

**LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**ADRIANA SOEIRO OLIVEIRA  
KÁTIA CILENE CARDOSO MENDES  
NÁDIA ALVES MORAES**

**O CONTEXTO HISTÓRICO DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE  
ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER NO BRASIL**

São Luís  
2010

**ADRIANA SOEIRO OLIVEIRA  
KÁTIA CILENE CARDOSO MENDES  
NÁDIA ALVES MORAES**

**O CONTEXTO HISTÓRICO DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE  
ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Pública do LABORO – Excelência em Pós Graduação/ Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mônica Elinor Alves Gama

São Luís

2010

**ADRIANA SOEIRO OLIVEIRA  
KÁTIA CILENE CARDOSO MENDES  
NÁDIA ALVES MORAES**

**O CONTEXTO HISTÓRICO DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE  
ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Pública do LABORO – Excelência em Pós Graduação/ Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Aprovado em        /        /

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mônica Elinor Alves** Gama (Orientadora)

Doutora em Medicina

Universidade de São Paulo - USP

---

**Prof<sup>a</sup>. Rosemary Ribeiro Lindholm**

Mestre em Enfermagem Pediátrica

Universidade de São Paulo - USP

À Deus e nossos familiares.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, por todo o amor, esperança e fé, força e proteção nas horas mais difíceis de nossa vida.

À Prof<sup>a</sup>. Doutora Mônica Elinor Alves Gama, nossa orientadora, pelo apoio, paciência, credibilidade e compreensão.

Aos nossos companheiros da Pós-Graduação, que nos forneceram apoio e carinho durante todo o Curso.

Aos colegas de turma pelo apoio, atenção e contribuição em nossa formação profissional.

À Eudes, bibliotecária , por toda atenção quando precisamos.

À Laboro por todo o carinho , compreensão e atitude conosco.

*"A saúde é o resultado não só de nossos atos  
como também de nossos pensamentos."*

*(Mahatma Gandhi)*

## RESUMO

Trata-se de um estudo bibliográfico sobre a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher sob a perspectiva de gênero, a partir da reflexão sobre o princípio da integralidade na saúde. Resgata-se a trajetória da saúde da mulher, concepção e foco, e a participação do movimento de mulheres na construção e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983. Discorre-se sobre o rompimento com a concepção do ciclo materno-infantil para a saúde integral da mulher e os limites da formação dos profissionais e da organização dos serviços, para romper com essa visão e contemplar a saúde integral da mulher nas suas mais amplas dimensões e singularidades. Finaliza-se refletindo sobre os atuais desafios para que as políticas de saúde da mulher, de fato contemplem toda a dimensão do ser humano e a importância da perspectiva de gênero para que a integralidade seja uma realidade na vida e na saúde das mulheres.

Palavras - chave: Política de saúde. Saúde da mulher. Integralidade. Gênero.

## ABSTRACT

This is a study bibliographic on the deployment of the National Policy for Integral Attention to Women's Health from the perspective of gender, from the reflection on the principle of integral health. It traces the history of women's health, design and focus, and participation of the women's movement in the construction and implementation of the Program for Integral Attention to Women's Health (PAIWH) in 1983. They raise issues such as disruption to the design cycle of maternal and child to the health of the woman and the limits of the training and organization of services, to break with this view and consider the overall health of women in their greater size and singularities. Ends reflecting on current challenges to health policy, women's, in fact contemplate the full extent of the human being and the importance of a gender perspective to the whole is a reality in the life and health of women.

Key - words: Health policy, Women's health, Wholeness, Gender.

## SUMÁRIO

	p.
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2 OBJETIVO.....</b>	<b>12</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>13</b>
<b>3.1 Revisão de literatura.....</b>	<b>13</b>
<b>4 RESGATE HISTÓRICO DAS RELAÇÕES DE GÊNERO NO BRASIL.....</b>	<b>14</b>
<b>5 O MOVIMENTO FEMINISTA NO BRASIL.....</b>	<b>18</b>
<b>6 A POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER.....</b>	<b>27</b>
<b>6.1 Implantação da Política de Atenção Integral À Saúde da Mulher.....</b>	<b>31</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>34</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>37</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>41</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A história da mulher vem sendo marcada por lutas, coragem, força e vitórias, por buscarem direitos iguais e mais justos frente à categoria, conquistando cada vez mais espaço perante a sociedade. A exemplo disso, o Ministério da Saúde pontua que, com cerca de 50.77% da população as mulheres vêm sendo as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2007).

A partir da década 80, a atenção à saúde da mulher passou a fazer parte das políticas de saúde no Brasil. No entanto, em décadas anteriores, a mulher era vista somente como mãe e "dona de casa". A partir da década de 60, os movimentos feministas do Brasil insatisfeitos com o tratamento dado a mulher, se organizaram e reivindicaram a não hierarquização das especificidades de homens e mulheres e prepuseram a igualdade social para que reconhecesse as diferenças, hoje expressa pela "equidade de gênero". Adotando-se o conceito de gênero definido por Rago (1998):

Por gênero se entende uma construção social baseada na diferenciação biológica dos sexos, que se expressa através de relações de poder/subordinação, representadas pelo desempenho de funções, atividades, normas e condutas esperadas para homens e mulheres, em cada sociedade.

Na maioria das sociedades as relações 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 da classe, raça, casta, idade, orientação sexual, etnia, deficiência, língua ou religião, dentre outras (LOPES, 1996).

Da mesma maneira que diferentes populações estão expostas a variados tipos de graus de riscos, 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 melhora das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher (RAGO, 1998).

No Brasil, a mulher é incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, neste período, as demandas

relativa gravidez e ao parto. Os programas nacionais materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduzem visão restrita sobre a mulher, baseadas em suas especificidades biológicas 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. Outra característica desses programas era a virtual idade e a falta de integração com outros programas e ações propostas pelo Governo Federal (COSTA, 2007).

Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribui para introduzir na agenda política nacional, questões até então, relegadas a segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço privado e as relações.

A ausência de um efetivo e amplo programa de Planejamento Familiar traz como conseqüência um elevado número de gestações indesejadas contribuindo para a prática extensiva de abortos. Certamente, mesmo nos países com o uso adequado de métodos modernos, continuam a ocorrer abortos devido à gravidez indesejada, mas em número muito menor. (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2005, p. 14).

Certamente concorda-se com a assertiva acima, quanto à falta de um planejamento familiar eficaz que minimize esse quadro. Mas, destaca-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que de acordo com o Ministério da Saúde, há uma série de princípios e diretrizes que embasam as ações relativas à humanização e à qualidade de atendimento na atenção à saúde das mulheres. Essa política está subdividida em itens que buscam compreender a imbricação de fatores que subsidiam as práticas em saúde da mulher (BRASIL, 2007).

Pode-se observar que os discursos que mascaram, atualmente, as práticas em saúde direcionadas à mulher remontam às verdades que sustentam o cuidado com o corpo feminino. Espera-se que estas ações contribuam para a reflexão sobre as práticas em saúde direcionadas às mulheres, permitindo problematizar questões já naturalizadas, assim como as práticas que se constroem sobre e a partir delas (COELHO, 2006).

Nesse sentido, a análise da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher considera essas contradições, desde a luta pela implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, quando o movimento feminista e o processo de redemocratização do País desempenharam

um papel decisivo para a sua concepção e formulação, até a atualidade quando se amplia e consolida o Estado Democrático no Brasil, incluindo na agenda nacional a saúde como direito e cidadania (CARLOTO, 2004).

É importante ressaltar que o PAISM nasce antes da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo considerado, portanto, pioneiro no uso do termo integralidade da saúde na política pública, cujo significado é construído e proposto pelos movimentos sociais feministas.

A implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) representou um novo ciclo na saúde da mulher brasileira, rompendo-se com décadas de visão materno-infantil, onde, na verdade, a grande preocupação do cuidado era com o bebê. É fruto de uma luta social e traz a perspectiva de política pública emancipatória, de transformação de relações desiguais entre os gêneros, particularmente buscando fortalecer as mulheres (COSTA, 2008). Significou o pacto possível na época e uma estratégia de saúde pioneira, incluindo a integralidade e enfoque de gênero, ainda que de forma limitada.

