforma sanitária deveria ser acompanhada das demandas e reivindicações das mulheres.

Um tema destacado no Relatório foi o trabalho da mulher – nesse período, o mundo do trabalho emergia num processo de organização sindical importante para o país e para a democracia. Na área da saúde ocupacional, a primeira demanda era proibir os testes de gravidez e apresentação dos certificados de esterilização, para ingresso nas fábricas (isso foi conquistado na Constituição Federal de 1988). Respeito à gestante e reorganização dos serviços de saúde em horários compatíveis com as jornadas de trabalho das mulheres. Essa demanda é reiterada até hoje, mas a gestão dos serviços de atenção básica a ambulatoriais pouco se movimenta na

integração entre os serviços e os trabalhadores. E a luta que já mobilizava todo país pelo direito a creche para a trabalhadora urbana e rural.

Sobre anticoncepção, planejamento familiar e controle da natalidade, diversos campos de ação foram esmiuçados e propostas apresentadas, como: estimular a produção nacional e distribuição, pela CEME, dos instrumentos de contracepção (anovulatórios orais, DIUs, diafragmas, geleias espermicidas, condons-camisinhas); proibir a experimentação de drogas contraceptivas e outras, que atentem contra a dignidade e a saúde física e mental das mulheres;

[...] reforçar o PAISM do Ministério da Saúde, a Resolução 123⁸⁷ do INAMPS, pois constituem avançadas conquistas das mulheres. Para tanto, propõe-se uma mobilização vigilante das mulheres para que essas políticas: não sejam reduzidas a meros mecanismos de controle da natalidade. (RELATÓRIO, CNSDM, p. 10).

Ademais, a atenção para com a saúde da mulher em todas as fases de sua vida, contemplando apoio as seguintes áreas:

a saúde mental; a saúde ocupacional; os direitos reprodutivos e o tratamento da infertilidade; a prevenção do câncer e o autoexame das mamas; a saúde na adolescência; a saúde no climatério e na velhice; as doenças sexualmente transmissíveis. Uma concepção abrangente do planejamento familiar, no sentido do pleno exercício, por parte da mulher ou do casal, do direito de ter ou não ter filhos, aí incluindo o acesso à informação e a métodos contraceptivos, com o devido acompanhamento médico. (Relatório da CNSDM, p. 11).

As propostas aprovadas pela 1ª CNSDM em relação ao aborto demonstraram uma composição de forças progressistas no evento, pois indicaram o cumprimento da lei, a descriminalização e a legalização dessa ocorrência que agrava a saúde da mulher, consideraram o aborto como um problema de saúde pública; reafirmaram que o aborto não deve ser considerado como um método contraceptivo;

⁸⁷ O Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social, através da Resolução 123/INAMPS, de maio de 1986, incorpora o PAISM na sua política de atendimento e amplia as formulações do Ministério da Saúde, acrescentando à concepção de atenção integral à saúde da mulher a necessidade de um atendimento amplo: "às especificidades da mulher, em todas as fases de sua vida, em todos os níveis institucionais, dos serviços próprios da Instituição (INAMPS), até os contratados e conveniados com terceiros". São considerados como riscos a que estão expostas as mulheres, os "oriundos do processo produtivo, do trabalho doméstico, do exercício da maternidade ou da exposição a quaisquer violências, tendo em vista assegurar a resolutividade do atendimento na sua abrangência médico-social". Propõe, ainda, a integração da mulher ao sistema, considerando-a "participante ativa das ações executadas, no âmbito dos cuidados perinatais, respeitando suas características sociais, culturais e psicológicas". (BRASIL, 1986 apud MANDU et al., 1999)

demandaram a agilização dos processos ético-legais que autorizariam o aborto nos casos de gravidez resultante de estupro, como medida que executaria e viabilizaria a legislação vigente e a garantia plena de atendimento dos casos de aborto previstos na lei,⁸⁸ por parte dos serviços públicos de saúde. As propostas de descriminalização e legalização não foram aprovadas na Constituição Federal de 1988, esse tema continua em disputa e ainda é fortemente defendido pelos movimentos feministas e combatido pelos setores conservadores da sociedade brasileira. Além disso, a 1ª CNSDM aprovou como ação fundamental fazer com que a sociedade conhecesse dos métodos contraceptivos existentes.

Sobre o planejamento familiar, a 1ª CNSDM indicava que a anticoncepção obedecerá aos seguintes critérios: respeito a liberdade de escolha; acesso a todos os métodos existentes, com orientação quanto a cada um deles; critérios de avaliação clínica e acompanhamento pelos serviços de saúde, antes, durante e depois do seu uso. Como nos dias de hoje, a demanda pela ação de medidas urgentes de controle das cesáreas compulsórias e indução ao parto foram destacadas.

Todas as temáticas mereceram atenção e planos de mobilização com a descrição das estratégias de implantação por parte dos municípios, estados e União.

O tema da “Identidade feminina”, muito subjetivo, perpassou todos os demais temas, no relatório, como se pode observar no seguinte trecho: “a identidade

⁸⁸ De acordo com o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, artigo 128, inciso II do Código Penal brasileiro, o abortamento é permitido quando a gravidez resulta de estupro ou, por analogia, de outra forma de violência sexual. Constitui um direito da mulher, que tem garantido, pela Constituição Federal e pelas Normas Internacionais de Direitos Humanos pelo ECA, no Capítulo I: do Direito à Vida e à Saúde, o direito à integral assistência médica e à plena garantia de sua saúde sexual e reprodutiva. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes o código penal não exige qualquer documento para a prática do abortamento nesse caso, a não ser o consentimento da mulher. Assim, a mulher que sofre violência sexual não tem o dever legal de noticiar o fato à polícia. Deve-se orientá-la a tomar as providências policiais e judiciais cabíveis, mas caso ela não o faça, não lhe pode ser negado o abortamento. O Código Penal afirma que a palavra da mulher que busca os serviços de saúde afirmando ter sofrido violência, deve ter credibilidade, ética e legalmente, devendo ser recebida como presunção de veracidade. O objetivo do serviço de saúde é garantir o exercício do direito à saúde, portanto não cabe ao profissional de saúde duvidar da palavra da vítima, o que agravaria ainda mais as consequências da violência sofrida. Seus procedimentos não devem ser confundidos com os procedimentos reservados a Polícia ou Justiça. Caso revele-se, após o abortamento, que a gravidez não foi resultado de violência sexual, o Código Penal brasileiro, artigo 20, § 1º, afirma que “é isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima”. Assim, se todas as cautelas procedimentais foram cumpridas pelo serviço de saúde, no caso de verificar-se, posteriormente, a inverdade da alegação de violência sexual somente a gestante, em tal caso, responderá criminalmente pelo crime de aborto. (Normas e Manuais Técnicos do MS, Caderno n. 6, p. 68-69).

feminina é uma construção cujo processo se faz no dia-a-dia, desde a concepção até a morte, sendo, portanto, mutável e contínua... como dizia Simone de Beauvoir 'não se nasce mulher, torna-se mulher'". (RELATÓRIO 1ª CNSDM, p. 29).

Desde a realização da 1ªCNSDM até a aprovação da Política Integral de Atenção à Saúde da Mulher, PNAISM, foram-se 18 anos, e a própria conferência, até hoje não contou com uma segunda edição, enquanto temas como saúde do trabalhador e saúde indígena já se encontram na 4ª edição.

3.5 A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher como Resultado de Mobilização do Movimento de Mulheres e do Movimento Feminista

Seguindo a mesma linha de pesquisa do PAISM, revisitamos os dados do Censo Demográfico de 2000, especificamente os indicadores sociodemográficos e de saúde do Brasil, de 2009, e verificamos que, nos anos de 2000, a população brasileira era de 169.799.170 milhões de pessoas,⁸⁹ sendo que a proporção de mulheres era de 97.342.162, ou seja, 57,32%; e que “no período entre 1980 e 2000, constatou-se que as taxas específicas de fecundidade reduziram-se em todos os grupos etários, considerando-se o período fértil da mulher (15 a 49 anos), exceto o segmento de 15 a 19 anos.” Esses estudos demográficos demonstram que as famílias estão tendo cada vez menos filhos: em 1960, a média era de seis filhos por mulher, caiu para 2,89 em 1991 e, em 2000, para 2,39. A projeção para 2004 é de 2,31 e, em 2023, a média deverá ser de 2,01 filhos por mulher – ou seja, a mera reposição das gerações. A população continuará crescendo, embora a taxa cada vez menores: dos 3% ao ano entre 1950 e 1960, a taxa caiu para 1,44% ao ano em 2004, cairá para 0,24% em 2050 e, finalmente, para zero em 2062, quando a população brasileira começará a se reduzir.

O PNAISM reforça na sua construção o conceito de saúde da mulher, baseado na literatura, onde há

concepções mais restritas que abordam apenas aspectos da biologia e anatomia do corpo feminino e outras mais amplas que interagem

⁸⁹ BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico de 2010**. Primeiros resultados – População e Domicílios recenseados. 2010, p. 3. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000237.pdf>>.

com dimensões dos direitos humanos e questões relacionadas à cidadania. Nas concepções mais restritas, o corpo da mulher é visto apenas na sua função reprodutiva e a maternidade torna-se seu principal atributo. A saúde da mulher limita-se à saúde materna ou à ausência de enfermidade associada ao processo de reprodução biológica. Nesse caso estão excluídos os direitos sexuais e as questões de gênero (COELHO, 2003 apud BRASIL, 2009, p.11)

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 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. Que 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. 65).

Na PNAISM, a elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher nortearam-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher (BRASIL, 2004, p. 65).

A PNAISM indica a ação Intersetorial com outros setores governamentais, dando destaque à segurança, à justiça, ao trabalho, à previdência social e à educação (BRASIL, 2004). Também amplifica o conceito de saúde ao afirmar que a atenção integral à saúde da mulher faz referência ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, que é executado em diferentes níveis de atenção à saúde, desde o básico até a alta complexidade.

Indica também a participação efetiva das três esferas de governo com responsabilidades, de acordo com as competências de cada um, de garantir as condições para a execução da Política de Atenção à Saúde da Mulher.

Considerações

Os dados sobre a participação da mulher no Congresso Nacional e no Conselho Nacional de Saúde demonstram que há muito que se avançar na ocupação de espaços de poder por parte das mulheres.

Mesmo assim, essas duas décadas de intensa formulação e articulação dos movimentos nesses espaços do CNS e Cismu, nos conselhos de direitos da mulher, nas conferências e nos cargos de comando do Ministério da Saúde geraram importantes conquistas para a saúde das mulheres, tendo como basilares a integralidade da atenção, a atenção à diversidade e a igualdade somando-se aos princípios de universalidade e equidade.

Portanto, a história do movimento feminista e a ação contundente desses movimentos em favor da saúde da mulher produziram impactos favoráveis e resultados positivos para as mulheres brasileiras, tanto no processo de conscientização de sua saúde, na ampliação do conhecimento sobre contracepção, prevenção de câncer e doenças sexualmente transmissíveis, quanto na projeção de importantes lideranças femininas à frente desses movimentos e dessas lutas.

As conquistas pressupõem mobilização, pois sem ação coletiva e organizada os direitos sociais não saem dos textos legislativos, para se conformarem como políticas efetivas, e esse trajeto exige estratégias de ação e de mobilização que explicitem e confrontem os interesses diferenciados e opostos para a consolidação de políticas públicas efetivas, como foi o PAISM e como é, hoje, o PNAISM.

Essa recuperação do processo de construção do PAISM, sua implantação e dificuldades, bem como a construção da PNAISM, determina a análise dos dados de pesquisa que trataremos no próximo capítulo, de forma a demonstrar as estratégias de mobilização que geraram essas conquistas e que mantêm as políticas de saúde da mulher sob olhar cuidadoso e acompanhamento atento e crítico dos movimentos feministas.

CAPÍTULO IV

ESTRATÉGIAS DE MOBILIZAÇÃO DO MOVIMENTO FEMINISTA – ANÁLISE DOS DADOS

O estudo sobre as estratégias de mobilização do movimento feminista para aprovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi feito sob uma base de dados selecionados a partir de pesquisa documental e de entrevistas. Essas informações permitem afirmar que desde a criação do PAISM, em 1983, há mobilização pela construção da PNAISM por parte do movimento feminista.

Nas duas décadas que separam o PNAISM do PAISM, diversas ações foram realizadas para elevar o patamar de atenção à saúde da mulher, do *status* de programa para o *status* de política, que podem ser verificadas no relatório da 1ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher, em 1986, nos diversos documentos da Rede Feminista, nas atas de reuniões do CNS, nos relatórios de reuniões da Cismu e de conferências nacionais de saúde.

Conforme indicado no marco teórico, o desenvolvimento deste estudo acompanha os conceitos de movimentos sociais, ação coletiva e identidade coletiva de Melucci (1989), Tarrow (2009) e Diani e Bison (2010), e a teoria de repertórios de interação, de Abers, Serafim e Tatagiba (2014).

A pesquisa sobre movimentos sociais organizados em redes e o estudo sobre o funcionamento da Rede Feminista acompanhou a concepção de movimentos sociais de Diani e Bison (2010, p. 220), de “redes de interação informais, grupos ou associações engajados em um conflito político ou cultural, com base em uma identidade coletiva compartilhada”.

A partir desse conceito de movimentos sociais, pesquisamos a participação das mulheres no movimento feminista, de acordo com Tarrow (2009, p. 38), para quem “as pessoas se engajam em confrontos políticos quando mudam os padrões de oportunidades e restrições políticas ou, então, empregando estrategicamente um repertório de ação coletiva”.

Consolidamos a estrutura da análise dos dados pesquisados com a consideração de Melucci (1989), de que

uma ação coletiva não pode ser explicada sem levar em conta como os recursos internos e externos são mobilizados, como as estruturas organizacionais são constituídas e mantidas, como as funções de

liderança são garantidas. O que é empiricamente chamado “movimento sociais” é um sistema de ação que liga orientações e significados plurais. (MELUCCI, 1989, p. 56).

A organização das informações sobre o processo de formulação e aprovação da PNAISM foi feita a partir das estratégias de mobilização do movimento feminista para aprovação da referida política, considerando: a) criação do PAISM, como a “oportunidade política” (TARROW, 2009), de avanços na atenção à saúde da mulher, no Brasil; b) disputa de concepção sobre o conceito de atenção à saúde da mulher, entre o materno-infantil e a saúde integral, como “conflito político e cultural” (DIANI; BISON, 2010), que gera tensionamentos entre os atores políticos envolvidos nessa trama; c) a construção da PNAISM na Cismu e a apresentação dessa política no CNS, no contexto de participação institucionalizada, dos repertórios de interação Estado-sociedade; e d) monitoramento da PNAISM pela Rede Feminista, com base nos repertórios de confronto, de Tarrow (2009).

Dentre essas estratégias identificadas e descritas, e retomando as pesquisas sobre direito à saúde, movimento feminista e a construção do PNAISM, e diante dos resultados da pesquisa que apontou que a PNAISM foi discutida na Cismu, mas não foi votada no CNS, identificamos que ressaltaram os conflitos políticos e culturais advindos da concepção de liberdade e dos sistemas de dominação postos na sociedade.

A organização das informações e análise sobre as estratégias de mobilização seguiram a teoria dos repertórios de interação, com a organização das informações sobre as ações mobilizadoras do movimento feminista identificadas e analisadas a partir das rotinas comuns do repertório de interação Estado-sociedade, indicadas por Abers, Serafim e Tatagiba (2014), que são: “a) as ações diretas, como protestos, marchas ou passeatas; b) participação institucionalizada; c) a política de proximidade; e d) ocupação de espaços na burocracia” (ABERS; SERAFIM; TATAGIBA, 2014, p. 5).

Sobre as rotinas comuns dos repertórios de interação Estado-sociedade, as ações diretas, como protestos, marchas, ou passeatas, que surgiram na pesquisa documental ou que foram relatadas pelas entrevistadas, dizem respeito a ações gerais em defesa da saúde pública e direitos femininos, e serão descritos. A política de proximidade, não constou das estratégias de mobilização pesquisadas.

Ademais, de acordo com os conceitos de identidade coletiva e redes, de Diani e Bison (2010), de ação coletiva e recursos internos e externos de sustentação dos movimentos, de Melucci (1989), e de enquadramentos interpretativos, de Tarrow (2009), organizamos mais três grupos de estratégias de ação, complementares entre si, para a organização e interpretação das ações mobilizadoras do movimento feminista, quais sejam: a) formação de uma identidade coletiva; b) formas de sustentação política e técnica das representantes da Rede Feminista nos espaços de participação institucionalizada; e c) enquadramentos interpretativos de mídia para difusão da PNAISM.

Assim, analisamos as rotinas comuns de ação, de Abers, Serafim e Tatagiba (2014), destacando protestos, marchas ou passeatas; participação institucionalizada e ocupação de espaços na burocracia, em articulação com as estratégias identificadas e aqui incluídas como estratégias complementares entre si, para a adequada organização e análise das informações pesquisadas.

Assim, a disputa de concepções sobre o conceito de atenção à saúde da mulher gera tensionamentos e perpassa os movimentos sociais e entidades da sociedade civil e governos e é definidor de alinhamento entre as pessoas que ocupam esses espaços no que tange ao papel da mulher na sociedade.

O corpo feminino continua como espaço de intervenção de outrem, e a autonomia feminina depende das condições de democracia que determinada sociedade vivencia. Conquistas importantes nas CIPDs retrocedem, devido à intervenção de países cujos preceitos religiosos suprimem o Estado laico, e, nos contextos religiosos, os direitos femininos caem para a segunda linha, as ações pela igualdade perdem espaço e a diversidade desaparece.

4.1 A aprovação do PNAISM no CNS

4.1.1 A criação do PAISM

As lutas do movimento feminista pela saúde da mulher, no Brasil, têm como marco o Programa de Assistência à Saúde (PAISM), criado em 1983. Identificamos, conforme capítulo III, que as ações programáticas aprovadas como sustentação a esse programa eram consignadas a uma base de planejamento de ações de saúde

pautadas nos determinantes sociais⁹⁰ e atenção integral à saúde para a superação do modelo materno-infantil.

Quando a gente descobriu que a política de saúde da mulher colocada no Brasil era uma política materno-infantil, nós metemos a mão naquilo, e não era nossa política, e colocando de uma forma muito clara, a mulher não é apenas uma barriga reprodutiva, nós temos peito, temos perna, cabeça, tudo, e cadê esse outro todo? Nós brigamos para tirar esse materno-infantil e ficar saúde da mulher. Isso aí nos possibilitou, deu um grito de guerra muito grande. (2ª entrevistada).

No início dos anos de 1980, o PAISM confrontou políticas de controle da natalidade infundidas no país, naquele momento de ditadura militar, que desafiava a ação dos profissionais de saúde e, ao mesmo tempo, impulsionava a autodeterminação das mulheres sobre seu próprio corpo e sobre sua saúde.

A 3ª entrevistada nos contou que, à época, Mozart de Abreu e Lima, que era o secretário-geral do Ministério da Saúde, com Ana Maria Costa, da Divisão de Saúde Materno-infantil, elaboraram o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher com base nos determinantes sociais e integralidade da atenção, e o ministro da Saúde, Valdyr Arcoverde o apresentou ao presidente da República, João Figueiredo, como resposta à demanda posta pela Presidência da República, de uma política de controle demográfico ou controle da natalidade.

Aprovado o programa, foi necessário enfrentar as instituições internacionais com essa intenção controlista. A 3ª entrevistada relata

nós tínhamos uma distribuição indiscriminada de contraceptivos orais, feitos pelas BEMFAMs (Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar), que chegavam nas municipalidades e montavam seus postinhos, tinha instalação sem autorização de DIUs, e o grande escândalo das laqueaduras sem permissão das mulheres, quer dizer, tudo isso, tinha um mecanismo que era extremamente perverso (3ª entrevistada).

⁹⁰ De acordo com definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), os determinantes sociais da saúde estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha. Também podem ser considerados os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego. Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/determinantes-sociais>>.

Todas as entrevistadas relataram essa ação invasiva sobre os corpos das mulheres, como as laqueaduras sem permissão, e se recordaram de pesquisa desenvolvida na Unicamp-SP, nos anos de 1980, coordenada por Anibal Fagundes, de um anticoncepcional chamado NORPLANT, que estava em fase de testes, e mulheres vinham sendo utilizadas como “cobaias humanas”. Essa denúncia perpassou o Conselho dos Direitos da Mulher, a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a 1ª Conferência de Saúde da Mulher, e essa mobilização fez suspender a pesquisa.

Com essa bandeira do PAISM nas mãos, as feministas atuavam em frentes de ação nos serviços de saúde. As entrevistadas indicam que era importante institucionalizar e divulgar o PAISM. Para a 2ª entrevistada

Então a gente queria entrar no serviço público, além de conversar com dirigentes se tivesse condições, tentar tirar aquela plaquinha dali (da saúde-materno infantil) e tentar colocar a plaquinha do PAISM, era uma coisa importante para gente. (2ª entrevistada).

Ainda a 2ª entrevistada fala das mobilizações feministas dos anos de 1970, pelo direito das mulheres sobre seu próprio corpo,

a gente gritava muito na década de 70 era “nosso corpo nos pertence”, que corpo é esse que me pertence, se eu não conheço corpo, se eu não tenho intimidade com esse corpo, eu não sei quem ele é quem conhece esse corpo, é o médico, é o meu homem? Eu não sei qual é o meu corpo. E aí as mulheres foram sentando e se ajudando a conhecer o seu corpo. (2ª entrevistada).

Para a 5ª entrevistada, o PAISM, mobilizou as mulheres, pela sua autonomia,

então eu posso falar do PAISM a partir da minha experiência na época e vivência, [...] nós trabalhamos muito com a questão da autonomia das mulheres, da força das mulheres do campo, e das questões de saúde que atingiam as mulheres muito nessa visão sistêmica, de um sistema capitalista, de um sistema nacional que também bloqueava direitos das mulheres. (5ª entrevistada).

A 3ª entrevistada avalia as dificuldades que o PAISM teve para sua implantação,

o PAISM nunca se consolidou como um programa [...] dentro do que era preconizado, que era muito, o serviço de saúde e seu lugar da

construção de autonomia de saúde das mulheres, seu lugar onde repassa a informação e empodera, para usar um termo, empodera as mulheres para elas serem ativas na intervenção e no cuidado da sua saúde, inclusive no questionamento da assistência, no combate à medicalização, é uma perspectiva muito ousada, muito moderna. Os métodos deveriam ser todos e as mulheres deveriam ter autonomia de escolha. A questão da laqueadura teria que ter uma vigilância permanente. O câncer de colo uterino deveria ser foco de mudança, mama idem, DST devia, enfim... (3ª entrevistada).

Portanto, a criação do PAISM e as ações para sua implantação apontaram oportunidade políticas e ações coletivas de confronto (TARROW, 2009). As oportunidades políticas vinham dos avanços na possibilidade de construção do programa de assistência integral à saúde da mulher, no Brasil. A primeira estratégia de mobilização era a luta pela implantação do próprio PAISM, e os relatos apontam diversas ações entre os profissionais de saúde com as comunidades. Também as ações de confronto no enfrentamento dos governos e instituições internacionais que desenvolviam ações de controle da natalidade em favor dos direitos femininos como direitos humanos.

4.1.2 As disputas de concepção sobre a atenção à saúde da mulher. Entre o materno-infantil e a saúde integral

Para defender a concepção de atenção integral à saúde da mulher, o movimento feminista estabeleceu, nacional e internacionalmente, campos de disputa contra o controle da natalidade, tratados principalmente na CIPD de Bucareste, em 1974, o conceito de integralidade posto pelo PAISM e apresentado na CIPD, de 1984, no México, e os direitos sexuais e reprodutivos consignados na CIPD, do Cairo, em 1994.

A saúde materno-infantil também é estruturada nacional e internacionalmente. A redução da mortalidade materna articulada com a redução da mortalidade infantil, conforme Costa (2012, p. 985), às vezes articula e outras vezes separa o binômio mãe-filho, mas adentra a agenda internacional tanto quanto o conceito de direitos sexuais e reprodutivos, como é o caso dos Objetivos do Milênio,⁹¹ que indicam

⁹¹ A Assembleia do Milênio foi realizada de 6 a 8 de setembro de 2000, em Nova York, e, segundo Kofi A. Annan, então secretário-geral das Nações Unidas, o Relatório dessa Assembleia definiu como Objetivos do Milênio o seguinte: 1 - Acabar com a fome e a miséria; 2 - Oferecer educação básica de qualidade para todos; 3 - Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; 4 -

reduzir a mortalidade infantil e, depois, melhorar a saúde da gestante. Assim, verificamos neste estudo que as concepções de modelo de atenção à saúde das mulheres mobilizam feministas e religiosos, profissionais de saúde e gestores, em campos muitas vezes opostos, recortando e provocando descontinuidade em programas, políticas e organização dos serviços de saúde.

As entrevistadas relataram que a transição de uma política materno-infantil para a atenção integral, e *vice-versa*, é um ciclo que não se conclui. É sempre um desafio, pois compreender e reconhecer os princípios de autonomia das mulheres traz consigo uma tarefa importante de reorganização do espaço da atenção à saúde.

A Rede Feminista tem uma palavra de ordem que é “morte materna comove, mas não mobiliza”, e, assim, esse desafio é o maior de todos. Para o movimento feminista, o enfrentamento da mortalidade materna deve “atacar” em diversas frentes: no pré-natal, parto, abortamento inseguro.

Ao analisarmos a Ata da 120ª RO-CNS, em junho de 2001, encontramos o registro de um debate que a CNS promoveu sobre mortalidade materna, com convidados e conselheiros tratando as causas de mortalidade materna como sendo: a) eclampsia; b) hemorragia pós-parto; c) infecção puerperal; d) descolamento prematuro da placenta; e) hipertensão gestacional com proteinúria; e f) aborto. Nos dias de hoje, a 5ª entrevistada indica que,

mudou muito o perfil de mulheres que chegam morrendo, tanto que o aborto passou a ser quarta, quinta causa de morte materna. (5ª entrevistada).

Nesse debate, as posições contrapostas são explícitas, vejamos: a Conselheira Zilda Arns Neumann [...] afirma que,

segundo experiência da Pastoral, a falta de acesso e baixa escolaridade seriam as maiores causas da mortalidade. [...] Informou que participara de reunião da ONU onde discutiu-se a questão da redução da mortalidade peri-natal e destacou que houve ênfase na melhoria das condições ao parto. (Ata da 120ª RO CNS, alínea 608).

Maria Isabel Bautar, representante da Rede Feminista, convidada para essa reunião, disse que

a Rede era pela atenção à saúde da mulher em todos os momentos da vida e nesse quadro a mortalidade materna, o parto humanizado seriam temas de trabalho da Rede. [...] Do ponto de vista de estratégias para o combate à mortalidade materna destacou a importância de Municípios e Estados terem Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, implantação, de fato, do planejamento familiar e a legalização do aborto. (Ata da 120 RO CNS, alínea 656).

Verificamos, assim, as opiniões das feministas e das religiosas antepostas, sem pronunciamento do governo naquela reunião. Essas disputas de posições não recrudescem e são pouco mediadas, pois as posições são de grupos políticos históricos e que têm concepções antagônicas sobre o papel da mulher na sociedade e, portanto, sobre a saúde da mulher.

Construir uma plataforma de ação e de lutas, segundo Tarrow (2009), exige motivos para que as pessoas se unifiquem, e, quando analisamos essas concepções distintas, verificamos que ambos os grupos construíram um conjunto de opiniões sobre saúde da mulher que os unificam e determinam suas reivindicações comuns e disputas dentro e fora dos espaços de governo

Assim, a construção de uma estratégia de mobilização que possa enfrentar essa disputa passou, antes de qualquer coisa, pela unificação da plataforma que reúne as pessoas para uma ação coletiva de confronto ou mediação. Para Tarrow (2009, p. 22), “um motivo mais básico, senão mais prosaico para as pessoas se unirem para participar de movimentos é a organização de reivindicações comuns aos propositores, autoridades ou elites.

4.1.3 A construção Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e a Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (Cismu)

Quando tratamos da participação institucionalizada, de acordo com Abers, Serafim e Tatagiba (2014), verificamos os conselhos, conferências e orçamento participativo como espaços para diálogos combinados entre os participantes, e, aqui, incluímos também as comissões do CNS.

No caso, da atuação da Cismu na formulação e reconhecimento da PNAISM, estamos tratando também de uma arena participativa, derivada do Conselho Nacional de Saúde, e, neste espaço, a articulação do movimento feminista é visível, afinal, desde 1993, são elas que coordenam a comissão, o que propicia espaço privilegiado para suas pautas, mas, ao mesmo tempo, exige responsabilidade para promover a mediação de interesses e encaminhamentos de forma a manter a unidade dessa instância importante para a formulação de políticas para as mulheres. A Cismu também é composta por sociedade civil e governo.⁹² [...] Eu acho que a Cismu, ela avança bastante, mas por conta da coordenadora mesmo, que é representante das feministas. (6ª entrevistada)

Nossos estudos sobre a Cismu e a PNAISM levantaram os relatórios das reuniões da Cismu de 2000 a 2006, visando identificar os debates sobre a implantação do PAISM e a construção da PNAISM.

Da 20ª Reunião Ordinária, em julho de 2000, até a 24ª Reunião, em outubro de 2002, os principais temas discutidos foram o Seminário de Anticoncepção, que aconteceu naquele ano de 2000. A campanha de combate ao câncer cérvico-uterino e, depois, a Campanha Viva Melhor, de combate ao câncer de mama;⁹³ Saúde da Mulher e o Programa de DST/Aids do MS; Saúde da Mulher e o PSF; a capacitação de conselheiros e a ótica de gênero; o acompanhamento e monitoramento da implementação das Diretrizes do Seminário de Políticas de Anticoncepção; e acompanhamento e monitoramento da Campanha Nacional de Prevenção do Câncer de Colo Uterino. Na 22ª Reunião da Cismu, em março de 2002, como resultado do seminário de políticas de contracepção, o Ministério da Saúde informou que o Postinor⁹⁴ tinha sido liberado, com kit básico com minipílula, pílula e

⁹² Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/cismu/index.html>.

⁹³ Margarete Arilha avaliou a campanha, destacando que “o tema ainda tem sido objeto de discussões nos dois últimos anos, enfocando-se o exercício do controle social. A Cismu manifestou a sua preocupação pelo fato de ainda não existirem dados precisos sobre a Campanha, uma vez que foram elaborados apenas pequenos estudos qualitativos, além das falas de gestores e de mulheres sobre os benefícios do processo e sobre os episódios malsucedidos. Observou que a área técnica de Saúde da Mulher e o Inca ainda não haviam apresentado relatório final sobre a Campanha e advertiu que faltara articulação entre Conselhos Estaduais de Saúde e Cismu no sentido de estabelecer espaço importante de discussão e controle junto aos gestores.[...] e que fora solicitada a apresentação do relatório final da Campanha, na próxima reunião da Cismu, bem como o próximo projeto que o Inca vem elaborando, “*Campanha de Câncer de Mama*” seja discutido antes de implementado.” (Ata da 95ª RO, CNS, alínea 325).

⁹⁴ Este medicamento é destinado à profilaxia de gravidez, após uma relação sexual sem proteção por método contraceptivo, ou quando há suspeita de falha do método anticoncepcional rotineiramente utilizado. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/bula/4183/postinor_uno.htm>.

camisinha, e que municípios acima de 50.000 também receberiam DIU e anticoncepcional injetável. Ademais, o Programa Bolsa Alimentação, de 2000, para crianças de 6 meses a 6 anos, gestantes e nutrizes em risco nutricional também foi alvo de debate, convergências e divergências, e constou do orçamento do MS até 2004, quando foi incorporado como política de assistência, passando para a gestão e orçamento do Ministério do Desenvolvimento Social. As entrevistadas relataram que a Cismu sempre foi um espaço essencial de informações, formulação e pactuações de posições para serem levadas ao Pleno do CNS, ao Congresso Nacional e outros espaços, e por não se constituir num espaço homogêneo de opiniões, ali também eram travados longos debates sobre as concepções referentes à saúde da mulher. Destaque aos serviços de aborto legal, que sempre geravam polêmicas. Para a 4ª entrevistada,

resoluções unificadas da Cismu sempre era um longo debate, muito cuidado com tal palavra, tira uma vírgula dali, acrescenta outra ali, tinha uma negociação interna, não tinha uma posição consensual. (4ª entrevistada).

No processo de formulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (Cismu) participou ativamente, bem como no processo de monitoramento da referida política. As informações consignadas em atas e os relatórios da Cismu, disponíveis no site do CNS, contribuem para a apuração e tratamento de informações.

Assim, no período do debate e aprovação da PNAISM, verificamos que na 25ª Reunião da Cismu, em junho de 2003, a nova coordenadora da área de saúde da mulher, Maria José Araújo, fez uma exposição sobre as prioridades das ações que estariam contidas em um documento sobre a Política de Assistência à Saúde da Mulher. Informou ainda sobre a reestruturação do Ministério da Saúde e a constituição de Grupos de Trabalho para assessorar a ATSM. Comunicou da realização do Fórum Nacional de Mortalidade Materna, no período de 30 de junho a 1º de julho (de 2003).

Na 27ª Reunião da Cismu, em novembro de 2003, esta Comissão questionou sobre a formulação da futura PNAISM, e a ATSM indicou que pretendia constituir parcerias para a construção de uma proposta de atendimento à saúde da mulher em

penitenciárias; idosas; negras: portadoras de HIV/AIDS; do movimento lésbico; trabalhadoras rurais; do movimento sem terra e mulheres indígenas.

A Cismu apontou que era prioridade a discussão desses itens e adentrou aos seguintes questionamentos sobre a futura PNAISM: se a proposta seria levada a Tripartite? Se a área técnica conseguiria avançar nos aspectos de: aborto incompleto; humanização do parto e nascimento; HIV/AIDS e PSF? Quais as propostas para as áreas de saúde mental, PSF e capacitação de trabalhadores?

A ATSM, então, expôs que ainda necessitava aperfeiçoar conceitos e fazer ajustes à proposta diante de questionamentos a serem considerados, mas não descreveu quais eram os questionamentos. Mais tarde, anunciou que priorizariam na proposta do programa de atenção à saúde da mulher as seguintes questões:

promoção dos direitos sexuais reprodutivos; atenção às mulheres vítimas de violência, com destaque à violência familiar; seminário de assistência obstétrica; lançamento de um pacto nacional de redução de mortalidade materna; preparação de currículo mínimo para capacitação; as dificuldades na abordagem sobre a saúde da mulher nos municípios; pesquisa sobre saúde mental; lançamento de um boletim eletrônico destinado a levar informações ao público; tratar a saúde da mulher no trabalho doméstico; garantir um trabalho saudável para gestante; formação da câmara técnica sobre violência contra a mulher e adolescente; parceria com o Inca sobre combate ao câncer de colo de útero e de mama. (extraído do Relatório da 25ª Reunião da Cismu)

A ATSM apresentou a Proposta do Plano de Ação para Atenção Integral à Saúde da Mulher 2004-2007, ainda em fase de discussão para debate posterior, mas que guardava os princípios já apresentados na proposta da referida política.

Na 28ª Reunião da Cismu, em fevereiro de 2004, a ATSM, por meio de Maria José, fez uma apresentação sobre o documento preliminar *Princípios e Diretrizes para a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher*, destacando que este foi amplamente discutido nas diversas secretarias, movimentos e na Rede Feminista, e seria assinado pelo senhor ministro da Saúde, Humberto Costa. Os seguintes pontos foram destacados pela coordenadora:

atenção à violência sexual; câncer de colo; e mortalidade materna x aborto seguro; planejamento familiar; doenças crônicas degenerativas. Atenção para com a Saúde das Mulheres Negras; Mulheres Trabalhadoras do Campo e Mulheres Indígenas,

considerando os distritos indígenas e a cultura desses povos-nação. Integração do PSF com programa de saúde da mulher. Criação de 27 Centros de Referência de Assistência à Infertilidade. (extraído do Relatório da 28ª reunião da Cismu).

