

A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero / *The National Policy for Women's Integral Health Care: an analyse of integrality and gender*

KÁTIA MARIA BARRETO SOUTO*

Resumo: O artigo analisa a 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 a trajetória da saúde da mulher, concepção e foco, e a participação do movimento de mulheres na construção e implementação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983. Levanta questões como 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. Destaca a dicotomia entre a formulação e a implementação da Política, inclusive pelos limites sociais, culturais e estruturais de cada tempo, atores envolvidos e diversidade regional do País e do SUS. Finaliza 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-chaves: política de saúde, saúde da mulher, integralidade, gênero.

Abstract: The article analyzes the National Policy for Women's Integral Health Care under the gender perspective, and from the insight of the principle of integrality in health. It recovers the trajectory of women's health, conception and focus, and

* Jornalista, consultora técnica da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, especialista em Bioética e mestranda em Sociologia na Universidade de Brasília (Unb). E-mail: katia_souto@hotmail.com

the participation of women's movement for the creation and implementation of the Program for Women's Integral Health Care (PAISM), in 1983. The paper raises questions concerning the rupture with the conception of the child-mother cycle for women's integral health and also concerning the limits of professional training and service organization, in order to dismantle this concept and to treat women's integral health in a broaden dimension and peculiarities. Finally, the reflection is about challenges for women's health policies that consider a broaden dimension of the human being and the importance of having a gender perspective so integrality would become a reality in women's life and health.

Keywords: health policy, woman's health, integrality, gender.

Introdução

A integralidade faz parte do conceito ampliado de saúde definido na Constituição Federal, sendo resultante de determinantes e condicionantes de natureza econômica, política e social, e encontra-se explicitado na Lei nº 8.080/90, como um dos princípios basilares do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, ao lado a universalidade e equidade. A concepção de integralidade mostra-se, então, como referência fundamental no processo de formulação, implementação e avaliação de políticas de saúde, particularmente no caso de políticas específicas para mulheres que considerem a abordagem de gênero, ou seja, os modos singulares de ser e sentir de homens e mulheres em diferentes fases da vida. Nesse sentido, refletir a respeito da integralidade expressa na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher é o primeiro passo para se pensar sobre uma política na perspectiva da abordagem de gênero.

O que é integralidade? Reflexões a respeito de temáticas de natureza transversal e interdisciplinar demandam a utilização de analisadores, que são artifícios conceituais construídos pelo pesquisador/analista no sentido de permitir uma aproximação

maior com o significado que atribui ao conceito que deseja estudar.

Integralidade é um conceito polissêmico e possui diferentes analisadores, e um deles encontra-se na definição de Carvalho (2006, p. 16): “*Costumo dizer que a integralidade tem duas dimensões: a vertical e a horizontal. A vertical inclui a visão do ser humano como um todo, único e indivisível. E a horizontal é a dimensão da ação da saúde em todos os campos e níveis*”.

Uma política de saúde integral voltada para grupos específicos da sociedade precisa considerar ambas as dimensões, ou seja, a totalidade do ser humano (físico, mental, afetivo e espiritual) como objeto do cuidado em saúde e a existência de saberes e práticas de saúde acumulados e organizados em redes de serviços que produzem ações de saúde tendo em vista esse cuidado. Além disso, as respostas governamentais elaboradas mediante demandas da sociedade e que se expressam em políticas específicas para determinados grupos, como é o caso da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, tem sua amplitude e/ou limite como resultado de disputas conceituais, político-ideológicas e organizacionais.

Essa consideração é importante porque aponta princípios fundamentais orientadores dessas políticas: a compreensão do ser humano na sua dimensão de indivíduo, de grupo social e em suas particularidades e subjetividades e a articulação entre ações promocionais, preventivas e assistenciais disponíveis e acessíveis na rede de serviços, proporcionando linhas de cuidado construídas na perspectiva da transformação da determinação social do processo de sofrimento e adoecimento desses grupos.