Na proposta do PAISM, a integralidade significou colocar em pauta que a saúde das mulheres precisava ser abordada em todos os ciclos de sua vida e não apenas no período gestacional. Também significou o desenvolvimento de práticas educativas nos serviços de saúde, que deveriam abordar os cuidados com o corpo numa perspectiva de fortalecimento da autonomia das mulheres (COELHO, 2006).

Analisar uma política pública exige que se compreenda o contexto de sua formulação, implementação e avaliação e se considere todo o processo político subjacente a cada momento, os atores envolvidos, a relação Estado e Sociedade, a estrutura na qual a política formulada será executada, seus limites e contradições. A implantação de uma política exige, sobretudo, decisão e iniciativa governamental, e expressará o resultado da correlação de forças entre o Estado e a Sociedade (COSTA, 2007).

Contemplam-se mudanças, das novas demandas, dos novos enfrentamentos, das contradições vivenciadas nos últimos trinta anos pelo feminismo brasileiro enquanto um movimento social. Partindo do princípio de que o movimento feminista brasileiro, não acontece isolado, alheio ao contexto mundial e por isso, estabelece laços e relações com o feminismo latino-americano e com as novas dinâmicas atualmente, presentes em contextos mais amplos, supranacionais.

## **2 OBJETIVO**

Estudar o contexto histórico para implantação da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher no Brasil.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Revisão de literatura:**

Consideram-se como referencial para a estruturação da presente revisão os passos propostos por Gil (1999).

#### **Formulação da pergunta:**

Que fatores contribuíram para implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher no Brasil?

#### **Localização e seleção dos estudos:**

Foram considerados o estudo de publicações nacionais e periódicos indexados, impressos e virtuais, específicas da área (livros, monografias e artigos) e em base de dados eletrônicos como *Google* acadêmico e *Scielo*.

**Período:** 1996-2009

#### **Coleta de dados:**

Foram coletados dados relativos a Políticas de Saúde da Mulher e a implantação dessa Política de Saúde no Brasil. Descritores: saúde da mulher, política nacional, evolução.

#### **Análise e apresentação de dados:**

Resgate histórico das relações de gênero no Brasil;

O movimento feminista no Brasil;

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

#### 4 RESGATE HISTÓRICO DAS RELAÇÕES DE GÊNERO NO BRASIL

Compreender as relações de gênero que se processaram no Brasil somente é possível caso se remonte ao período colonial. Este período foi caracterizado fortemente pela monocultura e pela grande apropriação de terra nas mãos de poucos. O proprietário das terras era considerado o grande senhor, onde todas as coisas materiais e humanas como escravos e família tinham o seu total poder. Neste sentido, o latifúndio colonial foi o grande incentivador do aparecimento e da manutenção da família patriarcal (BARBOSA, 2006).

Nesta época, a esposa era considerada propriedade do marido e os filhos homens eram priorizados em detrimento das filhas mulheres, pois eram os autênticos herdeiros das atividades agrícolas. As meninas tinham seu destino predeterminado a serem esposas fiéis e mães zelosas. Seus conhecimentos restringiam-se apenas a arte da renda, do bordado e da costura. Saber ler e escrever eram privilégios de pouquíssimas. Sua existência passava-se entre o oratório e os cuidados domésticos. Sua vida pública resumia-se a ir à igreja rezar (BARROS, 2007).

A Igreja tornava-se o espaço de desenvolvimento de relações sociais, tirando as mulheres da monótona rotina da Casa Grande (residência do proprietário das terras). Era na igreja onde ocorriam encontros, reuniões e até namoros. Os casamentos, entretanto, eram realizados, na maioria dos casos, por determinação dos pais que privilegiavam o fator econômico do pretendente como forma de garantia do futuro da filha (BARBOSA, 2006).

Qualitativamente, a situação feminina só veio melhorar com a vinda da família Real para o Brasil. Nesta época, os grandes saraus e bailes, inicialmente restritos somente aos homens, passaram a dar acesso às mulheres. As mulheres passaram a ser estimuladas a aprender a dançar, tocar piano. A alfabetização passou a ser popularizada na elite da sociedade, pois era necessário saber ler os grandes romances e poesias da época (COELHO, 2006).

Inicialmente, a educação era dada nas próprias residências por professoras de origem européia, depois foram criadas as escolas elementares que eram exclusivas das meninas e das moças e ministradas apenas por mulheres. A educação escolar oferecida aos homens e mulheres, entretanto, não era a mesma. Havia uma notória diferença entre o ensino oferecido aos meninos e às meninas.

Na época, o argumento utilizado fundamentava-se nas diferenças biológicas. Homens e mulheres possuíam tamanhos de cérebro diferentes. O cérebro feminino era atrofiado, e por isso elas eram menos inteligentes, necessitando ter conhecimentos superficiais que exigissem pouco do seu raciocínio (COELHO, 2006).

O preconceito era tão grande que havia o pensamento de que o desenvolvimento do cérebro da mulher acarretava em atrofia do útero. Mulheres emancipadas eram condenadas e taxadas de doentes. O enfoque da educação era de cunho moral-religioso, pois era isso que sua função de mãe e esposa lhe exigia. A mulher não poderia exercer qualquer tipo de atividade sem a permissão do marido e só poderia tornar-se chefe de família se o marido não tivesse com suas plenas faculdades mentais, desaparecesse ou estivesse preso por mais de dois anos (BARBOSA, 2006).

A primeira mulher brasileira a defender publicamente a emancipação feminina foi a norte-riograndense Nísia Floresta Augusta Brasileira, autora do livro *Direito das Mulheres, Injustiça dos Homens* lançado em 1832. Somente no século XIX é que vão surgir as primeiras organizações de mulheres lutando pelos direitos à instrução, ao trabalho e a participação na vida pública com as mesmas condições de igualdade do homem (BARBOSA, 2006).

Na Assembléia Constituinte de 1891 foi debatido, pela primeira vez, o sufrágio feminino. Mas foi a partir do século XX, com o processo industrial brasileiro, que a mulher passou a se inserir no mercado de trabalho como secretárias, enfermeiras, professoras e em indústrias, nas piores condições possíveis (BARBOSA, 2006).

Além da diferença de salários, as operárias ainda sofriam o assédio sexual. Muitas eram estupradas e até levadas à prostituição por seus superiores. Por isso, o movimento feminista lutava e reivindicavam instrução da classe operária e, principalmente da mulher, pois viam nela o veículo de formação do novo homem, e por consequência da nova sociedade, a sociedade democrática (BARROS, 2007).

Enfatiza-se assim, a relevância das constantes lutas defrontadas pelo movimento feminista, que nos primeiros anos do século passado, tornou-se não apenas forte como também muito respeitado. Cada vez mais mulheres reivindicavam a igualdade de direitos. E o voto era para elas o símbolo máximo dessa igualdade. Em 1910 é fundado o Partido Republicano Feminino que, presidido por Leolinda

Daltro, defendia publicamente a abertura dos cargos públicos às mulheres (BARROS, 2007).

Com a explosão da I Guerra Mundial, em 1914, intensifica-se a luta pelo sufrágio, e introduzindo-se ainda mais a mulher no mercado de trabalho devido ao receio governamental de cortes em gastos públicos e cargos governamentais. Em 1927, com a eleição de Juvenal Lamartine para Presidente do Rio Grande do Norte, torna-se igual, neste Estado, o direito de votar e ser votado para ambos os sexos, permitindo que na cidade de Lajes/RN fosse eleita a primeira prefeita da América do Sul: Alzira Soriano (CARLOTO, 2004).

O sufrágio alcançado pelos EUA e Inglaterra, refletiu positivamente no Brasil fazendo com que a sociedade brasileira percebesse que o voto feminino não alteraria as estruturas sociais e familiares, portanto, não oferecia grandes riscos a estrutura vigente do país. Todavia, o direito ao voto só vem em 1932, aprovado pela Constituição de 34 que afirmava que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de sexo”. Somente em 42, em consequência da Segunda Guerra Mundial é que as mulheres passaram a trabalhar livremente sem a necessidade da autorização do esposo, porém o marido poderia impedi-la de trabalhar, se julgasse como prejudicial aos vínculos familiares ou constituísse perigo as condições peculiares das mulheres (CARLOTO, 2004).