Ademais, a coordenadora da ATSM informou que a área de saúde da mulher constaria do PPA 2004-2007, garantindo dotação orçamentária para essa política. E, ainda, que estavam desenvolvendo e revisando normas técnicas sobre violência contra mulheres, incluindo adolescentes (meninos e meninas), medidas sobre contracepção e apoio psicossocial em casos de violência doméstica. Por fim, divulgou a oficina sobre tabagismo e mulheres para abril de 2004, em articulação com a Rede Feminista e o Inca, e convidou a todas para o lançamento do Pacto de Redução da Mortalidade Materna, no dia 8 de março de 2004, no Palácio do Planalto.

A PNAISM foi lançada em 28 de maio de 2004, e na 29ª Reunião da Cismu, em julho de 2004, os diálogos já davam conta desse fato, como podemos observar: Maria José – ATSM informou que o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Saúde das Mulheres contemplando diretrizes, objetivos, estratégias e metas propostas em conjunto com setores da sociedade. A proposta aponta avanços no que se refere aos Direitos Sexuais e aos Direitos Reprodutivos e contempla, ainda, a atenção humanizada ao abortamento inseguro.⁹⁵

⁹⁵ A Política abrange a atenção clínico-ginecológica; planejamento familiar, atenção obstétrica e neonatal; atenção às mulheres em situação de violência sexual e doméstica; o controle das DST e HIV; a redução da morbimortalidade por câncer; atenção à saúde mental; atenção à saúde das mulheres no climatério; atenção à saúde das mulheres na terceira idade; atenção à saúde das mulheres negras; às trabalhadoras do campo e da cidade; mulheres indígenas; mulheres em situação de presídio e o fortalecimento da participação das mulheres e o controle social. Em relação à mortalidade materna, o Ministério está destinando recursos para 71 municípios com mais de 100 mil habitantes, com taxas de mortalidade materna e neonatal elevadas, índice de IDH baixo, alta incidência de aborto provocado e número elevado de cesarianas realizadas.

Informou ainda que estão em elaboração as normas técnicas sobre a atenção à mulher no climatério e sobre a atenção ao abortamento inseguro. Está também elaborando o manual para capacitação de profissionais de saúde sobre a atenção às queixas ginecológicas e o consenso em relação ao atendimento de mulheres com câncer de mama. Está formando redes macrorregionais para a atenção ao câncer.

Em relação à atenção às mulheres vítimas de violência: providenciaram compra do contraceptivo de emergência; estão avaliando os serviços que prestam atendimento às mulheres vítimas de violência; estão realizando a expansão da rede de serviços.

Que o Presidente Lula sancionou a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.

Em relação à atenção ao pré-natal, informou que 4.960 municípios já aderiram ao Programa de Humanização do Parto Normal (PHPN), e que o Ministério da saúde realizou uma pesquisa para avaliar a atenção ao pré-natal.

Nessa reunião, a Cismu deliberou seu Plano de Trabalho de 2004 a 2005, contendo diversas ações de fortalecimento e monitoramento da PNAISM e outras ações no Congresso Nacional e organizações da sociedade civil sobre direitos sexuais e reprodutivos.⁹⁶ Para a defesa da PNAISM, esses princípios precisavam ser divulgados e hegemonzados. Para a 2ª entrevistada,

Nas 26 comissões (do CNS) criadas, se tem uma de peso, é a Cismu. Você tem um espaço de preparo e troca com as pessoas que estão ali, e multiplicação dos ensinamentos do Conselho Nacional de Saúde para a questão da mulher. Eu acho a Cismu de uma importância muito grande. (2ª entrevistada).

Nas reuniões da Cismu, que aconteceram após a aprovação da PNAISM, o destaque foi o acompanhamento das normas técnicas que foram editadas. O apoio à suspensão da exigência do boletim de ocorrência sobre estupro em caso de gravidez decorrente dessa violência gerou mobilização e manifestação favorável ao MS e ATSM. O Pacto de Redução de Mortalidade Materna e a questão da antecipação do Parto por Anencefalia foram outras questões que a comissão também levou até o Pleno do CNS, bem como a demanda de pautar a PNAISM no CNS.

ATSM, propôs que a Cismu/CNS realizem um seminário com participação de secretários municipais e estaduais para avaliar o processo de descentralização da política de atenção à saúde da mulher.

⁹⁶ 1) Analisar continuamente a Política Nacional de Saúde, tendo como foco suas repercussões para a Saúde da Mulher, buscando a equidade de gênero. 2) Promover a reflexão continuada acerca das bases conceituais e das estratégias da “Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher” e da “Política Integral da Saúde na Adolescência e Juventude”, nos marcos do Sistema Único de Saúde, com vista a sua efetiva implementação. 3) Promover e/ou fortalecer o diálogo, articulação e sinergia entre as várias áreas técnicas do Ministério da Saúde, e entre os diferentes níveis de gestão, cujas diretrizes têm impacto sobre a Saúde da Mulher em todas as suas fases da vida. 4) Monitorar sistematicamente o trabalho das áreas técnicas do Ministério da Saúde, em particular aquelas relacionadas à Saúde da Mulher, em todas as suas fases de vida. 5) Acompanhar o processo de execução das diretrizes orçamentárias do Ministério da Saúde no âmbito da Saúde da Mulher. Estabelecer diálogo permanente com o Poder Legislativo no sentido de viabilizar as bases legais para exercício do Direito à Saúde e Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. 6) Fortalecer, em conjunto com o CNS, a disseminação de informações sobre o trabalho desenvolvido pela Comissão Intersectorial de Saúde da Mulher, junto às organizações da sociedade civil. 7) Canalizar demandas da sociedade civil no sentido de receber, analisar e encaminhar ao Conselho Nacional de Saúde relatórios, petições e moções sobre situações que coloquem em risco a saúde e bem-estar da população. Por fim, decidiu encaminhar para o Conselho Nacional de Saúde os resultados das ações de reflexões e monitoramento (tal como definido nos itens 1, 2, 3, 4, 5) sob a forma de relatórios, recomendações e moções, entre outros, para apreciação e/ou aprovação e encaminhamentos.

Além dessas questões, a Comissão aprofundou o debate e fez sugestões sobre os impactos da PNAISM na nova política de saúde da adolescente, bem como a preparação do Seminário de Modelo de Assistência, Gênero e saúde da Mulher, que aconteceu em 2007.

A PNAISM não foi levada para discussão e aprovação do Pleno do Conselho Nacional de Saúde, conforme indicação da Cismu, no ano de 2004. No entanto, ao relatar essas ações da Cismu, identificamos que, nesse espaço, todos os debates sobre a PNAISM foram aprofundados, e, por isso, a política é altamente referendada pelas feministas.

4.1.3.1 Apresentação da PNAISM ao CNS

Depois de analisar documentos do CNS, da Cismu, do Ministério da Saúde e da Rede Feminista, pudemos comprovar que a PNAISM não foi aprovada no CNS, em 2004.

Nas entrevistas, esse fato, a princípio, foi refutado, mas diante da pesquisa documental foi também foi aos poucos sendo elucidado. De início, todas falavam dessa aprovação, porém o que se lembravam, ao final, era dos debates na Cismu e da apresentação da PNAISM no CNS, em 2006. Para a 7ª entrevistada,

Então, a primeira pergunta é sobre por que a Pnaism não foi aprovada no Conselho Nacional de Saúde. Então, é assim, eu acho que tem algum tipo de problema nessa história do Conselho, porque quando a gente elaborou a política tinha duas coisas, uma que passou pelo Solla (secretário de Atenção à Saúde 2003-2005). O Solla fez uma leitura cuidadosa, passou pelo ministro Humberto Costa. Fora o processo com as mulheres (grupo de discussão formado pela ATSM). Estou falando mais do ponto de vista institucional. E aí eu fui no Conselho, isso foi discutido muito na Cismu, todo mundo aprovou, deu opinião, e eu fui no Conselho Nacional de Saúde apresentar a política. Dona Zilda Arns estava sentada na segunda cadeira, do lado esquerdo de quem está na mesa falando, me lembro desse detalhe. E a política foi apoiada, menos por ela mais dois ou três que acompanhavam ela. O resto, todo mundo achou a política ótima e tal. Foi o pleno do Conselho. Então, na minha cabeça, essa história é complicada, porque ela foi apresentada no Conselho, foi debatida no Conselho e, teoricamente, eu acho que quando passa no Conselho é porque o Conselho... Não teve ninguém que dissesse eu não aprovo, eu desaprovo. Foi o contrário, foi assim. Então eu entendo que ela passou pelo Conselho. Eu não sei se tem algum mecanismo especial, se tinha, se tem, que

considera aprovada ou desaprovada. Ela não foi desaprovada. Não teve uma recusa. (7ª entrevistada)

Verificamos também alguns documentos da ATSM, como o Relatório de Gestão da PNAISM, de 2003 a 2006, que indica que o MS,

[...] submeteu a referida Política à apreciação do Conselho Nacional de Saúde e à Comissão de Saúde da Mulher (Cismu) desse Conselho. Trata-se, portanto, de um documento legitimado por diversos setores da sociedade e pelas instâncias de controle social do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL,2004, p. 29)

Naquele ano de 2004, porém, a PNAISM não constou de pautas de discussão do CNS. Isso pode ser verificado na apuração das atas que indicam que nas reuniões de julho de 2004, julho de 2005 e agosto de 2005, a conselheira Silvia Dantas, representante das mulheres, recorreu diversas vezes ao Plenário do CNS demandando agendar o debate e aprovação da PNAISM, mas o tema só foi apresentado e discutido na reunião de março de 2006.

As entrevistadas relataram que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes foi lançada em 28 de maio de 2004. No entanto, nas atas do CNS e relatórios da Cismu não há menção a essa atividade.

A PNAISM só foi apreciada pelo CNS em 2006, por isso alguns documentos do MS, como o citado e os relatos de entrevistadas, indicam a apresentação, debate e aprovação.

Na 163ª Reunião Ordinária do CNS⁹⁷ em março de 2006, a PNAISM, princípios e diretrizes foram apresentados ao Pleno do CNS, e todos os que se pronunciaram fizeram falas favoráveis ao programa, mas não houve votação.

A Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher/SAS/MS, Maria José Oliveira, apresentou a PNAISM, ressaltando,

a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher havia sido elaborada pela Área Técnica de Saúde da Mulher, em parceria com os movimentos sociais de mulheres, secretarias estaduais e municipais de saúde e contemplava um breve diagnóstico sobre a situação da saúde da mulher no Brasil, a partir de dados secundários das políticas realizadas na gestão anterior, dos indicadores de saúde da mulher e considerando as reivindicações dos movimentos

⁹⁷ Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_06.htm>.

organizados na área, e descreve as ações que realiza em todas as áreas de atenção à saúde da mulher. (163ª RO/CNS, alíneas 333 a 522)

Conselheira Silvia Dantas, representante das mulheres, também se pronunciou, e consta da ata desta reunião que iniciou avaliando que,

apesar do esforço do Ministério da Saúde, a repercussão das ações voltadas à saúde da mulher nos municípios estava aquém do esperado. Que os métodos contraceptivos não chegavam às usuárias do SUS e que havia problemas na garantia do acesso aos métodos de prevenção de colo de útero. Nessa ótica, disse que seria importante definir processo de avaliação, monitoramento e auditoria da Política de Saúde da Mulher. Além disso, manifestou preocupação com o fato de a Política de Saúde da Mulher nem sempre ser pactuada nas negociações das Comissões Bipartites. Disse ainda que seria importante explicitar os recursos destacados para a elaboração das políticas, a fim de avaliar o impacto das ações. (163ª RO/CNS, alínea 609).

Quanto a essa forma de debate e encaminhamentos que o CNS desenvolveu em relação à PNAISM, verificamos que instrumentos como resoluções, recomendações ou deliberações não foram produzidos como forma de dar conhecimento público das posições do CNS sobre a referida política. O debate realizado em março de 2006 demonstrou que o CNS legitimou a referida política, mas esses instrumentos oficiais, em sendo aprovados, contribuiriam para referenciar a PNAISM. Inclusive para posteriores cobranças que o movimento viesse a fazer sobre a implantação dessa política. Quando uma decisão consta como resolução, é instrumento de cobrança dentro e fora do Governo Federal, pois é um documento público que circula entre as diversas áreas de governo e ainda é aceito como denúncia, por exemplo, no Ministério Público.

Ademais, conforme o Regimento Interno do CNS,⁹⁸ as decisões, do referido Pleno do CNS, quando consubstanciadas em resoluções, são homologadas pelo ministro de Estado da Saúde, e esse procedimento contribui para a institucionalização de políticas, e é utilizado de forma constante. De 1991 até julho de 2015, o CNS produziu 500 resoluções.

⁹⁸ Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/regimento_alterado_14042011.pdf>

Depois, no que tange ao Ministério da Saúde, essas políticas de saúde, como a de saúde da mulher, são sempre comunicadas por portarias, o que também não aconteceu com relação à PNAISM.

Além das portarias, as políticas aprovadas são levadas pelo Ministério da Saúde a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), um fórum que reúne o Ministério da Saúde, representantes dos secretários estaduais e secretários municipais de saúde para pactuação interfederativa, a fim de garantir a implantação da referida política nas três esferas de governo e, com isso, implantar e consolidar a referida ação estratégica no Sistema Único de Saúde. A PNAISM também não foi apresentada na CIT. Para a 5ª entrevistada, isso também não aconteceu com a PNAISM.

A PNAISM não foi pactuada em tripartite, inclusive não tem as responsabilidades pactuadas, não tem portaria, mas ela foi apresentada no Conselho Nacional de Saúde. (5ª entrevistada).

Sobre a aprovação de políticas de saúde no CNS, a 6ª entrevistada avaliou:

Eu acho que o fato das políticas terem passado lá pelo Conselho, na minha avaliação, elas não estão muito diferentes das políticas que não passaram. Porque, por exemplo, a política nacional de práticas integrativas e complementares, ela foi elaborada por uma comissão junto com pessoas do Ministério da Saúde, mas ela avançou muito pouco. Conseguiram a duras penas um recurso dentro de uma secretaria, para implementação dessa política, mas não teve avanços [...] quando você compara o que avançou mais, eu considero que a saúde da mulher avançou um pouco mais. (6ª entrevistada).

Dessa forma, foi possível identificar que a PNAISM foi lançada pelo ministro da Saúde em maio de 2004, constou do Plano Plurianual 2004-2007, desse período e dos períodos subsequentes, do Plano Nacional de Saúde de 2004 e dos anos posteriores e passou a ter rubrica orçamentária, mas não consta em resolução do CNS, portaria do Ministério da Saúde e pactuação tripartite.

Ao compararmos a institucionalização do PNAISM com a do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, identificamos que esse segundo foi lançado pelo presidente Lula em março de 2004, conforme afirma a ATSM na 28ª Reunião da Cismu, em fevereiro de 2004. Foi apresentado ao Pleno do CNS, em abril de 2004. Foi pactuado na Comissão Intergestores Tripartite, em 18 de março de

2004. Foi consignado na Portaria nº 386, de 6 de julho de 2005,⁹⁹ e fez parte dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, aprovados no CNS, em 9 de fevereiro de 2006.

Outra questão sobre saúde da mulher que recebeu tratamento diferenciado, por iniciativa do CNS, foi o debate sobre Antecipação Terapêutica do Parto por Anencefalia,¹⁰⁰ realizado na 152ª RO, em março de 2005. O CNS aprovou a proposta favorável a esse procedimento, por meio da Resolução CNS 348, de 10 de março de 2005, que foi homologada pelo ministro Humberto Costa e encaminhada ao Supremo Tribunal Federal (STF). Em 2012, o STF incluiu esse caso entre as situações de aborto considerado legal e realizado pelo SUS.

Assim, a pesquisa demonstrou que a participação social e a influência dos movimentos sobre as decisões do Estado foram decisivas para a formatação da PNAISM, que é resultado de muitos anos de discussão e empenho do movimento feminista, e o auge de sua implantação aconteceu no início do Governo Lula, quando, de acordo com Abers, Serafim e Tatagiba (2014), “o mote de participação da sociedade abriu espaço para a comunicação mais criativa de diferentes práticas e rotinas, ampliando as chances de acesso e influência dos movimentos sobre o Estado” (ABERS, SERAFIM, TATAGIBA, 2014, p. 3).

Assim, a pesquisa demonstrou que a participação social e a influência dos movimentos sobre as decisões do Estado foram decisivas para a formatação da

⁹⁹ Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2005/prt0386_06_07_2005.html>.

¹⁰⁰ Sílvia Dantas fez uma apresentação sobre o que é a anencefalia como sendo na perspectiva de subsidiar o debate da matéria. Explicou que a anencefalia é uma malformação fetal congênita por defeito de fechamento do tubo neural durante a gestação, de modo que o feto não apresenta os hemisférios cerebrais e o córtex, havendo apenas resíduos do tronco encefálico, acarretando a inexistência de todas as funções superiores do sistema nervoso central, responsável pela consciência, cognição, vida relacional, comunicação, afetividade e emotividade e que controla parcialmente a respiração, as funções vasomotoras e a medula espinhal. Esclareceu que é possível fazer o diagnóstico da malformação no início da gestação, uma vez que na primeira ecografia já se pode visualizar a imagem do grave achatamento da cabeça do feto pela ausência dos hemisférios cerebrais. Disse que o prognóstico apresentado na literatura médica sobre a sobrevivência de fetos anencefálicos é de no máximo duas horas fora do útero e que aproximadamente 65% dos fetos anencefálicos morrem ainda no período intrauterino. Ressaltou que a anencefalia pode trazer várias complicações obstétricas, dentre as quais se destacam: poli-hidramnion (aumento do volume do líquido amniótico); doenças hipertensivas específicas da gestação; puerpério com maior incidência de hemorragias maternas por falta de contratilidade uterina; associação com vasculopatia periférica de estase; maior incidência de infecções pós-cirúrgicas devido às manobras obstétricas do parto de termo; dificuldades obstétricas e complicações no desfecho do parto de anencefálicos de termo; e alterações psicológicas e de comportamento da gestante. Informou que, segundo a Organização Mundial da Saúde, o Brasil é o quarto país no mundo em número de casos de anencefalia. (Ata 151ª RO CNS, alínea 763).

PNAISM, conforme os autores supracitados. A elaboração da PNAISM teve efetividade e legitimidade com o grupo de discussão criado pela ATSM e com a Cismu.

Investigamos possíveis motivos para essa falta de consolidação da política de saúde da mulher, em votação e resolução do CNS. Foram as disputas de concepções, conforme citamos, que impediram uma votação? A falta de articulação entre os movimentos que compõe o CNS? Algum movimento político momentâneo que indicasse que a apresentação seria uma tática mais adequada que a votação, já que, naqueles dias, o MS estava passando por mudanças na gestão? Todas essas elucubrações foram refutadas pelas entrevistadas. De pronto, a maioria delas considerou que a apresentação feita pela ATSM, em 2006, legitimou a PNAISM. Depois, ao reconhecerem a pesquisa documental realizada e apresentada durante as entrevistas, para uma possível confirmação da fidedignidade desses documentos, avaliaram que não ter acontecido uma votação ou ter sido editada uma resolução pode ter gerado um hiato nessa construção da política de saúde da mulher.

4.1.3.2 A construção e implantação da PNAISM, de 2004 a 2006

Conforme explicam Abers e Tagatiba, a partir de 2003, no Governo Lula, o PAISM ganhou impulso quando Maria José de Araújo – uma das fundadoras da Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – foi nomeada coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde.

She led the effort to transform the program into a “policy”. [...] The guidelines also incorporated new ideas, explicitly emphasizing that health policy should address the needs of a diversity of social groups such as black women, rural workers, lesbians, HIV positive women, and so on. The Technical Area would now be responsible not just for implementing particular projects but also for guaranteeing that the policy was implemented throughout the ministry, and, if possible, the health care system as a whole. The Lula period is described by the feminists we interviewed as the heyday of women’s health, a period when the ideal of “integrated” care was taken seriously.”¹⁰¹(ABERS; TATAGIBA, 2014, p. 14).

¹⁰¹ Ela liderou o esforço para transformar o “programa” em uma “política”. [...] As diretrizes incorporaram novas ideias, enfatizando explicitamente que a política de saúde deve atender às necessidades de uma diversidade de grupos sociais, como as mulheres negras, rurais, trabalhadoras, lésbicas, mulheres soropositivas, entre outras. A Área Técnica seria responsável pela implementação

As iniciativas em defesa da atenção integral à saúde da mulher no Governo Lula começaram com a publicação da Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, dos casos de violência contra a mulher, atendidos em serviços de saúde públicos ou privados.¹⁰² Após o lançamento da PNAISM, pelo Ministério da Saúde, em maio de 2004, diversas ações se sucederam, especialmente com a edição de normas técnicas que foram gerando algumas garantias para o atendimento das mulheres em situação de vulnerabilidade. Depois do processo de implantação da PNAISM, no ano de 2005 diversas iniciativas para enfrentar a morte materna por abortamento inseguro foram dispostas. Primeiro, a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes de Violência Sexuais contra Mulheres e Adolescentes, que indicava entre outros, que:

A realização do abortamento não se condiciona à decisão judicial que ateste e decida se ocorreu estupro ou violência sexual. Portanto, a lei penal brasileira não exige alvará ou autorização judicial para a realização do abortamento em casos de gravidez decorrente violência sexual. O mesmo cabe para o Boletim de Ocorrência Policial e para o laudo do Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal, do Instituto Médico Legal. (NT, 2011, p.43)¹⁰³

Em seguida, a Norma Técnica de atenção humanizada ao abortamento. Apresentada pelo ministro Humberto Costa e embasada no reconhecimento do governo brasileiro à

Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994, e a 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher, ocorrida em Beijing, em 1995, e que afirmou os direitos sexuais e os direitos reprodutivos das mulheres como direitos humanos e recomendaram aos Estados programas de atenção de

de projetos específicos, para garantir que a política fosse implementada em todo o Sistema Único de Saúde. O período Lula é descrito pelas feministas entrevistadas como o auge da saúde das mulheres, um período em que o ideal de cuidado integrado “foi levado a sério.” (ABERS; TATAGIBA, 2014). (Tradução Livre)

¹⁰² O cumprimento da medida é fundamental para o dimensionamento do fenômeno da violência sexual e de consequências, contribuindo para a implantação de políticas públicas de intervenção e prevenção do problema. Essa lei foi regulamentada pelo Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004 e normatizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde através da Portaria MS/GM nº 2.406 de 5 de novembro de 2004, que implantou a notificação compulsória de violência contra a mulher no âmbito do Sistema Único de Saúde. (NT, 2011, p. 24).

¹⁰³ Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno6_saude_mulher.pdf>.

qualidade a todas as pessoas para que possam exercer tais direitos. (NT, 2005, p. 5) ¹⁰⁴

Essas ações foram reafirmadas com a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, – também conhecida como Lei Maria da Penha – que

criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, estabelecendo mudanças na tipificação dos crimes e nos procedimentos policiais e jurídicos, [...] incluindo os serviços de anticoncepção de emergência, a profilaxia das DSTs/Aids e outros procedimentos em saúde necessários e cabíveis nos casos de violência sexual. (NT, 2011, p. 24).

O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres elaborado e publicado pela Secretaria de Políticas para as Mulheres, em 2004, indica, dentre os objetivos, metas, prioridades e plano de ação,¹⁰⁵ a implantação da PNAISM. A ATSM publicou, ainda, nos anos de 2004 e 2005, programas de qualificação profissional contendo estratégias de formação de redes de enfrentamento às situações de violência doméstica e sexual e de anticoncepção de emergências e atendimento à anticoncepção de emergência.¹⁰⁶

No entanto, verificamos que no documento de Diretrizes do Pacto pela Saúde em 2006¹⁰⁷ – Consolidação do Sistema Único de Saúde –, publicado na Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, e aprovado pelo CNS em 9 de fevereiro do mesmo ano, que foi firmado entre as três esferas de gestão, ou seja, em pactuação tripartite, as questões de saúde da mulher, destacadas como ações

¹⁰⁴ Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada.pdf>.

¹⁰⁵ “implantação, na Atenção Integral à Saúde da Mulher, de ações que atendam as necessidades específicas das mulheres nas diferentes fases do ciclo vital, abrangendo as mulheres negras; com deficiência; índias; presidiárias, trabalhadoras rurais e urbanas; e com diferentes orientações sexuais; contemplando questões ligadas às relações de gênero. [...] a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, na perspectiva da atenção integral à saúde. [...] promoção da atenção obstétrica, qualificadas e humanizadas, inclusive a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes, visando reduzir a mortalidade materna, especialmente entre as mulheres negras e [...] revisar a legislação punitiva que trata da interrupção voluntária da gravidez”. (Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. – Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004, p. 63)

¹⁰⁶ Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anticoncepcao_emergencia_perguntas_respostas_2ed.pdf>.

¹⁰⁷ Disponível em: <<http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>>.

estratégicas são restritas a: Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama e Redução da mortalidade infantil e materna.

Para a 1ª entrevistada

Aí o PNAISM, na minha opinião, ele sofre um duro golpe, eu acho, quando na Assembleia da ONU foi aprovado os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, que adapta o país, adaptou o Brasil, pelo menos o mundo inteiro à menina dos olhos das propostas neoliberais, inclusive referendadas no relatório de 1993 do Banco Mundial investido em saúde, que é a focalização, então o PNAISM era uma política nacional integral, cumpria os princípios do SUS, estava dentro do SUS, em um sistema que já estava contra-hegemônico, e aí com o os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio nós voltamos a ser reduzidas a quê? Diminuir a mortalidade materna é um dos objetivos, o outro é o câncer de mama, diminuir a mortalidade infantil, HIV, e não me lembro quais eram os outros, mas eu sei que nós ficamos reduzidas a três objetivos, aí o governo brasileiro fez algum tipo de, não é manobra, um jeito de funcionamento meio estranho na formulação das políticas que acabou formulando o Pacto pela Saúde 2006. (1ª entrevistada).

A partir dessa decisão do Ministério da Saúde, de inserir somente essa duas ações no Pacto pela Saúde, identificamos o prejuízo da não pactuação da PNAISM na CIT.

Outras políticas, como Saúde do Idoso, Programa de combate às DST/Aids e Programa de Saúde da Família, foram citadas na íntegra, e o PNAISM, não.

Verificamos, assim, que essa disputa de concepção adentra novamente ao espaço da concepção de atenção à saúde da mulher. Ao menos naquele período, a própria ATSM era a responsável pelo acompanhamento desse pacto de gestão, mas muitas entrevistadas citaram essa fragmentação como o primeiro processo para a desconstrução de uma política de saúde.

Verificamos, assim, que essa disputa entre o materno-infantil e a saúde integral é um “conflito político e cultural”, conforme Diani e Bison (2010), que gera tensionamentos entre os atores políticos envolvidos nesta trama, e definem os rumos da política de saúde a ser desenvolvida, que estão além do Ministério da Saúde, pois a saúde da mulher é pauta do Legislativo, do Judiciário e dos meios de comunicação.

4.1.3.3 Monitoramento da PNAISM pelo movimento feminista

No que tange ao monitoramento da PNAISM pela Cismu, verificamos que a comissão manteve esse ponto de pauta em todas as suas reuniões, desde a aprovação da PNAISM, no entanto aconteceram somente quatro reuniões desde o lançamento da PNAISM, em 2004, até a apresentação da PNAISM no CNS, em março de 2006. Dessa monta, uma das ocupações foi agendar essa apresentação no CNS.

Nessas reuniões da Cismu, o destaque para o PNAISM ficou concentrado no acompanhamento das normas técnicas que foram aprovadas, e citadas, no item anterior. As ações do comitê de acompanhamento e apoio à suspensão da exigência do boletim de ocorrência sobre estupro em caso de gravidez decorrente dessa violência gerou mobilização e manifestação favorável ao MS e ATSM. O Pacto de Redução de Mortalidade Materna, do qual muitas integrantes da Cismu também participavam, neste período; e a questão da antecipação do Parto por Anencefalia que a Cismu levou ao Pleno de CNS, e que gerou um debate de qualidade, de grande repercussão, e uma resolução favorável a proposta das feministas, questões que a comissão também levou até o Pleno do CNS.

Além dessas questões, aprofundou o debate e fez sugestões sobre os impactos da PNAISM na nova política de saúde da adolescente, bem como a preparação do Seminário de Modelo de Assistência, Gênero e saúde da Mulher, que aconteceu em 2007. Além desse acompanhamento da PNAISM pela Cismu, verificamos que o monitoramento da PNAISM pela Rede Feminista que se apresentou como um instrumento importante já que se trata de uma ação coletiva transnacional. Segundo nossa entrevistada 8,

a Rede Feminista promove um monitoramento internacional das políticas de saúde da mulher, porque tem tradição no monitoramento internacional, desde a Conferência Internacional de Desenvolvimento de População (CIPD), no Cairo, em 1994, que a Rede Feminista conquistou condições para monitoramento de Cairo +5, Cairo +10, Cairo +15, e depois o Cairo +20. (8ª entrevistada).

E ainda

o tema monitorado é sempre o da atenção integral. No processo de Monitoramento da Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação de 2002, 2007 e 2012, nós monitoramos a

PNAISM, no que ela estava sendo ou não cumprida. (8ª entrevistada).

Anteriormente, apresentamos os depoimentos sobre os recursos financeiros que a Rede Feminista captou nacional e internacionalmente nos anos 1980 e 1990. Esses relatórios internacionais sobre a PNAISM também são resultado de mobilização internacional da Rede Feminista, que é reconhecida pela sua capacidade de pesquisa e demonstração dos resultados sobre a saúde da mulher no Brasil, em articulação com redes latino-americanas e outras articulações junto às Nações Unidas, como a Plataforma DhESC.

Assim, os relatórios da Rede Feminista demonstram a existência de uma política nacional de saúde da mulher, o que não significa que essa política esteja sendo executada. Os principais pontos de monitoramento são oriundos da Conferência do Cairo, 1994, e são: morte materna, violência, em especial violência sexual, contaminação de mulheres por HIV, sempre com foco na atenção integral.

Para a 8ª entrevistada,

foi a Rede Feminista que construiu, na América Latina, o discurso da integralidade, o movimento latino-americano de mulheres, e caribenho, reconhece que foi o movimento feminista brasileiro que introduziu em toda a região a linguagem da integralidade na atenção a saúde das mulheres, existe um reconhecimento e o próprio movimento internacional, por exemplo, a Rede Mundial de Mulheres pelos Direitos Reprodutivos, [...] concorda que é um conceito cunhado pelo movimento feminista brasileiro a partir da década de 80 (8ª entrevistada).

Assim, o monitoramento, desde 1994, acontece a partir dos marcos de atenção integral à saúde, e para a 8ª entrevistada,

pra nós sempre foi assim, um ouro da nossa comunicação e das nossas estratégias, e eu acho que isso se expressa tanto dessa questão internacional quanto na construção da linguagem, porque nós aprendemos também ao fazer o monitoramento internacional que você monitora conteúdo e linguagem, isso é monitoramento internacional de direitos humanos e que todas as vezes que a gente perde na linguagem, a gente perde no conteúdo. (8ª entrevistada).

Para a avaliação dessa ação, consideramos Tarrow (2009) em sua análise sobre

“os repertórios de confronto, detidamente no tipo básico de que oferecem três tipos básicos de ação coletiva: violência, ruptura e convenção. [...] a convenção, que “ , tem a vantagem de criar rotinas que as pessoas e que as elites irão aceitar ou até facilitar” . [...] Sobre o repertório de confronto , “ a ruptura é a fonte de grande parte da inovação no repertório e do poder em movimento, mas é instável e gera violência ou se torna rotinização na convenção” [...] “e os movimentos que defendem a ecologia, os direitos civis e o feminismo combinam desafios, de solidariedade e incerteza em seus protestos. (TARROW, 2009, p. 138).

Portanto, esse processo de monitoramento que passa pelos projetos que a Rede mantêm com recursos públicos nacionais ou internacionais segue um roteiro público e negociado, o que significa que os relatórios não mudam de rota diante de um ou outro governo. Quando a política de saúde da mulher está desagregada do marco de atenção integral, é motivo de alerta, visto que o marco de integralidade e direitos sexuais e reprodutivos rege essa ação.

Ao mesmo tempo, esses relatórios podem servir de referenciais para possíveis diálogos e construção de consensos em espaços públicos como os conselhos de saúde, afinal, a participação institucionalizada tem apoio das feministas que estão nos movimentos e nos cargos de comando dos governos.

Deste modo, essa ação de monitoramento é uma ação estratégica que pode gerar e permanecer como estratégia de mobilização na defesa da atenção integral à saúde da mulher, e faz parte das performances de ação política da Rede Feminista.

4.2 Repertórios de Interação Estado-Sociedade

4.2.1 Protestos, Marchas ou Passeatas

Verificamos que os movimentos feministas participaram de ações públicas, como protestos, marchas ou passeatas, no período pesquisado, de 2000 a 2006, devido a questões gerais, como as lutas pelo financiamento do SUS,¹⁰⁸

¹⁰⁸ Para completar o quadro das táticas e sem entrar numa enumeração de elementos repetitivos, é preciso dizer que o movimento recorreu ainda às mobilizações intituladas de “caravanas” – como nos tempos da Constituinte – padronizadas e conduzidas pelos conselhos em todos os estados e patrocinadas pelo Ministério da Saúde (2008-2009), à mobilização apelidada “Primavera de Saúde”, que envolveu a passeata pacífica de mil pessoas (2011) ao Ato Público em Defesa do Sistema Único de Saúde, que consistiu numa marcha da qual fizeram parte os participantes da 14ª Conferência Nacional de Saúde. (DOWBOR, 2012, p. 243).

representadas pelo PL 01/2003,¹⁰⁹ do deputado federal Roberto Gouveia PT-SP, e contaram com a participação das feministas, porque são ações essenciais ao fortalecimento do SUS, que é a matriz das políticas públicas de saúde. Também indicaram participação nas mobilizações de combate à discriminação de gênero, atuando na Marcha Mundial de Mulheres (MMM), que, segundo Scherer-Warren (2006),

foi um caso emblemático de luta transversal de direitos para a América Latina e para a sociedade global. A MMM teve sua origem no movimento de mulheres e caracteriza-se por ser um projeto de mobilização social no qual participam ONGs feministas, mas também comitês e organismos mistos de mulheres e homens que se identificam com a causa do projeto. (SCHERER-WARREN, 2006, p. 116).

Outro movimento de mulheres que tem a saúde como pauta prioritária é a Marcha das Margaridas,¹¹⁰ que se constitui em uma ação estratégica do campo e da floresta e integra o Movimento Sindical dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais (MSTTR), movimentos de mulheres e feministas. Essa marcha realizada desde 2000 homenageia a líder sindical Margarida Maria Alves, assassinada na Paraíba em 12 de agosto de 1983, por isso a marcha acontece sempre no mês de agosto de cada ano e mobiliza milhares de mulheres rurais em todo o país.¹¹¹ Outro protesto que vem crescendo pelo direito à livre expressão é a Marcha das Vadias, que, segundo nossa 4ª entrevistada

tem as novas formas de expressão, por exemplo, a Marcha das Vadias, ela começou [...] por conta de no Rio Grande do Sul, um policial ter dado a declaração de que a garota foi estuprada, mas ela estava vestida de forma indecente, é como se ela estivesse pedindo. Então todas as mulheres que não são vadias, do ponto de vista da

¹⁰⁹ PLP 01/2003. Regulamenta dispositivo da Constituição Federal de 1988 (Emenda Constitucional nº 29, de 2000), que trata da aplicação de recursos para o financiamento das ações e serviços de saúde. Disponível em:

<://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=104342>.

