**A IMPORTÂNCIA DA INTEGRALIDADE NA SAÚDE DA MULHER**

**UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Autor, Daniele Soares Feijó de Barros[[1]](#footnote-2)

Tutor, Taylon Felipe[[2]](#footnote-3)

**RESUMO**

O presente artigo tem como objetivos analisar e proporcionar reflexão e discussão sobre a importância da saúde da mulher na saúde pública, tendo em vista que a atual política de atenção integral à saúde das mulheres propõe a incorporação do princípio da integralidade e da dimensão de gênero nas práticas dos profissionais da área da saúde. Para que fosse possível analisar o modo como a saúde da mulher está organizada na atualidade, foi necessário que se compreendesse como ela foi concebida ao longo da história, visto que os serviços de saúde estão organizados de acordo com a concepção de saúde da mulher de cada época. Ao longo da história, a questão da saúde da mulher foi concebida com forte ênfase não na sua própria saúde, mas na saúde da família. Entretanto, hoje, a fim de se prestar assistência às mulheres na perspectiva da integralidade, preconizada pelo Sistema Único de Saúde - SUS, é imprescindível que se aborde a saúde da mulher de acordo com a concepção atual, ou seja, de um ser independente, trabalhador, sujeito de sua vida, com direitos e identidade sexuais próprios e não meramente como ser reprodutor. Para tal, houve a reformulação de estratégias de ações de saúde, que visassem possibilitar o vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade atendida, fortalecendo a confiança, promovendo maior aproximação a fim de garantir a adesão aos serviços de saúde, principalmente, os preventivos a fim de minorar agravos futuros à saúde da mulher. A justificativa do presente estudo se funda no fato de se constatar que as mulheres usuárias do sistema único de saúde enfrentam situações de desigualdades de classe e de gênero. Um das situações que agrava isso é o fato de se submeterem a relações desiguais e autoritárias no trabalho e, não raras as vezes, em seus lares. Assim, percebe-se que a integralidade fica ameaçada em razão das fragilidades que essas mulheres vivenciam. A metodologia utilizada foi a de revisão bibliográfica, sendo que a integralidade constituiu o eixo teórico. Em outras palavras, trata-se de um estudo expositivo e explicativo, cujos dados foram coletados em bibliografias especializadas na área da Saúde Pública e Enfermagem, tanto livros quanto legislação e artigos científicos.

**PALAVRAS-CHAVE**: Integralidade. SUS, Saúde Pública, Saúde da Mulher.

**1 INTRODUÇÃO**

A presente pesquisa tem como escopo a integralidade da saúde da mulher na saúde pública. Essa é uma questão bastante relevante no trabalho do profissional da área da saúde tanto no nível hospitalar quanto na atenção básica, tendo em vista a importância que a integração dos níveis de assistência vem recebendo na prática cotidiana dos serviços de saúde. É importante que se busque alternativas de intervenção e se suscite discussões acerca das políticas que viabilizam e concretizam assistência integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde - SUS.

Além disso, deve-se ter em mente que a construção de um sistema de saúde público deve ter como um de seus princípios a integralidade e, para a sua realização, deve haver uma organização de tecnologias e serviços em níveis de atenção adequados às necessidades da população alvo, ou seja, a população a ser atendida. Por integralidade, compreende-se o princípio que objetiva a possibilidade de apreender as necessidades mais abrangentes do ser humano, valorizando a articulação entre atividades preventivas e assistenciais. Comentam Coelho et al.:

A integralidade, além de um princípio constitucional defendido como prerrogativa da humanização do cuidado em saúde, busca a possibilidade de apreender as necessidades mais abrangentes do ser humano, valorizando a articulação entre atividades preventivas e assistenciais. (COELHO et al., 2009, p. 155)