O período pós-guerra foi caracterizado pelo aumento de atividades relativas às conquistas de liberdades democráticas sendo em 1967, elaborada a primeira Constituição após a Declaração Universal dos Direitos Humanos, onde é fixado expressamente o preceito que garante a igualdade legal, sem distinção de sexo (COELHO, 2006).

No Brasil, a década de setenta constituiu um marco para o movimento de mulheres no Brasil, apesar da ditadura política, aonde as mulheres vão às ruas reivindicando a redemocratização do país e a melhoria nas condições de vida e de trabalho da população brasileira. Em 1975, comemora-se, em todo o planeta, o Ano Internacional da Mulher e realiza-se a I Conferência Mundial da Mulher, promovida pela Organização das Nações Unidas – ONU, instituindo-se a Década da Mulher (CARLOTO, 2004).

Em fins dos anos setenta e durante a década de oitenta, o movimento se amplia e se diversifica, ocupando os espaços políticos, sindicatos e associações de bairro. A pressão das mulheres faz com que o Estado Brasileiro e os governos em

nível federal e estadual acolham propostas do movimento feminista na Constituição Federal elaborando políticas públicas voltadas para o enfrentamento e superação das desigualdades, discriminações e opressões vivenciadas pelas mulheres (COELHO, 2006).

Nos anos noventa, o movimento social de mulheres é ampliado e surgem inúmeras organizações não-governamentais (ONGs) defendendo seus direitos, além de uma imensa quantidade e pluralidade de projetos, estratégias, temáticas e formas organizacional. O início do século XXI chega caracterizado pelo desemprego e pela crise econômica provocando perdas de conquistas elementares que são apontados como fortes fatores de desmobilização social e descrença em grandes manifestações populares. Apesar da mulher estar participando ativamente no mercado de trabalho as relações sociais ainda são marcadas por desigualdades atribuídas ao sexo. A diferença salarial entre homens e mulheres que exercem a mesma função é cada vez maior no País (CARLOTO, 2004).

Os movimentos sociais, atualmente, vêm assumindo uma nova feição, principalmente os movimentos feministas (que não são significam que são compostos apenas por mulheres) que se tornaram mais atuantes e questionadores dos paradigmas sociais vigentes identificando formas de opressão que transcendem as relações de produção e abrangem questões mais amplas como étnicas, raciais, de homossexuais, meio ambiente, qualidade de vida, cultura patriarcal (COELHO, 2006).

## 5 O MOVIMENTO FEMINISTA NO BRASIL

O feminismo brasileiro, e também o mundial, de fato mudou, e não mudou somente em relação àquele movimento sufragista, emancipacionista do século XIX, mas também em relação aos anos 60, 70, até mesmo 80 e 90. Na verdade, vem mudando cotidianamente, a cada enfrentamento, a cada conquista, a cada nova demanda, em uma dinâmica impossível de ser acompanhada por quem não vivencia suas entranhas. No movimento feminista a dialética viaja na velocidade da luz (CECIM, 2007).

O feminismo ressurgiu no contexto dos movimentos contestatórios dos anos 60, em torno da afirmação de que o “pessoal é político”, pensado não apenas como uma bandeira de luta mobilizadora, mas como um questionamento profundo dos parâmetros conceituais do político. Vai, portanto, romper com os limites do conceito de político, até então identificado pela teoria política com o âmbito da esfera pública e das relações sociais que aí acontecem. Isto é, no campo da política que é entendida aqui como o uso limitado do poder social. Ao afirmar que “o pessoal é político”, o feminismo trás para o espaço da discussão política as questões até então vistas e tratadas como específicas do privado, quebrando a dicotomia público-privado base de todo o pensamento liberal sobre as especificidades da política e do poder político (COELHO, 2006).

O movimento resignificou o poder político e a forma de entender a política ao colocar novos espaços no privado e no doméstico. Sua força está em recolocar a forma de entender a política e o poder, de questionar o conteúdo formal que se atribuiu ao poder as formas em que é exercido. Distingue-se dos outros movimentos de mulheres por defender os interesses de gênero das mulheres, por questionar os sistemas culturais e políticos construídos a partir dos papéis de gênero historicamente atribuídos às mulheres, pela definição da sua autonomia em relação a outros movimentos, organizações e o Estado e pelo princípio organizativo da horizontalidade, isto é, da não existência de esferas de decisões hierarquizadas (LOPES, 1996).

Esse momento do feminismo nasce na América Latina nos anos 70 em meio ao autoritarismo e a repressão dos regimes militares dominantes e das falsas democracias claramente autoritárias. Surge como consequência da resistência das mulheres à ditadura militar, por conseguinte, intrinsecamente ligado aos movimentos

de oposição que lhe deram uma especificidade determinante, sob o impacto do movimento feminista internacional e como consequência do processo de modernização que implicou em uma maior incorporação das mulheres no mercado de trabalho e a ampliação do sistema educacional (COELHO, 2006).

Álvares (1994) destaca nesse processo de transição o intenso labor que as feministas enfrentaram ao serem obrigadas constantemente a lidar com a discriminação, a repensar sua relação com os partidos políticos dominados pelos homens, com a igreja progressista, com um Estado patriarcal, capitalista e racista.

Essa experiência teve como consequência as múltiplas tensões que caracterizaram as vezes tortuosas relações do feminismo brasileiro com a esquerda, com os setores progressistas da Igreja Católica em vários momentos da luta política. Essa tensão não foi uma especificidade do feminismo brasileiro, a consciência feminista latino-americana foi alimentada pelas múltiplas contradições experimentadas pelas mulheres atuantes nos movimentos guerrilheiros ou nas organizações políticas, por aquelas que foram obrigadas a exilar-se, que participaram do movimento estudantil, das organizações acadêmicas politizadas e dos partidos políticos progressistas (LOPES, 1996).

Apesar das feministas latino-americanas romperem com as organizações de esquerdas em termos organizativos, mantiveram seus vínculos ideológicos e seu compromisso com uma mudança radical das relações sociais de produção, ao tempo que continuavam lutando contra o sexismo dentro da esquerda (LOPES, 1996). Esta prática as distinguia do feminismo europeu e norte-americano, dando-lhes como característica especial o interesse em promover um projeto mais amplo de reforma social dentro do qual se realizavam os direitos da mulher e formas organizativas que possibilitavam o envolvimento de setores populares (GIFFIN, 2002).

Em 1975, como parte das comemorações do Ano Internacional da Mulher, promovido pela Organização das Nações Unidas foram realizadas várias atividades públicas em São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte, reunindo mulheres interessadas em discutir a condição feminina em nossa sociedade, a luz das propostas do "novo" movimento feminista que neste momento se desenvolvia na Europa e Estados Unidos. O patrocínio da ONU e um clima de relativa distensão política do regime permitiam as mulheres organizarem-se publicamente por primeira vez desde as mobilizações dos anos 1967-68 (LOPES, 1996).

A partir daí surgem novos grupos de mulheres em todo o país, nos quais o princípio da autonomia foi um dos pontos de controvérsias no enfrentamento, inevitável, com os grupos políticos e, em particular, com as organizações de esquerda. Ainda em 1975 é criado o jornal Brasil Mulher em Londrina, no Estado do Paraná, ligado ao Movimento Feminino pela Anistia. Já no começo de 1976, surge o Nós Mulheres que desde seu primeiro número é auto-identificado como feminista.

Segundo Martins (1994) nos anos seguintes o movimento social de resistência ao regime militar seguiu ampliando-se, novos movimentos de liberação se uniram as feministas para proclamar seus direitos específicos dentro da luta geral, a exemplo dos negros, os homossexuais. Muitos grupos populares de mulheres vinculadas às associações de moradores, clubes de mães, começaram a enfocar temas ligados a especificidades de gênero, tais como creches, trabalho doméstico. O movimento feminista se proliferou através de novos grupos em todas as grandes cidades brasileiras e assume novas bandeiras como os direitos reprodutivos, o combate à violência contra a mulher, a sexualidade.