¹¹⁰ Pauta da 5ª. Marcha das Margaridas que acontecerá em agosto de 2015. Lema – Margaridas Seguem em Marcha por Desenvolvimento Sustentável com Democracia, Justiça e Autonomia, Igualdade e Liberdade – se estrutura nos seguintes eixos temáticos: 1 – Soberania Alimentar; 2 – Terra, água e agroecologia; 3 – Sociobiodiversidade e acesso aos bens comuns; 4 – Autonomia econômica: trabalho e renda; 5 – Educação não sexista, educação sexual e sexualidade; 6 – Violência; 7 – Direito à saúde e direitos reprodutivos; 8 – Democracia, poder e participação. Disponível em:

<http://www.contag.org.br/index.php?modulo=portal&acao=interna&codpag=256&nw=1>.

¹¹¹ Disponível em: <http://fetase.org.br/mobilizacoes/marcha-das-margaridas/>.

concepção machista do ser vadia, profissionais da medicina, do direito, da enfermagem, das políticas públicas, dos movimentos sociais, em especial as jovens de forma bem irreverente, se vestem de forma bem ousada e vão para as ruas dizer: estamos na marcha das vadias. Ah, então somos vadias, então somos todas vadias, todas as mulheres, as milhões de mulheres que são estupradas no Brasil são as vadias, é isso? Vai questionar de uma forma irreverente, e que choca, muitas vezes, as pessoas mais conservadoras. (4ª entrevistada).

Tarrow (2009), analisa essas ações de mobilização pública a partir de sua avaliação sobre o “futuro dos movimentos sociais”. Para esse autor, tanto na agenda da política internacional como na teoria do movimento social, os mais perturbadores¹¹² são os “movimentos em luta” e a “política pela identidade, dos anos de 1990.” (p. 252). Para Tarrow (2009),

a mudança mais surpreendente foi em relação ao gênero. Embora os homens ainda protestem mais que as mulheres, “há uma evidência”, escreve Dalton, “e que este padrão está mudando, com uma diminuição dos papéis específicos de cada gênero” (1996:78) [...] na América Latina, alguns dos protestos mais notáveis contra o governo militar, a tortura e os desaparecimentos de pessoas foram preparados por grupos de mães. (TARROW, 2009, p. 255).

4.2.2 Participação Institucionalizada

No processo de debates, formulação e defesa da PNAISM, a participação institucionalizada é ressaltada como uma estratégia de mobilização essencial adotada pelo movimento feminista. A atuação permanente nos espaços de controle social, como o CNS, e suas comissões e as conferências de saúde, bem como as conferências de políticas para as mulheres, iniciadas a partir de 2004, indica a efetividade dessa estratégia na soma dos interesses das feministas que participam desses espaços representando o movimento ou os governos, possibilitando diálogos que geraram políticas de saúde.

A Rede Feminista participa de diversos conselhos, comitês, comissões e plataformas de pesquisa nacionais e internacionais. Essa participação ocorre desde

¹¹² Perturbadores/ Intolerantes. Segundo Tarrow (2009), são movimentos advindos de conflitos étnicos, religiosos, e as guerrilhas e as guerras civis, com as do Afeganistão, Sudão, os *skinheads*. (p. 253)

os anos de 1980, quando da criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, antes mesmo da estruturação da Rede Feminista.

De acordo com Abers, Serafim e Tatagiba (2014),

essa segunda rotina é caracterizada pela governança compartilhada, e por um papel central por parte dos atores estatais em criar e conduzir o processo. No Brasil, três modelos de participação institucionalizada tornaram-se predominantes: o orçamento participativo, os conselhos de políticas públicas e as conferências. (ABERS; SERAFIM; TATAGIBA, 2014, p. 5).

Assim, a Rede Feminista participa desses espaços indicados por Abers, Serafim e Tatagiba (2014) e amplia essa participação a cada movimento de ajuste da política de participação institucionalizada no interior dos governos. Na área da saúde, a Rede Feminista compõe o Conselho Nacional de Saúde, onde coordena a Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (Cismu/CNS) e integra a Comissão Executiva de Monitoramento do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Tem assento no Conselho Nacional dos Direitos da Mulher e no Conselho do Observatório Brasil de Igualdade de Gênero, e é uma das redes parceiras do projeto Observatório pela Aplicação da Lei Maria da Penha. Integra a Coordenação da Plataforma Brasileira de Direitos Humanos, Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais (Plataforma DhESC/Brasil)¹¹³ e ocupa a titularidade da Relatoria Nacional do Direito Humano à Saúde.¹¹⁴ Tem assento na Comissão Nacional de Morte Materna, na Comissão de Articulação dos Movimentos Sociais e no Comitê Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas (Conatrap). Atuam no

¹¹³ A Plataforma DhESC é um órgão da ONU. Segundo Oliveira (2003), a “A Rede Feminista assumiu a Plataforma DhESC, em 2003. Essa é uma Plataforma de Direitos Humanos, Econômicos, Sociais e Culturais. É uma instância da ONU, no âmbito dos países que subsidia os relatórios da ONU em suas diferentes especificidades para fazer denúncias, fazer cumprir ou dar penalidades solicitadas, e também exigir penalidades criminais no âmbito do Ministério Público para gestores. São seis áreas de trabalho, intersetorialmente e multidisciplinarmente, quais, sejam, trabalho; direito a alimentação; meio ambiente; moradia adequada; educação e saúde”. “Ocupar a relatoria de saúde possibilitou resgatar a documentação onde consta deliberações sobre a saúde da mulher, no Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e Conferências e articular a elaboração desse relatórios com diversos movimentos sociais como profissionais de saúde, rede de parceiras tradicionais, Confederação de Trabalhadores de Saúde, Central Única dos Trabalhadores - CUT e Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia - Febrasgo.” (OLIVEIRA, 2003, p. 133-136).

¹¹⁴ Tal como da Plataforma DhESC, a Relatoria Nacional de Direitos Humanos, analisa as políticas de as violações dos direitos sociais, econômicos e culturais, como os direitos à saúde, educação, trabalho, moradia, lazer, acesso à cultura, etc. Disponível em: <<http://www.usp.br/imprensa/wp-content/uploads/5%C2%BA-Relat%C3%B3rio-Nacional-sobre-os-Direitos-Humanos-no-Brasil-2001-2010.pdf>>.

Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH). Além da participação em diversos conselhos estaduais e conselhos municipais de direitos da mulheres. Segundo Abers, Serafim e Tatagiba (2014, p. 5), “esta forma de interação é caracterizada pelo uso de canais de diálogo oficialmente sancionados que são guiados por regras previamente definidas, aceitas pelos envolvidos (e em alguns casos estabelecidas pela lei)”.

Neste contexto, verificamos o Conselho Nacional de Direitos da Mulher,¹¹⁵ que foi composto por lei, e o Conselho Nacional de Saúde, que é um decreto presidencial de 1937. Ambos são espaços perenes em que Rede Feminista participa com destaque. Assim, a atuação nesses espaços permitiu a participação ativa no processo de elaboração e aprovação da PNAISM, e favorece, ainda, condições de monitoramento de políticas de saúde da mulher. Portanto, a participação institucionalizada é uma ação coletiva do movimento feminista, que traça estratégias de mobilização para ampliação de sua representação nestes espaços públicos de participação institucionalizada.

4.2.2.1 A Saúde das Mulheres e as Conferências

Construímos este item, relacionado à participação institucionalizada, para analisar os dados sobre a reivindicação do movimento feminista pela realização de 2ª edição de uma conferência nacional de saúde da mulher.

No capítulo I, relatamos que na 3ª e na 7ª Conferência Nacional de Saúde, foram aprovadas propostas para a área de saúde da mulher na concepção de atenção materno-infantil. Na 7ª CNS, em 1980, encontramos, inclusive, uma contraindicação para uma possível criação de programa de assistência às mulheres, quatro anos antes do PAISM. Mas na 8ª CNS, em 1986, a proposta de atenção integral à saúde das mulheres foi vitoriosa.

Assim, as entrevistas destacaram que a 11ª Conferência Nacional de Saúde, em 2000, aprovou a descriminalização do aborto, e já na 13ª CNS, em 2007, a decisão foi pelo repúdio à legalização do aborto. Esse relato demonstra que as

¹¹⁵ BRASIL. **Lei nº 7.353, de 29 de agosto de 1985**. Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher – CNDM. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/L7353.htm>.

discussões sobre saúde da mulher são um dos que mais mobilizam as Conferências de Saúde, contrapondo feministas e grupos religiosos.

Já identificamos, portanto, a importância das conferências para a saúde da mulher, e no capítulo III descrevemos a 1ª Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, realizada em 1986, e seu papel no alinhamento de opiniões e de ações na Assembleia Nacional Constituinte, propugnando a defesa do SUS e dos direitos das mulheres, e, no quesito de ações para a redução da mortalidade materna, a aprovação da legalização do aborto.

Entre os anos de 2001 a 2005, a proposta de uma 2ª edição da referida conferência foi apresentada diversas vezes. Na 156ª RO, em julho de 2005, a Conselheira Silvia Dantas, representante das mulheres, sugeriu,

a) a realização de um Seminário Nacional sobre Modelo de Assistência, Gênero e Saúde da Mulher até o final de 2005; b) Propor a II Conferência Nacional de Saúde da Mulher para 2007; c) Acompanhar o Pacto de Redução da Mortalidade Materna; e d) Pautar a Política Nacional de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde no CNS. (156ª RO/CNS, alíneas 659 a 672).

Verificamos, assim, os resultados dessa demanda: o seminário proposto aconteceu em 2007 e o acompanhamento do Pacto de Redução de Mortalidade Materna voltou ao Pleno do CNS, algumas vezes, para informes por parte do Ministério da Saúde, e a PNAISM foi apresentada em 2006, embora não tenha sido votada.

Quanto à Conferência, muitos conselheiros e conselheiras, surpreendentemente, posicionaram-se contrários à proposta. Por que a surpresa? Porque os conselheiros, em seu modo de funcionamento, acatam essas propostas para posterior encaminhamento com o aceno de aprovação, mas, neste caso, houve rejeição, sob argumentos frágeis de que havia muitos pedidos de conferências específicas.

A proposta foi remetida para o bloco de avaliação de conferências temáticas, demandadas naquele período.

Assim, de 2005 a 2006, foram realizadas ao menos três conferências temáticas; a 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena; a 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador; e a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. A 2ª Conferência de Saúde da Mulher não aconteceu, nem

encontramos retorno de informações nas atas das reuniões do CNS para essa decisão.

Algumas entrevistadas avaliaram que o impedimento de uma 2ª edição da Conferência da Mulher estava afeto à falta de disponibilidade do governo, mas como vimos, o CNS também não levou a proposta adiante. Outras avaliaram que as Conferências de Políticas para as Mulheres (CNPM), promovidas pela Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), atenderiam a essa demanda de debates sobre a saúde da mulher. Pesquisamos, então, os relatórios das CNPMs, para identificar como a temática de saúde da mulher foi tratada nesse fórum.

Nosso levantamento demonstrou que, na 1ª CNPM, em 2004, o tema tratado sobre saúde foi o recém-lançado PNAISM. Foram discutidas e aprovadas 33 propostas. Na 2ª CNPM, em 2007, a saúde foi discutida sob a chamada de: Saúde da Mulher, Direitos Sexuais e Reprodutivos, Autonomia das Mulheres sobre seu Corpo com Respeito às Diversidades. Reafirmaram as propostas da conferência anterior e construíram prioridades e novas prioridades, consignadas em 34 propostas. Na 3ª CNPM, em 2011, o tema foi Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. A saúde foi tratada em painéis e rodas de conversa (que foram a metodologia dessa conferência), e aprovaram dez resoluções sobre a saúde da mulher.¹¹⁶ Segundo a 7ª entrevistada,

Eu acho que não atende tudo, nem acho que tenha esse objetivo, mas na verdade, como já tem uma conferência das mulheres e que inclui essa coisa da saúde, tem eixos para a saúde, tem para os direitos sexuais reprodutivos, sempre a gente trabalhou em parceria com a Secretaria da Mulher tentando fazer as coisas em conjunto. Então naquele momento ficava meio assim: não é melhor investir, a gente participar da conferência das mulheres como um todo, e não segmentar e investir que a saúde seja um tema importante nas conferências das mulheres. Eu não sei se foi um erro ou não, eu não tenho certeza sobre isso. (7ª entrevistada).

Mas para nossa 8ª entrevistada, há uma acomodação em relação ao processo participativo de antes, vejamos,

¹¹⁶ 1ª CNPM. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/anais.pdf>>. 2ª CNPM. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/publicacoes/anais-da-2a-conferencia>>. 3ª CNPM. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/publicacoes/anais-da-3a-conferencia>>.

Cada dia tem menos canal de participação, nós tivemos aquele momento de grande alargamento da esfera pública, né, que foi no início do Governo Lula, a primeira gestão da Dilma, em que a gente vivia em Brasília, o tempo da gente era construir processos conjuntos, a tal da democracia participativa dá um trabalho [...] hoje esse espaço reduziu, [...] Tá bem mais difícil, então eu acho que a gente vive um novo momento no processo de participação e representação, eu faço muito essa discussão, essa discussão na minha ONG é diária. (8ª entrevistada).

Assim sendo, não aconteceu, ainda, uma 2ª edição da Conferência Nacional de Saúde da Mulher. A partir dos elementos dispostos por Tarrow (2009), identificamos a ausência de uma ação coletiva em favor dessa pauta, um baixo engajamento do movimento feminista e outros movimentos que compõem o CNS para pressão e aprovação da proposta, e, ao mesmo tempo, um campo de restrições políticas pendular de avanços e retrocessos, por parte dos governos, para discussões e encaminhamentos sobre a saúde da mulher com a abordagem de direitos sexuais e reprodutivos.

4.2.3 Ocupação de Espaços na Burocracia

Nossa pesquisa sobre a aprovação da PNAISM indica que a atuação das feministas à frente da ATSM foi um diferencial nos encaminhamentos para a aprovação e implantação da PNAISM. Nessa rotina comum dos repertórios de interação Estado-sociedade, os relatos sobre a atuação do movimento feminista em cargos de comando no Governo Federal remetem aos anos 1980. Nos anos 1990, as feministas disputaram a coordenação da ATSM, no governo de Itamar Franco, segundo a 1ª entrevistada,

Sempre articulamos, desde o Itamar, a gente já queria a Margareth Arilha, quando o Itamar era presidente e que o ministro era Adib Jatene, aí como a Margareth Arilha já era do Conselho Estadual de São Paulo, da Comissão de Cidadania e Reprodução, era feminista histórica superqualificada, mas é psicóloga, não é médica, aí o Adib nomeou o Bussamara Neme, que era um ginecologista de Campinas, mas frente à pressão do movimento que a gente criou caso, encheu o saco à vontade, aí o Adib acabou indicando a Margareth para o Conselho Nacional de Saúde numa das três vagas que o Ministério indicava, que era de sociedade civil e comunidade científica. (1ª entrevistada)

No Governo Lula, houve indicação para a Secretaria de Políticas para as Mulheres. Quando essa Secretaria foi criada, em 2003, segundo entrevistada 1,

isso na primeira eleição do Lula em 2003, indicamos [...], mas foi a Emília Fernandes que assumiu (1ª entrevistada).

No contexto de nossa pesquisa, considerando os relatos das entrevistadas, esta apontou que a trajetória militante e a influência do feminismo foi o fio condutor da ação de Ana Costa, nos anos de 1980, e de Maria José Araujo, nos anos 2000. Depois, que a Rede Feminista não foi decisiva na indicação de nomes para cargos no governo; o número de entrevistadas que disse que não houve indicação foi superior ao número das entrevistadas que disse que houve indicação.

Para Abers, Serafim e Tatagiba (2014, p. 3), “os ativistas que assumiram cargos na burocracia estatal, frequentemente transformaram agências governamentais em espaços de militância nos quais continuaram a defender bandeiras desenvolvidas no âmbito da sociedade civil”.

De acordo com as autoras, pudemos identificar que as iniciativas de participação e democratização do espaço de construção da PNAISM foram compartilhadas com os movimentos que reconhecem esse avanço. Para entrevistada 1,

a área técnica do Saúde da Mulher estava puxando, que era a Mazé que estava à frente disso e aí ela chamou um grupo de feministas *experts* na área de saúde para formular a proposta do PNAISM, eu sei que a Rede discutiu e foi chamada muitas vezes (1ª entrevistada).

Segundo as entrevistadas, as feministas que exerceram cargos de comando na ATSM, e que são oriundas do movimento, tinham larga experiência na área de condução de políticas para a saúde da mulher. Também foram citados os vínculos empregatícios como seara por onde despontam dirigentes com condições de condução dessas políticas e a indicação em função de vínculos partidários. O movimento apoia essas feministas à frente de cargos de comando e elas articulam suas ações em sintonia com o movimento feminista.

4.3 Estratégias de Mobilização

4.3.1 Formação de Identidade Coletiva

De acordo com os conceitos de identidade coletiva e redes, de Diani e Bison (2010), de ação coletiva e recursos internos e externos de sustentação dos movimentos, de Melucci (1989), e de, enquadramentos interpretativos de mídia, de Tarrow (2009), organizamos mais três grupos de estratégias de ação, complementares entre si, para a organização e interpretação das ações mobilizadoras do movimento feminista, quais sejam: a) formação de uma identidade coletiva; b) formas de sustentação política e técnica das representantes da Rede Feminista nos espaços de participação institucionalizada; e c) enquadramentos interpretativos de mídia para difusão da PNAISM.

A capacidade de mobilização de um movimento social é a mola propulsora da qualidade e sucesso de ações organizadas para acumular forças e enfrentar “conflitos políticos e culturais” (DIANI; BISON, 2010, p. 220).

Quando um movimento constrói um reconhecimento de seus pares a uma pauta ou opção de vida identificada por um eixo como o da igualdade de direitos que é o que unifica o movimento feminista, a capacidade de ação e reação é reforçada perante situações de combate à discriminação, à violência, ao assédio sexual e em favor dos direitos sexuais e reprodutivos. A mobilização permanente das feministas propiciou conquistas como a Lei Maria da Penha, a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes de Violências Sexuais contra Mulheres e Adolescentes e a criação de secretarias de políticas para as mulheres na esfera federal e em diversos estados e municípios.

Para confrontar esses desafios, os laços de confiança do movimento feminista permitiram organizar ações coletivas em torno de interesses comuns promovendo engajamento perante oportunidades políticas, como a construção de políticas sociais no Governo Lula, propiciando a organização de ações que geraram conquistas para as mulheres, como a PNAISM (TARROW, 2009).

Analisamos, ainda, a Rede Feminista como uma “rede de redes” (SCHERER-WARREN, 2006),¹¹⁷ pois é composta de um colegiado que atualmente reúne dez

¹¹⁷ O funcionamento da Rede Feminista, está de acordo com a análise de Scherer-Warren (2006, p. 111), para quem “as formas de articulação inter-organizacionais, dentre as quais se destacam os

regionais, sendo, DF, RS, SC, PR, SP, MG, RJ, PA, BA, MT, e cada uma dessas regionais é formada por organizações feministas, que podem ser locais, temáticas, e, ainda, conselhos municipais de direitos das mulheres, que reforçam a pauta do feminismo; o calendário anual de lutas,¹¹⁸ como mais um ponto de unificação das lutas, articulado internacionalmente com datas específicas em que o movimento feminista comemora, celebra, atua, reivindica, e para os quais emite declarações, documentos de posição, manifestos, isoladamente ou em conjunto com outras entidades.¹¹⁹ Uma questão essencial para a formação de uma identidade coletiva é a estruturação dos movimentos, além do contexto de unidade política e autonomia, temos a necessidade de sustentação financeira, e, neste sentido, Melucci (1989) aponta a necessidade de recursos internos e externos a serem mobilizados para a constituição de uma estrutura organizacional. A 8ª entrevistada abordou essa questão de sustentação financeira da Rede Feminista, vejamos,

eu quero focar o movimento feminista, porque os anos 80 e os anos 90 foram os anos de altíssimos investimentos internacionais, em saúde sexual e reprodutiva das mulheres no chamado terceiro mundo, como nós éramos vistos, porque havia toda uma estratégia de redução da natalidade e nós não podemos ser ingênuas nessa perspectiva, o surgimento de uma quantidade enorme de agências de população que falavam na saúde sexual e reprodutiva e que nós interpretávamos, da nossa forma, aproveitando toda essa discussão, para inserir na agenda internacional e nacional o discurso dos direitos sexuais e reprodutivos, isso se revertia em muito recurso para as organizações feministas de todo o mundo, em particular do terceiro mundo, se a gente pegar assim, México, Brasil e mais alguns países, foram extremamente beneficiados pelos recursos da cooperação internacional, que tinha interesse em financiar os movimentos para que pudesse acompanhar a agenda das Nações Unidas, na questão dos direitos humanos. (8ª entrevistada).

fóruns da sociedade civil, as associações nacionais de ONGs e as redes de redes, que buscam se relacionar entre si para o empoderamento da sociedade civil [...] Essas articulações também se tornaram possíveis porque há meios técnicos que as viabilizam: a Internet e os *e-mails* são práticas cotidianas das redes do novo milênio.”

¹¹⁹ Calendário da Rede Feminista: 8 de março – Dia Internacional da Mulher; 28 de maio – Dia de Combate à Mortalidade Materna; Dia 28 de setembro – pela despenalização do aborto; Dia 25 de novembro – Dia de Combate à Violência contra Mulher; e, Dia 10 de dezembro – Dia Internacional dos Direitos Humanos. (Almanaque d’Elas, 2015).

Assim, a capacidade de mobilização das feministas partir dessa identidade coletiva, articulando as pautas de reivindicações e os discursos, foi decisiva para as ações em favor da aprovação da PNAISM.

4.3.2 Formas de Sustentação Política e Técnica das Representantes da Rede Feminista nos Espaços de Participação Institucionalizada

Como asseveramos, as conselheiras que representam o movimento feminista demandam sustentação técnica e política para sua atuação nos espaços de participação institucionalizada.

A Rede Feminista reconhece essa necessidade e promove esse apoio às suas representantes em conselhos, comissões e outros fóruns.

Destacamos duas ações. A primeira é a publicação sobre Posições Políticas 2011-2015,¹²⁰ que é um documento que aponta as opiniões da Rede Feminista sobre diversos temas sobre a saúde da mulher e subsidia suas representantes nos espaços de participação institucionalizada e que justifica e sustenta suas opiniões.

Uma segunda ação é o Programa Trilhas da Saúde das Mulheres, que tem por objetivo a capacitação de mulheres em *advocacy*¹²¹, para participação em

¹²⁰ Ainda, em 2011, a Rede Feminista lança um documento sobre Posições Políticas da Rede, em que faz um balanço das duas décadas da organização. Aponta seu repúdio à Medida Provisória – MP, nº 557, de 26 de dezembro de 2011 que instituiu o Sistema Nacional de Cadastro, Vigilância e Acompanhamento da Gestante e Puérpera para Prevenção da Mortalidade Materna. Para a Rede Feminista essa MP, “apresenta a gestação como “doença de notificação compulsória”, como uma epidemia de doença transmissível a ser controlada e não um evento de saúde reprodutiva para o qual devem ser assegurados os cuidados para que seja vivido de forma segura e prazerosa.” E ainda, falam da “surpresa e desencanto, dessa iniciativa que encobre o retrocesso mediante estranhas denominações e um forte cunho policialesco”. (Posições Políticas da Rede Feminista de Saúde, 2011, p. 9). Neste documento de posições políticas ainda consta um manifesto contra a criminalização das mulheres que praticam o aborto. A divulgação do dia 28 de setembro, como o Dia Internacional pela despenalização do aborto. Carta das Lideranças do Movimento Organizado de Mulheres – Nenhuma mulher deve morrer de câncer sem diagnóstico e tratamento. Documento sobre a Mortalidade Materna: Comove, mas não Mobiliza. Compromisso de Montevideo, que foi a Conferência de População Cairo +20. Também há uma carta a Presidenta Dilma pela sanção do PLC 03/2013, que trata do atendimento as mulheres vitimas de violência. O referido PLC 03/2013 foi aprovado em 04 de julho de 2013 e sancionado pela Presidenta Dilma Rousseff, em 01 de agosto do mesmo ano. Disponível em: <<http://redesaude.org.br/comunica/posicoes-politicas-da-rede>>.

¹²¹ A prática do *advocacy* é uma atividade de extrema importância na busca de uma democracia justa e representativa, que fortalece a participação de diferentes atores sociais nos debates de interesse público. O *advocacy*, sem tradução literal para a língua portuguesa, consiste de um conjunto de ações que visam influenciar a formulação, aprovação e execução de políticas públicas junto ao

espaços públicos, reconhecimento de seus direitos e dos marcos sobre direitos sexuais e reprodutivos no mundo e no Brasil. O programa Trilhas da Saúde é uma estratégia da Rede Feminista para contribuir com sua própria ação no controle social da saúde. Segundo o site da Rede Feminista

o material que aqui se expõe é revelador da trajetória de luta do movimento feminista e de mulheres brasileiro que propôs e continua propondo marcos que assegurem o direito à saúde, ao planejamento familiar, à proteção contra a violência e revisão da legislação punitiva e restritiva ao aborto no Brasil.¹²²

Para a 8ª entrevistada,

as trilhas de saúde das mulheres, nós criamos um site, uma matriz pedagógica, e todos aqueles documentos que a gente elencou, [...] o conceito central era a integralidade, então tanto no monitoramento quanto na produção da comunicação da Rede essa questão de trabalhar a integralidade como um fio condutor da nossa política sempre foi bem forte, eu estava olhando isso aqui, esses materiais que a gente fez: política públicas para a saúde integral das mulheres, 18 anos da Rede, defesa da saúde integral e direitos sexuais reprodutivos. (8ª entrevistada)

Verificamos, conforme Melucci (1989), que esses recursos internos e externos em uma ação coletiva garante as funções das lideranças (MELUCCI, 1989, p. 56). Entretanto, os relatos feitos em entrevistas apontam que ainda é necessário ampliar o apoio político e também o apoio logístico as representantes da Rede Feminista nos espaços públicos ocupados por essa organização, em especial, no Conselho Nacional de Saúde.

4.3.3 Enquadramentos Interpretativos de Mídia para Difusão da PNAISM

Foi sugerido, na banca de qualificação, pesquisar como a mídia reagiu à aprovação da PNAISM. Neste objetivo, pesquisamos a divulgação dessa política na

poderes Legislativo, Executivo e Judiciário e à sociedade, por meio do trabalho em redes e a mobilização da mídia.

Trata-se de tema de interesse para organizações do Terceiro Setor e pesquisadores que objetivam provocar mudanças na sociedade a partir de políticas públicas nas áreas da saúde, meio ambiente, direitos humanos, crianças e adolescentes, educação, direito do consumidor, trabalho, entre outras. Disponível em: <<http://www.dialogosocial.com.br/advocacy-s351-1.html>>.

¹²² Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/trilhas/>>.

mídia, buscando matérias em jornais, rádio e TV, tendo como base o enquadramento interpretativo da mídia posto por Tarrow (2009, p. 151), que “salienta um grande problema para os movimentos sociais: os meios de comunicação estão longe de serem espectadores neutros ao enquadrar fatos do movimento”.

Chegamos à conclusão de que a PNAISM não foi divulgada nos meios de comunicação de massa, no entanto a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes de Violência Sexuais contra Mulheres e Adolescentes, decorrente da PNAISM, que aboliu a exigência de boletim de ocorrência sobre casos de estupros para situações de abortamento legal sofreu forte oposição de diversos setores da sociedade, bem como uma ofensiva dos meios de comunicação. Nossa 7ª entrevistada relembra,

Eles diziam: “ah, mas vocês lançaram a política, e a política contempla, nos direitos sexuais reprodutivos, dar atenção humanizada ao abortamento”. Tinha até uns que diziam que a gente estava pregando o aborto ilegal, não sei o quê. Mas, na verdade, o foco da maioria, foram 220 entrevistas. O Humberto foi para televisão, foi falar com o ministro Jobim que, naquela época, era do Supremo Tribunal de Justiça. Mas você tentava entrar pela política e os caras [...]. Eles queriam só dizer que as mulheres iam mentir, como é que podiam saber se era verdade. Eles enviesavam imediatamente. (7ª entrevistada)

Para Humberto Costa,

Foi uma reação esperada porque, à época, já havia um número expressivo de grupos conservadores organizados e mobilizados para questionar e revogar a legislação que permite a realização do aborto em casos de violência sexual, estupro e risco de vida para a mulher. Certamente, nos dias atuais, essa reação teria sido até bem mais expressiva porque esses grupos são mais numerosos e com forte presença no parlamento.

A norma estabelecia uma interpretação menos restritiva da lei, valorizando-se fundamentalmente a palavra da mulher e se evitando o constrangimento da obrigatoriedade do registro de Boletins de Ocorrência para o direito ao aborto no SUS. A utilização da pílula do dia seguinte também se tornava acessível às mulheres. (Depoimento de Humberto Costa)

Nossa pesquisa indicou que esse enquadramento interpretativo da mídia em relação à saúde da mulher, no Ministério da Saúde, estava afeto apenas à Norma

Técnica, que relatamos no parágrafo anterior, que relacionou as feministas a incentivo ao aborto, e não à atenção integral.

A difusão da PNAISM se deu, sobretudo, pelos instrumentos do próprio movimento feminista, como site, jornais, revistas, livros, folhetos e boletins, com as posições sobre a aprovação e evolução da PNAISM da própria Rede Feminista, bem como nos periódicos científicos, sites de organizações civis, partidos políticos, centrais sindicais e em planos de ação de gestores públicos, além de veículos de comunicação do governo federal, em especial do Ministério da Saúde (MS).

Neste processo de pesquisa sobre a repercussão da PNAISM na mídia, identificamos as entrevistadas que comunicação entrou para o rol de estratégias de mobilização do movimento feminista a partir das mídias sociais. A 4ª entrevistada apresentou duas campanhas importantes para as mulheres no combate ao assédio sexual e na afirmação de direitos, vejamos,

as mulheres, [...] tem ganhado algumas formas de comunicação com o crescimento da internet, então a campanha *Chega de fiu fiu*¹²³ acho que se você for pensar, essa campanha, há dez anos atrás, no Brasil, contra o assédio sexual nas ruas, não teria espaço, mas pela articulação das blogueiras, pelos coletivos feministas que estão nas universidades debatendo o assédio sexual às calouras, como a gente teve casos graves recentemente, por uma jovem bonita que sai à rua, é assediada, é humilhada, é constrangida. (4ª entrevistada).

E ainda,

essas ações vão quebrando tabus, vai se quebrando tabus, e quando a Jout Jout Prazer lança diversos vídeos,¹²⁴ como o “Não tire o batom vermelho”, “chega de relacionamentos abusivos”, e fala em uma linguagem pop, popular, sobre o que é relacionamento abusivo, se você está passando por essa situação, se este seu parceiro quando você assume um cargo de poder, fica triste, te sabotar, diz que agora você não vai ter tempo para ele, isso é um relacionamento abusivo. (4ª entrevistada).

¹²³ Nascida em 24 de julho 2013, *Chega de Fiu Fiu* é uma campanha de combate ao assédio sexual em espaços públicos lançada pelo Think Olga. Inicialmente, foram publicadas ilustrações com mensagens de repúdio a esse tipo de violência. As imagens foram compartilhadas por milhares de pessoas nas redes sociais, gerando uma resposta tão positiva que acabou sendo o início de um grande movimento social contra o assédio em locais públicos. A Secretária de Políticas para as Mulheres aderiu a campanha e disponibilizou sua Central de Atendimento à Mulher, que recebe denúncias de casos de violência. Basta ligar 180. A Secretaria de Políticas para as Mulheres também recebe depoimentos: ouvidoria@spm.gov.br/spmulheres@spmulheres.gov.br. Disponível em: <http://chegadefiufiu.com.br/>.

¹²⁴ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=l-3ocjJTPHg>.

Neste contexto, o funcionamento de uma mídia social que dialoga com as questões femininas se contrapõe à mídia

essas são meninas, assim, que não tiveram a tradicional formação feminista, mais elas indiretamente estão, sim, sendo influenciadas por todo o legado do movimento feminista, uma nova roupagem, uma outra fala, um outro olhar, mas estão defendendo uma igualdade entre mulheres e homens que é o preceito básico do movimento feminista, então essas formas de organização, de pressão, hoje, elas acabam ganhando esse novo contorno, que é o novo contorno que o mundo ganhou, que é a internet, e é a forma como a juventude participa dos espaços, que não é mais para uma plenária, vamos debater o assédio sexual, até pode se chegar na plenária, mas tem muitos atos de repúdio, de articulações, de demonstração de insatisfação como, no caso aqui a gente está falando da questão do assédio, antes de se chegar nisso. (4ª entrevistada).

Outra iniciativa relatada pelas entrevistadas, na área de propaganda, é a recente campanha da ONU, intitulada *He for She*,¹²⁵ ou “Eles por elas”, em que vários publicitários tem se comprometido a desenhar um tratamento adequado às mulheres na propagandas.

Nas entrevistas e na pesquisa documental, no entanto, verificamos que o maior interesse dos meios de comunicação continua sendo a morte materna, aborto e situações de violência.¹²⁶ O que encontramos de notícias sobre saúde da mulher

¹²⁵ “No Brasil e no mundo, diversas personalidades vêm aderindo ao *He for She*. Ema Watson fez um posicionamento na ONU, aquela atriz jovem, lançando a campanha *He for She*, isso melhorou, mas em geral. Agora com essa questão da Astrid do canal GNT, da apresentadora, da Mônica Martelli, da Bárbara Gancia, da Maria Ribeiro serem as madrinhas do *He for She* no Brasil que é uma campanha mundial, que o Obama assinou, já tem mais de 300 mil assinaturas no mundo, o Brasil tem que colher 100 mil, isso vai mobilizando a mídia, porque inclusive você vai ter ícones masculinos, Rodrigo Santoro, Rodrigo Hilbert, Marcelo Tas falando, assinando, divulgando junto com essas mulheres, então isso facilita um pouco mais. *He for She* ele não é limitado ao enfrentamento à violência, o cidadão que adere, ele tem que fazer, o homem, um ato concreto para as mulheres de empoderamento de mulheres, se ele é empresário, ele tem que aderir, mas ele tem que, na empresa dele, não é que ele tem, sugere-se, na empresa então se ele 5% de mulheres em cargo de chefia, passe para 15%, se ele é um gestor público que ele lance um projeto para as mulheres, então é a adesão e um ato concreto, então isso vai chamando atenção da mídia para as demais políticas de ocupação de espaços, de divisão de poder, não só de enfrentamento à violência que é uma pauta quase permanente e demandada por isso” (4ª entrevistada).