Este artigo analisa o processo de incorporação na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher da dupla dimensão da integralidade aqui considerada, a horizontal e a vertical, e tendo também como pressuposto a abordagem de gênero. Situa-se, portanto, no campo da reflexão teórica e crítica

sobre a abordagem da integralidade e do gênero na formulação e na implementação dessa Política.

A amplitude da integralidade na saúde é definida na disputa que ocorre na relação entre Governo e Sociedade Civil, e no interior dos próprios movimentos sociais, envolvendo atores institucionais e políticos que produzem conceitos, disputam espaços, representam interesses específicos em arenas e fóruns, cujos resultados se expressam na direção e no sentido de determinada política.

Tal processo é entendido sob o referencial que considera o Estado Democrático como resultante da relação dialética com a Sociedade Civil na luta pela hegemonia da condução política da sociedade a partir de uma correlação de forças contraditórias. Portanto, *“para a concepção dialética (marxista), público não se refere exclusivamente ao Estado, mas à relação contraditória entre Estado e Sociedade”* (Tanezini, 2004, p.17).

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.

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

A criação do PAISM, em 1983, representou um marco na história das políticas públicas voltadas para as mulheres, pois, pela primeira vez: (...) ampliou-se a visão de integralidade, presente nas formulações do movimento sanitário, para incorporar a noção

de mulher como sujeito, que ultrapassava a sua especificidade reprodutiva, para assumir uma perspectiva holística de saúde. (Costa; Aquino, p.185).

O marco referencial do PAISM rompia com o paradigma materno-infantil, onde a mulher era vista pelo sistema de saúde como produtora e reprodutora de força de trabalho, isto é, na sua condição de mãe, nutriz e cuidadora da prole, contrapondo-se às políticas formuladas até então, voltadas primordialmente para garantir o bem-estar dos recém-nascidos e crianças.

O fato de estarem voltadas para as mulheres não significa necessariamente que essas políticas incorporem a abordagem de gênero, assim como a integralidade da atenção não se reduz à articulação entre ações de prevenção e assistência ou somente como inclusão de equipes multiprofissionais na gestão e na atenção à saúde: *“Integralidade é o encontro de fazeres e saberes no cuidado e na produção de saúde”* (Barros; Bonaldi; Louzada, 2007, p. 37).

Nessa perspectiva da produção da saúde, a integralidade pode ser um dispositivo pedagógico para a construção da cidadania, que se revela no fazer cotidiano, pois encontra-se no cerne da luta pela saúde, como direito, e no reconhecimento da relação entre cidadão e serviços, como espaço de alteridade e de autonomia dos sujeitos implicados no cuidado com a saúde.

A abordagem de gênero na análise da integralidade na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher implica tomar como referência os modos como homens e mulheres se relacionam no cotidiano de suas vivências, que são resultado da determinação social do processo saúde/doença e se evidenciam nos seus corpos e marcam suas vidas.

Gênero é uma categoria de análise que se assenta na construção social e cultural das diferenças sexuais. Para Villela e Oliveira (2007, p. 319), a *“abordagem de gênero na saúde implica o esforço de desvendar como as idéias de feminilidade e masculinidade permeiam as*

práticas sociais, definindo comportamentos, sentimentos e interações humanas, de modo a possibilitar intervenções mais efetivas sobre a sua saúde”.

Essa concepção se insere no processo de formulação de políticas de produção de conhecimentos nesse campo, considerando a historicidade de valores e crenças que permeiam o ser homem e o ser mulher e apresenta novos elementos de análise: *“Trata-se (...) de perceber que as subjetividades são históricas e não naturais, que os sujeitos estão nos pontos de chegada e não de partida, como acreditávamos então; e, ainda, que as conexões podem ser estabelecidas entre campos, áreas, dimensões sem necessidade exterior pré-determinada”* (Rago, 1998, p. 98).

Como e quais diferenças culturais e sociais estão presentes no cuidado com a saúde de homens e mulheres e como a integralidade se manifesta no âmbito da atenção à saúde? As diferenças e diversidades são elementos de exclusão? Têm visibilidade ou passam despercebidas pelos profissionais e gestores do sistema de saúde e pelos(as) próprios(as) usuários(as)? Quais são as características relacionais de gênero e suas interfaces com raça/etnia e classe social na produção social da saúde? Como se expressam na definição das ações e estratégias da política de saúde?