Assim, para que fosse possível analisar o modo como a saúde da mulher está organizada na atualidade, é necessário que se compreenda como foi concebida ao longo da história, visto que os serviços de saúde estão organizados de acordo com a concepção de saúde da mulher de cada época. Ao longo da história, a questão da saúde da mulher foi concebida com forte ênfase não na sua própria saúde, mas na saúde da família. Assim, a fim de prestar assistência às mulheres na perspectiva da integralidade, preconizada pelo Sistema Único de Saúde - SUS como algo que deve ultrapassar a implantação de políticas públicas, visto que se compreende a integralidade como eixo prioritário nas ações de cuidado às mulheres, é imprescindível que se aborde a saúde da mulher de acordo com a concepção atual, ou seja, de um ser independente, trabalhador, sujeito de sua vida, protagonista de sal história, com direitos e identidade sexuais próprios e não meramente como ser reprodutor.

Por fim, com relação à metodologia, o presente artigo trata-se de uma revisão bibliográfica, que consiste na coleta de dados secundários, tanto em sistemas informatizados quanto em fontes documentais, etc., tendo por meta incorporar um vasto leque de propósitos, a saber, definição de conceitos, abordar as concepções de saúde da mulher ao longo do tempo, e realizar revisão de teorias acerca da saúde da mulher na saúde coletiva. Desse modo, pretendeu-se abordar o conhecimento já produzido em relação ao tema, indicar desafios e prioridades para a questão da saúde da mulher, a situação da integralidade nos serviços do Sistema Único de Saúde - SUS com seus desafios e possibilidades. Os textos foram coletados a partir de consulta realizada em meios físicos, ou seja, livros e periódicos tanto impressos quanto disponibilizados em meio virtual, ou seja, na internet.

**2 DESENVOLVIMENTO**

2.1 A SAÚDE DA MULHER AO LONGO DO TEMPO

Sabe-se que, historicamente, a saúde da mulher foi abordada predominantemente enquanto saúde reprodutiva, sendo que a atenção à sua saúde orientada e dirigida principalmente à questão da maternidade, à nutrição do feto, etc. Conforme afirmam Medeiros e Guareschi, o “corpo, como marca da diferença das mulheres, está marcado como um corpo que reproduz” (MEDEIROS; GUARESHI, 2009, p. 36). A maternidade era um estado muito valorizado e a mulher, enquanto mãe, devia zelar pela sua prole, sendo a responsável direta pela diminuição da mortalidade infantil e nutrição dos filhos. De acordo com Maria José Martins Osis, esse era o discurso das autoridades médicas e científicas da época (OSIS, 1994). Comenta Osis:

As primeiras preocupações oficiais com a saúde das mulheres, traduzidas em leis e decretos, vieram a público no final da primeira e início da segunda década desse século, na forma de legislação trabalhista e sempre associada com a proteção à maternidade e à infância. (OSIS, 1994, p. 23)

Embora fossem garantidos direitos trabalhistas às mulheres, nessa época, seu objetivo último era garantir o bom desenvolvimento fetal e infantil, ou seja, dos seus filhos, tendo em vista que, até a década de 1960, a mulher era concebida enquanto um “receptáculo” para o bebê. Por essa razão, os programas de atenção à saúde da mulher eram voltados para o bem-estar materno com foco no bebê em formação (LEITE; PAES, 2009).

Na década de 1970, a valorização da maternidade perde força e dá-se início a programas e ações de controle de natalidade visando o desenvolvimento econômico dos países. Então, ocorrem ações verticais de planejamento familiar que promovem medidas intervencionistas que, no mais das vezes, não consideravam a posição da mulher na tomada de decisões sobre o próprio corpo, tais como o programa de uma organização não governamental, de ação social, sem fins lucrativos, denominada Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil - BEMFAM, que desenvolvia ações como esterilização permanente de mulheres sem seu consentimento e a “liberação” indiscriminada de anticoncepcionais com altíssima carga hormonal em locais subdesenvolvidos e de vulnerabilidade social (OSIS, 1998).