¹²⁶ “mas a mídia sempre dirige para esse lado, é o lado que tem mais apelo, em geral, elas querem mostrar a mulher mais vitimizada, a dificuldade que a mulher que passa por uma situação de violência está enfrentando porque é algo que sensibiliza, em geral, as pessoas param para prestar atenção em uma matéria onde tem uma mulher contando um caso de violência. Então muitas vezes se você só mostra casos não exitosos, das dificuldades que a mulher está passando, você não consegue mostrar mais a Lei Maria da Penha trouxe avanços, os casos estão sendo notificados, está tendo mais condenação de agressores, é preciso também uma política preventiva, a mulher tem tais direitos, a mulher está ocupando mais espaços. O que anima inclusive mulheres que estão passando

na mídia, ao pesquisar a PNAISM, foi o caso de Alyne Pimentel,¹²⁷ e denúncias sobre abortamento clandestino, como o que foi publicado no Jornal *O Globo*, em 10 de março de 2015.¹²⁸ Portanto “a mídia tende a focalizar o que é notícia” (TARROW, 2009, p. 151), e, sobre saúde da mulher, as notícias são sempre os casos de violência, e não os de promoção à saúde. E o movimento desenvolve meios de comunicação para seus pares, e não para influenciar os meios de comunicação de massa, e mesmo quando divulgam suas atividades, o resultado é esse do Jornal *O Globo*, a chamada era para a CIPD Cairo +20 e a matéria foi sobre aborto clandestino, mas essa também é uma pauta do movimento, por isso elas falam abertamente sobre esse tema e todos os outros que envolvem os direitos das mulheres.

por situações de violência a denunciar, não a mídia sempre tenta pegar casos que sensibilizam mais, mais midiáticos a população” (4ª entrevistada).

¹²⁷ Alyne da Silva Pimentel, brasileira, afrodescendente, grávida de seis meses, faleceu em 13 de novembro de 2002, vítima de negligência e imperícia médica em virtude da precariedade da assistência médica prestada pelos profissionais de saúde da Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, em Belford Roxo e na Maternidade de Nova Iguaçu no estado do Rio de Janeiro. A família de Alyne ajuizou, em 30/11/2002, ação cível na Justiça Estadual, de número 2003.001.015774-2, com vistas a obter reparação moral e material contra o Estado do Rio de Janeiro. [...]. Não obtendo resposta do Poder Judiciário, o caso foi submetido, à consideração do Comitê para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (CEDAW), em novembro de 2007, pelas Organizações não-Governamentais *Center for Reproductive Rights* e *Advocacia Cidadã* pelos Direitos Humanos (*Advocacy*), em representação à mãe da vítima e sua filha. [...] A sentença final saiu em 26/11/2013, [...] o pedido formulado pela 2ª Autora, Alice da Silva Pimentel Teixeira, para condenar o Município de Nova Iguaçu ao pagamento de indenização por danos morais no valor de R\$ 406.800,00 (quatrocentos e seis mil e oitocentos reais), corrigidos monetariamente a partir da presente data, na forma da Súmula 362/STJ e acrescidos de juros de mora a partir do evento danoso, nos termos da Súmula 54/STJ. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Relatorio2014CasoAlyne22agosto1v.pdf>.

¹²⁸ O abortamento clandestino constitui a quinta causa da morte materna no país, “situação que configura um problema de saúde pública de significativo impacto”, afirma o próprio governo brasileiro no relatório elaborado para o evento “Pequim + 20”, que acontece na 59ª Comissão sobre o Estatuto da Mulher da Organização das Nações Unidas (ONU). “Ainda que a legalização do aborto seja uma reivindicação histórica do movimento feminista, o tema encontra forte oposição do crescente setor conservador e religioso da sociedade, de grande influência no Poder Legislativo”, diz o documento elaborado pela Secretaria de Política para Mulheres (SMP) e obtido com exclusividade pelo *Globo*. Saúde da Mulher é um dos 12 temas da plataforma de Pequim, acordo mundial para trabalhar pela igualdade de gênero e para eliminar a discriminação contra mulheres e meninas em todo o mundo. Segundo pesquisa do ano passado do Ministério da Saúde em parceria com organizações de mulheres, o Brasil registra anualmente um milhão de abortos induzidos e uma em cada cinco mulheres já adotou essa prática. Jornal *O Globo*, 10 mar. 2015.

CONCLUSÃO

Ao concluir este estudo sobre estratégias de mobilização do movimento feminista para a aprovação da PNAISM, no CNS, retomamos a estrutura de projeto proposta por Creswell (2007), ou seja, um estudo de caso considerando uma “alegação de conhecimentos feitas pelo pesquisador” (CRESWELL, 2007, p. 21-23).

Nossa “alegação de conhecimento” partia da informação da aprovação da PNAISM pelo CNS, em 2004, posto na literatura sobre o tema e na nossa observação sobre a rotina de apreciação de políticas de saúde que o CNS fazia na primeira gestão do Governo Lula.

O modo como o CNS analisava propostas de políticas de saúde durante a gestão de Humberto Costa contava com uma apresentação da referida política por representante do MS ao Pleno. Após a apresentação, os conselheiros podiam optar pelo debate e votação subsequente ou envio para parecer de comissão.

No retorno da comissão, o parecer era debatido e o tema podia ser votado. Se fosse votado com indicação de resolução, uma comissão de conselheiros escrevia essa resolução e apresentava para apreciação do Pleno. Depois que a resolução do CNS era aprovada, o ministro homologava as decisões e a resolução era publicada em Diário Oficial. Mas esse processo não foi aplicado à PNAISM.

Assim, nosso marco inicial foi reconfigurado, quando identificamos na pesquisa documental que a PNAISM havia sido lançada em maio de 2004 e só foi apresentada ao CNS em março de 2006. Outra informação surgida da pesquisa documental foi a não edição de uma portaria do MS, sobre a PNAISM, e mais uma, confirmada pelas entrevistas, foi de que a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) também não fez a pactuação da referida política.

A PNAISM, portanto, foi discutida na Cismu e em grupo técnico formado pela ATSM para esse fim. Teve apoio do movimento feminista, foi formalizada num documento de Princípios e Diretrizes, e foi lançada pelo ministro da Saúde em 2004. Desde então, compõe o orçamento anual da saúde e o Plano Plurianual, e é reconhecida como uma política pública legítima.

Assim, nossa hipótese de analisar as estratégias de mobilização para a aprovação da PNAISM, em 2004, passou a considerar ações desenvolvidas no espaço desses dois anos que se passaram entre o lançamento da política e sua apresentação no CNS. Foi um período de atenção do movimento feminista com

estratégias combinadas de acompanhamento da implantação da política, debate sobre essa implantação na Cismu, pressão ao CNS para concluir o ciclo de discussão e votação, divulgação e monitoramento da PNAISM, num esquema complexo, pois, mesmo com a conclusão desse processo no CNS, em março de 2006, permaneceram as lacunas em relação ao Ministério da Saúde.

Após percorrer todo o processo de pesquisa que envolveu o direito à saúde; as ações do movimento feminista pela emancipação social e a saúde da mulher (do PAISM ao PNAISM); e a análise dos dados sobre as estratégias do movimento feminista para a aprovação da PNAISM, podemos apontar quatro observações nesta conclusão.

A primeira observação considera os grupos ou associações engajados em um conflito político ou cultural, como base das redes de movimentos envolvidos em articulações políticas diferenciadas. Conforme Diani e Bison (2010), esse conflito sobre o papel da mulher na sociedade contrapõe as feministas e os grupos religiosos, na disputa entre a concepção de saúde integral *versus* a concepção de saúde materno-infantil.

Portanto, num esquema tático, ainda que não planejado, o movimento feminista dispendeu mais esforços no apoio ao Ministério da Saúde e a ATSM, para a consecução das ações advindas da PNAISM, em 2004 e 2005, do que a apresentação dessa política no CNS.

Vejam: após a PNAISM, foi editada a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes de Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (podemos lembrar que essa norma suspendeu a exigência do boletim de ocorrência sobre estupro em caso de gravidez decorrente dessa violência, e esse procedimento vigora até hoje). Uma de nossas entrevistadas relatou que isso gerou 220 entrevistas do Ministério da Saúde à imprensa, que se posicionou contrariamente à decisão do MS.

Depois tivemos a edição da Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento. E em 2006, a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha, reforçou essas ações no campo da atenção à saúde da mulher em casos de violência.

A segunda observação considera que os desafios contenciosos articulam os membros dos movimentos para fazer pressão ou negociar com autoridades, a partir de um propósito comum que reúna pessoas.

Verificaremos que o movimento feminista reforçou a sua ação para a apresentação da PNAISM, em 2006, porque o ministro Saraiva Felipe estava à frente do Ministério da Saúde, desde julho de 2005, e o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão foi aprovado no CNS em fevereiro de 2006, tendo como prioridades na área de saúde da mulher a redução da mortalidade materna e o combate ao câncer cérvico-uterino e de mama. Portanto, era um recuo em relação à PNAISM, como já descrevemos na análise dos dados.

Interessava saber sobre votação e resolução. Podemos concluir que não houve votação para não reabrir uma possível discussão sobre um plano que já estava em execução, evitando algum retrocesso, no entanto a apresentação nesse momento poderia pressionar por algum avanço do Pacto citado, para ampliar as ações de saúde da mulher, englobando a PNAISM. Também se infere que a apresentação serviu para reforçar o apoio do CNS à coordenação da ATSM e ao PNAISM perante o ministro. Os relatos e os documentos indicam que todos os que se pronunciaram nesse debate falaram em favor da referida política.

A terceira observação, se considerarmos as rotinas comuns, analisadas a partir dos repertórios de interação Estado-sociedade, como as ações diretas, como protestos, marchas, ou passeatas, participação institucionalizada, política de proximidade e ocupação de espaços na burocracia, verificaremos que as estratégias de mobilização às quais o movimento feminista se reporta diretamente são a participação institucionalizada e ocupação de espaços na burocracia (ABERS; SERAFIM; TATAGIBA, 2014).

Nas entrevistas realizadas, a demanda sobre a mobilização da Rede Feminista para a indicação de nomes para cargos de comando no Governo Federal foi refutada pelas entrevistadas.

No entanto, considero que foi essa a estratégia que teve mais êxito em relação à PNAISM, pois com uma feminista na ATSM apoiada pelo ministro e pelo movimento, foi possível dar passos significativos nas ações de atenção integral à saúde da mulher, considerando o conjunto de ações desencadeadas a partir dos Princípios e Diretrizes da PNAISM, de 2004.

E a quarta observação, considerando as dimensões de oportunidade política como dimensões consistentes, que fornecem incentivos para a ação coletiva afetar as expectativas das pessoas quanto ao fracasso ou sucesso (TARROW, 2009),

identificamos o monitoramento que a Rede Feminista faz da PNAISM, a partir de recursos e estruturas organizacionais internacionais, e a capacita.

Com o *status* de relatoria internacional sobre a PNAISM, a Rede Feminista se estabelece como organização destacada para a avaliação da PNAISM. A partir desse locus, pode-se desenvolver e apresentar críticas ou sugestões ao governo brasileiro, sendo que sua atuação pode consistir em “fracasso, ou sucesso”, ou seja, fracassa se seus relatórios forem tratados como peças burocráticas. Obtém sucesso se suas avaliações incidirem no desenvolvimento e ampliação das políticas e diálogo com os movimentos.

Ademais, considerando a rotina de participação institucionalizada, identificamos neste estudo, algumas estratégias de capacitação de mulheres para o controle social. No entanto, os números sobre a participação destas nos conselhos e conferências, conforme apurado, ainda é pequeno. Vimos que no Conselho Nacional de Saúde há 19 conselheiras e 29 conselheiros, do total de 48 membros,¹²⁹ ou seja, 40% de mulheres e 60% de homens. A 14ª CNS, em 2011, contou com 2.211 delegados e 1.001 delegadas, perfazendo total de 3.212 participantes, o que significou 31% de mulheres e 69% de homens.¹³⁰ Algumas entrevistadas disseram que a participação em conselhos municipais e movimentos locais é maior, mas os dados sobre a participação de mulheres nos conselhos municipais não são apurados pelo CNS, e confirmar essa participação local expressiva demandaria uma investigação dirigida.

Ao final desse estudo verifiquei que a mobilização do movimento feminista para a aprovação da PNAISM, foi uma ação permanente, contundente e consistente do movimento feminista.

Permanente, porque podemos verificar um processo histórico do movimento feminista no Brasil e lado ocidental do mundo, desde o século XIX, na luta por direitos civis, políticos, sociais e culturais.

Contundente, porque esse movimento tem uma base de opiniões que faz ser reconhecido pela prática e pelo discurso, sem titubeios, quando se trata da opressão posta ao feminino.

Consistente porque mantém a pauta de defesa das mulheres e da atenção integral a saúde das mulheres, em evidência na sociedade, e, estruturada política e

¹²⁹ Dados fornecidos pela Secretaria Executiva do CNS, em 15 jun. 2015.

¹³⁰ Dados fornecidos pela Secretaria Executiva do CNS, em 15 jun. 2015.

tecnicamente, para sustentação de sua atuação nos fóruns institucionais e nos governos, as estratégias e táticas de mobilização para conquista de seus objetivos, podem seguir um sem número de ações de confronto, de consenso, de protestos, mas não abrem mão de seus propósitos.

Por fim, nenhuma disputa em favor da emancipação social, da emancipação feminina, da atenção integral à saúde das mulheres e da participação institucionalizada arrefeceu, mas as forças progressistas e forças conservadoras fazem disputas cotidianas dos símbolos e significados que circundam cada um desses temas.

Nesse cenário, a construção de estratégias de mobilização do movimento feminista e de todos os movimentos que defendem o SUS e a democracia são desafios cotidianos.

REFERÊNCIAS

ABERS, Rebecca Abers; SERAFIM, Lizandra; TATAGIBA, Luciana. Repertórios de interação estado-sociedade em um estado heterogêneo: a experiência na Era Lula. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0011-5258201411>>.

ABERS, Rebecca Neaera; TATAGIBA, Luciana. Institutional activism: mobilizing for women's health from inside the brazilian bureaucracy. In: ROSSI, Federico M.; VON BÜLOW, Marisa. **Social Movement Dynamics: new perspectives on theory and research from Latin America**. London: Ashgate, 2014. no prelo.

BAUER, Martin W.; GASKELL, George. ALLUM, Nicholas. **Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento**. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

BAZZO, V. L. Os objetivos de uma universidade feminina e a percepção dos professores. **Perspectiva**, Florianópolis, v. 1, n. 5, p. 72-97, jul./dez. 1985.

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo: fatos e mitos**. Tradução Sérgio Milliet. 4. ed. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1970.

BIOGRAFIA de **Fernando Augusto Ribeiro Magalhães**. Disponível em: <<http://www.dec.ufcg.edu.br/biografias/ABLFARMA.html>>.

BISPO JUNIOR, José Patrício. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. **História e Ciências da Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, jul./set. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702009000300005>>.

BLAY, Eva Alterman. 8 de março: conquistas e controvérsias. **Estudos Feministas**, ano 9, p. 601, 2001.

BRASIL. Casa Civil. Subsecretaria de Assuntos Jurídicos. **Lei nº 7.353, de 29 de agosto de 1985**. Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher – CNDM. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/L7353.htm>.

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

_____. **Decreto nº 52.301, de 24 de julho de 1963**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório da 3ª Conferência Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro, 1963. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_3.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2015.

_____. **Decreto nº 99.438, de 1990**. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/index.htm>>.

_____. **Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006.** Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e dá outras providências. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/index.htm>>.

_____. **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. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/index.htm>>.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/index.htm>>.

_____. **Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm>.

_____. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006.** Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Lei Maria da Penha. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Coordenação Geral de Hospitais. Secretaria de Atenção à Saúde. **Total de Santas Casas conveniadas ao SUS.** Maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde **Ata da Primeira Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde** – abril, de 1991. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/atas/1991/Ata01.doc>>.

_____. **Ata da 11ª Reunião Ordinária do CNS,** março de 1992a. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/atas/1992/ata11.doc>>.

_____. **Ata da 19ª Reunião do CNS,** novembro de 1992b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/atas/1992/ata19.doc>>.

_____. **Ata da 21ª Reunião do CNS,** fevereiro de 1993a. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/atas/1993/ata21.doc>>.

_____. **Ata da 22ª Reunião Ordinária do CNS,** março de 1993b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_22.htm>.

_____. **Ata da 23ª Reunião Ordinária do CNS,** em abril de 1993c. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas/ata_23.doc_92.htm>.

_____. **Ata da 28ª Reunião Ordinária do CNS,** setembro de 1993d. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/atas/1992/ata28.doc>>.

_____. **Ata da 95ª Reunião Ordinária do CNS,** março de 2000. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_95.htm>.

_____. **Ata da 120ª Reunião Ordinária,** em junho de 2001. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_02.htm>.

_____. **Ata da 152ª Reunião Ordinária**, em março de 2005. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_05.htm>.

_____. **Ata da 163ª Reunião Ordinária do CNS**, em março de 2006. <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_06.htm>.

_____. **Relatório da 3ª Conferência Nacional de Saúde**. 1963. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_3.pdf>.

_____. **Relatório da 7ª Conferência Nacional de Saúde**. 1980. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_7.pdf>.

_____. **Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>.

_____. **Relatório da 1ª Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher**. 1986. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CNSD_mulher_parte_I.pdf>

_____. **Relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. 2000. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf>.

_____. **Relatório da 13ª Conferência Nacional de Saúde**. 2007. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/13cns_M.pdf>.

_____. **Relatório da 1ª Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_1.pdf>. Acesso em: 30 maio 2015.

_____. **Resolução nº 01, de 27 de abril de 1991a**. Propõe ao Ministro da Saúde a Constituição das Comissões Interinstitucionais do Conselho e que seja apresentada ao plenário a proposta de composição das câmaras técnicas de atuação profissional. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_91.htm>.

_____. **Resolução nº 07, de 24 de julho, de 1991b**. Recomenda ao Ministro da Saúde a instituição das Comissões Intersetoriais de Âmbito Nacional, subordinadas ao Conselho. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_91.htm>.

_____. **Resolução nº 011, de 31 de outubro de 1991c**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1991/Reso011.doc>>.

_____. **Resolução 22, de 5 de fevereiro, de 1992a**. Solicita ao Ministro da Saúde a implementação de ações de planejamento familiar no Programa de Assistência Integral à Mulher (PAISM) e solicita à Coordenação de Saúde Materno Infantil (Corsami/MS), informações sobre planejamento familiar no PAISM.

_____. **Resolução nº 031, de 12 de outubro de 1992b.** Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1992/Reso031.doc>>.

_____. **Resolução nº 39, de 4 de fevereiro, de 1993.** Institui a Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_93.htm>.

_____. **Resolução nº 338/2004.** Política Nacional de Assistência Farmacêutica. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_04.htm>.

_____. **Resolução nº 361, de 2006.** Regimento Eleitoral para o Triênio 2006/2009. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_06.htm>.

_____. **Resolução nº 379 de 14 de junho de 2007.** Reestruturação da Comissão de Orçamento e Financiamento. Cofin pela <http://conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/cofim/index.html>.

_____. **Resolução nº 383, de 14 de junho de 2007.** Reestrutura a composição da Cismu. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_07.htm>.

_____. **Resolução nº 407, de setembro de 2008.** Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/regimento_alterado_14042011.pdf>

_____. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.** Comissão de Ética em Pesquisa. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z.** Garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília, 2011. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Controle de Serviços e Sistemas/Departamento de Regulação, Controle e Avaliação de Sistemas/Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, **Custeio de atendimentos ambulatoriais, média e alta complexidade realizados pelas santas casas.** 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 5, de 19 de junho de 2013.** <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/res0005_19_06_2013.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher:** bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação do MS, 1985. (Série B: Textos Básicos de Saúde).

_____. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.: il. – (C. Projetos, Programas e Relatórios) Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>

_____. **Pacto de redução de Mortalidade Materna e Neonatal.** (Versão aprovada na reunião da Comissão Intergestores Tripartite, realizada em 18/03/04). Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/dab/Pacto_Aprovado_na_tripartite.pdf>.

_____. **Portaria nº 386, de 6 de julho de 2005.** Regimento Interno da Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2005/prt0386_06_07_2005.html>.

_____. **Ações Programáticas Estratégicas. Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual:** matriz pedagógica para formação de redes. Brasília, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. **Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual:** perguntas e respostas para profissionais de saúde. 2. ed. Brasília, 2011a. 48 p. (Série F. Comunicação e Educação) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno n. 7).

_____. **Anticoncepção de emergência:** perguntas e respostas para profissionais de saúde. 2. ed. Brasília 2011b. 44 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – caderno 3).

_____. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica.** 2. ed. Brasília, 2011c. 60 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno nº 4).

_____. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes:** norma técnica. 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. – Brasília, 2012a. 124 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno n. 6).

_____. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes.** 3. ed. atualizada e ampliada. 1. reimp. Brasília, 2012b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno n. 6).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Brasília, 2006. 76 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Planejamento e Investimentos.** Plano Plurianual. <<http://antigo.planejamento.gov.br/ministerio.asp?index=10&ler=s1086>>.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2000.** Características gerais da população. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/populacao/censo2000_populacao.pdf>.

_____. **Projeção da população do Brasil**. 2004. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/30082004projecaopopulacao.shtml>>.

_____. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009. (Estudos e Pesquisas: informações sociodemográficas, n. 25). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indic_sau_de.pdf>.

_____. **Taxa média geométrica de crescimento anual da população**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtml>>.

_____. **Estudo sobre a dinâmica da mortalidade infantil no Brasil**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/evolucao_perspectivas_mortalidade/evolucao_mortalidade.pdf>.

_____. **Brasil em síntese**. Taxa de mortalidade infantil no Brasil. Disponível em: <<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil>>.

_____. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050 – revisão 2004**. Metodologia e resultados estimativas anuais e mensais da população do Brasil e das Unidades da Federação: 1980-2020 metodologia estimativas das populações municipais. Out. 2004. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2004/metodologia.pdf>>

BRASIL. Secretária de Políticas para as Mulheres. **Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003**. Cria a Secretaria de Políticas para as mulheres. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/sobre/a-secretaria>>.

_____. **1ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres**. 2004. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/anais.pdf>>.

_____. **2ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres**. 2007. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/publicacoes/anais-da-2a-conferencia>>.

_____. **3ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres**. 2011. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/publicacoes/anais-da-3a-conferencia>>.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. A reforma gerencial do estado de 1995. **Revista de Administração Pública**, FGV, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, jul. 2000.

BRITTO, M. A. F. **A influência de movimentos de mulheres nas políticas públicas para a saúde da mulher no Brasil – 1984**. 2014. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional) – Centro Avançado de Estudos Multidisciplinares, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

CABRAL, D. Físico-Mor/Fiscatura-Mor do Reino, Estado e Domínios Ultramarinos. **Dicionário da Administração Colonial**. Memória da Administração Pública Brasileira, 2011. Coordenação-Geral de Gestão de Documentos COGED. Disponível em: <<http://linux.an.gov.br/mapa/?p=2662>>. Acesso em: 30 maio 2015.

CARVALHO, M. C. A. A. **Participação social no Brasil hoje**. São Paulo: Pólis, 1998.

CECILIO, L. C. O. Mudar modelos de gestão para mudar o hospital. Cadeia de apostas e engenharia de consensos. **Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva**, 2000. Disponível em: <<http://www.uel.br/ccs/espacoparasaude/v1n2/doc/artigos2/pensandonovosmodelos.htm>>.

CENTRO FEMINISTA DE ESTUDOS E ASSESSORIA – CFEMEA. **Briefing da OIT sobre situação da mulher no mercado de trabalho 8 de Março – Dia Internacional da Mulher**. 2005. Disponível em: <http://www.cfemea.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1662:briefing-da-oit-sobre-situacao-da-mulher-no-mercado-de-trabalho-8-de-marco-dia-internacional-da-mulher&catid=223:dados-estatisticos&Itemid=156>.

CHEGA DE FIU FIU. Disponível em: <<http://chegadefiuuiu.com.br/>>.

COELHO, C. C. Saúde da Mulher e o Controle Social em tempos de Neoliberalismo. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 1, n. 1, jan./jun. 2008.

COELHO, M. R. S. **Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

COMPARATO, F. K. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

CONFEDERAÇÃO DOS TRABALHADORES NA AGRICULTURA – CONTAG. Pauta da 5ª. **Marcha das Margaridas que acontecerá em agosto de 2015**. Disponível em: <http://www.contag.org.br/index.php?modulo=portal&acao=interna&codpag=256&nw=1>>.

CORREIO BRAZILIENSE. **Mulher posta foto na rede e sofre enxurrada de ataques racistas**. Disponível em: <http://www.correio braziliense.com.br/app/noticia/cidades/2015/05/04/interna_cidadesdf,481895/mulher-posta-foto-nas-redes-e-sofre-enxurrada-de-ataques-racistas.shtml>.

CRESWELL, John. Uma estrutura para projeto. In: _____. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Bookman, 2007.

_____. Perguntas de pesquisa e hipóteses. In: _____. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Bookman, 2007.

DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 1, fev. 1988. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v22n1/08.pdf>>.

DELGADO, L. A. N. A Campanha das Diretas Já: narrativas e memórias. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 24., 2007, São Leopoldo. **Anais...** São Leopoldo: Unisinos, 2007.

DIANNI, Mario; BISON, Ivano. Organizações, coalizões e movimentos. **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, n. 3., p. 219-250, jan.-jul. 2010.

DIRETÓRIO de artigos gratuitos. Disponível em: <<http://elmaxilab.com/definicao-abc/letra-f/fernando-magalhaes.php>>.

DOWBOR, Monika. **A arte da institucionalização: estratégias de mobilização dos sanitaristas (1974-2006)**. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras. Departamento de Ciência Política, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

DUARTE, A. R. F. I. Betty Friedman: morre a feminista que estremeceu a América. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 14, n. 1, jan./abr. 2006.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – FEBRASGO. **Definição de Nascido a bom termo**. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br/site/?p=7703>>.

FEDERAÇÃO DOS TRABALHADORES DE AGRICULTURA DO ESTADO DO SERGIPE. **História da Marcha das Margaridas**. Disponível em: <<http://fetase.org.br/mobilizacoes/marcha-das-margaridas/>>.

FERREIRA, D. A. O Humos como resistência ao controle social autoritário no Brasil Pós-1964: reflexões sobre a imprensa alternativa. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL PROCESSO CIVILIZADOR – CIVILIZAÇÃO E CONTEMPORANEIDADE, 12., 2009, Recife. **Anais...** Recife: UFPE, 10 a 13 nov. 2009.

FERREIRA, M. M. As reformas de base. In: _____. **A trajetória política de João Goulart**, 2004. Disponível em: <http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/Jango/artigos/NaPresidenciaRepublica/As_reformas_de_base>. Acesso em: 21 jun. 2015.

FRIEDAN, B. **A mística feminina**. Tradução de Áurea B. Weissenberg. Rio de Janeiro: Editora Vozes Limitada, 1971.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>.

_____. **Reforma sanitária**. Disponível em: <<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. 2011.

FUNDO BRASIL DE DIREITOS HUMANOS. **Relatoria Nacional de Direitos Humanos**. Disponível em: <<http://www.usp.br/imprensa/wp-content/uploads/5%C2%BA-Relat%C3%B3rio-Nacional-sobre-os-Direitos-Humanos-no-Brasil-2001-2010.pdf>>.

GASPARETTO JÚNIOR, A. **Segunda onda feminista**. Disponível em: <<http://www.infoescola.com/historia/segunda-onda-feminista/>>.

GIOVANELLA, Ligia et al. (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. COSTA, Ana Maria. **Políticas de Saúde Integral da Mulher e Direitos Sexuais e Reprodutivos**. 2. ed./ver. e amp. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2012.

GUIMARÃES, P. (Org.). Rede Feminista de Saúde: 24 anos em prol dos direitos das mulheres. **Posições Políticas, Gestão 2011-2015**, Florianópolis, p. 4, 2011.

HAHNER, J. E. **A mulher brasileira e suas lutas sociais e políticas: 1850-1937**. São Paulo, Brasiliense, 1981.

HELLER, B. H. **Em busca de novos papéis: imagens da mulher leitora no Brasil (1890 – 1920)**. Tese (Doutorado em Teoria Literária) – Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1997.

HOTCOURSES BRASIL. **Colégio Oberlin**. Disponível em: <<http://www.hotcourses.com.br/study/us-usa/school-college-university/oberlin-college/115359/international.html>>.

HOUAISS, A. **Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

JOUT JOUT PRAZER. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=l-3ocjJTPHg>>.

JORNAL O ESTADO DE SÃO PAULO. **Brasil tem menos mulheres no Legislativo que Oriente Médio**. Cf. CHADE, Jamil. 6 mar. 2015. Disponível em: <<http://politica.estadao.com.br/noticias/geral,brasil-tem-menos-mulheres-no-legislativo-que-oriente-medio,1645699>>.

JORNAL O GLOBO, **Governo afirma à ONU que aborto clandestino no país é problema de saúde pública**. 10 mar. 2015. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/sociedade/governo-afirma-onu-que-aborto-clandestino-no-pais-problema-de-saude-publica-15550664>

LAPENDA, M. R. B. A dissolução da sociedade conjugal pelo erro essencial sobre a pessoa. Aspectos médico-legais e penais do art. 219, III, do Código Civil (1916). **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XVI, n. 112, maio 2013. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13275>.

MACHADO, L. Z. Sexualidade, direitos humanos e enfrentamento da violência contra a Mulher. In: FUNDAÇÃO ALEXANDRE DE GUSMÃO. **Autonomia econômica e empoderamento da mulher: textos acadêmicos**. Brasília, 2011.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira et al. Atenção integral à saúde feminina: significados e implicações. **Rev. Esc. Enf .USP**, v. 33, n. 1, p. 31-8, mar. 1999.

MARCHESOTTI, A. P. A. Santa Casa de Misericórdia: história e desafios. **Revista de Bem com a Vida**, n. 38, p. 10, 2013.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **A Medicina da Mulher: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia e da ginecologia no século XIX**. Tese (Doutorado em História) – Departamento de História, Instituto de Filosofia e Ciência Humanas, Universidade de Campinas, 2000.

MATTA, G. C. MOROSINI, M. V. G. Atenção primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G.C.; CORBO, A. D. (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

McADAM, D.; TARROW, S. Movimentos sociais e eleições: por uma compreensão mais ampla do contexto político da contestação. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 13, n. 28, p. 18-51, set./dez. 2011.

MEDICINANET. **POSTINOR**. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/bula/4183/postinor_uno.htm>.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. Direitos Sexuais e Reprodutivos. **Conheça a Rede**. Disponível em: <<http://redesaude.org.br/comunica/>>.

MELO, H. P.; SCHUMA, S. Feminismo pós-1975. A segunda onda feminista no Brasil. In: SCHUMA, S. **Dicionário Mulheres do Brasil**. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

MELUCCI, Aberto. Um objetivo para os movimentos sociais? Tradução Suely Bastos. **Lua Nova**, n. 17, p. 49-66, 1989.

MENDES, S. R. (Org.). **Da Carta das Mulheres aos dias atuais: 25 de anos de luta pela garantia dos direitos fundamentais das mulheres**. Brasília: IDP, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Sousa (Org.). **Pesquisa Social: teoria e método**. 29. ed. Petrópolis/RJ: Editora Vozes, 2001.

MINAYO, Maria, Celicia de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos fidedignidade. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a07>>.

MIRANDA, M. B. Rainhas, sutiãs queimados e bruxas contemporâneas – reflexões a partir da montagem de Vinegar. **Urdimento - Revista de Estudos em Artes Cênicas**, Florianópolis, v. 1, n. 11, dez. 2008.

MSD ONLINE. **Direito de escolha: conheça a contracepção – tabelinha**. Disponível em: <<http://www.direitodeescolha.com.br/metodos-contraceptivos/tabelinha>>.

NASCIMENTO, M. M. Controle de natalidade como violador da dignidade humana. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XV, n. 107, dez 2012. Disponível em: <http://ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=12598&revista_caderno=6>.

OLIVEIRA, L. H.; MATTOS, R. A.; SOUZA, A. I. S. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 14, n. 5, nov./dez. 2009.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas, 1948.** Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/deconu/textos/integra.htm>>.

_____. **Declaração do Milênio. Cimeira do Milênio** Nova Iorque, 6-8 set. 2000. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/Docs/declaracao_do_milenio.pdf>.

_____. **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** Disponível em: <http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_exibe1.asp?cod_noticia=191>.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DOS TRABALHOS. **Evolução do Trabalho Decente entre a população ocupada na atividade saúde pública (Brasil 2004-2013)** – Escritório da OIT Brasil – PNAD 2004-2013.

PANORAMA HOSPITALAR. **As Santas Casas nasceram junto com o Brasil.** 1999. Disponível em: <<http://www.cmb.org.br/index.php/component/content/article/25-institucional/historia/179-as-santas-casas-nasceram-junto-com-o-brasil>>.

PIERRE, L. A. S. P. CLÁPIS, M. J. Planejamento familiar em unidade de saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 6, nov./dez, 2010.

PINHO, V. Promoção da Saúde e Participação Social. In: SEMINÁRIO SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 2006, Brasília. **Anais...** Brasília: MS, 4 a 6 dez. 2006.

PINTO, C. R. J. **Uma história do feminismo no Brasil.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003. 119 p. (Coleção História do Povo Brasileiro).

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão.** Minas Gerais, [S.d]. Disponível em: <www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo-23p.pdf> Acesso em: 30 maio 2015.

PORTAL AQUI&ALI. **Câmara dos Deputados Federais não aprova cotas para mulheres nos poderes legislativos federais, estaduais e municipais.** Disponível em: <<http://www.aquieali.com.br/camara-rejeita-a-criacao-de-cotas-para-mulheres/>>.

PORTAL DIREITO DE ESCOLHA. **Sobre método billing e tabelinha (contraceptivos comportamentais).** Disponível em: <<http://www.direitodeescolha.com.br/metodos-contraceptivos/tabelinha>>.

_____. **Hotsite 20 anos.** Linha do Tempo. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/hotsite/>>.

_____. **Posições políticas da rede** 2011-2015. Disponível em: <<http://redesaude.org.br/comunica/posicoes-politicas-da-rede>>.

_____. **Triha da saúde das mulheres.** Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/trilhas/>>; <<http://www.dialogosocial.com.br/advocacy-s351-1.html>>.

_____. **A presença da mulher no controle social das políticas públicas.** In: OLIVEIRA, Eleonora Menecucci. Plataforma de Direito Humanos, Econômicos e Sociais. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2003.

_____. **Almanaque d'Elas.** Calendário da rede Feminista. Disponível em: <<http://www.revistaforum.com.br/blog/2015/04/almanaque-feminista-gratuito-lancado-online/>>.

_____. **A presença da mulher no controle social das políticas públicas.** In: OLIVEIRA, Eleonora Menecucci. Plataforma de Direito Humanos, Econômicos e Sociais. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2003.

REIS, J. R. F. O coração do Brasil bate nas ruas: a luta pela redemocratização do país. In: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (Org.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história.** Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.

REVISTA CORPO A CORPO. **11 fatos femininos que marcaram a história.** Disponível em: <<http://corpoacorpo.uol.com.br/blogs/mulher-de-corpo/11-fatos-femininos-que-marcaram-a-historia/2017#>>.

RIDENTI, M. As oposições à ditadura: resistência e integração In: MOTTA, R. P. S.; REIS, D. A.; RIDENTI, M. (Org.). **A ditadura que mudou o Brasil: 50 anos do golpe de 1964.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2014. [no prelo].

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, nov./dez. 2004.

SCHERER-WARREN, Ilse. Das mobilizações às redes de movimentos sociais. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 21, n.1, p. 109-130, jan./abr. 2006.

SOARES, V. Movimento feminista: paradigmas e desafios. **Estudos Feministas**, ano 2, n. 94, p. 11-24, 1994.

STEIN, R. H. A descentralização político-administrativa na Assistência Social. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano XX, n. 59, mar. 1999.