A questão da autonomia foi um eixo conflitante e definidor do feminismo nos anos 70. Uma autonomia em termos organizativos e ideológicos frente aos partidos políticos e outras organizações. A defesa da autonomia como um princípio organizativo do feminismo não implicava em uma prática defensiva ou isolacionista que impedisse a articulação com outros movimentos sociais que compartilhassem identidades, apenas a definição de um espaço autônomo para articulação, troca, reflexão, definição de estratégias (MARTINS, 2004).

Os anos oitenta trouxeram novos dilemas ao movimento feminista. O avanço do movimento fez do eleitorado feminino um alvo do interesse partidário e de seus candidatos, que começaram a incorporar as demandas das mulheres aos seus programas e plataformas eleitorais, a criar Departamentos Femininos dentro das suas estruturas partidárias. Até o principal partido da direita, o PDS, criou seu Comitê Feminino (LOPES, 1996).

Até então, a perspectiva de relação com o Estado no projeto de transformação feminista não se havia colocado. A eleição de partidos políticos de oposição para alguns governos estaduais e municipais forçou as feministas a repensarem sua posição frente ao Estado na medida em que a possibilidade de avançar em termos de política feminista era uma realidade. Nos dois primeiros anos (1980-82) as velhas divisões políticas e partidárias voltaram a cena. A vitória do

PMDB para o governo de São Paulo garantiu a criação do primeiro mecanismo de estado no Brasil voltado para a implementação de políticas para mulheres, o Conselho Estadual da Condição Feminina, criado em abril de 1983 (LOPES, 1996).

A atuação do feminismo a nível institucional, isto é, na relação com o estado, nesse e em outros momentos, não foi um processo fácil de ser assimilado no interior de movimento. A participação nos conselhos e, em especial, no Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), foi uma questão polemica que incitou os ânimos no VII Encontro Nacional Feminista, realizado em 1985, em Belo Horizonte. A perspectiva de atuar no âmbito do estado representava para muitas mulheres, uma brecha na luta pela autonomia do movimento feminista (LOPES, 1996).

Porém, as feministas não podiam deixar de reconhecer a capacidade do estado moderno para influenciar a sociedade como um todo, não só de forma coercitiva com medidas punitivas, mas através das leis, de políticas sociais e econômicas, de ações de bem estar, de mecanismos reguladores da cultura e comunicação públicas, portanto um aliado fundamental na transformação da condição feminina (MARTINS, 2004).

Também não poderiam deixar de reconhecer os limites da política feminista no sentido da mudança de mentalidades sem acesso a mecanismos mais amplos de comunicação e tendo que enfrentar a resistência constante de um aparelho patriarcal como o Estado. Caberia, ao feminismo, enquanto um movimento social organizado, articulado com outros setores da sociedade brasileira, pressionar, fiscalizar e buscar influenciar esse aparelho, através dos seus diversos organismos, para a definição de metas sociais adequadas aos interesses femininos e o desenvolvimento de políticas sociais que garantissem a equidade de gênero (GIFFIN, 2002).

E é exatamente essa perspectiva que norteará a atuação do movimento em relação ao CNDM, criado a partir de uma articulação entre as feministas do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) e o presidente Tancredo Neves no processo de transição. Graças a atuação direta de algumas feministas nas esferas de decisão e planejamento, logo o CNDM de fato se transformou em um organismo estatal responsável de elaborar e propor políticas especiais para as mulheres, e, contrariando o temor de muitas feministas, se destacou na luta pelo fortalecimento e respeito à autonomia do movimento de mulheres, o que lhe garantiu o reconhecimento de toda a sociedade (GIFFIN, 2002).

No período da Assembléia Nacional Constituinte, conjuntamente com o movimento feminista autônomo e outras organizações do movimento de mulheres de todo o país, o CNDM conduziu a campanha nacional “Constituinte pra valer tem que ter palavra de mulher” com o objetivo de articular as demandas das mulheres. Foram realizados eventos em todo o país e posteriormente as propostas regionais foram sistematizadas em um encontro nacional com a participação de duas mil mulheres. Estas demandas foram apresentadas a sociedade civil e aos constituintes através da “Carta das Mulheres à Assembléia Constituinte” (LOPES, 1996).

Através de uma ação direta de convencimento dos parlamentares, que ficou identificado na imprensa como o “lobby do batom”, o movimento feminista conseguiu aprovar em torno de 80% de suas demandas, se constituindo no setor organizado da sociedade civil que mais vitórias conquistou. A novidade desse processo foi a atuação conjunta da chamada “bancada feminina”. Atuando como um verdadeiro “bloco de gênero”, as deputadas constituintes, independente de sua filiação partidária e dos seus distintos matizes políticos, superando suas divergências ideológicas, apresentaram em bloco, a maioria das propostas de forma suprapartidária, garantindo assim a aprovação das demandas do movimento (GIFFIN, 2002).

Essa articulação do CNDM, movimento feminista e bancada feminina, através do “lobby do batom” representou uma quebra nos tradicionais modelos de representação vigentes até então no país, na medida em que o próprio movimento defendeu e articulou seus interesses no espaço legislativo sem a intermediação dos partidos políticos. Pinotti (1994) explicita muito bem esse quadro ao afirmar:

A presença constante das feministas no cenário da Constituinte e a conseqüente ‘conversão’ da bancada feminina apontam para formas de participação distintas da exercida pelo voto, formas estas que não podem ser ignoradas e que talvez constituam a forma mais acessível de participação política das feministas. Este tipo de ação política, própria dos movimentos sociais, não passa pela representação. Constitui-se em pressão organizada, tem tido retornos significativos em momentos de mobilização e pode ser entendida como uma resposta à falência do sistema partidário como espaço de participação.

A década de noventa se inicia em uma situação de fragilidade dos organismos de governo para mulheres, bloqueados pelo clima conservador dominante no estado e o descrédito no movimento autônomo. Os conselhos existentes trabalhavam em condições precárias, isolados do movimento e

desprestigiados no âmbito governamental. Algumas feministas, muitas delas funcionárias desses organismos nos anos 80, criam organizações não governamentais, as chamadas “ONGs feministas”, que passam a assumir de forma especializada e profissionalizada a pressão junto ao Estado, buscando influenciar nas políticas públicas. Multiplicaram-se as várias modalidades de organizações e identidades feministas (MARTINS, 2004).

As mulheres pobres articuladas nos bairros através das associações de moradores, as operárias através dos departamentos femininos de seus sindicatos e centrais sindicais, as trabalhadoras rurais através de suas várias organizações começaram a auto-identificar-se com o feminismo, o chamado feminismo popular. As organizações feministas de mulheres negras seguem crescendo e ampliando a agenda política feminista e os parâmetros da própria luta feminista. Esse crescimento do feminismo popular trás como consequência fundamental, a diluição das barreiras e resistências ideológicas para com o feminismo. Essa diversidade que assumiu o feminismo brasileiro esteve muito presente nos preparativos da Quarta Conferencia Mundial sobre a Mulher realizada em setembro de 1995 em Beijing/China, ao incorporar amplos setores do movimento de mulheres (MARTINS, 2004).

O processo preparatório para Beijing trouxe novas energias ao movimento feminista brasileiro, estimulou o surgimento de novas articulações locais, novos grupos ou setores/departamentos em entidades de classe etc. Foram realizados eventos em 25 dos 26 estados brasileiros, envolvendo mais de 800 organizações de mulheres e cerca de 4000 representantes estaduais (LOPES, 1996).