Em outras palavras, mesmo tendo como foco o controle de natalidade, as políticas públicas voltadas à saúde da mulher estão centradas no seu processo reprodutivo, reduzindo a complexidade da sua saúde a esse aspecto do seu processo biológico. Percebe-se que, então, não havia debate acerca da saúde da mulher, apenas assistência à maternidade ou enquanto controle populacional como ferramenta para o desenvolvimento econômico, por meio do controle da fecundidade e contracepção, no exercício de sua sexualidade. Com a revolução sexual da década de 1960, as mulheres mudaram a sua postura, lutaram por sua independência financeira, se afirmaram no mercado de trabalho, e, em razão disso, começaram a questionar os papéis que lhes eram atribuídos.

Assim, ao se firmarem enquanto sujeitos, livres e independentes, protagonistas de sua história, tendo mais controle do seu corpo e podendo planejar o momento mais oportuno para uma gravidez, se assim o desejasse, houve necessidade de novas políticas públicas de acesso a métodos contraceptivos (COSTA, 2009). De acordo com Leite e Paes, neste período histórico, tem início um processo exagerado de medicalização e hospitalização da maternidade em razão de um cenário de altas taxas de mortalidade infantil, associadas à diarreia, desnutrição e desmame precoce (LEITE; PAES, 2009).

Com esse cenário, na década de 1980, foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que propunha atenção integral à saúde da mulher e ações amplas de saúde, além de reconhecer que, no “caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico” (BRASIL, 2004, p. 9), acrescente-se a isso também outras variáveis, tais como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades. E considera que, embora as mulheres vivam mais do que os homens, elas também adoecem mais frequentemente. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) tem como característica marcar “uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo” (BRASIL, 2004, p. 16).

Da mesma maneira que diferentes populações estão expostas a variados tipos e graus de risco, mulheres e homens, em função da organização social das relações de gênero, também estão expostos a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte. (BRASIL, 2004, p. 13)

Dessa forma, houve alteração na nomenclatura de “saúde materno infantil” para “saúde integral da mulher” refletindo a mudança de foco na atenção à saúde da mulher. Essa alteração de paradigma ocorreu em virtude de mudanças sociais, conquistas das mulheres em questões trabalhistas, maior acesso à educação, etc., que possibilitou representação e posicionamento político capaz de influenciar não apenas o campo da construção das políticas, mas também as ações e práticas de saúde.

## 2.2 A INTEGRALIDADE NA SAÚDE DA MULHER

Ao se observar as práticas de saúde direcionadas à saúde da mulher, constata-se que, no mais das vezes, refletem o modelo biomédico, sem considerar as particularidades e necessidades específicas das mulheres. Muitas vezes, apenas a sua saúde reprodutiva relacionada diretamente à gestação é considerada, não sendo apreciadas as suas especificidades de caráter sexual e reprodutivo, além de outras questões que não as gineco-obstétricas (COELHO et al., 2009). Comentam Coelho et al.:

[…] as práticas de cuidado dirigidas à saúde da mulher são orientadas pelo modelo biomédico, que nem sempre considera as especificidades femininas, especialmente aquelas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva em seu sentido mais amplo. […] (COELHO et al., 2009, p. 159)

Questões ditas “complicadas” como preconceitos e questões de gênero como a violência doméstica interferem e mesmo obstaculizam o atendimento integral à mulher, tendo em vista que, ao surgirem demandas com essas características, a dimensão técnica, biomédico, ainda é preponderante no atendimento oferecido pelos profissionais da área da saúde (COELHO et al., 2009). Assim, o atendimento à mulher, em muitos casos, pode não receber a devida contextualização, sendo a paciente reduzida à sua mera dimensão biológica, sem que sejam considerados outros fatores que podem estar ocasionando agravo à sua saúde, tais como as questões sociais, a violência, aspectos psicológicos. Comentam Coelho et al.:

No discurso das(os) profissionais, o serviço de saúde está organizado sob o modelo clínico que não consegue dar respostas efetivas às necessidades mais imediatas das mulheres, tampouco ampliar o olhar sobre as demandas resultantes do contexto social, tornando-se, assim, um lugar de constrangimento e desrespeito às mulheres. Tal problemática se aprofunda pela superficialidade das relações e pela assimetria entre oferta e demanda. (COELHO et al., 2009, p. 156)