TARROW, S. **O poder em movimento: movimentos sociais e confronto político.** Tradução de Ana Maria Sallum. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

TATAGIBA, Luciana. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, Evelina (Org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil.** São Paulo: Paz e Terra, 2002.

TEIXEIRA, M. F. PATRÍCIO, R. Gomes. O fenômeno da “fila dupla” ou “segunda porta” no Sistema Único de Saúde e a inobservância ao princípio da impessoalidade: um exercício de aproximação de conceitos. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 50-62, nov. 2010/fev. 2011.

TELES, M. A. A. **Breve história do feminismo no Brasil.** São Paulo: Editora Brasiliense, 1993.

TEMPESTA, João Orani. **Reflexões sobre a ideologia de gêneros.** Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:MuhXVDIMSP0J:www.cn>>

bb.org.br/outros/dom-orani-joao-tempesta/13907-reflexoes-sobre-a-ideologia-de-genero+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE. **Elizabeth Blacwell**: biografia. Disponível em: <<http://www.dec.ufcg.edu.br/biografias/ElizBlac.htm>>.

_____. **Martin Afonso de Sousa**: biografia. Disponível em: <<http://www.dec.ufcg.edu.br/biografias/MartAfSo.html>>.

USHIMURA, N. S. et al. Conhecimento, aceitabilidade e uso do método Billings de planejamento familiar natural. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 516-523, set. 2011.

ANEXOS

ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER:
BASES DE AÇÃO PROGRAMÁTICA



TEXTOS BÁSICOS DE SAÚDE
TEXTOS BÁSICOS DE SAÚDE
TEXTOS BÁSICOS DE SAÚDE
TEXTOS BÁSICOS DE SAÚDE
TEXTOS BÁSICOS DE SAÚDE

MINISTÉRIO DA SAÚDE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

WA 309
ASS
1985
Ex. 2

Ministério da Saúde

BIBLIOTECA
TIPO: 711
DATA: 17/04/90
CD 53 MS ex 1

Assistência integral à saúde da mulher :
bases de ação programática

Ministro da Saúde
Carlos Corrêa de Menezes Sant'Anna

Secretário-Geral
Eleutério Rodriguez Neto

Secretária Nacional de Programas Especiais de Saúde
Fabiola de Aguiar Nunes

Diretora da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil
Zuleica Portela Albuquerque

N/A
R.00
11

BIBLIOTECA	
MINISTÉRIO DA SAÚDE	
REGISTRO	DATA
F057	04/04/90
PREÇO	D ex. 1

Brasília
Centro de Documentação do Ministério da Saúde 11032
1985

© 1984. Ministério da Saúde

Série B: Textos Básicos de Saúde, 6

Centro de Documentação do Ministério da Saúde
Esplanada dos Ministérios – Bloco G – Térreo
70058 Brasília, DF
Telefone: (061) 226-8286 e 226-8275
Telex: (061) 1752 e (061) 1251

Impresso no Brasil / Printed in Brazil
Primeira Reimpressão – 1985

Ministério da Saúde.

Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática / Ministério da Saúde. – Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

27 p. (Série B: Textos Básicos de Saúde, 6)

SUMÁRIO

1 – Introdução	5
2 – Sumário Diagnóstico	7
3 – Bases Doutrinárias, Diretrizes e Objetivos Programáticos ..	14
3.1 – Diretrizes Gerais	
3.2 – Objetivos Programáticos	
4 – Conteúdos Programáticos	18
4.1 – Assistência Clínico-Ginecológica	
4.2 – Assistência Pré-Natal	
4.3 – Assistência ao Parto e ao Puerpério Imediato	
5 – Estratégias de Implantação	23
6 – Referências	26

1. Introdução

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

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.

Na política de ação adotada pelo setor saúde, no atual governo, tem-se buscado a geração de métodos e processos de trabalho mais criativos e realistas, contemplando uma melhor utilização dos recursos disponíveis para o atendimento das necessidades mais essenciais.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde, interagindo com todas as instituições públicas do setor, atua em dois planos articulados: 1) expansão e consolidação da rede de serviços básicos de prestação de ações integradas de saúde; 2) ênfase em atividades-chave, identificadas, mediante critérios epidemiológicos, pelo seu impacto e transcendência.

Nessa perspectiva, propõe-se realizar novos investimentos, destinados a dotar de capacidade resolutive a rede básica de serviços de saúde (ainda uma presença simbólica em inúmeros municípios brasileiros), concentrando esforços nos problemas de maior significação sócio-sanitária e que incidem, principalmente, sobre o grupo materno-infantil.

Em relação à atenção à mulher — objeto primordial desta proposta — os serviços de saúde devem ser dotados de meios adequados, articulando-se os esforços do governo federal, dos estados e municípios, com o objetivo de oferecer atividades de assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; o controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário, e a assistência para concepção e contracepção.

As proposições contidas neste documento, sem qualquer veleidade de serem inovadoras, devem refletir o conceito de assistência integral à saúde da mulher, preconizado pelo Ministério da Saúde: **ações de saúde dirigidas para o atendimento global das necessidades prioritárias desse grupo populacional e de aplicação ampla no sistema básico de assistência à saúde.**

2. Sumário Diagnóstico

Segundo o Censo Demográfico de 1980, a população total do país era, então, de 119 070 865 habitantes, dos quais 31,86 % correspondiam à população feminina acima de 15 anos. Este grupo representava 63,3 % do total de mulheres no país, em 1980 (1). A rigor, essa seria a parcela da população a ser abrangida pelas ações de saúde aqui propostas. Entretanto, deve-se acrescentar a esse contingente o grupo de mulheres entre 10 e 14 anos, que mostra uma dualidade de problemas de saúde: ao mesmo tempo em que apresenta doenças características da infância, manifesta, também, problemas de saúde típicos da idade adulta. Em 1980, esse grupo correspondia a 11,3 % do total da população feminina no país.

Ao grupo de mulheres de 15 a 49 anos correspondem, aproximadamente, 7 % do total de óbitos gerais. De cada 16 óbitos, um corresponde ao de uma mulher nessa faixa etária. Ainda neste grupo, as sete primeiras causas de óbitos são, em ordem de frequência, as seguintes: doenças do aparelho circulatório, 28,8 % ; causas externas (acidentes e violências), 16,7 % ; neoplasmas, 15,7 % ; doenças infecciosas e parasitárias, 8,4 % ; doenças do aparelho respiratório, 6,7 % ; doenças do aparelho digestivo, 6,3 % , e complicações da gravidez, do parto e do puerpério, 5,9% (2).

Considerando-se as causas diretamente relacionadas com a função reprodutiva (CID, lista B, 38-40), observa-se que óbitos por hipertensão na gravidez, complicações do trabalho de parto, infecção puerperal, hemorragias obstétricas e aborto são os mais frequentes (3), apesar de serem facilmente evitáveis através de adequada assistência pré-concepcional, pré-natal, durante o parto, o puerpério e entre as gestações. O mesmo se pode dizer a respeito dos óbitos por neoplasias malignas, que seriam, em grande parte, evitáveis mediante exame preventivo sistemático das mamas e do colo uterino.

As causas de morbidade apresentam, em geral, a mesma estrutura, ocorrendo, com níveis crescentes, as cardiopatias, a hipertensão arterial e os acidentes e doenças relacionados com atividades profissionais. Quanto às patologias que interferem no desem-

penho obstétrico, destacam-se a desnutrição, as doenças sexualmente transmitidas, a presença de morbidade clínica, como hipertensão arterial, cardiopatias, infecções do trato urinário, e alguns hábitos, como o tabagismo (4).

No sentido de complementar os quadros de mortalidade e morbidade apresentados, deve-se ressaltar algumas questões relativas ao comportamento reprodutivo da população feminina na década 1960-1970. Estudos recentes sobre a dinâmica populacional do país (5) revelam que houve uma queda da taxa de fecundidade total (número médio de filhos tidos por mulher entre 15 a 49 anos) de 6,2, em 1960, para 5,65, em 1970, e 4,5, em 1977. Ao mesmo tempo, outros autores mostram que os fatores diretos (idade média ao casar, índice de celibato, padrão de amamentação e índice de abstinência sexual pós-parto), que influem, isoladamente ou combinados, nesta taxa, não foram alterados, e o possível aumento na incidência do aborto não chega a justificar essa queda na fecundidade. Assim, pressupõe-se que, nesse período, tenha havido uma intensificação no emprego de métodos anticoncepcionais pela população feminina em idade reprodutiva (6). Esta hipótese foi comprovada por pesquisas realizadas em diversos estados (7).

Diante dessas conclusões, duas grandes indagações passam a orientar a análise do problema.

A primeira refere-se à forma como a população vem utilizando esses métodos contraceptivos, ou seja, se isso é decorrência de uma livre escolha individual ou do casal; se o emprego dos métodos é correto; se todas as alternativas e efeitos colaterais são conhecidos e se essas pessoas são acompanhadas pelos serviços de saúde.

A segunda hipótese diz respeito às razões que têm levado a população a fazer uso desses métodos e, conseqüentemente, a limitar a prole. A resposta a essa questão transcende o âmbito do setor saúde, embora lhe seja subjacente. Entre essas razões destacam-se o papel cada vez mais importante da mulher, tanto na força de trabalho como no núcleo familiar, e o crescente aumento da percentagem de população migrante nos centros urbanos, sem que tenha havido um correspondente aumento dos bens e serviços de infra-estrutura social capazes de atender a esse contingente populacional.

Os motivos que têm levado à diminuição do tamanho da prole em áreas urbanas merecem, contudo, reflexão mais aprofundada. Aparentemente, essa mudança de comportamento está relacionada às dificuldades materiais enfrentadas pela maior parte da população. Entretanto, a não modificação das condições de vida dessas pessoas, apesar da diminuição do número de filhos, indica que outros fatores interferem nessa situação. O acesso extremamente desigual da população aos bens e serviços disponíveis e à estrutura de emprego existente é, na verdade, o que determina as precárias condições em que vive a maioria dos indivíduos. Enfim, o que se pretende enfatizar é que a presente proposta não visa à correção dessas distorções, mas à promoção da saúde do indivíduo e ao reconhecimento do direito de toda a população ter acesso aos serviços de saúde.

Em relação às questões da política de saúde no Brasil, pode-se dizer, sumariamente, que o setor saúde está constituído por dois grandes subsetores com objetivos bastante distintos. O subsetor público, que registra uma história de grandes problemas administrativos e gerenciais, concentra o atendimento dos problemas de saúde pública e da clientela mais carente, enfrentando questões como a baixa resolutividade dos serviços e a dificuldade de acesso da clientela a níveis mais complexos de assistência. Este subsetor está formado por um conjunto de instituições cujos objetivos são frequentemente concorrentes, dando margem a distorções amplamente constatadas, tais como: paralelismo de ações, superposição de clientela, pouca racionalidade na alocação de recursos, distribuição inadequada dos serviços de maior complexidade, etc. O subsetor privado, empresarialmente organizado, desenvolve os serviços de nível secundário e terciário, na sua maior parte, por credenciamento governamental. Estas características da prestação de assistência à saúde originam distorções graves, tendo em vista que regras de mercado, inaplicáveis em setores sociais, definem a oferta e o consumo de procedimentos muitas vezes desnecessários e inadequados ao indivíduo e à comunidade.

Nesse contexto, qualquer proposta de ampliação da cobertura de serviços básicos de saúde, mesmo com a melhoria da capacidade resolutiva desses serviços, apresenta dificuldades de implementação, considerados os problemas de utilização adequada da referência e contra-referência entre os serviços de maior e menor complexidade.

As condições de assistência e a própria organização de serviços são também fatores determinantes das condições de saúde da

população e transparecem quando os principais problemas de saúde da mulher são analisados.

Entre os principais problemas de saúde identificados na população feminina encontram-se os seguintes:

- O acompanhamento pré-natal, de conhecido efeito positivo sobre a mulher e o conceito, tem, na sua baixa cobertura, frequentemente associada a baixa qualidade de atendimento, um grave problema. Nas unidades da Federação onde a infra-estrutura de serviços de saúde é considerada de melhor nível, como Rio de Janeiro, São Paulo, Distrito Federal e Rio Grande do Sul, estudos sobre os percentuais de cobertura pré-natal, segundo nível de renda, em uma população de 1 779 762 gestantes, mostraram, entre as mulheres de nível socioeconômico baixo, uma percentagem sem acompanhamento pré-natal 3,5 a 8,5 vezes maior do que a verificada na população de faixa de renda superior a dez salários mínimos (8). Nessas unidades, o percentual médio de cobertura entre as mulheres de menor renda situa-se em torno de 70% , enquanto nos estratos de maior renda ascende a 94% .

- A questão da assistência ao parto constitui um ponto crítico da saúde da mulher. É fato corriqueiro em nossas cidades a perambulação das parturientes por diversas maternidades em busca de atendimento para seu parto. Por outro lado, a precária qualidade de assistência, os excessos da medicalização no parto e a crescente elevação das taxas de cesarianas refletem a inadequação da assistência prestada. Dados de 1980 mostram que as taxas de cesarianas foram de 29,2% para o Rio de Janeiro, de 43,7% para São Paulo, de 24,7% para o Rio Grande do Sul, e de 32,6% para o Distrito Federal (9), quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda como padrão aceitável a incidência de 10 a 15% de cesarianas, considerados os riscos inerentes à intervenção cirúrgica. Esta situação resulta em conseqüências negativas para a saúde da mulher no puerpério, para as possibilidades de sucesso do aleitamento materno e o futuro obstétrico da mãe.

A redução progressiva do aleitamento materno, o qual é, reconhecidamente, um fator fundamental para nutrição e proteção da saúde física e psicológica do lactente, é também um problema de graves proporções, já não apenas limitado às populações urbanas, mas, também, atingindo as áreas rurais onde as pessoas dispõem de menores recursos para substituir o leite materno. Tal situação, decorrente da mudança de valores na sociedade que se

industrializa, é induzida por múltiplos fatores inerentes a este processo, que se refletem na atuação dos profissionais de saúde e na própria organização dos serviços.

As práticas obstétricas inadequadas ao atendimento ao parto, a falta de alojamento conjunto nas maternidades, a sobrecarga de trabalho e o insuficiente preparo do pessoal de saúde no que concerne à sua contribuição na solução de pequenos problemas, reais ou imaginários, da mãe que amamenta, a desinformação da população a respeito dos benefícios do leite materno e dos perigos da mamadeira e a falta de creches encontram-se entre os fatores que precisam ser corrigidos para recuperar o aleitamento materno como prática fundamental para a redução da morbimortalidade infantil.

- O câncer do colo uterino e da mama tem apresentado altas taxas de morbimortalidade, devido às baixas coberturas dos serviços, em termos de identificação precoce da patologia, e das dificuldades de acesso aos serviços de maior complexidade por parte das pessoas com diagnóstico positivo. No caso do câncer do colo uterino, existe uma tecnologia simples e de baixo custo para o diagnóstico de estágios pré-cancerosos, comprovadamente eficiente e de menor custo que o tratamento de casos avançados. No entanto, menos de 2% da população feminina são atendidos nessa necessidade (10). No caso do câncer de mama, a técnica de diagnóstico é ainda mais simples, pois se resume na palpação sistemática das mamas e no ensino de técnicas de auto-exame.

- Outro problema, que surge com freqüência cada vez maior, está relacionado às doenças sexualmente transmitidas. A experiência clínica em diversas regiões do Brasil revela um aumento progressivo de infecções gonocócicas e da sífilis. Com freqüência semelhante, aparecem também a condilomatose e a tricomoníase. Esta última, embora menos grave, afeta em torno de 10% das mulheres sexualmente ativas (11).

- O aborto, outro grande problema, é pouco estudado e as informações existentes são escassas e fragmentadas. Entre as fontes de dados mais sérias e que permitem avaliar a evolução do problema encontra-se a Pesquisa Nacional de Reprodução Humana, realizada pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), em nove áreas do país. Em todas elas observaram-se aumentos do número médio de abortos por 100 mulheres, no período de 1960 - 1965, com uma variação de 34 a 150% de incremento (12).

● As doenças sistêmicas na população feminina expressam-se nos indicadores de mortalidade apresentados anteriormente, correspondendo às seis primeiras causas de óbito. Aqui, poucas são as possibilidades de encontrar nos serviços de saúde a assistência oportuna e adequada. Nos casos de patologia sistêmica crônica, que aumenta o risco para a reprodução, os serviços não oferecem às mulheres informações sobre os métodos e meios para regulação da fertilidade, que lhes permitiriam espaçar as gestações ou evitá-las nos casos indicados.

● Entendendo a regulação da fertilidade como um direito fundamental da pessoa, constitui grave problema a falta de acesso às informações e meios necessários para tal fim, assim como a falta de assistência de saúde às usuárias de técnicas e métodos contraceptivos. O problema tornou-se mais grave porque a ausência de uma atitude oficial fez com que as mulheres procurassem canais alternativos de orientação, pouco confiáveis em termos de promoção da sua saúde, ou de qualidade duvidosa. Assim, num levantamento que abarcou 2 789 mulheres de 15 a 49 anos, constatou-se que 62% das mulheres casadas estavam usando anticoncepcionais, em 1978 (13). Os dados desse inquérito e de outros similares realizados em diversos estados demonstram que não existe uma orientação adequada e criteriosa da população atendida. Suscitam, ao mesmo tempo, dúvidas sobre a real liberdade de escolha que possam ter tido as entrevistadas, em relação ao método utilizado. No estado de São Paulo, por exemplo, o levantamento mostrou que continuavam usando pílulas anticoncepcionais 20,2% das mulheres casadas entre 35 e 39 anos de idade, 11,4% das mulheres de 40 a 44 anos, e 7% das mulheres de 45 a 49 anos. A importância desses dados reside, principalmente, no fato de revelarem que a utilização de anticoncepcionais orais está sendo feita por mulheres que, pela sua idade, têm na pílula o mais perigoso dos anticoncepcionais disponíveis, aquele que mais danos causa à saúde da mulher. O mesmo inquérito apontou que 2,7% das mulheres de 20 a 24 anos já estavam esterilizadas, o que, evidentemente, não é a melhor alternativa para grupos nessa faixa de idade, em virtude do caráter irreversível desse método.

● No grupo de mulheres adolescentes, fatores como a alta incidência de doenças sexualmente transmitidas, a gravidez antes dos 15 anos de idade e a ocorrência de óbitos por causas obstétricas diretas indicam a necessidade de ações de saúde mais abrangentes, capazes de acompanhar as mudanças de comportamento ocorridas na sociedade brasileira nos últimos anos.

● 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 conseqüente queda de produção estrogênica. Esta situação, por si só, indica a necessidade de ações oportunas a serem realizadas nos serviços de saúde. A fase de transição para a menopausa caracteriza-se por grandes mudanças físicas e emocionais na mulher, só comparáveis às ocorridas na puberdade. É necessário que o grupo que se encontra nessa fase receba a mesma assistência destinada aos demais.

● Finalmente, sabe-se que só uma pequena parcela da população tem acesso a serviços de pesquisa e tratamento da esterilidade conjugal. Ainda que não seja um problema fundamental de saúde pública, assume dimensões graves no âmbito familiar, cultural e social, precisando, portanto, da atenção dos serviços de saúde.

3. Bases Doutrinárias, Diretrizes e Objetivos Programáticos

As proposições básicas de ação formuladas pelo Ministério da Saúde para assistência integral à saúde da mulher devem ser situadas no contexto da política de expansão e consolidação dos serviços básicos de saúde, propugnada em conjunto com o Ministério da Previdência e Assistência Social e as secretarias estaduais de saúde, com vistas à adequação da oferta de serviços, de modo que se concentrem recursos, corretamente dimensionados, para a solução dos problemas mais prementes e de maior prevalência. Apesar da denominação freqüente de Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, a compreensão maior da proposta é a de que as ações previstas fazem parte de um programa global de assistência primária à saúde da população. Particularizar a atenção à saúde da mulher significa apenas um passo no sentido de aumentar a capacidade resolutiva da rede básica de serviços, trabalhando dentro de uma nova óptica — a da assistência integral — de modo a contribuir para o desenvolvimento institucional do setor e para a reordenação do sistema de prestação de serviços de saúde como um todo.

Submetida a expansão considerável, nos últimos anos, alcançando praticamente todos os municípios brasileiros, a rede de serviços básicos enfrenta, atualmente, como desafio principal, a exigência de dar uma resposta efetiva aos problemas de saúde mais freqüentes, tal qual previsto no modelo de atenção primária que a inspirou.

Faz-se necessário desenvolver e difundir procedimentos e rotinas que dêem conta dos problemas de maior impacto epidemiológico, em que se destacam as doenças transmissíveis, assim como os de clientela ampla — e risco considerável — onde se inclui a população materno-infantil.

Todas as ações destinadas a prevenir as doenças ou promover e recuperar a saúde da mulher e da criança deverão nortear-se pelo princípio da integralidade da assistência. Este, longe de constituir-se, simplesmente, em forma de atividades isoladas, deve traduzir, na prática, uma abordagem integral do indivíduo e de grupos sobre

os quais se atua, procurando efeitos em âmbito coletivo e de proteção duradoura.

O fato de se estabelecer um programa específico dirigido à mulher e de se enfatizar certas atividades prioritárias não deve ser interpretado como uma subestimação dos demais serviços que cabe à rede básica executar, mas, sim, como estratégia de destinação seletiva de recursos que permitam a operacionalização de conteúdos de grande prioridade, vinculados à população feminina, em todas as fases de sua vida, e que vinham sendo negligenciados.

O conceito de assistência integral, aqui preconizado, envolve a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde do grupo em questão, onde todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação de sua saúde.

A estratégia de assistência integral à saúde da mulher constitui importante instrumento do anseio comum das correntes envolvidas no debate do controvertido tema do planejamento familiar — o direito de todos os segmentos da sociedade à livre escolha dos padrões de reprodução que lhes convenham como indivíduos ou como casais. Para que esse direito possa ser efetivamente exercido, é necessário que os indivíduos tenham conhecimento das possibilidades de influir no ritmo da procriação e tenham acesso às informações e aos meios para que possam intervir, se assim o desejarem, para separar o exercício da sexualidade da função reprodutiva e, em consequência, exercer na plenitude o planejamento de sua prole, objetivo complexo, porém, de alcance possível com a implantação e firme execução da proposta de assistência integral à saúde da mulher e o apoio desejado de todos os segmentos da sociedade.

Ao planejamento familiar deve ser atribuído, portanto, o lugar adequado no contexto das ações de saúde, não devendo ser encarado como solução dos problemas sociais e econômicos e nem ter ignorada a sua inegável interface com o setor saúde.

Essa postura está em consonância com a posição brasileira no Congresso Mundial de População, realizado em 1974, em Bucareste, que atribui ao Estado a responsabilidade de: "proporcio-

nar informação e meios para que todos possam planejar suas famílias; oferecer serviços adequados e adotar medidas necessárias para a redução da mortalidade geral, especialmente a infantil”.

3.1 DIRETRIZES GERAIS

Pautadas nos princípios acima mencionados, as seguintes diretrizes gerais norteiam as proposições básicas de ação para a assistência integral à saúde da mulher:

- O sistema de saúde deve estar orientado e capacitado para o atendimento das necessidades de saúde da população feminina, dando ênfase às ações dirigidas ao controle das patologias mais prevalentes nesse grupo.

- O conceito de integralidade da assistência estará contido em todas as ações desenvolvidas no âmbito da atenção clínica e ginecológica. Para tanto, exige-se uma nova postura de trabalho da equipe de saúde e, conseqüentemente, uma nova abordagem dos conteúdos de programas de capacitação de recursos humanos.

- O conceito de integralidade da assistência pressupõe uma prática educativa que permeie todas as ações desenvolvidas, assegurando a apropriação pela clientela dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre sua saúde.

- O planejamento familiar é atividade complementar no elenco de ações de saúde materno-infantil. As motivações que levam o Ministério da Saúde a propor uma ação efetiva nesta área são baseadas nos princípios de equidade — oportunidade de acesso às informações e aos meios para a regulação da fertilidade por parte da população —, e de ordem médica, traduzido no risco gravídico.

- Todas as atividades atinentes à questão do planejamento familiar devem ser desenvolvidas através de serviços de assistência materno-infantil, complementando outras ações que estes proporcionam, desvinculando-se de qualquer caráter coercitivo para as famílias que venham a utilizá-los.

3.2 OBJETIVOS PROGRAMÁTICOS

- Aumentar a cobertura e concentração do atendimento pré-natal, proporcionando iguais oportunidades de utilização desses serviços a toda a população.

- Melhorar a qualidade da assistência ao parto, ampliando a cobertura do atendimento prestado por pessoal treinado tanto no sistema formal como no informal (parteiras tradicionais), e diminuindo os índices de cesáreas desnecessárias.

- Aumentar os índices de aleitamento materno, fornecendo as condições para implantação do alojamento conjunto.

- Implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle do câncer cérvico-uterino e de mama.

- Implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle das doenças sexualmente transmitidas.

- Implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle de outras patologias de maior prevalência no grupo.

- Desenvolver atividades de regulação da fertilidade humana, implementando métodos e técnicas de planejamento familiar, diagnosticando e corrigindo estados de infertilidade.

- Evitar o aborto provocado, mediante a prevenção da gravidez indesejada.

4. Conteúdos Programáticos

As atividades básicas de assistência integral à saúde da mulher constituem um conjunto de ações, educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento ou recuperação, aplicadas permanentemente e de maneira não repetitiva, tendo como objetivo final a melhoria dos níveis de saúde da população feminina.

Estas atividades, conquanto destinadas a uma clientela nitidamente numerosa, deverão ser simples em sua essência, simplificadas na exata dimensão das necessidades de saúde da população, e em consonância com a capacidade operativa da rede dos serviços básicos de saúde.

Propõe-se, aqui, um conjunto de procedimentos, aplicáveis indistintamente a todos os elementos do grupo feminino, independentemente do exercício da atividade sexual, prévia ou atual, e da fase da vida reprodutiva em que se encontre.

Em todos os contatos da mulher com os serviços de saúde, serão dadas informações sobre o exercício da sexualidade; a fisiologia da reprodução; a regulação da fertilidade e os riscos do aborto provocado; prevenção de doenças sexualmente transmitidas, do câncer cérvico-uterino e de mama, bem como a melhoria dos hábitos higiênicos e dietéticos. Para execução dessa atividade informativa, os serviços podem optar por discussões individuais, em grupo, ou outras formas mais compatíveis com sua estrutura organizacional.

Os conteúdos da assistência integral à saúde da mulher serão desenvolvidos através de atividade de assistência clínico-ginecológica, assistência pré-natal e assistência ao parto e ao puerpério imediato.

4.1 ASSISTÊNCIA CLÍNICO-GINECOLÓGICA

Por assistência clínico-ginecológica compreende-se o conjunto de ações e procedimentos voltados para a identificação, diagnóstico e tratamento das patologias sistêmicas, das patologias

do aparelho reprodutivo, inclusive a prevenção do câncer de colo uterino e de mama, e orientação sobre planejamento familiar. Inclui-se nesta modalidade assistencial o atendimento ao puerpério tardio.

Em linhas gerais, os seguintes procedimentos compõem a assistência clínico-ginecológica:

- Avaliação do estado nutricional. Identificação de estados mórbidos através da anamnese e exame clínico, dirigida, inclusive, para a descoberta de sinais e sintomas de doenças sexualmente transmitidas, atuais ou pregressas. Verificação dos níveis da pressão arterial.
- Diagnóstico de doença do aparelho genital e das mamas, mediante exame ginecológico simplificado, e coleta de material para exame colpocitológico. Solicitação de teste sorológico para sífilis, em caso de suspeita clínica. Solicitação de outros exames em caso de necessidades.
- Terapêutica inicial dos quadros de morbidade clínica ou ginecológica. Referência dos casos de maior gravidade e agendamento para seguimento da doença diagnosticada ou para outras necessidades de atendimento.
- Orientação, nos casos indicados, sobre o uso de métodos naturais e artificiais de regulação da fertilidade. Implementação de técnicas de menor complexidade, ou referência para outro nível de assistência, nos casos de indicação de técnicas de mais difícil execução. Seguimento periódico da mulher a intervalos variáveis, de acordo com a técnica ou métodos utilizados. Esclarecimento, orientação e implementação de métodos que possam ser utilizados pelo parceiro para evitar a concepção, inclusive a referência a nível superior para a implementação de técnicas de maior complexidade. Os métodos de regulação da fertilidade de maior efetividade podem ter efeitos altamente negativos sobre a saúde dos indivíduos que os usem, requerendo, portanto, orientação e regulamentação normativa precisa. Identificação, mediante anamnese, e referência a nível de complexidade superior dos casos de infertilidade conjugal, para diagnóstico e terapêutica.

4.2 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Constitui um conjunto de procedimentos clínicos e educati-

vos com o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente os problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e do concepto. Apresenta os seguintes componentes:

- Anamnese e exame clínico-obstétrico inicial, buscando identificar e controlar os fatores de risco indicadores da probabilidade de má evolução da gestação ou da obtenção de resultados perinatais desfavoráveis.

- Acompanhamento clínico-obstétrico do período pré-natal, de maneira periódica e sistemática, hierarquizando esta atenção segundo níveis de risco. Deve-se valorizar nesta etapa a identificação e prevenção de problemas que possam dificultar a amamentação.

- Educação pré-natal quanto ao processo de lactação, importância e técnicas de aleitamento. Transmissão de informações e orientação sobre as alternativas futuras de contracepção.

4.3 ASSISTÊNCIA AO PARTO E AO PUERPÉRIO IMEDIATO

Compreende um conjunto de ações harmônicas integradas que visam a proporcionar assistência ao trabalho de parto, puerpério imediato e assistência neonatal, inclusive o manejo adequado das condições que possam acarretar danos à mãe ou ao concepto. Apresenta os seguintes componentes:

- Anamnese e exame clínico-obstétrico cuidadoso, buscando obter informações específicas sobre fatores que podem determinar complicações no trabalho de parto ou puerpério.

- Acompanhamento sistemático dos períodos de dilatação, expulsão e dequitação, de modo a garantir que esses processos ocorram, sempre que possível, de forma natural e com a participação ativa da parturiente.

- Assistência ao recém-nascido, objetivando auxiliá-lo em sua adaptação. Detecção de doenças para posterior tratamento.

- Estímulo ao aleitamento materno, promovendo a lactação, sempre que possível, ainda na sala de parto.

- Assistência ao puerpério imediato, com supervisão continuada da equipe de saúde, no ambiente do alojamento conjunto.

- Ações educativas relacionadas ao aleitamento materno. Oportunidade de retorno aos serviços de saúde para controle do puerpério imediato e tardio.

- Transmissão de informações e orientação sobre as alternativas futuras de contracepção.

Em relação aos aspectos específicos das egressas do parto e puerpério imediato, os seguintes procedimentos deverão ser observados:

- Atendimento periódico e sistemático nos primeiros cinco meses de pós-parto, visando a corrigir estados mórbidos associados ou não ao ciclo gravídico-puerperal.

- Estímulo à manutenção da lactação.

- Orientações específicas em casos de problemas de amamentação.

- Tratamento adequado das doenças mamárias detectadas no período.

- Implementação de técnicas simples de relactação nos casos de suspensão do aleitamento.

- Avaliação nutricional e suplementação nutricional ou alimentar quando necessária.

- Oferecimento de alternativas de regulação da fertilidade nos casos indicados, mediante orientação sobre o uso de métodos, implementação das técnicas mais simples e referência dos casos que exijam maior complexidade na sua execução.

As ações aqui preconizadas exigem, necessariamente, a adoção de estratégias que assegurem o aumento da cobertura e a melhoria da qualidade de assistência, como, por exemplo:

- Criação de mecanismos de articulação interinstitucional que assegurem o aumento de cobertura e a qualidade de atendimento ao parto, nos casos que tenham sido ou não encaminhados pelos serviços de assistência pré-natal. Toda parturiente deverá ser submetida à avaliação criteriosa do seu risco e contemplada com o atendimento apropriado a cada caso.

- Implementação do alojamento conjunto nas maternidades do setor público ou que mantenham convênio com a previdência social.

- Melhoria da qualidade da assistência ao parto hospitalar, através da capacitação da equipe de saúde para o atendimento ao parto normal.

- Adoção de medidas visando à melhoria da qualidade do parto domiciliar realizado pelas parteiras tradicionais, através do treinamento, supervisão, fornecimento de material de parto e estabelecimento de mecanismos de referência.

5. Estratégias de Implantação

Os entraves que obstaculizam a operação da rede de serviços básicos — onde pode ser solucionada a grande maioria dos problemas de saúde — impõem um trabalho contínuo em atividades estratégicas que assegurem a implantação progressiva do programa. Em outras palavras, cumpre conferir capacidade resolutive à rede básica, favorecer o desenvolvimento institucional das secretarias de saúde das unidades federadas, adequar a rede de unidades de saúde ordenadas em um sistema integrado, e reforçar a capacitação de pessoal e toda a política de desenvolvimento de recursos humanos.

Pela sua importância, um sistema integrado de assistência deve dar prioridade ao estabelecimento de medidas gerais e específicas para a concretização da sistemática de referência e contra-referência entre os serviços de diferentes complexidades. Assim, o setor saúde, através de suas instituições, deverá concentrar esforços nas propostas de integração, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde.

A progressão com que as atividades propostas serão incorporadas à rede de serviços estará basicamente determinada pela delimitação de prioridades e pelas condições da estrutura operativa das instituições envolvidas.

No que diz respeito à relação entre a eleição de prioridades para a implantação e a perspectiva da assistência integral, defende-se que nenhuma das áreas de atuação ou grupos de atividades propostas deva ser implantada isoladamente. No entanto, considerando que, algumas dessas ações, em especial a assistência pré-natal, ao parto e ao puerpério, já fazem parte do repertório da rede de serviços públicos, com maior ou menor grau de distorção, investir na adoção de medidas que venham a resultar na melhoria da qualidade dessas ações pode ser visto como o início da implementação gradativa de uma assistência integral. Ao mesmo tempo reafirma-se que nunca a organização das atividades referentes à concepção e contracepção poderá ser encarada de forma isolada, nem aceita num serviço que não responde às necessidades de saúde em seus

outros aspectos.

A operacionalização da rede de serviços, com um grau de resolutividade satisfatório, depende do preparo técnico tanto do pessoal envolvido diretamente na prestação de serviços quanto do pessoal encarregado das funções de supervisão e de coordenação programática.

Conquanto tal operacionalização postule, igualmente, medidas de mais amplo alcance, nas órbitas política e administrativa, a capacitação de recursos humanos, entendida como esforço de adequação contínua do processo de trabalho às necessidades básicas de saúde, tem um relevante papel a desempenhar na elevação da capacidade resolutiva. E isso, especialmente, no que se refere ao pessoal de nível superior, cuja maioria engajou-se nos serviços sem estar preparada para a organização e manejo das tecnologias próprias a uma rede hierarquizada e que deve canalizar recursos através de ações prioritárias.

Essas observações, válidas, sobretudo, para as categorias profissionais que trabalham na linha de assistência, aplicam-se também aos supervisores regionais que, no momento atual, tendem a se dedicar apenas à resolução de problemas administrativos, não estando preparados, na maioria das vezes, para apoiar tecnicamente as atividades de prestação de serviços propriamente ditas.

O enfrentamento de tal situação requer uma estratégia que contemple, de um lado, as distintas realidades regionais e, de outro, a concentração em áreas assistenciais prioritárias. Daí a proposição do Ministério da Saúde de criar centros de referência regionais para a educação continuada de pessoal da rede básica nas atividades de atenção à mulher e à criança.