Tais questionamentos mostram a necessidade de se considerar a integralidade e a perspectiva de gênero nas práticas de saúde, desde a formulação da política até a sua execução pelos profissionais, gestores da saúde e usuários(as) e justificam as reflexões aqui desenvolvidas, pois *“é o desejo de saber, é a pergunta e não a resposta já pensada que instiga a construção de conhecimentos significativos”* (Freire, P. *apud* Cecim et al. 2007, p. 179-204).

Essa exigência de reflexão sobre a integralidade no cotidiano da vida de homens e mulheres, portanto, sobre a realidade, implica a inserção de saberes e práticas numa ação praxiológica que constrói e re-constrói esses saberes dialogando na perspectiva de uma saúde integral e humanizada para homens e mulheres reais.

Partindo do pressuposto de que a integralidade do cuidado compreende a integração entre saberes, espaços e práticas – portanto, é esse o princípio organizador e estruturante da humanização do cuidado e da abordagem de gênero necessária à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher –, buscam-se nos planos conceitual, político e de organização das práticas cotidianas dos profissionais nos serviços de saúde os elementos da Política necessários ao aprofundamento da integralidade tomando como referência as dimensões, vertical e horizontal discutidas por Carvalho (2006, p.48).

Saúde da mulher e enfoque de gênero

Um dos questionamentos mais importantes do feminismo é a sexualidade feminina, suas nuances e valores na construção histórica e cultural do ser mulher. Particularmente nesse campo, o corpo feminino ganha dimensão que extrapola o biológico e nele circunscreve estereótipos e vivências que vão expressar ao longo da vida das mulheres, mundo afora, sua opressão e submissão. Por isso, a luta feminista expressa na frase *“Nosso corpo nos pertence!”* tem um significado fundamental para o resgate da condição feminina e para a compreensão de que a decisão sobre o corpo implica a autonomia da mulher sobre a sua liberdade, e, portanto, sobre a sua condição cidadã:

As transformações do corpo feminino durante o crescimento, desenvolvimento e envelhecimento, ao despertar tantas indagações, algumas sem resposta, tornaram-no objeto de credices e controvérsias. Com o passar do tempo, alimentaram os preconceitos que restringiram e limitaram a vida e a sexualidade das mulheres. (Coelho, 2006, p.12).

Sendo o corpo feminino um lócus privilegiado de instrumentação de sua submissão e opressão, as dimensões do cuidado com a saúde da mulher também se expressam nas intervenções voltadas para esse corpo, definidas pelo papel que a

sociedade de forma hegemônica lhe impõe: mãe e reprodutora. É sob esse olhar que se institucionalizam os primeiros cuidados em saúde da mulher: saúde materna e do ciclo gravídico-puerperal, no qual a sexualidade da mulher também está restrita à sua condição de reprodução. Os estudos sobre o corpo feminino limitam-se também a esse período reprodutivo.

Essa concepção começa a se modificar a partir de 1984, no Tribunal Internacional do Encontro sobre Direitos Reprodutivos, em Amsterdã; em 1985, na Conferência de Nairóbi, a posição da Organização das Nações Unidas (ONU) é que *“a promoção dos direitos da reprodução é uma aquisição fundamental das mulheres para uma justa posição na sociedade”* (Coelho, 2006, p. 19), e se consolida na Conferência do Cairo, em 1994, e na Conferência da Mulher, em Pequim, em 1995, representando um grande avanço na luta social das mulheres por seus direitos.

A inclusão de direitos sexuais e reprodutivos na assistência integral à saúde da mulher em todos os ciclos de vida resulta da introdução do enfoque de gênero nas análises sobre a sua condição, contribuindo com uma visão crítica do modo como as intervenções sobre o corpo da mulher a subjugavam, desrespeitando sua condição de cidadã. Nesse sentido, essa inclusão reafirma a necessidade de se reconhecer as desigualdades existentes nas relações de gênero e o seu papel diferenciado no processo saúde/doença, resgatando as particularidades das mulheres em sua dimensão de geração, classe social, raça/etnia e orientação sexual e inova, principalmente, por incluir os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos.