Desse modo, a integralidade no seu atendimento não se efetua e a usuária do serviço de saúde é tratada “enquanto alguém com dor de cabeça, dor abdominal, etc.”, mas a hipótese de ela sofrer algum tipo de violência doméstica ou sexual não é contemplada (VIEIRA, 2009). Assinalam ainda Medeiros e Guareschi:

Aponta-se aqui que a integralidade, a partir da Constituição de 1988, não se coloca mais como norteadora de uma reforma, mas é prevista como lei, ou seja, constitui-se como um discurso do Estado, uma política pública deste, uma norma. (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009, p. 34)

Conforme comenta Freitas (2009), há dificuldades em se assistir à mulher em todas as etapas de sua vida, com integralidade e, quando se pensa ainda em situações complexas, a dificuldade parece aumentar, tendo em vista que os serviços de saúde coletiva não são capazes de oferecer atendimento que possa abranger de tal modo a necessidade da usuária, embora políticas como o HumanizaSUS tenham sido concebidas a fim de humanizar as práticas e as relações de saúde por meio do vínculo, da acolhida, da responsabilização e do reconhecimento da autonomia do sujeito, além do mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde BRASIL, 2003). Consideram Coelho et al. (2009):

As necessidades das mulheres originárias de relações sociais, em que se inclui a dimensão de gênero, são identificadas, mas há dificuldades em aprofundar discussões na perspectiva de minimização com participação do serviço. A preocupação com a organização das práticas em seus aspectos mais técnicos se sobrepôs a reflexões e discussões em que as(os) profissionais reconhecessem o seu papel na promoção de saúde das mulheres de modo efetivo para abrir caminhos ao empoderamento (COELHO et al., 2009, p. 159)

Não se pode negar que o modelo biomédico ainda é o mais valorizado no sistema de saúde pública brasileiro. Mas, ao se tentar conceber a saúde por meio da concepção da Saúde Coletiva, procura-se pensá-la de modo mais integralista, ou seja, que a compreenda de modo mais amplo, que a abranja em suas múltiplas dimensões e não meramente o seu processo biológico ou biomédico. Desse modo, as dimensões culturais, sociais, históricos, geracionais, de gênero, de raça/etnia, etc, são realmente imprescindíveis para uma análise profunda dos processos de saúde. Como afirmam Medeiros e Guareschi, “o campo teórico da saúde coletiva representa uma ruptura com essa concepção de saúde pública ao negar que os discursos biológicos detenham o monopólio do campo da saúde” (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009, p. 44). Comentam Figueiredo et al. (1998):

O cuidar nos obriga a caminhar para encontrar uma indicação, uma direção a fim de mergulhar em nós mesmos; nos estimula a sonhar labirintos institucionais e a pensar em alternativas a partir do entendimento de que o ser humano é um ser desejante. Ele exige um aprofundamento, como afirmam os autores citados, na vida, no corpo e no inconsciente para encontrar a responsabilidade profissional, entendendo o cliente no centro das dificuldades, das responsabilidades e das decisões. (FIGUEIREDO et al., 1998, p. 455)

Embora haja uma gama considerável de ações estratégicas para o atendimento da saúde da mulher, nem sempre se consegue que problemas graves sejam prevenidos e evitados, tais como o câncer do colo do útero, câncer de mama, HPV, violência doméstica, por exemplo. Evangelista e Lopes consideram a respeito da saúde da mulher:

As demandas em saúde da mulher apresentam-se complexas. O ciclo vital feminino é marcado por eventos biológicos e sociais que, por vezes, interagem e determinam alterações no processo saúde-doença. O profissional de saúde, no contexto da nova perspectiva de saúde, necessita desenvolver um olhar integral para com a mulher, considerando, sobretudo, a presença e influência de elementos subjetivos em sua relação com o mundo, com a sociedade, coma família e consigo mesma. (EVANGELISTA; LOPES, 2012, p. 3)