Cabe ao Ministério da Saúde, apoiado na CIPLAN, instrumento de planejamento da ação comum entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social, com a participação do Ministério da Educação e Cultura, nos assuntos relativos à formação de recursos humanos, a promoção das ações de assistência integral à saúde da mulher tanto no nível dos órgãos federais como junto às secretarias estaduais de saúde, dando especial ênfase às medidas de integração entre instituições prestadoras de serviços. O apoio sistemático de toda a estrutura federal do setor saúde e de órgãos atuantes no campo do desenvolvimento de comunidades é de fundamental importância para o desempe-

nho do programa, especialmente no que se refere ao Ministério da Previdência e Assistência Social, através da Central de Medicamentos, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social e da Legião Brasileira de Assistência.

O Ministério da Saúde disporá de uma equipe central, apoiada tecnicamente por um grupo consultivo nacional, composto por representantes das instituições federais e órgãos de representação de especialidades médicas, responsável pela programação, supervisão, controle e avaliação do programa e pela assessoria permanente aos estados na implantação das ações e treinamento das equipes de saúde.

Cabe também ao Ministério da Saúde identificar e apoiar os centros que desenvolvam pesquisas operacionais e estudos epidemiológicos atinentes à saúde da mulher e que possam oferecer subsídios técnico-científicos para a implementação do programa.

No nível das unidades federadas, as secretarias estaduais de saúde coordenarão, apoiadas nas comissões interinstitucionais de saúde, a implementação das atividades de assistência integral à saúde da mulher a serem executadas pelos serviços das redes federal, estadual e municipal, através de planos ajustados às suas prioridades e possibilidades, promovendo, em especial, a articulação interinstitucional.

A gerência do programa no nível das secretarias de saúde far-se-á através da respectiva equipe materno-infantil, devidamente reestruturada e capacitada para o treinamento e supervisão dos recursos humanos do nível local, a adequação e implantação das normas técnicas e do material instrucional remetidos pelo nível central e o acompanhamento, controle e avaliação do desempenho do programa.

O mencionado elenco de estratégias representa a intenção de preservar a integralidade da doutrina e a aderência às ações propostas, devendo os momentos subsequentes de implantação efetiva das atividades adequá-lo permanentemente, com vistas a um processo de execução eficaz e de resultado proveitoso para as comunidades servidas.

Referências

1. IBGE. **Tabulações avançadas do censo demográfico: resultados preliminares**. Rio de Janeiro, 1982. 160 p. (Recenseamento geral do Brasil 1980, 9, v. 1, t. 2, n. 2)
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia. **Estatísticas de mortalidade: Brasil 1980**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1983. 354 p. (Série G: Estatística e informação em saúde, 3)
3. REZENDE, J. **Obstetrícia**. 5. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1975.
4. SOUZA, Amaury de. **A questão do planejamento familiar no Brasil**. Documento de avaliação apresentado à Fundação Emílio Odebrecht em 1982. 51 p.
5. MARTINE, George & CAMARGO, Líscio. **Crescimento e distribuição da população brasileira: tendências recentes**. Brasília, IPEA/IPLAN, 1983. 49 p. (CNRH Texto para discussão, 5/82).
6. RODRIGUES, Walter. **Pesquisa sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar Rio Grande do Norte 1980**. Rio de Janeiro, BEMFAM, 1980. 101 p.

RODRIGUES, Walter. **Pesquisa sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar: Piauí — 1979**. Rio de Janeiro, BEMFAM, 1979. 98 p.

RODRIGUES, Walter, ed. **Pesquisa sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar: Paraíba 1980**. Rio de Janeiro, BEMFAM, 1980. 115 p.

RODRIGUES, Walter. **Pesquisa sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar: Bahia 1980**. Rio de Janeiro, BEMFAM, 1980. 104 p.
7. IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios — 1981**. Rio de Janeiro, 1983.
8. PINOTTI, J.A. & FAÜNDES, A. Cuidado obstétrico e ginecológico às mulheres do Terceiro Mundo. *A Saúde no Brasil* 1 (2) : 89–95, abr./jun. 1983.
9. FUNDAÇÃO CARLOS CHAGAS. **Relatório sobre as condições da mulher brasileira**. Brasília, UNICEF, 1981.
10. NAKAMURA, Milton S., MORRIS, Leo, JANOWITZ, Barbara, ANDERSON, John E. & FONSECA, Joaquim Barreto. Contraceptive use and fertility levels in São Paulo State, Brazil. *Studies in Family Planning* 11 (7/8): 236–246, July/Aug. 1980.



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Princípios e Diretrizes

Série C. Projetos, Programas e Relatórios



Brasília – DF
2004

© 2004 Ministério da Saúde
É permitida a reprodução parcial ou total
desta obra, desde que citada a fonte.

Série C. Projetos, Programas e Relatórios
Tiragem: 1.ª edição – 2004 – 5.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas
Estratégicas
Área Técnica de Saúde da Mulher
Esplanada dos Ministérios, Bloco G,
6.º andar, sala 629
CEP: 70058-900, Brasília – DF
Tels.: (61) 315 2933 / 223 5591
Fax: (61) 322 3912
E-mail: saude.mulher@saude.gov.br
Disque Saúde Mulher: 0800 644 0803

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Coordenadora:
Maria José de Oliveira Araújo

Equipe técnica:
Alice Gonçalves Mendes Ribeiro
Iolanda Vaz Guimarães
Isa Paula Hamouche Abreu
Ivone Peixoto
Janine Schirmer
Juliana Monti Maifrino
Márcia Cavalcante Vinhas Lucas
Maria Auxiliadora da Silva Benevides
Marta Roberta Santana Coelho
Regina Coeli Viola
Verônica Batista Gonçalves dos Reis

Equipe de apoio:
Ana Margareth Gomes Leite
Anna Christina Carvalho Lima
Magda Andrade de Oliveira
Valéria César Leite

Colaboração:
Adson França
Elcylene Leocádio

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

82 p.: il. – (C. Projetos, Programas e Relatórios)

ISBN 85-334-0781-5

1. Saúde da mulher. 2. Serviços de saúde para mulheres. 3. Política de Saúde. I. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. II. Título. III. Série.

NLM WA 309

Catálogo na fonte – Editora MS

EDITORA MS
Documentação e Informação
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610
CEP: 71200-040, Brasília – DF
Tels.: (61) 233 1774 / 233 2020 Fax: (61) 233 9558
Home page: www.saude.gov.br/editora
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:
Normalização: Leninha Silvério
Revisão: Andréa Torricelli, Denise Carnib
Fotos da capa: João Brasil e arquivo
Capa, projeto gráfico e diagramação: Fabiano Bastos

Sumário

Apresentação	5
Abreviaturas	7
Introdução	9
Saúde da Mulher e o Enfoque de Gênero	11
Evolução das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher	15
Situação Sociodemográfica	21
Breve Diagnóstico da Situação da Saúde da Mulher no Brasil	25
Humanização e Qualidade: Princípios para uma Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher	59
Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	63
Objetivos Gerais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	67
Objetivos Específicos e Estratégias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	69
Referências Bibliográficas	73
Parcerias	79

Apresentação

O Ministério da Saúde, considerando que a saúde da mulher é uma prioridade deste governo, elaborou o documento “*Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes*”, em parceria com diversos setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não-governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional. Nesse sentido, reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis.

Este documento incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades.

A Política Nacional proposta considera a diversidade dos 5.561 municípios, dos 26 estados e do Distrito Federal, que apresentam diferentes níveis de desenvolvimento e de organização dos seus sistemas locais de saúde e tipos de gestão. É, acima de tudo, uma proposta de construção conjunta e de respeito à autonomia dos diversos parceiros – entes fundamentais para a concretização das políticas – enfatizando a importância do empoderamento das usuárias do SUS e sua participação nas instâncias de controle social.

Cumprindo seu papel de gestor federal – ao formular a política que deve nortear as ações de atenção à saúde da mulher para o período 2004-2007 – o Ministério da saúde espera estar contribuindo para que as mulheres brasileiras avancem nas suas conquistas, na perspectiva da saúde como direito de cidadania.

Humberto Costa
Ministro de Estado da Saúde

Abreviaturas

CIPD – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

CNPD – Comissão Nacional de População e Desenvolvimento

DO – Declaração de Óbito

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPS – Organização Pan-Americana da Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

SIM – Sistema de Informação em Mortalidade/MS

SINASC – Sistema de Informação em Nascidos Vivos/MS

SISPRENATAL – Sistema de Informação em Pré-Natal/MS

SUS – Sistema Único de Saúde

PHPN – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

DIU – Dispositivo Intra-Uterino

Introdução

As mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento mas, sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos. São também cuidadoras, não só das crianças ou outros membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da comunidade.

A situação de saúde envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico. Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos.

Os indicadores epidemiológicos do Brasil mostram uma realidade na qual convivem doenças dos países desenvolvidos (cardiovasculares e crônico-degenerativas) com aquelas típicas do mundo subdesenvolvido (mortalidade materna e desnutrição). Os padrões de morbimortalidade encontrados nas mulheres revelam também essa mistura de doenças, que seguem as diferenças de desenvolvimento regional e de classe social.

Dentro da perspectiva de buscar compreender essa imbricação de fatores que condicionam o padrão de saúde da mulher, este documento analisa, sob o enfoque de gênero, os dados epidemiológicos extraídos dos sistemas de informação do Ministério da Saúde e de documentos elaborados por instituições e pessoas que trabalham com esse tema.

Propõe diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento, questões ainda pendentes na atenção à saúde das mulheres. Toma como base os dados epidemiológicos e as reivindicações de diversos segmentos sociais para apresentar os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher para o período de 2004 a 2007.

Saúde da Mulher e o Enfoque de Gênero

Encontram-se na literatura vários conceitos sobre saúde da mulher. Há concepções mais restritas que abordam apenas aspectos da biologia e anatomia do corpo feminino e outras mais amplas que interagem com dimensões dos direitos humanos e questões relacionadas à cidadania. Nas concepções mais restritas, o corpo da mulher é visto apenas na sua função reprodutiva e a maternidade torna-se seu principal atributo. A saúde da mulher limita-se à saúde materna ou à ausência de enfermidade associada ao processo de reprodução biológica. Nesse caso estão excluídos os direitos sexuais e as questões de gênero (COE-LHO, 2003).

Em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, a saúde reprodutiva foi definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não apenas mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo” (CIPD, 1994).

Nessa definição, toma-se como referência o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), e são incorporadas dimensões da sexualidade e da reprodução humana numa perspectiva de direitos. No entanto, apesar do avanço em relação a outras definições, o conceito da CIPD fica restrito à saúde reprodutiva e não trata a saúde-doença como processo na perspectiva da epidemiologia social, o que vem sendo bastante discutido desde o final dos anos 60.

A saúde e a doença estão intimamente relacionadas e constituem um processo cuja resultante está determinada pela atuação de fatores

sociais, econômicos, culturais e históricos. Isso implica em afirmar que o perfil de saúde e doença varia no tempo e no espaço, de acordo com o grau de desenvolvimento econômico, social e humano de cada região (LAURELL, 1982).

As desigualdades sociais, econômicas e culturais se revelam no processo de adoecer e morrer das populações e de cada pessoa em particular, de maneira diferenciada. De acordo com os indicadores de saúde, as populações expostas a precárias condições de vida estão mais vulneráveis e vivem menos. O relatório sobre a situação da População Mundial (2002) demonstra que o número de mulheres que vivem em situação de pobreza é superior ao de homens, que as mulheres trabalham durante mais horas do que os homens e que, pelo menos, metade do seu tempo é gasto em atividades não remuneradas, o que diminui o seu acesso aos bens sociais, inclusive aos serviços de saúde.

Levando em consideração que as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam num forte impacto nas condições de saúde destas últimas (ARAÚJO, 1998), as questões de gênero devem ser consideradas como um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas.

O gênero, como elemento constitutivo das relações sociais entre homens e mulheres, é uma construção social e histórica. É construído e alimentado com base em símbolos, normas e instituições que definem modelos de masculinidade e feminilidade e padrões de comportamento aceitáveis ou não para homens e mulheres. O gênero delimita campos de atuação para cada sexo, dá suporte à elaboração de leis e suas formas de aplicação. Também está incluída no gênero a subjetividade de cada sujeito, sendo única sua forma de reagir ao que lhe é oferecido em sociedade. O gênero é uma construção social sobreposta a um corpo sexuado. É uma forma primeira de significação de poder (SCOTT, 1989).

Gênero se refere ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher. Na maioria das sociedades, as relações de gênero são desiguais. Os desequilíbrios de gênero se refletem nas leis, políticas e práticas sociais,

assim como nas identidades, atitudes e comportamentos das pessoas. As desigualdades de gênero tendem a aprofundar outras desigualdades sociais e a discriminação de classe, raça, casta, idade, orientação sexual, etnia, deficiência, língua ou religião, dentre outras (HERA, 1995).

Da mesma maneira que diferentes populações estão expostas a variados tipos e graus de risco, mulheres e homens, em função da organização social das relações de gênero, também estão expostos a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte. Partindo-se desse pressuposto, é imprescindível a incorporação da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde, que tenham como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher.

Evolução das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares.

Há análises que demonstram que esses programas preconizavam as ações materno-infantis como estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, como era o caso das crianças e gestantes. Outra característica desses programas era a verticalidade e a falta de integração com outros programas e ações propostos pelo governo federal. As metas eram definidas pelo nível central, sem qualquer avaliação das necessidades de saúde das populações locais. Um dos resultados dessa prática é a fragmentação da assistência (COSTA, 1999) e o baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher.

No âmbito do movimento feminista brasileiro, esses programas são vigorosamente criticados pela perspectiva reducionista com que tratavam a mulher, que tinha acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida. Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional, questões, até então, relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas. Naquele momento tratava-se de revelar as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, os problemas associados à sexualidade e à re-

produção, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a sobrecarga de trabalho das mulheres, responsáveis pelo trabalho doméstico e de criação dos filhos (ÁVILA; BANDLER, 1991).

As mulheres organizadas argumentavam que as desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres se traduziam também em problemas de saúde que afetavam particularmente a população feminina. Por isso, fazia-se necessário criticá-los, buscando identificar e propor processos políticos que promovessem mudanças na sociedade e conseqüentemente na qualidade de vida da população.

Posteriormente, a literatura vem demonstrar que determinados comportamentos, tanto dos homens quanto das mulheres, baseados nos padrões hegemônicos de masculinidade e feminilidade, são produtores de sofrimento, adoecimento e morte (OPAS, 2000).

Com base naqueles argumentos, foi proposto que a perspectiva de mudança das relações sociais entre homens e mulheres prestasse suporte à elaboração, execução e avaliação das políticas de saúde da mulher. As mulheres organizadas reivindicaram, portanto, sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que extrapolam o momento da gestação e parto, demandando ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todas as fases da vida. Ações que contemplassem as particularidades dos diferentes grupos populacionais, e as condições sociais, econômicas, culturais e afetivas, em que estivessem inseridos.

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984).

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o ar-

cabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

O processo de construção do SUS tem grande influência sobre a implementação do PAISM. O SUS vem sendo implementado com base nos princípios e diretrizes contidos na legislação básica: Constituição de 1988, Lei n.º 8.080 e Lei n.º 8.142, Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), editadas pelo Ministério da Saúde. Particularmente com a implementação da NOB 96, consolida-se o processo de municipalização das ações e serviços em todo o País. A municipalização da gestão do SUS vem se constituindo num espaço privilegiado de reorganização das ações e dos serviços básicos, entre os quais se colocam as ações e os serviços de atenção à saúde da mulher, integrados ao sistema e seguindo suas diretrizes.

O processo de implantação e implementação do PAISM apresenta especificidades no período de 84 a 89 e na década de 90, sendo influenciado, a partir da proposição do SUS, pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família. Estudos realizados para avaliar os estágios de implementação da política de saúde da mulher demonstram a existência de dificuldades na implantação dessas ações e, embora não se tenha um panorama abrangente da situação em todos os municípios, pode-se afirmar que a maioria enfrenta ainda dificuldades políticas, técnicas e administrativas.

Visando ao enfrentamento desses problemas, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2001), que “amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, define

o processo de regionalização da assistência, cria mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS e atualiza os critérios de habilitação para os estados e municípios” (BRASIL, 2001).

Na área da saúde da mulher, a NOAS estabelece para os municípios a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino e, para garantir o acesso às ações de maior complexidade, prevê a conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais (COELHO, 2003).

A delimitação das ações básicas mínimas para o âmbito municipal é resultante do reconhecimento das dificuldades para consolidação do SUS, e das lacunas que ainda existem na atenção à saúde da população. Porém, essa proposta não abrange todo o conjunto de ações previstas nos documentos que norteiam a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que passa a contemplar, a partir de 2003, a atenção a segmentos da população feminina ainda invisibilizados e a problemas emergentes que afetam a saúde da mulher (BRASIL, 2003d).

O nível federal de administração também apresentou, na última década, dificuldades e descontinuidade no processo de assessoria e apoio para implementação do PAISM, observando-se mudanças a partir de 1998, quando a saúde da mulher passa a ser considerada uma prioridade de governo.

O balanço institucional das ações realizadas no período de 1998 a 2002, elaborado por Correa e Piola, indica que, nesse período, trabalhou-se na perspectiva de resolução de problemas, priorizando-se a saúde reprodutiva e, em particular, as ações para redução da mortalidade materna (pré-natal, assistência ao parto e anticoncepção). Segundo os autores, embora se tenha mantido como imagem-objetivo a atenção integral à saúde da mulher, essa definição de prioridades dificultou a atuação sobre outras áreas estratégicas do ponto de vista da agenda ampla de saúde da mulher. Essa perspectiva de atuação também comprometeu a transversalidade de gênero e raça, apesar de se perceber um avanço no sentido da integralidade e uma ruptura com as ações verticalizadas do passado, uma vez que os problemas não fo-

ram tratados de forma isolada e que houve a incorporação de um tema novo como a violência sexual (CORREA; PIOLA, 2002).

Nesse balanço são apontadas ainda várias lacunas como atenção ao climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infecto-contagiosas e a inclusão da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas.

Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher identifica ainda a necessidade de articulação com outras áreas técnicas e da proposição de novas ações, quais sejam: atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente.

Situação Sociodemográfica

O Brasil, nas últimas décadas, passou por importantes transformações na estrutura e dinâmica da sua população, com a diminuição progressiva da mortalidade em geral e uma queda abrupta da taxa de fecundidade, que passou de 5,8 filhos por mulher em 1970, para 2,3 em 2000, trazendo a taxa de crescimento populacional para 1,4% ao ano. A população ficou mais velha e diminuiu o número de jovens. O aumento da expectativa de vida ao nascer, que era de 54 anos em 1970 e passou para 68 anos em 1999 (IBGE, 2001), trouxe novas demandas para o setor Saúde, principalmente no que se refere às doenças crônicas e degenerativas, de maior incidência na população idosa, e maiores demandas para a previdência social.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população feminina brasileira foi projetada em 89.800.471 pessoas para o ano de 2003, representando aproximadamente 50,77% da população total, incluindo as crianças.

A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher deve contemplar a população feminina acima de 10 anos, hoje estimada em 73.837.876 pessoas, distribuída nas seguintes faixas etárias:

- 10 a 14 anos – 8.091.022;
- 15 a 19 anos – 8.433.904;
- 20 a 29 anos – 16.524.472;
- 30 a 39 anos – 13.934.024;
- 40 a 49 anos – 11.420.987;
- 50 anos e mais – 15.505.461.

As mulheres em idade reprodutiva, ou seja, de 10 a 49 anos, são 58.404.409 e representam 65% do total da população feminina, conformando um segmento social importante para a elaboração das políticas de saúde.

Segundo Corral (2000), as dificuldades enfrentadas pelas mulheres podem ser demonstradas pela diferenciação dos salários entre elas e os homens, mesmo quando realizam trabalhos idênticos, e também pelo crescimento do número de famílias pobres chefiadas exclusivamente por mulheres. Para essa autora, muitos fatores devem ser analisados para se identificar as desigualdades existentes no Brasil.

A Síntese de Indicadores Sociais 2002, do IBGE, apresenta os seguintes dados: a população feminina ocupada concentra-se nas classes de rendimento mais baixas – 71,3% das mulheres que trabalham ganham até dois salários mínimos, contra 55,1% dos homens, e a desigualdade salarial aumenta conforme a remuneração. A proporção de homens que ganham mais de cinco salários mínimos é de 15,5% e das mulheres é de 9,2%. No que se refere ao trabalho doméstico, as mulheres dedicadas a essa atividade (19,2%) e que não recebem remuneração (10,5%) é bem maior do que a dos homens (0,8% e 5,9% respectivamente) para o ano de 2003.

Considerando-se o recorte étnico-racial na população brasileira, observa-se que a exclusão da população afro-brasileira e seus descendentes¹ leva a poucas chances de ascensão social, maior dificuldade de acesso a postos de trabalho bem-remunerados e qualificados, menores oportunidades educacionais, levando-os, portanto, a viver nos assentamentos mais degradados em termos físicos e ambientais. Segundo o dossiê “Assimetrias Raciais no Brasil: alerta para elaboração de políticas” (2003), da Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, os afro-descendentes vêm ocupando, historicamente, a base da pirâmide social, chegando a ostentar o fato de que 69,0% dos indivíduos membros desse grupo da população encontram-se em situação de pobreza. O dossiê informa ainda que no Brasil a dimensão racial constitui um desafio à implementação de políticas públicas dada a distância existente entre os níveis de bem-estar da população branca e os da afro-descendente em todas as regiões do País. A igualdade de gênero e racial/étnica impõe o reconhecimento dessa dimensão da

¹ A população afro-brasileira e seus descendentes corresponde a 44,2 % da população brasileira (CORRAL, 2000).

desigualdade social no Brasil. Essa situação é ainda mais grave em se tratando das mulheres afro-descendentes (CORRAL, 2000).

A realidade é multifacetada e sua complexidade deve ser considerada na formulação de políticas públicas.

Breve diagnóstico da Situação da Saúde da Mulher no Brasil

Considerando a heterogeneidade que caracteriza o País, seja em relação às condições socioeconômicas e culturais, seja em relação ao acesso às ações e serviços de saúde, compreende-se que o perfil epidemiológico da população feminina apresente diferenças importantes de uma região a outra do País. Essas diferenças não serão abordadas em profundidade neste documento, porém salienta-se que, no processo de implantação e implementação da Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Mulher, elas devem ser consideradas, possibilitando uma atuação mais próxima da realidade local e portanto com melhores resultados.

As estatísticas sobre mortalidade são bastante utilizadas para a análise das condições de saúde das populações. É importante considerar o fato de que determinados problemas afetam de maneira distinta homens e mulheres. Isso se apresenta de maneira marcante no caso da violência. Enquanto a mortalidade por violência afeta os homens em grandes proporções, a morbidade, especialmente provocada pela violência doméstica e sexual, atinge prioritariamente a população feminina. Também no caso dos problemas de saúde associados ao exercício da sexualidade, as mulheres estão particularmente afetadas e, pela particularidade biológica, têm como complicação a transmissão vertical de doenças como a sífilis e o vírus HIV, a mortalidade materna e os problemas de morbidade ainda pouco estudados.

No Brasil, as principais causas de morte da população feminina são as doenças cardiovasculares, destacando-se o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral; as neoplasias, principalmente o

câncer de mama, de pulmão e o de colo do útero; as doenças do aparelho respiratório, marcadamente as pneumonias (que podem estar encobrendo casos de aids não diagnosticados); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com destaque para o diabetes; e as causas externas (BRASIL, 2000).

Segundo Laurenti (2002), em pesquisa realizada nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, analisando óbitos em mulheres de 10 a 49 anos (ou seja, mulheres em idade fértil), as dez primeiras causas de morte encontradas foram as seguintes, em ordem decrescente: acidente vascular cerebral, aids, homicídios, câncer de mama, acidente de transporte, neoplasia de órgãos digestivos, doença hipertensiva, doença isquêmica do coração, diabetes e câncer de colo do útero.

A mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto não aparece entre as dez primeiras causas de óbito nessa faixa etária. No entanto, a gravidade do problema é evidenciada quando se chama atenção para o fato de que a gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade, portanto não é doença, e que, em 92% dos casos, as mortes maternas são evitáveis.

Mortalidade Materna

A mortalidade materna é um bom indicador para avaliar as condições de saúde de uma população. A partir de análises das condições em que e como morrem as mulheres, pode-se avaliar o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade. Razões de Mortalidade Materna (RMM) elevadas são indicativas de precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e, sobretudo, dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade.

Estudo realizado pela OMS estimou que, em 1990, aproximadamente 585.000 mulheres em todo o mundo morreram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal. Apenas 5% delas viviam em países desenvolvidos (COELHO, 2003).

Nas capitais brasileiras, para o ano de 2001, a RMM corrigida² foi de 74,5 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. As principais causas da mortalidade materna são a hipertensão arterial, as hemorragias, a infecção puerperal e o aborto, todas evitáveis (BRASIL, 2003).

No Brasil, a RMM, no período de 1980 a 1986, apresentou uma tendência de queda, provavelmente relacionada à expansão da rede pública de saúde e ao aumento da cobertura das ações obstétricas e de planejamento familiar. De 1987 a 1996, a RMM manteve-se estável. Em 1996, houve a inclusão na Declaração de Óbito (DO) de uma variante que permite identificar as mulheres grávidas por ocasião do óbito e até um ano após o parto (morte materna tardia). Nesse período, o MS investiu na implantação de Comitês Estaduais de Morte Materna. Em 1997 e 1998, aumentou a razão de mortalidade materna, principalmente, devido a causas obstétricas indiretas, óbitos de difícil registro, sugerindo uma melhoria desse registro (BRASIL, 2003).

A queda da mortalidade materna de 1999 a 2001 pode estar associada a uma melhoria na qualidade da atenção obstétrica e ao planejamento familiar. Nesse período, a mortalidade materna foi considerada uma prioridade do governo federal e vários processos estaduais e municipais foram deflagrados para reduzi-la. A partir do ano de 1998, diminuíram os óbitos em internações obstétricas no SUS, passando de 34,8 óbitos por 100.000 internações em 1997, para 28,6 óbitos por 100.000 internações em 2001. Nesse período, também caiu o número de mulheres que morreram no parto em relação ao número de partos realizados, passando de 32,48 para 24 óbitos em 100.000 partos em 2001 (BRASIL, 2003).

Considerando que 70% das mulheres são usuárias do SUS e que cerca de 65% dos óbitos maternos ocorrem no momento do parto, é provável que, apesar do sub-registro e da subinformação, a queda na razão de mortalidade materna calculada com base nos dados do Siste-

² Por diversas razões, o Sistema de Informação em Mortalidade (SIM) não capta todos os óbitos maternos. Por isso, aplica-se um fator de correção buscando-se maior aproximação da realidade. Na pesquisa realizada por Laurenti (2001), esse fator foi estimado em 1,67. Segundo o pesquisador, esse fator de correção foi menor do que se esperava, o que indica uma melhoria da informação oficial.

ma de Informação em Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos (SINASC), observada a partir de 1999, seja real. Ainda assim, os números atestam que a situação atual está aquém do aceitável, pois, em países desenvolvidos, a RMM filhos por mulher oscila de 6 a 20 óbitos por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2003).

Precariedade da Atenção Obstétrica

Segundo a última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) (BENFAM, 1996) aproximadamente 13% das mulheres que tiveram filhos nos cinco anos que antecederam a pesquisa não haviam realizado nenhuma consulta de pré-natal. Dessas, 9% eram residentes nas regiões urbanas e 32% no meio rural. A menor cobertura de pré-natal foi encontrada no Nordeste (75%) e a maior no Estado do Rio de Janeiro (96%). Essa pesquisa demonstra que o acesso à assistência pré-natal é um problema significativo para a população rural, principalmente nas regiões Norte e Nordeste.

Desde a implantação do Sistema de Informação Ambulatorial (AIH), registra-se uma tendência de aumento do número de consultas de pré-natal, especialmente a partir de 1997. Em 1995, foram registradas 1,2 consultas de pré-natal para cada parto realizado no SUS. Em dezembro de 2002, essa razão era de 4,4 consultas de pré-natal para cada parto (Tabnet SIA-Datasus e TabwinAIH-Datasus, 2003).

Apesar do aumento do número de consultas de pré-natal, a qualidade dessa assistência é precária, o que pode ser atestado pela alta incidência de sífilis congênita, estimada em 12 casos/1.000 nascidos vivos, no SUS (PN-DST/AIDS, 2002), pelo fato da hipertensão arterial ser a causa mais freqüente de morte materna no Brasil, e também porque apenas 41,01% das gestantes inscritas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) receberam a 2.^a dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica, segundo o sistema de informação do Programa (BRASIL, 2002).

Os indicadores do SISPRENATAL (2002) demonstram que somente 4,07% das gestantes inscritas no PHPN realizaram o elenco mínimo de

ações preconizadas pelo Programa (BRASIL, 2001) e que somente 9,43% realizaram as seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério.

Os dados também evidenciam que a atenção no puerpério não está consolidada nos serviços de saúde. A grande maioria das mulheres retorna ao serviço de saúde no primeiro mês após o parto. Entretanto, sua principal preocupação, assim como a dos profissionais de saúde, é com a avaliação e vacinação do recém-nascido. Isso pode indicar que as mulheres não recebem informações suficientes para compreenderem a importância da consulta puerperal.

A atenção ao parto e nascimento é marcada pela intensa medicalização, pelas intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas e pela prática abusiva da cesariana. Ocorre ainda o isolamento da gestante de seus familiares, a falta de privacidade e o desrespeito à sua autonomia. Tudo isso contribui para o aumento dos riscos maternos e perinatais (BRASIL, 2001).

De uma maneira geral, rotinas rígidas são adotadas sem a avaliação crítica caso a caso. Ao mesmo tempo, práticas adequadas para um bom acompanhamento do trabalho de parto, como o uso do partograma, não são realizadas (BRASIL, 2001).

A assistência ao parto no Brasil não é homogênea. A maioria dos partos é realizada em ambiente hospitalar, mas, em muitas regiões do País, especialmente nas zonas rurais, ribeirinhas e lugares mais distantes, a única opção que existe para a mulher é o parto domiciliar assistido por parteiras tradicionais. Deve-se ressaltar que o parto domiciliar, em alguns casos, é uma opção da mulher.

A última PNDS (1996) mostra a variação de partos hospitalares nas diversas regiões do País. Encontrou-se um percentual de 81,9% na Região Norte e 97,4% na Região Sul, respectivamente, a menor e a maior proporção de partos hospitalares em relação aos partos domiciliares. Essa pesquisa revelou também uma incidência de 20% de partos domiciliares nas áreas rurais.

As parteiras tradicionais enfrentam inúmeras dificuldades na realização do seu trabalho. Em geral, atuam de forma isolada, sem contar

com o apoio dos serviços de saúde. A maioria não recebeu nenhuma capacitação, tendo aprendido a fazer partos com outras parteiras ou sozinhas, levadas pela necessidade de ajudar as mulheres de sua comunidade. Elas não dispõem de materiais básicos para assistência ao parto e ganham pouco ou quase nada pelo seu trabalho.

Como consequência desse isolamento, a maioria dos partos domiciliares ocorre em condições precárias e não são notificados aos sistemas de informação em saúde. Tampouco se tem um registro preciso do número de parteiras atuantes no País.

Deve-se destacar que na zona rural as mulheres têm maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Segundo a PNDS de 1996, no meio rural:

- 32% das gestantes não tiveram nenhum atendimento pré-natal;
- o acesso ao parto hospitalar foi menor na área rural, sobretudo entre as mulheres com nenhum ou poucos anos de estudo e entre aquelas que não tiveram assistência pré-natal;
- a taxa de mortalidade infantil entre os filhos das mulheres que não tiveram nenhuma assistência ao pré-natal e ao parto nas áreas urbanas foi de 42 por mil nascidos vivos e na rural chegou a 65 por mil nascidos vivos.

O acesso da população rural aos serviços de saúde ainda é um grande desafio do SUS. A dificuldade de acesso às ações de saúde, imposta às mulheres rurais, está relacionada, entre outros fatores, às desigualdades das relações de gênero e de trabalho, às grandes distâncias entre residência ou trabalho e os serviços de saúde, à maior precariedade dos serviços locais e à precária capacitação dos gestores e profissionais de saúde para lidar com a especificidade dos agravos decorrentes do trabalho no campo.

O Ministério da Saúde vem adotando estratégias para a formulação de uma política de atenção à população trabalhadora e residente no campo.

Abortamento em Condições de Risco

A situação de ilegalidade na qual o aborto é realizado no Brasil afeta a existência de estatísticas confiáveis que subsidiem a implementação

de políticas públicas mais precisas para as diferentes realidades regionais e faixas etárias, nas quais a gravidez indesejada é mais prevalente.

O aborto realizado em condições de risco freqüentemente é acompanhado de complicações severas, agravadas pelo desconhecimento desses sinais pela maioria das mulheres e da demora em procurar os serviços de saúde, que na sua maioria não está capacitado para esse tipo de atendimento (OLIVEIRA, 2003).

As complicações imediatas mais freqüentes são a perfuração do útero, a hemorragia e a infecção, que podem levar a graus distintos de morbidade e mortalidade (LANGER, 2001). Pesquisa realizada no Brasil, por Hardy e Costa, estimou que 20% dos abortos clandestinos, realizados por profissional médico em clínicas, e 50% dos abortos domiciliares, realizados pela própria mulher ou por curiosas, apresentam complicações.

O aborto realizado em condições inseguras figura entre as principais causas de morte materna e é causa de discriminação e violência institucional contra as mulheres nos serviços de saúde. Violência que pode traduzir-se no retardo do atendimento, na falta de interesse das equipes em escutar e orientar as mulheres ou mesmo na discriminação explícita com palavras e atitudes condenatórias e preconceituosas. Pela representação simbólica da maternidade, como essência da condição idealizada do ser mulher e da realização feminina, o aborto pode sugerir uma recusa da maternidade e por isso pode ser recebido com muitas restrições por parte dos profissionais de saúde.

No entanto, pouco se faz para evitar que o aborto se repita, haja vista que as mulheres que tiveram complicações de aborto estão entre as pacientes mais negligenciadas quanto aos cuidados de promoção da saúde reprodutiva e, via de regra, nem são encaminhadas a serviços e profissionais capacitados (HUNTINGTON; PIET-PELON, 1999).

O atendimento às mulheres em processo de abortamento, no SUS, apresenta uma tendência de estabilização na última década, conseqüência possível do aumento de mulheres usando métodos anticoncepcionais e da elevada prevalência de laqueadura tubária, especialmente nos

estados do Nordeste e Centro-Oeste. Ainda assim, considerando-se que nem todas as mulheres buscam os serviços de saúde por ocasião de um aborto, supõe-se que os registros do SUS não retratam a realidade brasileira.

O melhor conhecimento do número de mortes de mulheres por aborto no Brasil será um subsídio fundamental para a elaboração de políticas que visem a prevenir a situação acima descrita.

Precariedade da Assistência em Anticoncepção

Na Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, realizada em 1996, observa-se a concentração no uso de dois métodos contraceptivos: a laqueadura tubária e a pílula (40% e 21%, respectivamente). A prevalência da ligadura tubária é maior nas regiões onde as mulheres têm menor escolaridade e condições socioeconômicas mais precárias (PNDS, 1996).

A pouca expressividade de outros métodos anticoncepcionais, apontada nessa pesquisa (métodos hormonais injetáveis 1,2%, condom 4,4%, esterilização masculina 2,6%, DIU 1,1%, métodos naturais e outros 6,6%), e a ausência de citação do diafragma indicam o limitado acesso das mulheres às informações sobre o leque de opções para regular a fecundidade e aos métodos anticoncepcionais (BENFAM,1996).