No campo estatal essa articulação conseguiu avanços importantíssimos. A revelia do CNDM, nesse momento em mãos de setores conservadores, as feministas conseguiram, através de importante atuação junto ao Ministério de Relações Exteriores (MRE), órgão responsável pela elaboração do informe do governo brasileiro, estabelecer por primeira vez na historia do país uma dinâmica de participação e consulta ampla na elaboração do documento oficial. Para tanto, o MRE criou um grupo de trabalho com destacadas feministas acadêmicas responsáveis pela elaboração do informe e integrou dezenas de militantes através dos seminários temáticos de discussão, onde muitas das recomendações apresentadas pelo movimento foram incorporadas ao documento oficial. Essa articulação não só garantiu a apresentação por parte do governo brasileiro de um

documento representativo, mas também a aprovação da Plataforma de Beijing pelo governo brasileiro, sem ressalvas e em especial, a partir daí, uma melhor assimilação das demandas das mulheres por parte dos organismos do governo federal (COSTA, 2007).

Os referidos autores ainda esclarecem que a herança do processo de Beijing foi fundamental nos anos seguintes para a manutenção e ampliação do movimento, no Brasil e nos outros países latino-americanos, onde todas as atividades políticas e organizativas estiveram voltadas para a conquista de políticas públicas, a ampliação das ações afirmativas, o aprimoramento da legislação de proteção a mulher e a avaliação e monitoramento da implantação dessas políticas e dos acordos firmados no campo internacional pelos governos locais, portanto com constante interlocução e articulação com o Estado.

Além desse avanço em termos de mobilização e organização, o processo de Beijing representou para o movimento feminista brasileiro um aprofundamento maior da articulação com o feminismo latino-americano em termos de atuação conjunta. Apesar de ser a primeira vez que as mulheres latino-americanas participaram em uma reunião cumbre mundial com uma rede regional organizada e integrada, a experiência do feminismo latino-americano, desde seu início, é de vivência de uma dinâmica transnacional, através de redes formais e informais, e em especial através dos Encontros Feministas Latino-americanos e do Caribe realizados desde 1981, inicialmente a cada dois anos e posteriormente a cada três anos. Nestes encontros se expressam os avanços feministas, os conflitos, novos dilemas, novas perspectivas, as trocas de experiência (COSTA, 2007).

Em 2000 na perspectiva da proximidade das eleições presidenciais, alguns setores do feminismo brasileiro começam a tomar consciência da necessidade de uma atuação conjunta e articulada no sentido de garantir um compromisso por parte dos candidatos com as demandas das mulheres. Essa proposta toma corpo por ocasião do II Fórum Social Mundial realizado em Porto Alegre em fins de janeiro de 2002 com a adesão de várias organizações e redes feministas. Entre março e maio daquele ano foram realizadas 26 Conferências Estaduais. Mais de 5.000 ativistas dos movimentos de mulheres de todo o país participaram dos debates com o objetivo de construir uma Plataforma Política Feminista. Em junho foi realizada em Brasília a Conferência Nacional de Mulheres

Brasileiras com a participação de 2000 mulheres delegadas das conferências estaduais e representantes das redes nacionais (TANEZIN, 2007).

Paralelamente (e articulado) a esse processo de construção da Plataforma Política Feminista algumas ONGs feministas, coordenadas pela AGENDE e CLADEM/Brasil desenvolviam um processo de monitoramento da ratificação do Protocolo Facultativo da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, a CEDAW, pelo governo brasileiro, como parte da Campanha Mundial, acrescenta Tanezin (2007).

Atendendo a uma prática do Comitê CEDAW, o movimento, através de uma ação coordenada pelas duas ONGs, pontos focais da Campanha no Brasil, envolvendo 13 redes nacionais que englobam mais de 400 entidades, elaboram o Relatório Alternativo com o objetivo de subsidiar o novo governo. Graças à contribuição desse relatório e da atuação direta de representantes das redes participantes durante a 29ª. Sessão do Comitê CEDAW, realizado em julho de 2003, o referido Comitê apresentou uma série de recomendações ao governo brasileiro no cumprimento da convenção (TANEZIN, 2007).

Foi esse entendimento que levou recentemente o movimento de mulheres brasileiras, e como parte dele, o movimento feminista, a responder positivamente a convocatória governamental, através da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, para a realização da I Conferência Nacional de Políticas Públicas para Mulheres, em julho de 2004, com o objetivo de definir diretrizes para a fundamentação do Plano Nacional de Políticas para Mulheres (TANEZIN, 2007).

Calcula-se que aproximadamente 500 mil mulheres participaram de todo o processo nos âmbitos municipal, estadual e federal. Um total de 14.050 mulheres participaram na qualidade de delegadas nas 27 Conferências Estaduais realizadas no país durante os meses de maio e junho, das quais 2000 foram indicadas como delegadas na I Conferência Nacional de Políticas Públicas para Mulheres, realizada em 14 e 15 de julho (MARTINS, 2004)

O movimento feminista brasileiro, enquanto um “novo” movimento social, extrapolou os limites do seu status e do próprio conceito. Foi mais além da demanda e da pressão política na defesa de seus interesses específicos. Entrou no Estado, interagiu com ele e ao mesmo tempo conseguiu permanecer como movimento autônomo. Através dos espaços aí conquistados (conselhos, secretarias, coordenadorias, ministérios, etc., elaborou e executou políticas. No espaço do

movimento, reivindica, propõe, pressiona, monitora a atuação do Estado, não só com vistas a garantir o atendimento de suas demandas, mas acompanhar a forma como estão sendo atendidas (SILVER, 1999).

O resultado da I Conferencia Nacional de Políticas para Mulheres é a demonstração da força, da capacidade de mobilização e articulação de novas alianças em torno de propostas transformadoras, não só da condição feminina, mas de toda a sociedade brasileira (RAGO, 1998).

Até chegar aí foi um longo e, muitas vezes, tortuoso caminho de mudanças, dilemas, enfrentamentos, ajustes, derrotas e também vitórias. O feminismo enfrentou o autoritarismo da ditadura militar construindo novos espaços públicos democráticos ao mesmo tempo em que se rebelava contra o autoritarismo patriarcal presente na família, na escola, nos espaços de trabalho, também no Estado; descobriu que não era impossível manter a autonomia ideológica e organizativa e interagir com os partidos políticos, com os sindicatos, com outros movimentos sociais, com o Estado e até mesmo com organismos supranacionais, rompeu fronteiras, criando novos espaços de interlocução e atuação, em especial, possibilitando o florescer de novas práticas, novas iniciativas e identidades feministas (SCHRAIBER, 1999).

Mas esse não é o ponto final do movimento, a cada vitória surgem novas demandas e novos enfrentamentos. O feminismo está longe de ser um consenso na sociedade brasileira, a implantação de políticas especiais para mulheres enfrentam ainda hoje resistências culturais e políticas. Analisar, entender e em especial dar respostas a estas resistências é um desafio que o movimento feminista brasileiro continuará ainda enfrentando.

## 6 A POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (PAISM)

Em 21 de junho de 1983, o então Ministro da Saúde Waldyr Arcoverde apresentou a proposta de criação do PAISM (OSIS, 1994). A proposta levada pelo ministro à CPI fora preparada por uma comissão especialmente convocada pelo Ministério da Saúde (MS) para a redação do Programa, constituída por três médicos e uma socióloga: Ana Maria Costa, da equipe do MS e fortemente identificada com o movimento de mulheres; Maria da Graça Ohana, socióloga da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI); Anibal Faúndes e Osvaldo Grassioto, ginecologistas e professores do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), indicados pelo Dr. José Aristodemo Pinotti, chefe daquele departamento (SOBRINHO, 1993).

O trabalho dessa equipe consistiu em definir normas programáticas, especificando quais seriam as bases doutrinárias do programa que se estava propondo, e normas técnicas, descrevendo e especificando os diversos procedimentos médicos que seriam adotados. A sua missão incluía a necessidade de apresentar um programa que se justificasse também filosoficamente perante a sociedade em geral, atendendo os anseios que estavam se evidenciando, e que fosse considerado tecnicamente correto, dispensando grandes reformulações. Tudo indicava que o ministério desejava que o programa causasse um impacto positivo e pudesse ter sua implantação iniciada imediatamente e de forma satisfatória (OSIS, 1994).