No Sistema Único de Saúde – SUS, os serviços de saúde voltados à saúde da mulher deveriam estar organizados de modo a possibilitar a integralidade da assistência a esse público-alvo. Entretanto, nem sempre isso acontece em razão, talvez, de a integralidade não ser compreendida de forma profunda, ou seja, conceber o paciente em seu todo, em todas as fases de sua vida e não apenas enquanto um ser patológico em razão de alguma doença. Em outras palavras, é necessário que se estabeleça um processo de cuidado que articule ações de promoção à saúde, à qualidade de vida, prevenção de violências e de agravos, diagnóstico precoce, tratamento oportuno e reabilitação. Conforme comentam Coelho et al. (2009):

A integralidade, além de um princípio constitucional defendido como prerrogativa da humanização do cuidado em saúde, busca a possibilidade de apreender as necessidades mais abrangentes do ser humano, valorizando a articulação entre atividades preventivas e assistenciais. (COELHO et al., 2009, p. 155)

Desde a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, procurou-se desenvolver mecanismos que visassem a articulação de ações e serviços objetivando a construção de um sistema de saúde cujas diretrizes legais propusessem uma única direção, em cada esfera de governo a fim de se organizar um movimento de descentralização da gestão. A descentralização pode ser um instrumento de superação das desigualdades, visto que auxiliaria na elaboração e implementação de políticas públicas que satisfariam as necessidades locais, envolvendo os atores sociais nessa construção.

Assim, a integralidade na atenção à saúde se expressaria de modo mais direcionado às necessidades do seu público-alvo, acolhendo de modo adequado a heterogeneidade que caracteriza o país, e, particularmente, compreendendo o perfil epidemiológico da população feminina, que apresenta variações entre as regiões do país e a trabalhar na realidade local, aumentando a possibilidade de sucesso na assistência à mulher de forma integral. Assim, talvez fosse possível a concretização da integralidade nos diferentes níveis de atenção e de complexidade, norteada pelo respeito às individualidades e singularidades de cada mulher. Evangelista e Lopes comentam acerca da integralidade:

A integralidade se expressa de forma particular e própria, possuindo vários sentidos no contexto da atenção à saúde. Entre estes destacam-se três conjuntos: o primeiro relacionado a políticas de saúde, ou seja, à abrangência das respostas governamentais às necessidades da população; o segundo referentes à organização dos serviços de saúde; e o terceiro voltado ao âmbito das práticas de saúde. Esses três conjuntos têm como suporte a consideração do indivíduo como um ser integral, inserido em um contexto complexo, de multideterminantes do processo saúde-enfermidade-cuidado. (EVANGELISTA; LOPES, 2012, p. 3)

Tendo isso em vista, as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Mulher – PNAIM direcionam os serviços do Sistema Único de Saúde - SUS a fim de oferecer às mulheres um atendimento cuja perspectiva contemple a promoção integral da saúde, ou seja, o atendimento às necessidades específicas de sua saúde, a prevenção e o controle de doenças e garantia de direito à saúde (BRASIL, 2004). Hillesheimi et al. (2009) comentam:

O PAISM foi anunciado como uma abordagem diferenciada de saúde da mulher, a partir do rompimento da visão tradicional, principalmente no âmbito da Medicina, que centrava o atendimento às mulheres nas questões reprodutivas. (HILLESHEIMI, 2009, p. 200)

Freitas et al. (2009), consideram que, para que a assistência integral à saúde da mulher se desenvolva de modo mais adequado, “é necessário um controle social efetivo por parte das mulheres, no que se refere a implantação e avaliação dessas políticas” (FREITAS et al., 2009, p. 5). Convém que se compreenda que a efetivação da política de assistência à saúde da mulher depende não apenas das mulheres, mas também dos gestores das unidades de saúde bem como dos profissionais que têm a incumbência de lidar diretamente com o público feminino. Consideram Hillesheimi et al. (2009):