Gênero não é sinônimo de “mulher”. O conceito engloba os homens e as mulheres, e deve ser usado não apenas como categoria de análise, mas nas suas dimensões histórica, cultural e social para refletir e pensar as relações entre os gêneros na sociedade em um dado momento histórico.

A categoria do gênero permitiu, portanto, sexualizar as experiências humanas, fazendo com que nos déssemos conta de que trabalhávamos com uma narrativa extremamente dessexualizadora, pois embora reconheçamos que o sexo faz parte constitutiva de nossas experiências, raramente este é incorporado enquanto dimensão analítica. (Rago, 1998, p. 95)

O termo gênero marca o reconhecimento dos significados e sentidos de ser mulher e ser homem na sociedade, determinando trajetórias de vida e reconhecendo-as com construção sociocultural, superando a idéia biologista das desigualdades entre gênero masculino e feminino: *“Gênero se refere ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher”* (Brasil, 2004, p.12).

Ao ser considerado nas políticas de saúde, o enfoque de gênero orienta essas políticas a reconhecerem as diferenças e desigualdades existentes entre os gêneros e como elas se manifestam nas suas vivências, principalmente no processo de adoecimento e sofrimento. Incluir essa abordagem na política de saúde significa reconhecer as condições feminina e masculina como estruturantes do cuidado integral à saúde e das ações e práticas desse cuidado, sendo esse um dos caminhos para a humanização e integralidade da atenção à saúde para homens e mulheres em todas as suas fases de vida.

Considerando que as políticas sociais e públicas implantadas pelo Estado refletem, em última instância, as contradições da sociedade, a hegemonia de determinada força política e a sua “visão de mundo”, é necessária a análise dialética das políticas de saúde, pois sua contextualização como processo da luta social e política, guarda a possibilidade de pactuação para a construção de programas, projetos e políticas que formam o Estado Democrático.

Nessa dimensão propor políticas públicas de enfrentamento das desigualdades de gênero exige estabelecer um sentido

emancipatório às mudanças que pretendemos; que as desigualdades de gênero sejam combatidas no contexto do conjunto das desigualdades sociais, pressupondo práticas de cidadania ativa; garantir que o Estado desenvolva políticas sociais que contemplem as dimensões distributivas e de reconhecimento/status que incidam efetivamente sobre o conjunto de desigualdades de classe, gênero e raça/etnia. (Carlotto, 2004, p. 229).

Dessa forma, existe uma indissociabilidade entre integralidade e gênero, entendendo-se que a representação simbólica do corpo feminino expressa a construção social e cultural da mulher na sociedade e que esta representação se cristaliza na assistência à saúde da mulher, definindo formas de cuidado nas quais se observa a priorização da saúde reprodutiva e a medicalização do seu corpo, negando à mulher a autonomia para escolher e decidir.

Essa matriz que afirma a hegemonia do modelo biomédico na produção de conhecimentos e na organização dos serviços de saúde acentua o distanciamento do modelo de promoção da saúde preconizado pelos discursos e intenções dos atores que atuam no cenário das políticas, acentuando e fortalecendo a dicotomia existente entre a formulação e a implementação de uma política.

A luta pela saúde da mulher tem importante interface com a qualidade da assistência. Esta, por seu turno, guarda forte relação com os princípios da integralidade e da equidade, os quais são incompatíveis com o atual modelo assistencial, calcado na crescente tecnologização, medicalização e mercantilização do corpo, da saúde e da vida humana. (Barbosa, 2006, p. 324).

PAISM, SUS e integralidade

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 a mulher era vista apenas na sua condição de mãe, e, na

verdade, a grande preocupação do cuidado era com o bebê. O PAISM 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. 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 vida da mulher e não apenas no período da gravidez. 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.