O Ministério da Saúde divulgou oficialmente o PAISM em 1984, através do documento preparado pela referida comissão: "Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática". Para estabelecer sua proposta, o ministério partia da constatação de que o cuidado da saúde da mulher pelo sistema de saúde, até então, limitava-se ao ciclo gravídico-puerperal. E, mesmo aí, era deficiente. Considerava-se esse quadro agravado face à "[...] crescente presença da mulher na força de trabalho, além do seu papel fundamental no núcleo familiar" (BRASIL, 1984).

O texto em questão salientava que o governo estava procurando agilizar a atenção à saúde da população em geral, atuando em duas frentes: "expandir e consolidar a rede de serviços básicos de prestação de Ações Integrais de Saúde (AIS); enfatizar atividades-chave, identificadas por critérios epidemiológicos, pelo

seu impacto e transcendência". Entre essas atividades, estavam aquelas voltadas para o grupo materno-infantil, sobre as quais, o Ministério da Saúde discorre:

[...] 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 (BRASIL, 1984).

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

Ainda a título de diretrizes gerais, o documento em questão dedicava dois itens ao planejamento familiar. Primeiramente, situavam-se as atividades voltadas à regulação da fecundidade como complementares no elenco de ações de saúde materno-infantil, esclarecendo que as motivações do Ministério da Saúde para agir nessa área baseavam-se

[...] 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, traduzidos no risco gravídico. Enfatizava-se também que as atividades de planejamento familiar estavam desvinculadas "... de qualquer caráter coercitivo para as famílias que venham a utilizá-las". Finalmente, ainda em relação ao planejamento familiar, salientava-se a necessidade de não se vincular a adoção dessas atividades à solução dos problemas sociais e econômicos do país [...] e nem ter ignorada a sua inegável interface com o setor saúde.

Enfim, a postura do PAISM nessa área seria uma ressonância daquela colocada pelo Brasil na Conferência Mundial de População de Bucareste, em 1974. Ou seja, ao Estado caberia proporcionar meios e informações para que todos os brasileiros pudessem planejar suas famílias (OSIS, 1994).

O documento do Ministério incluía também uma breve descrição dos diversos procedimentos a serem aplicados na AISM e esboçava as estratégias para a implantação do Programa. A idéia geral era viabilizar a rede básica de serviços

pela integração, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde. Além disso, estabelecia-se que todas as atividades previstas no PAISM deveriam ser adotadas em conjunto. Entretanto, uma vez que algumas ações - como as relativas ao pré-natal - já se achavam incorporadas ao atendimento da rede de saúde, o início da implementação poderia se dar pelo investimento na melhoria dessas ações. Frisava-se, entretanto, que as atividades de concepção e contracepção *nunca* poderiam ser implementadas isoladamente, tampouco seriam aceitas em serviços em que os outros objetivos programáticos do PAISM não estivessem em desenvolvimento (OSIS, 1994).

O momento em que o PAISM foi lançado era de grande efervescência no Brasil, com intensa atuação de movimentos sociais e da sociedade civil, em geral, lutando pelo restabelecimento da democracia. Em decorrência disso, e considerando o conteúdo e os antecedentes do Programa, é possível observar que ele reuniu condições para se constituir em um evento socialmente relevante, um fato capaz de mobilizar muitos setores da sociedade para discuti-lo, aprovando-o ou não (ALVAREZ, 1990; CARDOSO, 1984; JACOBI, 1989).

Entre as reações mais favoráveis ao PAISM esteve a dos grupos organizados de mulheres em geral, que, logo de início, passaram a lutar pela implantação do Programa, considerando-o uma resposta satisfatória, naquele momento, às suas crescentes e expressivas demandas por uma atenção à saúde das mulheres não centralizada no cuidado materno-infantil, especialmente desvinculada do controle da reprodução (BARROSO, 1984a,b; COSTA, 1992; CORREA, 1993).

Essa reação pode ser constatada, por exemplo, através de documentos produzidos em reuniões promovidas pelo movimento de mulheres como a Carta de Itapeirica, produzida a partir de um encontro de mulheres acontecido em outubro de 1984 (LABRA, 1989). Nesse documento, a partir do diagnóstico de que as condições de saúde da mulher no Brasil eram precárias, reivindicava-se um programa integral, que atendesse às mulheres desde a infância até a velhice, incluindo a saúde mental e as doenças causadas pelo trabalho dentro e fora de casa. Esse programa deveria ter a preocupação de integrar prevenção e cura. Nesse sentido, entre os encaminhamentos propostos pelo grupo reunido, enfatizou-se que fosse incentivado o controle popular na implantação do PAISM (BARROSO, 1984a).

Quanto às relações do PAISM com a discussão sobre planejamento familiar/controlado da natalidade, os artigos em questão não revelavam uma preocupação expressiva com elas. Parece claro para as articulistas, em especial para Barroso (1984a), que a inclusão das atividades de anticoncepção atendia a um anseio das próprias mulheres brasileiras, e não tinha sido recebida por elas com desconfiança. Não se ignorava, porém, a possibilidade de existirem intenções ocultas na adoção do PAISM, mas Barroso considerava isso superável diante do conteúdo e da filosofia do Programa. A seu ver, ele não representava perigo de coerção, uma vez que as atividades de anticoncepção nele previstas estavam condicionadas à sua inserção no conjunto mais amplo das ações voltadas à atenção integral à saúde da mulher.

Os argumentos colocados por Barroso (1984a) refletiam a postura dos movimentos de mulheres em torno do direito à anticoncepção. Durante a década de 70, a posição de tais movimentos esteve marcada pelo combate à idéia de planejamento familiar presente na atuação da BEMFAM, de que a pobreza somente seria superada se os brasileiros tivessem menos filhos, afirmam Sobrinho (1993); Rocha (1993).

Logo nos primeiros anos da década de 80, os movimentos de mulheres passaram a colocar a questão em outros termos, deslocando o eixo da discussão para situar a anticoncepção no contexto da atenção integral à saúde. Os movimentos intensificavam, então, o questionamento acerca de qual tipo de atendimento à saúde as mulheres precisavam e queriam receber. As reivindicações eram feitas justamente a partir da queixa de que, em geral, os médicos encaravam as mulheres principalmente, quando não apenas, como úteros gravídicos (OSIS, 1994).

Diante do exposto, é possível depreender que o lançamento do PAISM teve um amplo significado social, constituindo-se em elemento catalisador de debates, bastante importantes naquele momento histórico de democratização da sociedade brasileira. Parece evidente que o ponto crucial do conteúdo do PAISM foi mesmo a inclusão da anticoncepção como uma das atividades da assistência integral à saúde da mulher. Isto porque essa inclusão se contrapôs à abordagem do planejamento familiar que era largamente praticada no país até então, norteadas pelas concepções disseminadas pela BEMFAM.

Por outro lado, o PAISM se insere no contexto das mudanças ocorridas nas políticas de saúde nos anos 80, decorrentes da intensa discussão que vinha se realizando desde os anos 70 sobre universalidade e integralidade, no âmbito do Movimento Sanitário. Tais mudanças aconteceram à medida que, paulatinamente, foram se incorporando os conceitos de universalidade e integralidade às políticas públicas na área da saúde. O Plano Prev-Saúde, lançado em 1980, mas que nunca chegou a ser implementado, incluía as principais teses de descentralização, hierarquização e regionalização da atenção à saúde, oriundas do Movimento Sanitário (TEIXEIRA, 1989).

Os conteúdos da assistência integral à saúde da mulher foram desenvolvidos através de atividades de assistência clínico-ginecológica, assistência pré-natal e assistência ao parto e puerpério imediato. Por assistência clínico-ginecológica, o Ministério da Saúde esclarece que compreende

[...] o conjunto de ações e procedimentos voltados para a identificação, diagnósticos e tratamento das patologias sistêmicas e das patologias do aparelho reprodutivo, inclusive a prevenção do câncer de colo uterino e mama, e orientação sobre planejamento familiar (BRASIL, 2007).

### **6.1 Implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da Mulher (PNAISM)**

Com o objetivo de consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, o Ministério da Saúde publicou, em 2004, A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que incorporou, em um enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores. As ações de saúde propostas enfatizam “[...] a melhoria da atenção obstétrica; o planejamento familiar; a atenção ao abortamento o combate à violência doméstica e sexual e o cuidado à saúde da adolescente e da mulher no climatério” (CECIM, 2007).