[...] se enquanto as políticas públicas de saúde formulam uma saúde da mulher e não uma saúde do homem, podemos dizer que essa maior visibilidade da mulher se relaciona não com uma maior valorização, mas como um processo de fabricação de individualidade celular, orgânica, genética e combinatória, que têm a norma e os desvios como referência. (HILLESHEIMI, 2009, p. 209)

Entende-se a importância da integralidade de assistência à mulher, que, de fato, é um desafio em razão da sua dimensão em nossa sociedade, seria compreendida como uma questão de peso pelos agentes responsáveis pelas políticas governamentais, pelos grupos de pressão da sociedade, havendo programas de intervenção mais eficazes, visto que a busca da integralidade da atenção na saúde da mulher representa um grande desafio nas práticas em saúde. Comentam Medeiros e Guareschi (2009):

A integralidade tem repercussão em vários níveis das políticas públicas em saúde, sendo um princípio doutrinário, tanto no sentido de um saber que se produz sobre saúde quanto no de um campo de estruturação de práticas. Como princípio doutrinário, a integralidade torna-se uma evidência no campo da saúde coletiva: tomar um campo social como uma evidência é estabelecer um campo de verdades. (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009, p. 33)

Infelizmente, a integralidade prevista pelo Sistema Único de Saúde – SUS nem sempre se realiza ou não se realiza do modo que deveria idealmente se realizar. Quando a atenção à saúde da mulher não se concretiza adequadamente, quando há entraves ao acesso aos serviços de saúde, podem ocorrer inúmeros danos às mulheres não apenas no que diz respeito a agravos de saúde física, mas também psicológica, o que pode acarretar seu afastamento dos serviços de saúde.

A integralidade de assistência à saúde da mulher deve começar pela eliminação das barreiras de acesso entre os diferentes níveis de atenção, se desenvolver no atendimento às necessidades de saúde específicas das mulheres tanto nos âmbitos locais quanto regionais e se concretizar por meio do comprometimento de todos os profissionais da saúde que trabalhem diretamente na atenção à saúde.

Como se pode compreender pelo exposto, o presente estudo se justifica no sentido de que objetiva expor, ainda que brevemente, as concepções de saúde da mulher ao longo do tempo, identificar os desafios, se há entraves na rede de serviços de saúde oferecidos à mulher (e, em caso positivo, quais são), que poderiam vir a impedir o acesso à saúde desse seguimento da população considerando-se a integralidade como eixo norteador das políticas de saúde.

Nos serviços de saúde voltados à atenção à saúde da mulher, a integralidade objetiva aumentar as possibilidades de atenção às suas necessidades de saúde. Para tal, é necessário que haja a formulação de estratégias adequadas de trabalho, que visem possibilitar o vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade atendida, fortalecendo a confiança, promovendo maior aproximação a fim de garantir a adesão aos serviços de saúde, principalmente, os preventivos a fim de minorar agravos futuros à saúde da mulher.

Assim, é imprescindível que se promova o desenvolvimento de ações que articulem os aspectos educativos, preventivos e assistenciais, voltados à manutenção da saúde. Um ponto importante a considerar quando se pensa em integralidade na atenção em saúde é a humanização das suas práticas, o que englobaria a dimensão da família da mulher enquanto diferencial qualitativo.

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À SAÚDE DA MULHER

Nesse item, serão reportadas algumas ações relativas à saúde da mulher, sejam pactos, programas ou publicações, que o governo propôs nos primeiros anos desse século. Não se trata de uma apresentação exaustiva das referidas ações.

Em 2000, foi criado o Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento, instituído pela Portaria Nº 569, de junho de 2000, cujo objetivo era melhorar a saúde materna e impedir mortes consideradas evitáveis, sendo uma atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher pós-parto. Essa política pública ainda é tida como um dos objetivos de maior interesse tanto nacional quanto internacional na área da saúde e dos direitos reprodutivos (BRASIL, 2000).