Ao longo dos 25 anos de implantação, o programa apresenta diferenciações. No período inicial, de 1984 a 1989, ainda não estava implantado o SUS e os programas eram verticais, então o PAISM, enquanto proposta mais horizontal e participativa, teve que conviver com uma máquina administrativa vertical e autoritária sob a configuração de um Estado Mínimo defendido pelo governo da época. Na década de 90, com a implantação da política do SUS e a conseqüente municipalização e reorganização da atenção básica, o PAISM ganhou força, embora as ações no campo da saúde reprodutiva tenham sido privilegiadas, demonstrando ainda a visão de saúde materna nas práticas desenvolvidas. Algumas lacunas subsistiram, como a atenção ao climatério e à adolescência e a própria inclusão da perspectiva de gênero e de raça/etnia nas ações a serem desenvolvidas. A rearticulação da organização das mulheres e a retomada do tema Saúde da Mulher na agenda governamental só ocorreram a partir de 1995, como resultado da Conferência do Cairo, realizada em 1994 (Costa; Bahia; Conte, 2007, p.19).

Em 2003, a formulação das políticas passou a ser feita em cenários de participação social, nos quais a integralidade e a intersetorialidade das políticas públicas tornaram-se diretrizes fundamentais, certamente influenciando a área técnica de saúde da mulher do Ministério da Saúde, que identificou a necessidade de articulação com outras áreas técnicas e novas ações foram propostas na perspectiva de inclusão da diversidade da condição feminina: mulheres rurais, lésbicas, negras, portadoras de deficiências, entre outras. Esse olhar vai ao encontro tanto de uma abordagem de gênero quanto da integralidade na multidimensionalidade do ser humano.

Incluir a análise do perfil epidemiológico das mulheres brasileiras e fazer uma leitura de gênero sobre os dados, observando fatores e causas de adoecimento que ultrapassam a visão biológica foi um grande avanço para tratar os agravos à saúde das mulheres. Reconhecer a desigualdade de gênero, de classe e de raça/etnia como determinantes sociais de adoecimento permitiu pensar as políticas públicas de saúde na dimensão da saúde coletiva, da promoção, da qualidade de vida. A análise do perfil epidemiológico das mulheres brasileiras evidenciou que *“as maiores causas de adoecimento e morte eram a pobreza, o preconceito, a discriminação, a medicalização do corpo e a precariedade da assistência”* (Coelho, 2006, p. 24).

Apesar dessa conjuntura propiciar a participação organizada dos diferentes segmentos sociais na formulação, monitoramento e avaliação das políticas públicas, ainda persistem dificuldades reais no plano das práticas de saúde, sejam técnicas, de gestão e de controle social. Mudanças nessas práticas exigem que a formação dos profissionais, a gestão e a organização dos serviços na rede de saúde passem por uma transformação radical, por isso,

ao pensar a proposta transdisciplinar no processo de formação do profissional de saúde, Barros (2005) insiste na necessidade de uma formação que se perceba como instável, como sempre inacabada,

de modo que o profissional mantenha a postura permanente de quem precisa aprender” (Pinheiro; Honorato, 2007, p. 85-109).

Em 2004, com a parceria de diferentes departamentos, coordenações e comissões do Ministério da Saúde, além da equipe técnica da Área de Saúde da Mulher, foi formulada e proposta a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres, explicitando orientações aos gestores da saúde para identificarem demandas e necessidades das mulheres, considerando a realidade local e os determinantes sociais e culturais de homens e mulheres.

Esse processo incorporou contribuições valorosas do movimento de mulheres, do movimento de mulheres negras e de trabalhadoras rurais, de pesquisadoras e estudiosos da área, gestores do SUS e agências de cooperação internacional, por conseguinte,

o texto dessa política atualiza a idéia de integralidade ao propor oito áreas de ação estratégica e oito grupos específicos de mulheres que devem receber atenção especial. A chamada “perspectiva de gênero” estaria contemplada nesta ampliação do leque de ações” (Vilella; Oliveira, 2007, p. 324).