Segundo Coelho (2006) esta política agregou, também:

A prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS; das portadoras de doenças crônicas não-transmissíveis incluindo saúde mental – e de câncer ginecológico. Além disso, ampliou as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas: lésbicas, mulheres negras, indígenas, residentes em zonas rurais e mulheres em situação de prisão, nas suas especificidades e necessidades. Esta política ainda propôs diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento, questões ainda pendentes na atenção à saúde das mulheres.

Diante do que se discutiu até aqui, não há como deixar de reconhecer a importância da política na abordagem à saúde reprodutiva no Brasil. A sua relevância fica clara ao se evidenciar o seu significado social, destacando-se a sua singularidade enquanto uma proposta de mudança na maneira como até então, a saúde das mulheres era tratada, bem como a incorporação em seu conteúdo dos princípios de integralidade e universalidade da atenção à saúde.

O conceito de atenção integral à saúde da mulher redimensiona o significado do corpo feminino no contexto social, expressando uma mudança de posição das mulheres. Ao situar a reprodução no contexto mais amplo de atenção à saúde da mulher vista como um todo, a política rompeu com a lógica que, desde há muito tempo, norteou as intervenções sobre o corpo das mulheres. No contexto desta política, as mulheres deixaram de ser vistas apenas como parideiras, e o cuidado de sua saúde não deveria mais restringir-se à atenção pré-natal, ao parto e puerpério.

Ravidran (1995) acrescenta que em conseqüência desse novo enfoque, as ações voltadas à regulação da fecundidade passaram a ser concebidas como parte da atenção completa à saúde que as mulheres deveriam receber, e não mais como fins em si mesmas. Nesse sentido, a política foi pioneira, inclusive no cenário mundial, “ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar”.

Embora a proposta original da política não explicitasse jamais a expressão "saúde reprodutiva", que seria conhecida internacionalmente apenas no final dos anos 80, sua concepção de atenção integral à saúde inclui plenamente a definição de saúde reprodutiva adotada pela Organização Mundial da Saúde em 1988, ampliada e consolidada no Cairo em 1994 e em Beijing em 1995 (ALCALÁ, 1995). Conseqüentemente, a adoção desta política representou, sem dúvida, um passo significativo em direção ao reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres, mesmo antes que essa expressão ganhasse os diversos foros internacionais de luta.

É verdade, porém, e não se pode deixar de registrar, que a implementação efetiva do PAISM em todo o território nacional não aconteceu. Dados disponíveis, por exemplo por Costa (1992); Hardy et al. (1991, 1993); Osis et al., (1990, 1993); Pinotti et al. (1990) apontam a morosidade, o descompasso entre a discussão, o planejamento e as medidas práticas, o que traduz a falta de compromisso político para com a implementação da política.

Entretanto, não se pode analisar tal fato de forma isolada e exclusiva. Vê-se a inoperância da política juntamente com o caos de todo o sistema público de saúde, que tem sido debatido exaustivamente nos dias atuais. A saúde das mulheres não é bem tratada, da mesma maneira que a saúde das crianças, dos homens, da população em geral, não recebe a atenção necessária nos serviços públicos. O SUS não consegue firmar-se em termos de resultados positivos e visíveis para a população em geral. A deterioração dos serviços públicos de saúde é generalizada, e a expectativa de melhora não parece próxima. Portanto, o que tem se passado não surpreende, embora deva ser lamentado pelo potencial de melhoria na atenção à saúde das mulheres que está sendo desperdiçado.

Apesar dessa situação, as concepções em que a política se sustenta sobreviveram ao tempo e à negligência do poder público em seu processo de implantação, e continuam a ser defendidas pelas pessoas genuinamente preocupadas com a saúde das mulheres. Justamente por sua força conceitual devem-se redobrar os esforços no sentido de pressionar o governo a efetivar a sua implementação em todo o país. Mais uma tarefa para as mulheres organizadas e, em geral, para todos os que se interessam em promover um atendimento de boa qualidade à saúde reprodutiva.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração de programas coerentes e corretamente formulados tanto do ponto de vista técnico quanto político, como é o caso atual do PAISM, por si só, não parece garantir o atendimento de qualidade à mulher. É importante destacar que muitos outros aspectos são necessários para que alcancem um resultado satisfatório, tais como: a melhoria gerencial dos serviços e a qualificação permanente dos profissionais de saúde.

Estes devem estar orientados a prestar uma assistência integral e humana, evitando a excessiva utilização de tecnologias médicas. A formação dos profissionais de saúde carece, na maioria dos casos, de conteúdos relacionados a aspectos não biológicos da saúde. No que se refere especificamente à formação médica, há pouca ou nenhuma incorporação de conhecimentos relacionados às ciências sociais e humanas que podem contribuir para a melhor contextualização e resolução dos problemas de saúde, exatamente como preconiza os princípios e a filosofia inserida no PAISM.

Para serem alcançados os princípios norteadores do PAISM, estes devem ser implementados desde a prática formadora. Não há programa, independente de sua excelência teórica e técnica, que consiga êxito em um contexto marcado por dificuldades em relação às mudanças estruturais e processuais necessárias e por profissionais de saúde com uma formação conceitual não consoante com os princípios da integralidade.

A implementação das políticas de atenção integral à saúde da mulher é um desafio para os gestores e profissionais inseridos no sistema de saúde. Essas políticas apresentam caráter contra-hegemônico à medida que introduzem conceitos de assistência à saúde que se contrapõem à maneira histórica de se compreender o processo saúde-doença: sexo x gênero, biologismo x holismo, integralidade x fragmentação.

A mudança de modelo de assistência não depende somente da construção de planos e programas. Faz-se necessária a incorporação dos princípios propostos na prática cotidiana dos serviços, que devem contar com suficientes recursos financeiros e com recursos humanos capacitados para executar esse novo modelo.

Esses desafios somente serão superados com a articulação dos diversos segmentos sociais envolvidos na questão. Governo, profissionais de saúde e usuárias precisam trabalhar de maneira solidária e colaborativa no desenvolvimento de estratégias que induzam a reorganização da atenção à saúde da mulher no sentido da integralidade e equidade.

Para enfrentar esta cultura machista e patriarcal são necessárias políticas públicas transversais que atuem modificando a discriminação e a incompreensão de que os Direitos das Mulheres são Direitos Humanos. Modificar a cultura da subordinação de gênero requer uma ação conjugada. Para isso é fundamental estabelecer uma articulação entre os programas dos Ministérios da Justiça, da Educação, da Saúde, do Planejamento e demais ministérios.

Políticas públicas transversais visando ao mesmo objetivo – a equidade entre homens e mulheres – constitui um caminho para alterar a violência em geral e de gênero em particular. A Secretaria dos Direitos da Mulher pode desempenhar este papel articulador, associando-se aos Conselhos ou Secretarias da Mulher em todos os Estados. Destaque-se, sobretudo, que um planejamento de políticas públicas transversais só funcionará com a total participação da sociedade civil.

As relações de gênero, compreendidas como construção social que define a identidade sexuada de homens e mulheres, são permeadas de poder e historicamente materializam-se desigualmente, subordinando e excluindo a maior parte desses sujeitos: as mulheres. Presumindo que essa constituição perpassa a ação desses sujeitos nos espaços e esferas públicas e privadas, privilegia-se, investigar esta construção a partir das ações e concepções dos sujeitos socialmente subordinados, verificando na sua organização política como são percebidas e construídas as relações de gênero.

Portanto, este trabalho enseja abrir um leque de novas investigações e discussões para que as mulheres brasileiras assumam a condição de construtoras de direitos, e especificamente de direitos sexuais e reprodutivos, pois isso significa romper com a tradição patriarcal e com a moral conservadora que coloca a sexualidade da mulher submissa à do homem e restrita à esfera da reprodução.