Em 2004, foi instituído o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, tendo em vista que, mesmo no início do século XXI, a “redução da mortalidade materna e neonatal no Brasil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo” e que as altas taxas de mortalidade materna e neonatal são consideradas uma grave violação dos Direitos Humanos de Mulheres e Crianças, além de um sério problema de saúde pública. As referidas taxas são mais prevalentes entre mulheres e crianças oriundas de classes sociais menos favorecidas, visto que a desigualdade social gera graves disparidades na chance de sobrevida das mulheres e recém-natos.

Nos anos de 2004 e 2008, foi instituído o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres com o objetivo de enfrentar as desigualdades de gênero e raça no Brasil, visto que as “estatísticas revelam o papel central das mulheres na vida brasileira e evidenciam as discriminações, desigualdades e violências a que ainda estão submetidas” (BRASIL, 2004, p. 14). Por essa razão, foram propostas ações a fim de promover a autonomia econômica e financeira das mulheres, considerando as dimensões étnico-raciais, geracionais, regionais e de deficiência; promover a igualdade de gênero, considerando a dimensão étnica racial e, nas relações de trabalho, elaborar com base na Agenda Nacional o Plano Nacional do Trabalho Decente, incorporando os aspectos de gênero e considerando a dimensão (BRASIL, 2004).

Também nos anos de 2004, 2007 e 2011, houve o estabelecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que busca promover, a partir de enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores, objetivando “consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004, p. 5). Em suma, a política pública em questão almejava promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres por meio da garantia de direitos legalmente constituídos e também da ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.

Em 2005, o governo estabeleceu a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, considerando que, no Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, “mas os programas implementados voltavam-se exclusivamente para a assistência aos problemas decorrentes da gestação e do parto” (BRASIL, 2005, p. 9). assim, a fim de incentivar a adesão à política do planejamento familiar, o governo ampliou a oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis, aumentou o acesso à esterilização cirúrgica voluntária e introduziu a reprodução humana assistida no SUS (BRASIL, 2005).

Ainda em 2005, também foi publicado o documento Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: atenção à saúde das mulheres negras, no qual foram destacadas algumas especificidades da população negra na área da saúde, com olhar especial para as mulheres negras. Também foram indicadas algumas estratégias que poderiam ser incorporadas por gestores estaduais e municipais de saúde (BRASIL, 2005).

Em 2006, foi publicado o relatório intitulado Estudo da Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na Mortalidade Materna, que foi elaborado devido o fato de que a “subinformação e o sub-registro das declarações de óbito dificultam o monitoramento do nível e da tendência da mortalidade feminina e materna” (BRASIL, 2006, p. 5). Com esse estudo, o Ministério da Saúde objetiva a melhoria da qualidade do registro, em longo prazo, o fortalecimento dos setores de informação e vigilância epidemiológica dos estados e municípios, além da implantação dos comitês de morte materna.

Em 2007, foi criado o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminilização da Epidemia de AIDS e outras DST, que tem como objetivo fundamental o “enfrentamento das múltiplas vulnerabilidades que contribuem para que as mulheres brasileiras estejam mais suscetíveis à infecção pelo vírus HIV e a outras doenças sexualmente transmissíveis” (BRASIL, 2007a, p. 5). Esse plano preconiza que o conhecimento dos componentes socioeconômicos e culturais que estruturam a desigualdade entre homens e mulheres são de suma importância para o enfrentamento à supracitada epidemia. Para isso, basta ter em mente que a violência doméstica e sexual contra mulheres e meninas e a discriminação e o preconceito relacionados à raça, à etnia e à orientação sexual são expressões dessa desigualdade (BRASIL, 2007a).

Também em 2007, foi instituída, pelo Ministério da Justiça, a Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoa, cujo objetivo era formular diretrizes a fim de orientar como agir em relação a esse tipo de violência vivenciado principalmente por mulheres (BRASIL, 2007b).