Ainda segundo a referida pesquisa, 43% de usuárias de métodos anticoncepcionais interrompem o uso durante os 12 meses após a sua adoção, e nos cinco anos que antecederam o estudo, aproximadamente 50% dos nascimentos não foram planejados. A porcentagem de mulheres com necessidade insatisfeita de anticoncepção é de 9,3% na área rural e de 4,5% na área urbana. Essa situação contribui para a ocorrência de abortamentos em condições inseguras e conseqüentemente para o aumento do risco de morte por essa causa.

O estímulo à participação e à inclusão dos homens e adolescentes nas ações de planejamento familiar limitam-se a experiências isoladas de alguns serviços ou organizações não-governamentais, que trabalham com homens e adolescentes, e têm pouca chance de causar algum impacto sobre o problema no Brasil como um todo. Além disso,

problemas culturais e informações distorcidas sobre contracepção de emergência constituem barreiras para sua aceitação e uso adequado.

Apesar de estar definido na NOAS-SUS 2001 que as ações do planejamento familiar fazem parte da atenção básica e que estão entre as responsabilidades mínimas da gestão municipal em relação à saúde da mulher, muitos municípios não têm conseguido implantar e implementar estratégias adequadas de fornecimento de anticoncepcionais para a população, de introdução do enfoque educativo e aconselhamento visando à escolha livre e informada, assim como garantir o acompanhamento das usuárias.

Identificam-se ainda problemas na produção, controle de qualidade, aquisição e logística de distribuição dos insumos, manutenção da continuidade da oferta de métodos anticoncepcionais e capacitação de gestores, de gerentes e de profissionais de saúde. Isso tem resultado numa atenção precária e excludente, ou até inexistente em algumas localidades, com maior prejuízo para as mulheres oriundas das camadas mais pobres e das áreas rurais.

Poucos serviços oferecem atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. A gravidez na adolescência vem sendo motivo de discussões controvertidas. Enquanto existe uma redução da taxa de fecundidade total, a fecundidade no grupo de 15 a 19 anos de idade vem aumentando. Esse aumento se verifica mais nas regiões mais pobres, áreas rurais e na população com menor escolaridade (PNDS, 1996). O censo de 2000 também evidencia o aumento de fecundidade nessa faixa etária. Há dez anos, em cada grupo de 1.000 adolescentes, 80 tinham um filho. Hoje, são 90 em cada grupo de 1.000. Dentre os fatores que contribuem para o aumento da fecundidade nesse grupo está o início cada vez mais precoce da puberdade, assim como da atividade sexual (BERQUÓ, 2000).

A análise mais aprofundada da questão da gravidez na adolescência é uma tarefa urgente a ser realizada pela Área Técnica de Saúde da Mulher e pela Área Técnica de Saúde do Adolescente e outras áreas afins, para que se possa dispor de políticas mais adequadas para essa faixa etária.

Acrescente-se a todas essas questões o fato de que ainda existe uma desarticulação entre ações de anticoncepção e de prevenção de DST/HIV/aids, agravos que vêm apresentando uma tendência de crescimento entre as mulheres e jovens.

DST/HIV/Aids

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) estão entre os problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo. Estimativas recentes apontam para a ocorrência de mais de 10 milhões de novas infecções de transmissão sexual que podem evoluir para doenças sintomáticas, como uretrites, cervicites, úlceras e verrugas genitais, ou permanecerem assintomáticas. Isso, associado ao alto índice de automedicação, torna o problema ainda maior, já que muitos dos casos não recebem orientação e tratamento adequados, tornando-se subclínicos, permanecendo transmissores e mantendo-se como elos fundamentais na cadeia de transmissão das infecções. Se, por um lado, não é possível conhecer a real magnitude das DST no Brasil, a sua transcendência é por demais conhecida: são consideradas, atualmente, o principal fator facilitador da transmissão sexual do HIV; algumas, quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, podem evoluir para complicações graves e até mesmo para o óbito; durante a gestação, algumas podem ser transmitidas ao feto, causando-lhe importantes lesões ou mesmo provocando o abortamento; podem causar grande impacto psicológico em seus portadores, levando-os muitas vezes a tomar iniciativas equivocadas, como procurar assistência com pessoas sem a devida formação para tal (balconistas de farmácia, curandeiros, etc.), e mesmo adotando a prática inadequada da automedicação, o que é facilitado pela falta de controle na venda de medicamentos que existe em nosso País; causam também grande impacto social, que se traduz em custos indiretos para a economia do País e que, somados aos enormes custos diretos decorrentes das internações e procedimentos necessários para o tratamento de suas complicações, elevam os custos totais. Provavelmente, devido ao fato de ser o principal fator facilitador da transmissão sexual do HIV, nos últimos anos o trabalho com as outras DST passou a ter redobrada importância.

Os danos mais graves à saúde causados pelas DST, excetuando-se o HIV, tendem a ocorrer em mulheres e em recém-nascidos. As complicações nas mulheres incluem a doença inflamatória pélvica (DIP), tendo como conseqüência a infertilidade, a dor crônica, a gravidez ectópica, podendo causar a mortalidade materna associada e o câncer de colo uterino, pela estreita correlação dessa patologia com alguns subtipos do HPV e com a imunodeficiência promovida pela infecção por HIV. As complicações em recém-nascidos incluem a sífilis congênita, a infecção por gonococo, pela clamídia, pelo HPV, pela hepatite B e pelo HIV. Com relação à sífilis materna, a prevalência encontrada pelos estudos sentinela em maternidades é de 1,7%, o que leva a uma estimativa de aproximadamente 116.000 gestantes com sífilis e cerca de 29.000 crianças com sífilis congênita (taxa média de transmissão de 25%). É importante ressaltar que desse universo esperado de casos, apenas são notificados cerca de 5.000 casos novos/ano, configurando problemas na qualidade dos serviços de pré-natal e de assistência ao parto, segundo dados de 2004, do Programa Nacional de DST/Aids.

São atribuídos, em parte, a fatores relacionados a enfermidades de transmissão sexual, um número crescente e significativo de neoplasias, tais como: o carcinoma hepatocelular (pela hepatite B), o carcinoma espinocelular da vagina, da vulva, do pênis, do ânus (por alguns subtipos de HPV e pela aids) e o sarcoma de Kaposi (pela aids). Assim, prevenção e controle eficazes das DST são considerados como uma prioridade para a promoção da saúde reprodutiva, especialmente entre as mulheres.

A epidemia do HIV/aids é uma realidade mundial que vem se alastrando de modo mais expressivo nas regiões mais pobres do planeta e contribui para o agravamento da pobreza e para o endividamento dos países. Diferentemente dos primeiros cinco anos da epidemia do HIV/aids, quando a população homossexual/bissexual masculina constituía quase que a totalidade dos casos, observa-se nos últimos dez anos uma mudança na dinâmica da epidemia, acometendo no Brasil e no mundo a população heterossexual.

No Brasil, na primeira metade da década de 80, a epidemia manteve-se basicamente restrita às regiões metropolitanas da Região Sudeste, aos homens que fazem sexo com homens, aos hemofílicos, transfundidos e usuários de drogas injetáveis. Nos últimos anos da década de 80 e início dos anos 90, a frequência de casos entre mulheres cresceu consideravelmente e a transmissão heterossexual passou a ser a principal via de transmissão do HIV, observando-se, além disso, um processo de interiorização e pauperização da epidemia do HIV/aids. Apesar da tendência de interiorização da epidemia, o maior número de casos concentra-se nas regiões mais ricas, que também apresentam os mais altos índices de desigualdade social e exclusão econômica, nos seus bolsões de pobreza (BRASIL, 2003). Observa-se ainda, a grande redução da transmissão por transfusão, a partir do controle da qualidade do sangue no País.

O total de casos de aids acumulados no Brasil, no período de janeiro de 1980 a dezembro de 2002, chega a 257.780, sendo 68.528 em mulheres, aproximadamente 27% (BRASIL, 2002).

Em 1986, apenas 5% dos casos de aids notificados eram do sexo feminino. Nos últimos anos, a participação das mulheres chega a 30%. A faixa etária de 20 a 39 anos tem sido a mais atingida e apresenta maior risco de se infectar. Esse aumento da ocorrência de casos no sexo feminino em idade reprodutiva tem como conseqüência um grande aumento no número de crianças expostas verticalmente ao HIV.

Com relação à escolaridade, a incidência de aids vem aumentando tanto em homens quanto em mulheres com até oito anos de estudo. A baixa escolaridade e classe social são inversamente proporcionais à possibilidade de negociação com o parceiro sobre o uso de preservativo. Porém, mesmo com maior poder aquisitivo, grau de instrução e independência financeira, a mulher ainda tem pouco espaço de negociação nas relações. Por outro lado, ela percebe-se menos exposta ao risco (BRASIL, 2003).

Um estudo de prevalência em parturiente com base amostral, realizado em 2000, estimou uma prevalência média de 0,6% de infecção pelo HIV entre as parturientes. O que representa a estimativa de 17.198 gestantes infectadas/crianças expostas ao HIV/ano no Brasil. Esse es-

tudo fez uma estimativa de 600.000 pessoas infectadas pelo HIV na população geral, na faixa etária de 15 a 49 anos, naquele ano. Apenas 215.000 desses estão em acompanhamento nos serviços especializados para portadores(as) de HIV/aids, o que significa que mais da metade dos indivíduos HIV+ não sabem que estão infectados.

Com a disponibilidade de anti-retrovirais (ARV) para o HIV, possibilitando o controle dessa infecção, a história natural da doença mudou nos últimos anos, caracterizando-se pelo crescente aumento de sobrevivência dos portadores do HIV e diminuição dos casos de aids. Mas, apesar da disponibilidade de ARV gratuito para todos os portadores do HIV/aids, o não diagnóstico da população infectada pelos serviços de saúde, caracterizados como porta de entrada para a população, traz como consequência um diagnóstico tardio, que dificulta o controle da infecção para quase 2/3 dos casos estimados. Na grande maioria dos casos, as mulheres recebem o diagnóstico de infecção pelo HIV tardiamente (quando do adoecimento de seu parceiro ou de seu filho infectado verticalmente), tendo em vista que uma parcela importante de profissionais de saúde ainda tem referenciais num conceito ultrapassado de “grupos de risco”, e não as situa num quadro de vulnerabilidade. Por outro lado, as mulheres que vivem com HIV/aids enfrentam problemas de acesso nos serviços competentes para o atendimento da população feminina (serviços de ginecologia e obstetrícia) e nos serviços especializados para portadores de HIV/aids. A falta desse atendimento nos serviços mencionados tem origem na discriminação ditada pelo medo dos profissionais que, desinformados, temem contrair o HIV durante o atendimento.

De acordo com a literatura mundial, as taxas de transmissão vertical caem para cifras menores que 2,5% quando as ações de identificação da mãe infectada ocorrem precocemente e são adotadas todas as medidas de tratamento materno/profilaxia da transmissão vertical conforme preconizado. Segundo o Programa Nacional de DST/Aids, alguns municípios brasileiros, onde a decisão política permitiu que tais ações fossem incorporadas à rotina dos serviços de saúde, essas taxas têm sido observadas nos últimos dois anos.

Violência Doméstica e Sexual

A violência sexual é um dos principais indicadores da discriminação de gênero contra a mulher. Pesquisa coordenada pela OMS (2002), em oito países, retrata o perfil da violência sofrida pelas mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos. No Brasil, o estudo foi realizado em São Paulo e na zona da mata de Pernambuco. Nesses municípios, 29% das mulheres relataram violência física e/ou sexual por parte do companheiro. Em Pernambuco, 34% das mulheres relataram algum episódio de violência cometido pelo parceiro ou ex-parceiro. Dentre as mulheres agredidas, foram relatados problemas de saúde: dores ou desconforto severo, problemas de concentração e tontura. Nesse grupo também foi mais comum a tentativa de suicídio e maior frequência do uso do álcool.

Os dados dessa pesquisa confirmam que a violência sexual e/ou doméstica é um grave problema de saúde pública. Porém, entre as mulheres que relataram violência, apenas 16% em São Paulo e 11% em Pernambuco buscaram hospitais ou centros de saúde (OMS, 2002). Considerando-se que São Paulo concentra a maior parte dos serviços de referência no Brasil (BRASIL, 2002a), esses percentuais indicam pouca divulgação e dificuldades de acesso aos serviços.

A avaliação realizada pelos gestores municipais do programa de atendimento à mulher vítima de violência em Curitiba demonstra que, ao longo do primeiro ano, houve um aumento crescente da busca pelo serviço, o que é atribuído à estratégia de divulgação dos serviços e à articulação entre os diferentes setores que prestam assistência às vítimas de violência (PARANÁ, 2003).

A média de atendimentos em Curitiba, em 2002, passou de 18 casos/mês, no primeiro trimestre, para 48 casos/mês no último trimestre. Durante o ano, foram registrados 455 casos, sendo que 56,51% foram de residentes na capital e 41,88% na região metropolitana. Na maioria dos casos, as vítimas tinham até 29 anos de idade. No grupo das crianças agredidas sexualmente, com até 12 anos, 83,65% dos agressores eram pais, padrastos, parentes próximos, amigos ou conhecidos. Em maiores de 12 anos, 59,43% das vítimas foram agredidas por desconhecidos. Outro aspecto importante da divulgação do programa é a

chegada precoce na rede de saúde, em que 80% das vítimas chegaram até 72 horas após a violência, permitindo a profilaxia das DST/HIV/aids e da gravidez pós-estupro conforme a necessidade e escolha de cada um/a (PARANÁ, 2003).

A avaliação do Programa de Combate à Violência contra a Mulher, implantado em Campo Grande, além de confirmar a elevada prevalência do problema da violência contra a mulher, também demonstra que uma boa divulgação facilita o acesso das mulheres aos serviços de saúde. Nos dois primeiros meses, foram atendidas aproximadamente 700 mulheres no Centro de Atendimento à Mulher em Situação de Violência (BRASIL, 2001).

A atenção às mulheres em situação de violência apresenta uma tendência progressiva de expansão nos últimos quatro anos, ainda que os serviços estejam concentrados nas capitais e regiões metropolitanas. Em 1999, 17 serviços hospitalares estavam preparados para atender às mulheres vítimas de estupro. Em fins de 2002, esse número chega a 82, sendo que o aborto pós-estupro é realizado em 44. Observa-se maior investimento dos gestores na rede, porém, apesar dos esforços, a maior parte das mulheres agredidas ainda não têm acesso a esse tipo de atenção (BRASIL, 2002a).

A Saúde de Mulheres Adolescentes

Segundo o Censo 2000 do IBGE, os adolescentes, indivíduos de 10 a 19 anos de idade, somam 35.287.282, em torno de 20% da população brasileira.

A adolescência é marcada por um rápido crescimento e desenvolvimento do corpo, da mente e das relações sociais. O crescimento físico é acompanhado de perto pela maturação sexual. A capacidade de abstração e o pensamento crítico também se desenvolvem na juventude, juntamente com um maior senso de independência emocional e de autoconhecimento.

Na adolescência, a sexualidade tem uma dimensão especial que é o aparecimento da capacidade reprodutiva no ser humano, concomitante à reestruturação do seu psiquismo. Ocorre ainda a incorporação

de novos valores éticos e morais à personalidade que se delineia, bem como a incorporação de novos comportamentos e atitudes frente a uma estrutura de padrões sociais e sexuais, fortemente influenciados pelas relações de gênero, estabelecidos social e culturalmente.

Nessa etapa, são importantes as ações educativas e de redução da vulnerabilidade das adolescentes aos agravos à saúde sexual e reprodutiva. Assim, cabe aos serviços de saúde a prestação de uma assistência adequada e o desenvolvimento de ações educativas que abordem a sexualidade com informações claras e científicas, introduzindo gênero, classe social e as diferenças culturais de iniciação da vida sexual e reprodutiva, de modo que a informação aporte maiores conhecimentos e seja mais resolutiva. Deve, ainda, buscar a integração das ações com outros setores, para que a resposta social dê conta de apoiar as adolescentes em suas decisões de autocuidado.

O Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990 – estabelece como “dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida e à saúde...” (art.4.º). No seu Título II, fixa o direito à maternidade segura e ao acesso universal e igualitário aos serviços do SUS. Nesse âmbito, a Lei n.º 9.263, de 12 de janeiro de 1996, assegura o planejamento familiar como um direito de todo o cidadão, inclusive os adolescentes.

O Ministério da Saúde vem desenvolvendo, por meio da Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem, em iniciativas integradas com a Área Técnica de Saúde da Mulher e intersetorialmente, ações para que a atenção à mulher adolescente ocorra segundo os parâmetros dos direitos sexuais e reprodutivos e da co-responsabilidade masculina na reprodução e na contracepção, como no planejamento familiar.

Com a progressiva antecipação do início da puberdade, verificada desde 1940, e o conseqüente decréscimo na idade da menarca, a capacidade reprodutiva se instala mais cedo e a competência social, para a constituição de uma família, acontece mais tarde. Esse hiato provoca maior exposição à maternidade precoce, considerada pela OMS como aquela que ocorre antes dos 20 anos.

O censo de 2000 (IBGE) evidencia que a fecundidade das brasileiras de 15 a 19 anos de idade aumentou. Há 10 anos, em cada grupo de 1.000, oitenta tinham um filho. Hoje, são 90 em cada grupo de 1.000 adolescentes. O grupo etário de 10 a 14 anos de idade não dispõe de uma cobertura de dados nacionais sobre fecundidade. No entanto, a série histórica de 1996 a 2000 (DATASUS; FUNASA; MS - Partos realizados na rede hospitalar do SUS no período de 1996 a 2000) evidencia que houve um acréscimo de 1,8% no percentual de partos na faixa etária de 10 a 14 anos, passando de 31.911 partos, em 1996, para 32.489 em 2000.

Por faixas de renda econômica, a PNDS 96 aponta que são as adolescentes mais pobres que apresentam uma fecundidade mais elevada (128 por 1.000 mulheres), enquanto a das mulheres dos segmentos de renda mais elevada foi de 13 por 1.000.

Considerando-se o aumento da fecundidade e do número de partos e internações por aborto no SUS – principalmente em idades precoces – e os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, realizada em 1996, a qual identificou que 14% das mulheres de 15 a 19 anos de idade já tinham iniciado a vida reprodutiva, seja porque já eram mães, seja porque estavam grávidas do primeiro filho, torna-se evidente a vulnerabilidade das adolescentes aos agravos em saúde sexual e saúde reprodutiva.

No âmbito da saúde sexual e reprodutiva, é importante pontuar a ocorrência de DST/aids, uma vez que os adolescentes e jovens estão na linha de frente da epidemia da aids, como indicam os dados do Programa Nacional de DST/Aids: No Boletim Epidemiológico – Ano 13 n.º 01 dez. 99 a jun. 2000* (dados preliminares até 30/6/2000 sujeitos a revisão*) na distribuição proporcional de casos de aids, segundo sexo e idade, a maior incidência, de 13,2%, ocorreu no sexo feminino, na faixa etária de 20 a 24 anos de idade. Considerando-se o tempo transcorrido para o aparecimento da doença, verifica-se que a contaminação pode ter ocorrido nos primeiros anos da adolescência e que segue a tendência de feminilização, em que as relações de gênero têm papel fundamental.

A presença de DST aumenta de três a cinco vezes o risco de transmissão do HIV. Considerando-se o potencial de atividade sexual e reprodutiva das adolescentes e a sua dificuldade de negociar o uso do preservativo, dentro de processos de comunicação pobres e pouco sensíveis, aliados à falta de estímulos e suportes sociais diversos, bem como a carência e a indisponibilidade de recursos materiais, dificultam atitudes mais seguras para a satisfação das necessidades. Nesse contexto, correr o risco é a alternativa para quem está vulnerável.

É necessário que as estratégias de atenção à gravidez na adolescência contemplem, dentre outros, a heterogeneidade de adolescentes nos nichos culturais, sociais e familiares, privilegiando os grupos de maior vulnerabilidade e a atenção integral à saúde sexual e reprodutiva, apoiando essas famílias iniciantes com ações multisetoriais para o acesso igualitário a bens e serviços que promovam a qualidade de vida.

Saúde da Mulher no Climatério/Menopausa

Adotaremos neste documento os termos climatério e menopausa com base nas definições tradicionais. Climatério é a fase de transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher, estendendo-se até os 65 anos de idade. Menopausa é um marco dessa fase, correspondendo ao último período menstrual, somente reconhecida após passados 12 meses da sua ocorrência. A idade média de ocorrência da menopausa é 50 anos.

O climatério/menopausa não é uma doença e sim uma fase da vida da mulher. A maioria das mulheres passa por ela sem apresentar queixas e sem necessitar de medicamentos. Outras apresentam sintomas de intensidade variável e que são, geralmente, transitórios.

Entre os sintomas que podem ocorrer no climatério/menopausa, alguns são devido ao brusco desequilíbrio entre os hormônios e outros estão ligados ao estado geral da mulher e ao estilo de vida adotado até então. A auto-imagem, o papel e as relações sociais, as expectativas e projetos de vida também contribuem para o aparecimento e a intensidade dos sintomas.

Existe na nossa sociedade uma discriminação sistemática contra as pessoas por sua idade cronológica. No caso das mulheres, essa discriminação é mais evidente e acontece não só em relação ao corpo físico – alimentada pela supervalorização da maternidade em relação a outras capacidades e pelo mito da eterna juventude – como a outros aspectos da vida. Numa sociedade patriarcal, em que juventude e beleza são relacionadas ao sucesso, entrar na “meia idade” pode trazer, para muitas mulheres, a impressão de que “tudo acabou”.

Nessa época da vida, também pode ocorrer aposentadoria, separação do casal ou morte do(a) companheiro(a) e a saída dos filhos de casa, que contribuem para a sensação do “ninho vazio”.

A menopausa, no entanto, significa apenas o fim do período de fecundidade. Não é o final da vida nem da capacidade produtiva, e tampouco o fim da sexualidade. Considerando que a expectativa de vida para as mulheres brasileiras é de 72,4 anos, segundo o IBGE, e que a menopausa, no geral, ocorre em torno dos 45-50 anos, ainda restam às mulheres muitos anos de vida após a menopausa. E esses anos podem e devem ser vividos de forma saudável, plena, ativa e produtiva.

O aumento da expectativa de vida e seu impacto sobre a saúde da população feminina tornam imperiosa a necessidade da adoção de medidas visando à obtenção de melhor qualidade de vida durante e após o climatério. Nesse sentido, o combate ao sedentarismo ocupa lugar de destaque por ser um fator facilitador de doenças crônico-degenerativas, de elevada morbiletalidade. O combate ao sedentarismo melhora a aptidão física e favorece a disposição para viver.

Aliada à atividade física adequada está a necessidade de uma dieta saudável e do controle do peso, o não tabagismo, a disponibilidade de tempo para lazer e convivência com familiares e amigos, a dedicação a uma atividade produtiva e o acesso à informação.

A medicalização do corpo das mulheres, com uso de hormônios durante o climatério/menopausa encontra um campo fértil no imaginário feminino pelas falsas expectativas que coloca, a exemplo da eterna juventude e beleza. Medicalizar o corpo das mulheres, em nome da

ciência e de um suposto bem-estar, sempre foi uma prática da medicina, que só será modificada quando as mulheres tiverem consciência dos seus direitos, das possibilidades preventivas e terapêuticas e das implicações das distintas práticas médicas sobre o seu corpo.

O abuso no uso de estrógenos para os sintomas do climatério/menopausa acarreta sérios problemas para a saúde, e as mulheres devem ser corretamente informadas para que possam decidir pela adoção ou não da terapia de reposição hormonal.

Por falta de consenso na literatura sobre a terapia de reposição hormonal (TRH), recomenda-se que alguns cuidados sejam observados na prescrição desses medicamentos, mesmo nas mulheres consideradas saudáveis: limitar o uso de hormônios àquelas mulheres que apresentam sintomas resistentes a tratamentos mais inofensivos; realizar exame das mamas e região pélvica antes e durante de qualquer tratamento hormonal; não adotar a TRH para mulheres que tenham tendência a problemas de coagulação, trombose, hipertensão arterial, doenças do coração e taxas elevadas de colesterol. Não se recomenda também a TRH por um longo período, para prevenir o envelhecimento, como é prescrita comumente no nosso meio.

O climatério/menopausa é uma fase de mudanças, transformação e adaptação, como a adolescência. Ela não ocorre sem questionamentos e coincide com outras mudanças na vida da mulher. A quantidade e a intensidade dos sintomas estão, também, relacionados com a qualidade da vida pessoal, afetiva, profissional e com a existência ou não de projetos e sonhos para o futuro.

Saúde Mental e Gênero

Trabalhar a saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero, nasce da compreensão de que as mulheres sofrem duplamente com as conseqüências dos transtornos mentais, dadas as condições sociais, culturais e econômicas em que vivem. Condições que são reforçadas pela desigualdade de gênero tão arraigada na sociedade brasileira, que atribui à mulher uma postura de subalternidade em relação aos homens.

De acordo com o Guia de Direitos Humanos, as mulheres ganham menos, estão concentradas em profissões mais desvalorizadas, têm menor acesso aos espaços de decisão no mundo político e econômico, sofrem mais violência (doméstica, física, sexual e emocional), vivem dupla e tripla jornada de trabalho e são as mais penalizadas com o sucateamento de serviços e políticas sociais, dentre outros problemas. Outros aspectos agravam a situação de desigualdade das mulheres na sociedade: classe social, raça, etnia, idade e orientação sexual, situações que limitam o desenvolvimento e comprometem a saúde mental de milhões de mulheres.

Pensar em gênero e saúde mental não é apenas pensar no sofrimento causado pelos transtornos mentais que acometem as mulheres, ou então nas tendências individuais que algumas mulheres apresentam em desencadear crises e depressões. Antes de tudo, é necessário contextualizar os aspectos da vida cotidiana das mulheres, conhecer com que estrutura social contam ou não, para resolver as questões práticas da vida, e reconhecer que a sobrecarga das responsabilidades assumidas pelas mulheres tem um ônus muito grande, que muitas vezes se sobrepõe às forças de qualquer pessoa.

Os registros do SUS sobre internações psiquiátricas, entre 2000 e 2002 (SIH/SUS), demonstram que houve uma diminuição do total das internações psiquiátricas a partir de 2001. No entanto, as internações de mulheres motivadas pelo sofrimento causado pelos transtornos de humor (afetivos) vêm aumentando proporcionalmente. Isto é, no ano de 2000, elas representavam 12,4% do total de internações psiquiátricas em mulheres, em 2001, esse percentual foi de 12,8% e, em 2002, 13,9%, mantendo-se como a 2.^a causa de internações.

As internações psiquiátricas de mulheres devido ao uso de álcool mantiveram-se como a 5.^a causa nos três anos observados, porém, assim como para os transtornos de humor, registra-se um ligeiro aumento, passando de 3,4% das internações em 2000, para 3,6% em 2001 e para 3,8% em 2002.

Outras causas de internações que vêm aumentando são aquelas motivadas pelos transtornos mentais e/ou comportamentais devido ao

uso de substâncias psicoativas. Essas internações, que ocupavam o 18.º lugar nos anos de 2000 e 2001 (0,9% do total de internações em mulheres), passaram ao 12.º lugar (1,4% das internações) em 2002.

Sobre os transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério, a pesquisa realizada por Laurenti (2002) encontrou 97 mortes por suicídio associado à depressão, inclusive relacionada ao pós-parto.

É necessário intervir no modelo vigente de atenção à saúde mental das mulheres, visando a propiciar um atendimento mais justo, mais humano, eficiente e eficaz, em que a integralidade e as questões de gênero sejam incorporadas como referências na formação dos profissionais que atendem a esse grupo populacional e podem intervir positivamente nessa realidade.

Para que os profissionais de saúde possam compreender as reais necessidades das mulheres que buscam um atendimento em serviço de saúde mental, é necessário que se dê um processo de incorporação, à prática das ações de saúde, da perspectiva de que a saúde mental das mulheres é, em parte, determinada por questões de gênero, somadas às condições socioeconômicas e culturais. Dentro dessa realidade, o SUS poderá propiciar um atendimento que reconheça, dentre os direitos humanos das mulheres, o direito a um atendimento realmente integral a sua saúde.

Doenças Crônico-Degenerativas e Câncer Ginecológico

As mudanças de hábitos, aliadas ao *stress* gerado pelo estilo de vida do mundo moderno, contribuem para que as doenças crônico-degenerativas estejam entre as principais causas de morte na população feminina. Alguns fatores, como o tipo de alimentação, o sedentarismo, o tabagismo, a sobrecarga de responsabilidades – aumento considerável do número de mulheres chefes de família –, a competitividade, o assédio moral e sexual no mundo do trabalho, têm relevância destacada na mudança do perfil epidemiológico das mulheres.

A hipertensão arterial e o *diabetes mellitus* constituem-se nos principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares

que, por sua vez, são a primeira causa de morte (31%), segundo dados do SIM/MS/2002.

A hipertensão arterial tem prevalência estimada em cerca de 20% da população adulta (maior ou igual a 20 anos) e forte relação com 80% dos casos de acidente vascular cerebral e 60% dos casos de doença isquêmica do coração.

O *diabetes mellitus* vem apresentando uma prevalência crescente. No Brasil, a prevalência é em torno de 7,6% na população de 30 a 69 anos.

Na referida pesquisa realizada por Laurenti (2002), o acidente vascular cerebral aparece como a primeira causa de morte em mulheres de 10 a 49 anos e a doença hipertensiva, a doença isquêmica do coração e o *diabetes mellitus* ocupam, respectivamente, o sétimo, oitavo e nono lugar.

No Brasil, em 20 anos (1979 – 1999), observa-se um aumento importante no número total de casos de câncer e nos óbitos por essa causa. Entre os homens, a taxa bruta de mortalidade aumentou 16,72%, enquanto entre as mulheres o aumento foi de 14,72% (www.inca.gov.br).

Comparando-se dois períodos de cinco anos, de 1979 a 1983 e de 1995 a 1999, constatam-se variações significativas na mortalidade por câncer na população masculina e feminina. No conjunto dos óbitos por tumores malignos, diminui a mortalidade por câncer de estômago (5,54% entre os homens e 3,32% entre as mulheres); aumenta significativamente entre os homens a proporção de óbitos por câncer de próstata (4,16%), e entre as mulheres, por câncer de traquéia, brônquios e pulmões (2,25%) e por câncer de mama (1,82%).

No período de 1995 a 1999, as cinco causas de óbito por câncer mais frequentes entre os homens são: traquéia, brônquios e pulmões (16,35%), estômago (12,19%), próstata (11,42%), esôfago (6,62%) e cólon e reto (5,28%). Entre as mulheres aparecem o câncer de mama (15,55%), traquéia, brônquios e pulmões (7,91%), estômago (7,38%), cólon e reto (7,23%) e colo de útero (7,22%) (www.inca.gov.br).

Entre as mulheres, com relação ao câncer de colo, registra-se uma discreta diminuição da mortalidade por essa causa entre 1979 e 1999, de 0,61%, (www.inca.gov.br) apesar de ser uma doença de fácil diagnóstico, com tecnologia simplificada e de tratamento acessível.

No mundo, o câncer de mama situa-se entre as primeiras causas de morte por câncer em mulheres. Até o momento, não existem medidas de prevenção primária para a doença. Porém, estudos observacionais indicam que é possível reduzir o risco de câncer de mama com mudanças de hábitos: redução do tabagismo, do uso de álcool, da obesidade e do sedentarismo (www.inca.gov.br).

O câncer de mama é diagnosticado tardiamente em cerca de 60% dos casos, e mudar essa situação é um desafio necessário, pois a detecção precoce aumenta significativamente a perspectiva e a qualidade de vida das mulheres posteriormente ao diagnóstico da doença.

O câncer de colo, diferentemente do câncer de mama, pode ser prevenido com medidas de fácil execução e de baixo custo. Segundo o INCA, em 2000, no SUS, a rede de coleta de exames citopatológico cérvico vaginal era composta por 6.908 unidades. Em 2002, estas já totalizavam 12.726. Em 2000, havia 687 laboratórios de citopatologia que, em 2002, totalizaram 1.043. Em 1998, não havia nenhuma unidade de cirurgia de alta frequência e, em 2002, 308 estavam funcionando. No mesmo ano, 166 hospitais realizavam tratamento de câncer.

Mas não basta introduzir a oferta dos exames preventivos na rede básica. É preciso mobilizar as mulheres mais vulneráveis a comparecer aos postos de saúde e implementar os sistemas de referência para o que for necessário encaminhar. No Brasil, observa-se que o maior número de mulheres que realizam o exame Papanicolaou está abaixo de 35 anos de idade, enquanto o risco para a doença aumenta a partir dessa idade.

A prevenção do câncer ginecológico, assim como o diagnóstico precoce e o tratamento, requerem a implantação articulada de medidas como sensibilização e mobilização da população feminina; investimento tecnológico e em recursos humanos, organização da rede, disponibilidade dos tratamentos e melhoria dos sistemas de informação.

Saúde das Mulheres Lésbicas

De acordo com o V Seminário Nacional de Mulheres Lésbicas, realizado em junho de 2003, a elaboração de políticas públicas precisa incorporar o entendimento de que as mulheres lésbicas também são mulheres e, portanto, devem ser contempladas no conjunto das ações de atenção à saúde da mulher. A agenda de necessidades de saúde desse grupo populacional diz respeito, dentre outras, ao atendimento na área da ginecologia, em que os profissionais partem do pressuposto de que a vida sexual ativa das mulheres é sempre de caráter heterossexual.

Constatou-se, no mesmo evento, que as mulheres lésbicas ainda consideram que o câncer de colo de útero só afeta mulheres heterossexuais e, portanto, não se sentem mobilizadas para sua prevenção nem para a prevenção do câncer de mama. Para as mulheres lésbicas profissionais do sexo, um problema que se coloca é a vulnerabilidade pela exposição às DST e aids.

No geral, os textos e ações sobre violência contra a mulher não abordam as especificidades das mulheres lésbicas. Não se pode desconsiderar, no entanto, a violência intrafamiliar contra adolescentes lésbicas, quando são expulsas do lar ou são vítimas de violência sexual por parte dos familiares ou outras formas de violência. A outra questão se refere ao acesso à inseminação assistida na rede do SUS, que deve incluir na clientela-alvo as mulheres lésbicas que desejam exercer o direito à maternidade voluntária.

É preciso que os serviços de saúde disponham de profissionais capacitados para o atendimento às mulheres, considerando a possibilidade de parte da clientela ser composta por mulheres que fazem sexo com mulheres. Isso é necessário para que saibam atender às mulheres lésbicas dentro de suas especificidades, e respeitando seus direitos de cidadania.

Saúde das Mulheres Negras

A ausência da variável cor na maioria dos sistemas de informação da área de Saúde tem dificultado uma análise mais consistente sobre a saúde das mulheres negras no Brasil. No entanto, os dados socioeconômicos referentes à população negra por si só já são indicadores de

seu estado de saúde. A grande maioria de mulheres negras encontra-se abaixo da linha de pobreza e a taxa de analfabetismo é o dobro, quando comparada a das mulheres brancas. Por essas razões, elas possuem menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, resultando que as mulheres negras têm maior risco de contrair e morrer de determinadas doenças do que as mulheres brancas.

Como exemplo dessa situação, está o menor acesso das mulheres negras à assistência obstétrica, seja durante o pré-natal, durante o parto ou no puerpério. A mesma situação se repete na atenção ginecológica às mulheres que é, segundo os dados da PNDS (1996), maior entre as mulheres brancas do que entre as negras. Esses dados demonstram que, das mulheres que realizaram o exame no ano anterior à pesquisa, 37,1% eram brancas e 24,7% eram negras.