Essa política significa mais um passo na perspectiva da abordagem de gênero e da integralidade, entretanto traz ainda algumas limitações, como a não abordagem de gênero relacional, ou seja, a inclusão dos homens e masculinidades, e como a relação entre os gêneros constrói vulnerabilidades diferenciadas para homens e mulheres.

O documento da política apresenta um breve diagnóstico da situação da saúde da mulher no Brasil destacando que as principais causas de morte da população feminina são as doenças cardiovasculares, e, em que pese esse dado, as principais ações propostas para a saúde da mulher concentram-se ainda na saúde sexual e reprodutiva. Esse enfoque é considerado um limitante

em relação a outras temáticas que fazem parte do cotidiano das mulheres e que não são abordadas com a mesma ênfase ou mesmo sob a perspectiva de gênero, como o crescimento da participação feminina no mercado de trabalho e em espaços ditos masculinos, e, também, a violência doméstica numa abordagem relacional e como prevenção e cuidado nos serviços de saúde, e não como situação excepcional ou apenas de tratamento e recuperação.

Assim, para que a política cumpra os seus princípios de integralidade é necessário ir além do diagnóstico e problematizar a situação: Por que as mulheres estão morrendo mais dessas doenças? Qual é o impacto da inserção das mulheres no mercado de trabalho em seu adoecimento? E as conquistas no campo da vida social que se refletem em novos hábitos, antes restritos aos homens, como o tabagismo e o álcool? E a dupla jornada e situações de esgotamento nervoso, como o assédio moral e sexual que atinge mais mulheres do que homens no ambiente de trabalho? Qual é o perfil dessa mulher: faixa etária, classe social, raça/etnia, estado civil?

Os avanços e a importância que a Política apresenta ao inserir setores femininos fundamentais – como as trabalhadoras rurais, as indígenas, as lésbicas, as mulheres em sistema prisional – são reconhecidos, entretanto, a grande maioria das ações e estratégias propostas para esses segmentos continuam relacionadas à saúde sexual e reprodutiva. Fica a pergunta: a integralidade da atenção à saúde da mulher restringe-se aos direitos sexuais e reprodutivos? Com certeza, não!

Um outro destaque importante é a inserção do aspecto geracional, incluindo a abordagem para adolescentes e mulheres na terceira idade. Mais uma vez, o foco da atenção volta-se para o campo da saúde sexual e reprodutiva: ações em relação à gravidez e à prevenção das DST/HIV/Aids para as adolescentes e a reposição hormonal para mulheres na terceira idade.

Atualmente, a expectativa de vida para as mulheres é, em média, de 72,4 anos, superando a dos homens, e muitas questões fundamentais precisam ser discutidas no sentido de construir estratégias que possam contemplar: os principais adoecimentos das mulheres idosas e como têm sido abordados; a vivência feminina da geração que envelhece não se restringe a pensar o aspecto sexual com a reposição hormonal; as limitações da menopausa e climatério nesse campo; a atenção às mulheres vítimas de violência doméstica e sexual; a implantação e ampliação dos serviços de interrupção da gravidez nos casos previstos em lei; a ampliação das ações de prevenção das DST/HIV/Aids para adolescentes e mulheres; protocolos de atendimento humanizado no SUS nos serviços de aborto legal.

Observa-se que até nas ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva é necessária a inserção da abordagem de gênero nas práticas dos profissionais. Uma das violências contra a mulher – a institucional – ocorre em serviços de saúde, quando, por exemplo, mulheres que chegam ao SUS com sequelas de aborto espontâneo ou provocado, não raras vezes, são tratadas sem anestesia ou de forma desrespeitosa por estarem “transgredindo” sua missão feminina – a maternidade. Por outro lado, não se reconhece o direito à maternidade para mulheres lésbicas que desejam lançar mão de novas tecnologias de reprodução humana.

Perdura, entretanto, o desafio de transformar as ações propostas na Política em práticas de saúde no cotidiano dos serviços e dos processos de trabalho dos profissionais de saúde comprometidos com a produção de práticas humanizadas e de qualidade.