Não se pretende esgotar o tema, ao contrário, este trabalho de conclusão de curso é apenas mais uma abordagem que, entre outras, coloca o enfoque de gênero e integralidade na concepção e na formulação das políticas públicas em saúde e, também, na sua execução e avaliação, pois, em última instância, é nas

práticas cotidianas de saúde, do atendimento e do cuidado que elas se concretizam em direito e cidadania para milhões de homens e mulheres que chegam ao Sistema Único de Saúde em nosso País.

## REFERÊNCIAS

ALVAREZ, S. E., Engendering Democracy in Brazil. **Women's Movement in Transition Politics**. New Jersey: Princeton University Press, 1990.

BARBOSA, R. H. S. Humanização da assistência à saúde das mulheres: uma abordagem crítica de gênero. In: DESLANDES, Suely Ferreira (org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2006.

BARROS, M. E. B; BONALDI, C.; LOUZADA, A. P. F. Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth; MATTOS, Ruben A. de (org). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2007.

BARROSO, C., Saúde da mulher. **Folha de São Paulo**, 17 de outubro, 1984a.

\_\_\_\_\_. Saúde: o que querem as mulheres. **Folha de São Paulo**, 10 de dezembro, P.2

\_\_\_\_\_, O continuísmo, a saúde e o sexo forte. **Folha de São Paulo**, 3 de março, 1985.

\_\_\_\_\_, **O Impacto da crise sobre a saúde das mulheres pobres**. O Caso do Brasil. São Paulo: UNICEF/Fundação Carlos Chagas, 1986. Acesso em 10.maio. 2010.

BRASIL. IBGE. **Estimativas de população para o Brasil em 2003**. Brasília (DF): Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática**. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde, 1984.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde. Saúde e educação lançam programa para mudar o currículo de medicina. **Revista de Saúde Pública**, nº32, p. 375-8, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <HTTP:// conselho.saúde.gov.br/ultimas\_noticias/2007/ politica\_mulher.pdf>. Acesso em 15 maio 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório de gestão 2003 a 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília, 2007.

CANESQUI, A. M., A saúde da mulher em debate. **Revista Saúde em Debate** v.15, nº16, p. 29-36, 1984.

\_\_\_\_\_. **Assistência médica e à saúde e reprodução humana**. Campinas: NEPO, Universidade Estadual de Campinas, 1987.

CARDOSO, I., O programa de saúde que remete à questão do poder. **Folha de São Paulo**, 19 de setembro de 1984, p.10

CARLOTO, C. M. Metodologia de políticas sociais: a inclusão da perspectiva de gênero. **Ser Social**, Brasília, n. 14, jan./jun. 2004.

CARVALHO, G. Os governos trincam e trancam o conceito da integralidade. **Radis, Comunicação em Saúde**, n. 49, p. 16, set. 2006.

CECIM, R. B. et al. Trabalho político: construindo uma categoria analítica para análise da integralidade como dispositivo do trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth; MATTOS, Ruben A. de (Org). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, 2007.

COELHO, C. C. Breve história da mulher e seu corpo. In: COELHO, Elza B. S.; CALVO, Maria Cristina.; COELHO, Clair (Org.). **Saúde da mulher: um desafio em construção**. Florianópolis: Ed. Da UFSC, 2006.

\_\_\_\_\_.; VILLELA, W. Gênero, saúde da mulher e integralidade: confluências e desencontros. In: COELHO, Elza B. S.; CALVO, Maria Cristina M.; COELHO, Clair (Orgs.). **Saúde da mulher: um desafio em construção**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2006.

CORRÊA, S., PAISM: uma história sem fim. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, 1993.

COSTA, A.; AQUINO, E. L. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: COSTA, Ana Maria; MERCHAN-HAMANN, Edgar; TAJEK, Débora (Orgs.). **Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas**. Brasília: Ed. UnB, 2000.

\_\_\_\_\_.; BAHIA, L.; CONTE, D. A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para as mulheres. **Saúde em Debate**, CEBES, Rio de Janeiro, v. 31, n. 77. p. 13-24, jan./ dez. 2007.

GIFFIN K. Pobreza, desigualdade e eqüidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cadernos de Saúde Pública**. v.18, n.103, p.112, 2002.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999

HARDY, E. E.; MORAES T. M.; FAÚNDES, A.; VERA, S. & PINOTTI, J. A., Adequação do uso de pílula anticoncepcionais entre mulheres unidas. **Revista de Saúde Pública**, 1991.

HARDY, E.; OSIS, M. J. D.; FAÚNDES, A.; ALVES, G. A. & PINOTTI, J. A., A laqueadura tubária precoce e durante a cesárea. Dimensões atuais e fatores que a determinam. **Revista de Ginecologia e Obstetrícia**, 1993.

JACOBI, P., **Movimentos Sociais e Políticas Públicas: Demandas por Saneamento Básico e Saúde**, São Paulo: Cortez, 1989.

LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1996.

MARTINS A. P. V. **Visões do Feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MENICUCCI, T. A implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, Marques, E. (Org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

OSIS, M. J. D. **Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo**, Brasil, 1994.

PINHEIRO, R.; HONORATO, C. E. M. Trabalho político: construindo uma categoria analítica para análise da integralidade como dispositivo do trabalho em equipe na saúde. In: \_\_\_\_\_; BARROS, Maria Elizabeth; MATTOS, Ruben A. de (Org). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, 2007.

PINOTTI, J. A. Conceito de atenção integral à saúde da mulher. In: **Tratado de Ginecologia**, São Paulo: Rocca, 1994.

PINOTTI, J. A.; FAÚNDES, A.; HARDY, E. E.; SIMÕES, I. R.; OSIS, M. J. D.; SOUZA, T. R. & MORAES, T. M., Avaliação da assistência ginecológica no Estado de São Paulo. **Revista de Ginecologia e Obstetrícia**, 1990.

RAGO, M. Descobrimo historicamente o gênero. **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 11, n. 89, p.98, 1998.

RAVINDRAN, T. K., **Women's health policies: organising for change**. Reproductive Health Matters, 1995.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE, n.26, p.29-34, julho 2004.

ROCHA, M. I. B., **Política Demográfica e Parlamento: Debates e Decisões sobre o Controle da Natalidade**. Textos NEPO, 25. Campinas: NEPO, Universidade Estadual de Campinas, 1993.

SCHRAIBER L.B., D. OLIVEIRA A.F.L.P. Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. **Interface, Comunicação, Educação**. v.3, n.5, 1999.

SILVER LD. .Direito à saúde ou medicalização da mulher: implicações para a avaliação dos serviços de saúde para mulheres. In: GIFFIN K; COSTA S. H. (org). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. p. 299-317.

SOBRINHO, D. F., **Estado e População: uma História do Planejamento Familiar no Brasil**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1993.

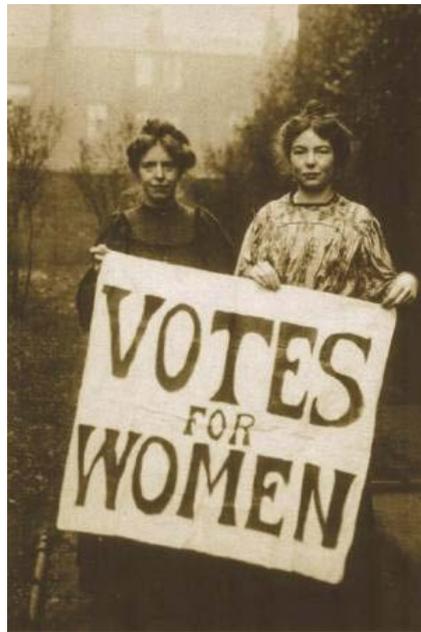
TANEZINI, T. C. Z. Parâmetros teóricos e metodológicos para análise de políticas sociais. **Ser Social**, Brasília, n. 14, jan./jun. 2004.

TEIXEIRA, S. F., **Reformas Sanitárias no Brasil e na Itália: comparações**. São Paulo: Cortez/Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.

UNFPA. **Relatório sobre a situação da população mundial**. 2005. Disponível em: [www.unfpa.org](http://www.unfpa.org). Acesso em 10.mar.2010.

ANEXOS

ANEXO A – Manifestações feministas pelo mundo



ANEXO B – Movimentos feministas no Brasil