As informações seguintes, consolidadas no texto “Saúde da População Negra”, de Fátima de Oliveira³, apresentam de forma explícita a necessidade da inserção do recorte étnico-racial no estabelecimento de metas e propiciam melhor equacionamento das ações estratégicas, indicadores e mecanismos de operacionalização da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher:

- mortalidade precoce: o indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos por Óbitos demonstra que, para as mesmas patologias, as mulheres negras morrem antes que mulheres e homens brancos, de um modo geral;
- mortalidade infantil: apesar da tendência de redução na mortalidade infantil, a diferença relativa entre brancos e negros, que, em 1980, era de 21%, quase 20 anos depois aumentou para 40%.

No mesmo texto, tem-se acesso aos dados da tese de doutoramento de Cunha, “Condicionantes da mortalidade infantil segundo raça/cor no Estado de São Paulo, 1997-1998” (2001), que dentre outras diferenças encontradas, aponta:

- maior proporção de nascimentos negros com menor número de consultas pré-natal;

³ Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

- maior proporção de óbitos de crianças negras sem assistência médica;
- escores inferiores para crianças negras no APGAR 1;
- maior porcentagem de crianças negras de baixo peso ao nascer, característica que poderia indicar, além de problemas nutricionais, a possibilidade de maior prevalência de doenças maternas como diabetes e hipertensão não controladas durante a gravidez por menor acesso ou pela pior qualidade dos serviços de saúde que as mães desse grupo utilizam.

Dados relativos à taxa de cesárea por grupos raciais revelam, conforme estudo de Chacham, “A medicalização do corpo feminino e a incidência do parto cesáreo em Belo Horizonte”, que as mulheres brancas tiveram 48,1% de cesáreas, as asiáticas 50%, enquanto mulheres pardas tiveram 32,5% e mulheres negras 28,4%.

Quanto à discriminação na assistência durante a gravidez e parto, pesquisa realizada pela Fiocruz/Pref. Rio de Janeiro, divulgada na Folha de São Paulo em 26 de maio de 2002, demonstra que 5,1% de mulheres brancas não receberam anestesia no parto normal, em relação a 11,1% de negras; 82% de mulheres brancas não foram informadas sobre a importância do pré-natal, em comparação a 76,6% de negras. Quanto aos sinais de parto, 73,1% das brancas foram informadas em relação a 62,5% das negras; no que se refere ao aleitamento, 77,7% das brancas foram orientadas, enquanto apenas 62,5% das negras tiveram orientação; puderam ter acompanhantes 46,2% das brancas e 27,0% das negras.

O recorte racial/étnico é fundamental para a análise dos indicadores de saúde e para o planejamento e execução de ações. Indicadores de saúde que consideram cor ou raça/etnia são absolutamente necessários para que se possa avaliar a qualidade de vida de grupos populacionais, de que e como adoecem e de que morrem.

Alguns problemas de saúde são mais prevalentes em determinados grupos raciais/étnicos e, no caso das mulheres negras, a literatura refere maior frequência de diabetes tipo II, miomas, hipertensão arterial e anemia falciforme. São doenças sobre as quais os dados empíricos são

suficientes para demonstrar o recorte racial/étnico relativo à população negra.

A literatura norte-americana afirma que a prevalência de miomas em mulheres negras é cinco vezes maior que em mulheres brancas. No Brasil, segundo Souza (1995), também é alta a incidência e reincidência de miomas em mulheres negras.

No que se refere à hipertensão arterial, sua maior prevalência se dá em negros de ambos os sexos, com a peculiaridade de aparecer mais cedo e ser mais grave e complicada nesse grupo populacional. Esse dado adquire maior gravidade quando relacionado à hipertensão arterial durante a gravidez, levando à toxemia gravídica, uma das principais causas de morte materna no Brasil. Pesquisa realizada no Estado do Paraná, por Martins (2000), demonstra que o risco de óbitos maternos é maior entre as mulheres negras, resultando em maior razão de morte materna nesse segmento. A referida pesquisa encontrou uma razão de morte materna de 276,24 por 100 mil nascidos vivos para as mulheres negras e 62,73 para as brancas.

A anemia falciforme é uma doença hereditária que incide majoritariamente em negros em todo o mundo, sendo a do tipo Banto (a mais grave) a predominante no Brasil. Dados da Organização Mundial da Saúde estimam que nascem no Brasil cerca de 2.500 crianças falcêmicas/ano e, segundo Oliveira (2000), triagens de gestantes no pré-natal demonstraram que, em cada mil, 30 são portadoras do traço falcêmico.

A precariedade das condições de vida das mulheres negras leva-as a apresentarem também maiores taxas de doenças relacionadas à pobreza, como o câncer de colo de útero que é duas vezes mais freqüente em mulheres negras que em brancas.

A realização de melhores pesquisas nacionais sobre a saúde das mulheres negras é necessária para a implementação de políticas de saúde nos níveis locais que respondam às necessidades desse segmento da população, excluído dos serviços de saúde e dos bens sociais.

Saúde das Mulheres Indígenas

A população indígena brasileira é estimada em 350 mil pessoas, pertencentes a cerca de 210 povos, que falam mais de 170 línguas identificadas. Cada um desses povos tem diferentes formas de organização social, política, econômica, de relação com o meio ambiente e de ocupação de seu território (BRASIL, 2002).

Cerca de 60% dessa população vive no Centro-Oeste e Norte do País, regiões onde estão concentradas 98,7% das terras indígenas. Esse segmento constitui, hoje, aproximadamente, 0,2% da população brasileira, mas com presença significativa em alguns estados brasileiros, compondo em 15% a população de Roraima, em 4% a do Amazonas e em 3% a do Mato Grosso do Sul (BRASIL, 2002).

O Ministério da Saúde assumiu, desde agosto de 1999, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), a responsabilidade de estruturar e operacionalizar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o Sistema Único de Saúde (SUS).

A atenção à saúde da mulher dos povos indígenas ainda é precária, não se conseguindo garantir ações como a assistência pré-natal, de prevenção do câncer de colo de útero, de prevenção de DST/HIV/aids, dentre outras. São ainda insuficientes os dados epidemiológicos disponíveis para avaliação dos problemas de saúde da população de mulheres e adolescentes indígenas.

É fundamental desenvolver políticas de saúde voltadas para essas mulheres, no contexto do etnodesenvolvimento das sociedades indígenas e da atenção integral, envolvendo as comunidades indígenas na definição e acompanhamento das mesmas.

Saúde das Mulheres Residentes e Trabalhadoras na Área Rural

As condições de saúde da população rural são determinadas por especificidades relacionadas ao ritmo de trabalho sazonal, aos processos de mobilidade espacial dos acampamentos e assentamentos, à baixa escolaridade, à pobreza, às situações de violência e às relações de trabalho e de gênero que contribuem para tornar os trabalhadores rurais mais vulneráveis às enfermidades.

Dentro do contexto geral da população residente e trabalhadora rural, faz-se necessário visualizar as restrições e discriminações referentes ao acesso da mulher à terra, à renda, ao crédito e às tecnologias, dentre outras. O Censo da Reforma Agrária de 1996 registra que apenas 12,6% dos títulos de domínio ou de concessão de uso da terra são para as mulheres. Isso reflete a maneira como a desigualdade de gênero afeta o acesso das mulheres das áreas rurais às políticas públicas.

Dados da PNDS (1996) destacam a baixa escolaridade da população feminina residente na área rural, na faixa etária de 6 anos ou mais, que apresenta uma média de três anos de estudo. A pesquisa aponta que o nível de instrução afeta o comportamento reprodutivo, o uso de anticoncepção, bem como os cuidados com a saúde, higiene e alimentação.

A dificuldade das mulheres rurais no acesso às informações e ações de saúde estão relacionadas, dentre outros fatores, às desigualdades das relações de gênero e de trabalho, às grandes distâncias entre a residência ou trabalho e os serviços de saúde, à maior precariedade dos serviços locais e à pouca sensibilização e organização da rede de saúde para lidar com a especificidade dos agravos decorrentes do trabalho no campo. Essa dificuldade expressa-se, por exemplo, na proporção de mulheres da área rural insatisfeitas nas suas necessidades de contracepção, que é duas vezes maior do que na área urbana (PNDS, 96).

Os dados da PNDS de 1996 retratam também as lacunas na efetividade das ações de saúde na área rural: 30% das mulheres da área rural e 8% das mulheres da área urbana não realizaram nenhuma consulta de pré-natal. Das mulheres residentes na área rural que receberam atendimento pré-natal, apenas 36% tiveram acesso ao cartão da gestante.

Outro dado importante da pesquisa é a ocorrência de 21% de partos domiciliares realizados por parteiras e 3% de partos assistidos por familiares ou outros na área rural. Esse dado tem relação com a situação de acesso da população rural às ações e serviços de saúde, em especial de pré-natal e maternidades.

Perez (2001), estudando um assentamento rural em São Paulo, chega à conclusão que “o modo de produção camponês do assentamento, influenciado por técnicas agrícolas de propriedades capitalistas rurais, com elevada utilização de insumos, produz uma presença significativa de fatores de deterioração da saúde”. Ficou evidente nesse trabalho uma participação diferenciada das mulheres na produção do assentamento e, por conseguinte, também na exposição a esses fatores.

Dentre os fatores de deterioração da saúde, a exposição aos agrotóxicos, seja ambiental ou ocupacional, aguda ou crônica, constitui-se em uma das especificidades relacionadas aos agravos de saúde da população rural, podendo causar danos à saúde das mulheres trabalhadoras do campo. Entre os mais comuns estão: a hipertrofia celular que pode levar à ocorrência de câncer, em especial da tireóide e os distúrbios do sistema reprodutivo (MARINOVICH *et al.*, 1997).

Existem poucos estudos enfocando os problemas de saúde da mulher residente e trabalhadora rural, o que dificulta a proposição de ações adequadas a essa realidade. Em assentamentos e acampamentos rurais, essa carência é ainda maior.

Pesquisas nacionais referentes ao tema deverão ser realizadas, no sentido de ampliar e adequar estratégias e conteúdos que subsidiem a elaboração de políticas públicas, evitando a perpetuação da invisibilidade das questões que determinam a boa ou a má qualidade de vida da mulher residente e trabalhadora rural.

Saúde da Mulher em Situação de Prisão

Grande parte da população presidiária compreendida pelo Sistema Penitenciário Nacional está exposta a diversos fatores de risco à saúde, ocorrendo um número significativo de casos de DST/aids, tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas, além de outros problemas prevalentes na população adulta brasileira, tais como hipertensão arterial e *diabetes mellitus*.

Nesse contexto, identifica-se a necessidade de acesso dessa população às ações de atenção à saúde, tanto com a implantação de ações no nível da atenção básica dentro dos presídios, como pelas referências

para média e alta complexidade, com garantia do atendimento das demandas específicas das mulheres presidiárias por meio de uma atenção diferenciada dentro do conjunto de ações do Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido, foi instituído pelos ministérios da Saúde e da Justiça, pela Portaria Interministerial n.º 1.777, de 9 de setembro de 2003, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, que tem como objetivo prover a atenção integral à saúde da população penitenciária brasileira.

Como a condição de saúde das mulheres em situação de prisão, assim como de toda a população compreendida pelo Sistema Penitenciário Nacional, ainda é pouco conhecida, está sendo elaborada a primeira pesquisa, em nível federal, sobre esse tema, que deverá iniciar-se em fevereiro de 2004. Essa pesquisa tem como objetivo dar sustentabilidade ao processo de implantação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.

Segundo informações da Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo, referentes a setembro de 2003, 2,7% das pessoas presas em penitenciárias do estado são mulheres, com a idade média de 32 anos. Ainda que seja uma minoria, essa proporção (em relação aos homens) vem aumentando nos últimos anos, sendo o tráfico de drogas o delito com maior incidência entre as mulheres (43,8%). A quase totalidade dos presos não tem informações a respeito de todos os processos a que foram condenados (99%), sendo esse índice ainda maior entre mulheres, que também costumam esperar mais tempo em distritos policiais e cadeias públicas para irem definitivamente a um presídio.

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

É também significativa a presença de amigos, o dobro do que ocorre para os homens.

A guarda dos filhos é mais assumida pelas companheiras dos homens presos (86,9%) do que pelos companheiros das mulheres presas (19,5%), sendo muito freqüente que os filhos dessas mulheres fiquem sob tutela dos avós maternos.

Quanto à saúde sexual, 76,1% das mulheres relatam ter algum tipo de problema, e o número de soropositivas entre mulheres presas (6,3%) é o dobro dos homens na mesma situação.

Só a partir de 2001, é que foi assegurado à mulher presa o direito à visita íntima do companheiro, mas essa população feminina enfrenta ainda sérias dificuldades no que diz respeito à garantia desse direito. Quanto às visitas íntimas de pessoas do mesmo sexo, não há direito assegurado dentro do sistema prisional.

Humanização e Qualidade: Princípios para uma Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher

A humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado.

As histórias das mulheres na busca pelos serviços de saúde expressam discriminação, frustrações e violações dos direitos e aparecem como fonte de tensão e mal-estar psíquico-físico. Por essa razão, a humanização e a qualidade da atenção implicam na promoção, reconhecimento, e respeito aos seus direitos humanos, dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e seu bem-estar.

Segundo Mantamala (1995), a qualidade da atenção deve estar referida a um conjunto de aspectos que englobam as questões psicológicas, sociais, biológicas, sexuais, ambientais e culturais. Isso implica em superar o enfoque biologicista e medicalizador hegemônico nos serviços de saúde e a adoção do conceito de saúde integral e de práticas que considerem as experiências das usuárias com sua saúde.

Humanizar e qualificar a atenção em saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos. A atenção humanizada e de boa qualidade implica no estabelecimento de relações entre sujeitos, seres semelhantes, ainda que possam apresentar-se muito distintos conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero.

A humanização da atenção em saúde é um processo contínuo e demanda reflexão permanente sobre os atos, condutas e comportamentos de cada pessoa envolvida na relação. É preciso maior conhecimento de si, para melhor compreender o outro com suas especificidades e para poder ajudar sem procurar impor valores, opiniões ou decisões.

A humanização e a qualidade da atenção são indissociáveis. A qualidade da atenção exige mais do que a resolução de problemas ou a disponibilidade de recursos tecnológicos. E humanização é muito mais do que tratar bem, com delicadeza ou de forma amigável.

Para atingir os princípios de humanização e da qualidade da atenção deve-se levar em conta, pelo menos, os seguintes elementos:

- acesso da população às ações e aos serviços de saúde nos três níveis de assistência;
- definição da estrutura e organização da rede assistencial, incluindo a formalização dos sistemas de referência e contra-referência que possibilitem a continuidade das ações, a melhoria do grau de resolutividade dos problemas e o acompanhamento da clientela pelos profissionais de saúde da rede integrada;
- captação precoce e busca ativa das usuárias;
- disponibilidade de recursos tecnológicos e uso apropriado, de acordo com os critérios de evidência científica e segurança da usuária;
- capacitação técnica dos profissionais de saúde e funcionários dos serviços envolvidos nas ações de saúde para uso da tecnologia adequada, acolhimento humanizado e práticas educativas voltadas à usuária e à comunidade;
- disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;
- acolhimento amigável em todos os níveis da assistência, buscando-se a orientação da clientela sobre os problemas apresentados e possíveis soluções, assegurando-lhe a participação nos processos de decisão em todos os momentos do atendimento e tratamentos necessários;

- disponibilidade de informações e orientação da clientela, familiares e da comunidade sobre a promoção da saúde, assim como os meios de prevenção e tratamento dos agravos a ela associados;
- estabelecimento de mecanismos de avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com participação da clientela;
- estabelecimento de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação continuada das ações e serviços de saúde, com participação da usuária;
- análise de indicadores que permitam aos gestores monitorar o andamento das ações, o impacto sobre os problemas tratados e a redefinição de estratégias ou ações que se fizerem necessárias.

Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

- O Sistema Único de Saúde deve estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple 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).
- A elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher.
- A gestão da Política de Atenção à Saúde deverá estabelecer uma dinâmica inclusiva, para atender às demandas emergentes ou demandas antigas, em todos os níveis assistenciais.
- As políticas de saúde da mulher deverão ser compreendidas em sua dimensão mais ampla, objetivando a criação e ampliação das condições necessárias ao exercício dos direitos da mulher, seja no âmbito do SUS, seja na atuação em parceria do setor Saúde com outros setores governamentais, com destaque

para a segurança, a justiça, trabalho, previdência social e educação.

- A atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde (da básica à alta complexidade).
- O SUS deverá garantir o acesso das mulheres a todos os níveis de atenção à saúde, no contexto da descentralização, hierarquização e integração das ações e serviços. Sendo responsabilidade dos três níveis gestores, de acordo com as competências de cada um, garantir as condições para a execução da Política de Atenção à Saúde da Mulher.
- A atenção integral à saúde da mulher compreende o atendimento à mulher a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas.
- A atenção integral à saúde da mulher implica, para os prestadores de serviço, no estabelecimento de relações com pessoas singulares, seja por razões econômicas, culturais, religiosas, raciais, de diferentes orientações sexuais, etc. O atendimento deverá nortear-se pelo respeito a todas as diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais. Esse enfoque deverá ser incorporado aos processos de sensibilização e capacitação para humanização das práticas em saúde.
- As práticas em saúde deverão nortear-se pelo princípio da humanização, aqui compreendido como atitudes e comportamentos do profissional de saúde que contribuam para reforçar o caráter da atenção à saúde como direito, que melhorem o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, ampliando sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida; que promovam o acolhimento das demandas conhecidas ou não pelas equipes de saúde; que busquem o uso de tecnolo-

gia apropriada a cada caso e que demonstrem o interesse em resolver problemas e diminuir o sofrimento associado ao processo de adoecimento e morte da clientela e seus familiares.

- No processo de elaboração, execução e avaliação das Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá ser estimulada e apoiada a participação da sociedade civil organizada, em particular do movimento de mulheres, pelo reconhecimento de sua contribuição técnica e política no campo dos direitos e da saúde da mulher.
- Compreende-se que a participação da sociedade civil na implementação das ações de saúde da mulher, no âmbito federal, estadual e municipal requer – cabendo, portanto, às instâncias gestoras – melhorar e qualificar os mecanismos de repasse de informações sobre as políticas de saúde da mulher e sobre os instrumentos de gestão e regulação do SUS.
- No âmbito do setor Saúde, a execução de ações será pactuada entre todos os níveis hierárquicos, visando a uma atuação mais abrangente e horizontal, além de permitir o ajuste às diferentes realidades regionais.
- As ações voltadas à melhoria das condições de vida e saúde das mulheres deverão ser executadas de forma articulada com setores governamentais e não-governamentais; condição básica para a configuração de redes integradas de atenção à saúde e para a obtenção dos resultados esperados.

Objetivos Gerais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

- Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.
- Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.
- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

Objetivos Específicos e Estratégias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST:

- fortalecer a atenção básica no cuidado com a mulher;
- ampliar o acesso e qualificar a atenção clínico- ginecológica na rede SUS.

Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde:

- ampliar e qualificar a atenção ao planejamento familiar, incluindo a assistência à infertilidade;
- garantir a oferta de métodos anticoncepcionais para a população em idade reprodutiva;
- ampliar o acesso das mulheres às informações sobre as opções de métodos anticoncepcionais;
- estimular a participação e inclusão de homens e adolescentes nas ações de planejamento familiar.

Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes:

- construir, em parceria com outros atores, um Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal;
- qualificar a assistência obstétrica e neonatal nos estados e municípios;

- organizar rede de serviços de atenção obstétrica e neonatal, garantindo atendimento à gestante de alto risco e em situações de urgência/emergência, incluindo mecanismos de referência e contra-referência;
- fortalecer o sistema de formação/capacitação de pessoal na área de assistência obstétrica e neonatal;
- elaborar e/ou revisar, imprimir e distribuir material técnico e educativo;
- qualificar e humanizar a atenção à mulher em situação de abortamento;
- apoiar a expansão da rede laboratorial;
- garantir a oferta de ácido fólico e sulfato ferroso para todas as gestantes;
- melhorar a informação sobre a magnitude e tendência da mortalidade materna.

Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual:

- organizar redes integradas de atenção às mulheres em situação de violência sexual e doméstica;
- articular a atenção à mulher em situação de violência com ações de prevenção de DST/aids;
- promover ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual.

Promover, conjuntamente com o PN-DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/aids na população feminina:

- prevenir as DST e a infecção pelo HIV/aids entre mulheres;
- ampliar e qualificar a atenção à saúde das mulheres vivendo com HIV e aids.

Reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina:

- organizar em municípios pólos de microrregiões redes de referência e contra-referência para o diagnóstico e o tratamento de câncer de colo uterino e de mama;

- garantir o cumprimento da Lei Federal que prevê a cirurgia de reconstrução mamária nas mulheres que realizaram mastectomia;
- oferecer o teste anti-HIV e de sífilis para as mulheres incluídas no Programa Viva Mulher, especialmente aquelas com diagnóstico de DST, HPV e/ou lesões intra-epiteliais de alto grau/câncer invasor.

Implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero:

- melhorar a informação sobre as mulheres portadoras de transtornos mentais no SUS;
- qualificar a atenção à saúde mental das mulheres;
- incluir o enfoque de gênero e de raça na atenção às mulheres portadoras de transtornos mentais e promover a integração com setores não-governamentais, fomentando sua participação nas definições da política de atenção às mulheres portadoras de transtornos mentais.

Implantar e implementar a atenção à saúde da mulher no climatério:

- ampliar o acesso e qualificar a atenção às mulheres no climatério na rede SUS.

Promover a atenção à saúde da mulher na terceira idade:

- incluir a abordagem às especificidades da atenção a saúde da mulher na Política de Atenção à Saúde do Idoso no SUS;
- incentivar a incorporação do enfoque de gênero na Atenção à Saúde do Idoso no SUS.

Promover a atenção à saúde da mulher negra:

- melhorar o registro e produção de dados;
- capacitar profissionais de saúde;
- implantar o Programa de Anemia Falciforme (PAF/MS), dando ênfase às especificidades das mulheres em idade fértil e no ciclo gravídico-puerperal;
- incluir e consolidar o recorte racial/étnico nas ações de saúde da mulher, no âmbito do SUS;

- estimular e fortalecer a interlocução das áreas de saúde da mulher das SES e SMS com os movimentos e entidades relacionados à saúde da população negra.

Promover a atenção à saúde das trabalhadoras do campo e da cidade:

- implementar ações de vigilância e atenção à saúde da trabalhadora da cidade e do campo, do setor formal e informal;
- introduzir nas políticas de saúde e nos movimentos sociais a noção de direitos das mulheres trabalhadoras relacionados à saúde.

Promover a atenção à saúde da mulher indígena:

- ampliar e qualificar a atenção integral à saúde da mulher indígena.

Promover a atenção à saúde das mulheres em situação de prisão, incluindo a promoção das ações de prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/aids nessa população:

- ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde das presidiárias.

Fortalecer a participação e o controle social na definição e implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres:

- promover a integração com o movimento de mulheres feministas no aperfeiçoamento da política de atenção integral à saúde da mulher.

Referências Bibliográficas

ARAÚJO, M. J. O. Papel dos governos locais na implementação de políticas de saúde com perspectiva de gênero: o caso do Município de São Paulo. In: SEMINÁRIO WOMEN'S AND HEALTH MAINSTREAMING THE GENDER PERSPECTIVE INTO THE HEALTH SECTOR, 1998, Tunis, Tunísia. *Anais...* [São Paulo], 1998.

ÁVILA, M. B. E.; BANDLER, R. *A Contraceção no Brasil 1980-1990*. Recife: SOS Corpo, 1991. Mimeo.

BERQUÓ, E. Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV-Aids. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Planejamento familiar: manual para o gestor*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série avaliação, n. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. [*Textos elaborados pela Área Técnica de Saúde da Mulher*]. Brasília, 2003a. Mimeo.

_____. Ministério da Saúde. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Plano de ação para o período 2004 a 2007*. Brasília: [DAPE], 2003d.

_____. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Plano de ação para o período 2004 a 2007*. Brasília: DAPE, 2003d.

_____. Ministério da Saúde. *Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática*. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

_____. Ministério da Saúde. *Atenção às mulheres em situação de violência: relatório da Área Técnica de Saúde da Mulher no período de 1998-2002*. Brasília, 2002a. Mimeo.

_____. Ministério da Saúde. *Atenção integral à saúde da mulher*. Brasília, 1998. Mimeo.

_____. Ministério da Saúde. *Centro nacional de epidemiologia*. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. *Datasus*. 2003c.

_____. Ministério da Saúde. *Direitos humanos e violência intrafamiliar: informações e orientações para agentes comunitários de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; Ministério da Justiça, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <www.inca.gov.br>.

_____. Ministério da Saúde. *Manual de parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. *Planejamento familiar: manual para o gestor*. Brasília, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. *Política de morbimortalidade por acidentes e violência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. *Políticas e diretrizes de prevenção das DST/Aids entre mulheres*. Brasília, 2003b. (Coleção DST-Aids, Série manuais, n. 57).

_____. Ministério da Saúde. *Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: informações para gestores e técnicos*. Brasília, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. *Relatório de indicadores do Sispre natal para o período 10 de janeiro a 31 de dezembro de 2002*. Brasília: Ministério da Saúde; DATASUS, 2002c.

_____. Ministério da Saúde. *Relatório sobre a oficina de avaliação das estratégias do setor saúde para erradicação do trabalho infantil*. Brasília, 1998. Mimeo.

_____. Ministério da Saúde. *Programa Saúde Indígena*. Etnodesenvolvimento das sociedades indígenas. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 1.º Seminário Interno. Brasília: DAPE, 2003. Mimeo.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Texto retirado de *Atenção integral à saúde de adolescentes e jovens*. Documento preliminar para discussão na Oficina de Construção da Política Nacional de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens. Brasília: ASAJ, [2003].

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informação em Pré-Natal (*Sis-prenatal*). Brasília: Ministério da Saúde; Datusus, 2002.

_____. Ministério da Saúde. *Violência Intrafamiliar*. Brasília, 2002. (Cadernos de Atenção Básica).

_____. Ministério da Saúde. *Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. *Mapa de indicativos do trabalho da criança e do adolescente*. Brasília, 2000.

COELHO, M. R. S. *Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003b.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, 1994, Cairo, Egito. *Relatório final*. [S.l.]: CNPD; FNUAP, 1994. Publicação em português.

COMISSÃO NACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO. *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília, 1998. v. 1.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. *Para entender a gestão do SUS*. Brasília, 2003.

CORRAL, T. Agenda social. In: *Agenda de desenvolvimento humano e sustentável para o Brasil do Século XXI*. Brasília: Instituto de Política; PNUD, 2000. Programa Regional de Estratégias e Desenvolvimento Local.

CORREA, S. O.; PIOLA, S. F. *Balanço 1998-2002: aspectos estratégicos, programáticos e financeiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

COSTA, A. M. *Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil*. Brasília: NESP; CEAM; UnB, 1999. Mimeo.

GALDURÓZ, F. C. J; NOTO, R. A.; CARLINI, A. E. 4.º *Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1.º e 2.º graus em 10 capitais brasileiras*. São Paulo, 1997.

HARDY, E. Y.; COSTA, G. *Abortion experience among female employees of a brazilian university: informe final al Population Council*. Campinas: CEMICAMP, [19- -].

HEALTH EMPOWERMENT, RIGHTS AND ACCOUNTABILITY – HERA. *Direitos sexuais e reprodutivos: idéias para ação*. [S.l.: s.n.], [19- -]. Folder elaborado com base nos conceitos e acordos da CIPD, 1994 e da Conferência Mundial da Mulher, 1995. Hera Secretariat, web site. Disponível em: < www.iwhc.org/hera>.

HUNTINGTON, D.; PIET-PELON, N. J. *Pós-abortion care: lessons from operations research*. [S.l.]: Population Council, USA, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Estimativas de população para o Brasil em 2003*. Brasília: Ministério da Saúde; Datasus, 2003.

_____. *Fundo de População das Nações Unidas: situação da população brasileira, 2002*.

LANGER, A.; ESPINOZA, H. *Embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe*. Buenos Aires, Argentina, 2001. Trabalho apresentado na Reunião Nuevos Desafios de la Responsabilidad Política. [2001].

LAURELL, Asa Cristina. A Saúde-doença como processo social, 1982. In: GOMES, Everardo Duarte (Org.). *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global Editora, 1983.

LAURENTI, Ruy; JORGE, M. H. de M.; GOTLIEB, S. L. D. (Org.). *Mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna*. [Brasília]: Ministério da Saúde; OPAS; USP, 2002.

MARINOVICH et al. In: PEREZ, M. A. G. *O Trabalho doente entre assentados rurais*. 1997. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, 2001. p. 59.

MARTINS, A. L. *Mortalidade materna: maior risco para as mulheres negras no Brasil*. *Jornal da Rede, Rede Saúde*, n. 23, mar. 2001. Disponível em: <www.redesaude.org.br>.

MATAMALA, Maria Isabel et al. *Calidad de la atencion, gênero: salud reproductiva de las mujeres*. Santiago: Ed. do autor; COMUSAMS; ACHNU, 1995.

MATO GROSSO DO SUL. Coordenadoria Especial de Políticas Públicas para a Mulher. *Relatório do Programa de Combate à Violência Contra a Mulher*. Campo Grande, MS, 2002.

NISSIM, R. *Mamamélis: manual de ginecologia natural para mulheres*. Rio de Janeiro: Record, 1997.

NAÇÕES UNIDAS. *Uma vida sem violência é um direito nosso*. Brasília: Ministério da Justiça, 1998.

OLIVEIRA, F. *Saúde da população negra*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. *Pesquisa violência sexual*. [2002?].

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD – OPS. *Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas 1998-2001*. [S.l.], [2001].

PARANÁ. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de avaliação do Programa Mulher de Verdade: primeiro ano de implantação, março de 2002 a fevereiro de 2003*. Curitiba, 2003. Mimeo.

PEREZ, M. A. G. *O Trabalho doente entre assentados rurais*. 1997. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2001.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. *Dossiê, assimetrias raciais no Brasil: alerta para elaboração de políticas*. Belo Horizonte, 2003. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br>.

RELATÓRIO sobre a situação da população mundial. 2002. Disponível em: www.unfpa.org.

SABO, Don. *Comprender la salud de los hombres: um enfoque relacional y sensible al gênero*. Publicacion ocasional: gênero, equidad, salud. [S.l.]: OPAS; OMS; Harvard Center for Population and Development Studies, 2000, n. 4.

SCOTT, Joan. *Gênero: uma categoria útil para a análise histórica*. Tradução autorizada de Maria Betânia Ávila e Cristine Dabatt. Recife: SOS Corpo, 1989.

SEMINÁRIO GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA, 1998, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro, 1998.

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL – BENFAM. *Pesquisa nacional sobre demografia e saúde*. Rio de Janeiro: [BENFAM], 1996.

WASELFISZ, Julio Jacobo. *Mapa da violência III: os jovens do Brasil*. Brasília: UNESCO; Instituto Ayrton Senna; Ministério da Justiça/ SEDH, 2002.

_____. Jacobo Julio. *Mapa da violência: os jovens do Brasil*. Rio de Janeiro: UNESCO; Garamond, 1998.

Parcerias

ANMTR – Articulação Nacional das Mulheres Trabalhadoras Rurais

ABEN – Associação Brasileira de Enfermagem

ABENFO – Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica

Articulação de Mulheres Brasileiras

Centro Brasileiro de Classificação de Doenças

Comissão Nacional de Mortalidade Materna

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

Conselhos de Classe (CFM, COFEN, CFP e outros)

Conselho Nacional dos Direitos da Mulher

Conselhos de Saúde (Nacional, Estaduais, Municipais)

Conselho Nacional do Idoso

CONTAG – Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura

CLAP – Centro Latino-Americano de Perinatologia/OMS/OPAS

CRT Estadual e Regional – Conselho Regional do Trabalho

DRT – Delegacia Regional do Trabalho

DFID – Department for International Development

FEBRASGO – Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

IBAMA – Inst. Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis

INCRA – Inst. Nacional de Colonização e Reforma Agrária
INSS – Inst. Nacional de Seguridade Social
Ministério da Justiça
Ministério do Trabalho
Ministério do Desenvolvimento Agrário
Ministério Público
Movimentos Sociais
Movimentos de Mulheres Negras
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
Parlamentares
REHUNA – Rede Nacional pela Humanização do Parto e Nascimento
Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos
Secretaria Especial de Direitos Humanos
SPM – Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres
SEPPPIR – Secretaria Especial de Políticas para a Promoção da Igualdade Racial
Sociedades Científicas (Febrasgo, Aben, Abenfo, e outras)
UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIFEM – Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher
Universidades
Veículos de comunicação

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada gratuitamente na Biblioteca Virtual em Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado gratuitamente na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Normalização, revisão, editoração, impressão, acabamento e expedição)

SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP: 71200-040

Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Brasília – DF, março de 2004

OS 0209/2004

**REDE NACIONAL
FEMINISTA
DE SAÚDE
E DIREITOS
REPRODUTIVOS**

MORTALIDADE MATERNA: uma tragédia cotidiana

Dentre as questões historicamente tratadas pelo movimento feminista no Brasil, a mortalidade materna é uma das mais dramáticas, merecendo reiteradas denúncias.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera morte materna aquela ocorrida durante a gestação, parto ou até 42 dias após o término da gestação, desde que a causa esteja relacionada com a gravidez. Certamente essa definição deverá ampliar seu prazo, para incluir mortes ocorridas em período mais longo e provenientes de AIDS adquirida através de transfusão de sangue.

No Brasil, a visibilidade estatística dessa questão veio à tona somente a partir de 1977, com a implantação de um sistema nacional de coleta de informações sobre mortalidade. Através de dados do IBGE de 1981, foi possível detectar uma relação de 150 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos. Levando-se em conta que o sistema de informações é precário - cobrindo no máximo 75% dos óbitos ocorridos - e destacando-se que uma porcentagem desses óbitos não tem causa definida declarada, é possível concluir que os

dados de óbitos maternos no Brasil, forma significativa no país. Entretanto, no que se refere aos óbitos maternos, esse decréscimo é mais lento do que se poderia esperar. É um fato lamentável, particularmente diante do avanço científico ocorrido no período, tomando estas mortes evitáveis através de investimentos de baixo custo para o sistema de saúde.

As mortes por complicações na gravidez, parto e puerpério se constituem, em 1980, na quarta causa de óbitos de mulheres de 15 a 29 anos - faixa etária típica do padrão de maternidade das mulheres brasileiras. Os estudos realizados a esse respeito indicam um consenso sobre as causas diretas e indiretas dessa tragédia. De um lado, eclâmpsia/hipertensão, hemorragias, infecções puerperais, complicações do aborto; de outro, subnutrição, esgotamento físico e psíquico face às dramáticas condições de vida, não cobertura de pré-natal e precário atendimento médico-hospitalar, excesso de cesarianas.

Mais de 90% desses óbitos poderiam ser evitados se os serviços de saúde estivessem preparados para oferecer um aten-



Essa cartolina é maior se destacarmos dados referentes à Região Nordeste, mulheres com rendimento familiar em salário mínimo e às mulheres negras.

A má qualidade do serviço hospitalar não assegura às parturientes cuidados necessários. O excesso de cesarianas expõe as mulheres a riscos anestésicos, hemorragias e infecções hospitalares. Cerca de 1,6% dos casos detectados de AIDS, entre 1984 e 19 foram originados em transfusões parenterais.