Um destaque importante na Política é a inclusão dos homens e adolescentes nas ações de planejamento familiar, ainda que se limite a poucas experiências no País. Outro é a abordagem da saúde mental das mulheres, levando-se em conta as desigualdades de gênero e o adoecimento diferenciado que ocorre em mulheres

nessa área. As motivações para as internações psiquiátricas têm mudado nos últimos anos, crescendo as causadas por transtornos do humor (afetivos) e pelo uso de álcool e outras substâncias psicoativas. No documento da Política, destaca-se que

é necessário intervir no modelo vigente de atenção à saúde mental das mulheres, visando a proporcionar 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. (Brasil, 2004, p. 46).

Apesar de esses componentes serem encontrados na intencionalidade da política, esses limites comprometem a visão mais ampla da saúde das mulheres e, algumas vezes, reforçam signos e significados estereotipados da feminilidade e da masculinidade não contribuindo para políticas de saúde sob os princípios da integralidade e equidade.

A integralidade e a perspectiva de gênero na formulação da Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da Mulher precisam repercutir nas práticas de saúde – desde o acolhimento até a recuperação de homens e mulheres, condições *sine qua non* para a humanização e qualidade da atenção à saúde que implicam

o estabelecimento de relações entre sujeitos, seres semelhantes, ainda que possam apresentar-se muito distintos conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero. (Brasil, 2004, p. 59).

Quando se analisa o documento da Política verifica-se que, ao longo do texto, a importância da abordagem da integralidade e da questão de gênero está presente; entretanto, evidencia-se claramente como a execução dessas ações não está no âmbito da área técnica da saúde da mulher, mas em outras áreas nos três níveis do SUS – federal, estadual e municipal –, e, ainda que eles tenham participado do processo para a formulação dessa área

técnica, a sua implementação ultrapassa o limite da participação e exige que cada nível assuma o desafio de “descentralizar” esse compromisso para dentro de sua própria área técnica.

Pode-se, ainda, refletir sobre as prioridades definidas no Relatório de Gestão – 2003 a 2006 – da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, porque todas as proposições confluem para o campo da saúde sexual e reprodutiva. Não há nem mesmo uma única proposição de estudo acerca das principais causas de morte feminina, as doenças cardiovasculares. Fica a interrogação: será que a integralidade e a abordagem de gênero estão restritas a esse campo da vida feminina? Apesar disso, no mesmo Relatório de Gestão destaca-se que

A Política de Atenção à Saúde Integral da Mulher reflete o compromisso com a implementação de ações e serviços 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. Enfatiza a importância do empoderamento das usuárias do SUS e a participação das mulheres nas instâncias de controle social. (Brasil, 2007, p. 29 – grifos nossos).

Essa abordagem é fundamental como diretriz que deve nortear as ações de saúde da mulher, e, especialmente, como um desafio que compreende a política de saúde enquanto direito humano e o controle social enquanto participação popular, e como lócus de construção e fortalecimento da cidadania de homens e mulheres.

Considerações finais

O processo de socialização e dominação do masculino e feminino constrói simultaneamente o indivíduo e o mundo,

determinando as relações e sua dinâmica, estabelecendo valores e práticas que se expressam em todas as manifestações humanas, particularmente no corpo humano. Numa perspectiva de gênero, pode-se reinterpretar e ressignificar a história e a identidade de homens e mulheres, reescrevendo sua trajetória a partir do lugar de sujeitos. A possibilidade da desconstrução da subalternidade feminina como determinante biológico liberta a mulher para se apropriar de sua história de vida, de seu corpo.

Novos desafios estão colocados para que a integralidade e a perspectiva de gênero permeiem a formulação e a implementação de políticas públicas em saúde, não se restringindo ao campo sexual e reprodutivo para mulheres e homens. Reconhecer a assimetria de gêneros, a classe social, a raça/etnia e a geração como fatores e determinantes sociais do processo saúde/doença é o primeiro passo para transpor o limite das diferenças sexuais e biológicas, e ampliar o olhar para a visão de integralidade – vertical e horizontal – como aponta Gilson Carvalho (2006). E mais, é preciso ampliar esse olhar para outros conceitos no campo da saúde, como o cuidado e a vulnerabilidade. Os corpos feminino e masculino expressam histórias de vida, a história da Humanidade. Superar a fragmentação do corpo humano no campo das ciências da saúde, particularmente da ciência biomédica, é urgente para que a dimensão da integralidade seja um capítulo na formação dos profissionais de saúde e componha a política de saúde como eixo estruturante não apenas do saber, mas do fazer das práticas de saúde na relação com o outro, no cuidado, na interação e na integração das ações.

O gênero reescreve o biológico, mas não prescinde dele para analisar o processo saúde/doença, ao contrário, dá-lhe a dimensão social e cultural necessária para a promoção à saúde.

Outra questão posta como desafio na formulação de políticas com a perspectiva de gênero é romper com a polaridade,

com o binômio masculino/feminino que, se por um lado, foi e é importante para se compreender as teias das relações desiguais de gênero, por outro é limitante para se pensar a integralidade da atenção à saúde de mulheres e homens. Essa polaridade significa necessariamente relações de poder, e, por conseguinte, impõe valores hierárquicos.

Destaca-se que esse rompimento não pode ignorar ou não reconhecer a existência da polaridade masculino/feminino, mas para pensar a integralidade na dimensão das práticas de saúde, em especial no cuidado, o gênero torna-se um valioso instrumento para a análise de aspectos da vida humana que antes não eram considerados e que, no campo da saúde, ganham a perspectiva da dimensão do cultural e do social no biológico.

O texto da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher destaca a importância da perspectiva de gênero na formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde para as mulheres. Entretanto, sabe-se que esses processos não são lineares e que os cenários e os atores dificilmente são os mesmos nos três processos. É preciso contextualizar. A inclusão da abordagem de gênero e da integralidade é imprescindível numa política pública comprometida com a transformação das desigualdades e a construção de uma sociedade mais igualitária e justa para mulheres e homens, de todas as classes, todas as raças e todas as gerações.

As reflexões aqui apresentadas buscam contribuir para uma leitura crítica sobre o uso da perspectiva de gênero nas políticas de saúde, mas a integralidade da atenção à saúde não alcançará resultados se não incluirmos na sua dimensão a perspectiva de gênero relacional, contextualizando-a na realidade brasileira, ousando superar os limites do Estado e inserindo-a na agenda política do governo e da sociedade civil.

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.

Pode-se afirmar que, 25 anos após a implantação do PAISM, a Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da Mulher ainda está sendo implementada e será um processo continuado de ir e vir, pois, ao ser executada, gera novas micropolíticas e, sucessivamente, estará fazendo o processo integrado de formulação, implementação e avaliação.

Os cenários e atores se modificaram ao longo desses anos, exigindo novas reflexões e novos processos de luta política e de pactuação de políticas para a própria implantação e implementação. Fica o desafio de redimensionar a abordagem de gênero na perspectiva da integralidade do todo e do cuidado humanizado.

Não se pretende esgotar o tema, ao contrário, este artigo 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

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: Ed. 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 (Orgs). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2007.
- BRASIL. 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>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório de gestão 2003 a 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Brasília, 2007.
- 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 truncam 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 (Orgs). *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 (Orgs.). *Saúde da mulher: um desafio em construção*. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2006.
- COELHO, C. C.; 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.
- 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.

- COSTA, A.; 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. 75/76/77, p. 13-24, jan/dez. 2007.
- LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. *Gênero e saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1996.
- MENICUCCI, T. A implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, Marques, E. (Orgs.). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.
- 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: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth; MATTOS, Ruben A. de (Orgs.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, 2007.
- RAGO, M. Descobrimo historicamente o gênero. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 11, p. 89-98, 1998.
- TANEZINI, T. C. Z. Parâmetros teóricos e metodológicos para análise de políticas sociais. *Ser Social*, Brasília, n. 14, jan./jun. 2004.

Submetido em 8 setembro de 2008 e aceito em 09 novembro de 2008.