Em 2011, foi instituída a Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual: matriz pedagógica para formação de redes, que propôs as seguintes estratégias: (i) promover a articulação intra e intersetorial para a formação de redes de atenção integral para mulheres e adolescentes em situação ou risco de violência doméstica e sexual; (ii) promover a articulação política e institucional da gestão de redes e sistemas de atenção à saúde, objetivando a prevenção e a atenção integrada para mulheres e adolescentes em situação ou risco de violência doméstica e sexual; e (iii) trabalhar na perspectiva da implantação da legislação brasileira em vigor e das normalizações técnicas do Ministério da Saúde no que se refere aos direitos humanos, aos direitos sexuais e reprodutivos, à prevenção e ao tratamento dos agravos resultantes da violência sexual cometida contra mulheres e adolescentes e, ainda, no que se refere à atenção humanizada ao abortamento.

Ainda em 2011, foi lançada a cartilha Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde, que constata que a violência sexual e/ou doméstica é fenômeno de conceituação complexa e multicausal, que atravessa uma intricada teia de aspectos sociais, culturais, religiosos e econômicos. O objetivo dessa publicação é contribuir para uma atuação mais qualificada dos profissionais de saúde, além de unir os esforços e as iniciativas governamentais e não governamentais de enfrentamento à violência contra as mulheres em todos os seus ciclos de vida (BRASIL, 2011).

**3 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Conforme se pode observar pelo que já foi exposto, a saúde da mulher vem sendo foco de políticas públicas de saúde cada vez mais premente desde o início do século passado. Entretanto, houve, ao longo das décadas, mudança de foco, visto que as mulheres se emanciparam, tornando-se sujeitos de sua história e não meramente reprodutoras, como era concebida, nas décadas de 1930 a 1970, pelos programas governamentais de saúde materno-infantil, que consideravam a figura feminina com fundamento apenas em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica que lhe era atribuído, sendo, assim, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais membros da família.

Esses programas de saúde foram bastante criticados em razão de serem realizados a partir de uma perspectiva reducionista do corpo da mulher, tendo em vista que não havia integralidade em sua assistência além do ciclo gravídico-puerperal, sendo pouco considerados outros aspectos de sua existência. Assim, a partir de reflexões acerca do protagonismo da mulher, já inserida no mercado de trabalho, houve forte atuação e influência, no campo da saúde, de grupos de pressão e movimento feminista a fim de que fosse considerada a integralidade em sua saúde e que essa abordagem fosse introduzida na agenda da política nacional, além de outras questões socioculturais, tais como violência doméstica, etc., antes relegadas a segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas.

Também se pode apontar enquanto características dos programas de saúde, deste período, tanto a verticalidade quanto a falta de integração com outros programas e ações, visto que suas metas eram estabelecidas pelo nível central, não havendo avaliação das necessidades de saúde das populações locais nem a participação da comunidade atendida. Por essa razão, esse tipo de prática não obteve impacto relevante nos indicadores de saúde da mulher, mas, ao contrário, gerou a fragmentação da assistência.

Por essa razão, com o surgimento e fortalecimento do movimento feminista, no Brasil, ocorre o posicionamento crítico em relação a essas políticas públicas de saúde em razão de haver uma visão reducionista da mulher, visto que essa só dispunha de acesso a alguns cuidados de saúde focados no ciclo gravídico-puerperal, dado que esse ciclo não compreende a totalidade de sua existência, fazendo com que a mulher passe sem assistência na maior parte de sua vida.

Assim, as mulheres, protagonistas de sua existência e organizadas, reivindicam ações de saúde que lhes propiciassem melhores condições de assistência em todos os ciclos de vida, contemplando suas peculiaridades em virtude de estarem inseridas em diferentes grupos populacionais, condições sociais, econômicas, culturais e afetivas. Desse modo, já no contexto da elaboração e implementação do Sistema Único de Saúde – SUS, o campo da Assistência Integral a Saúde da Mulher se estrutura a fim de satisfazer, em um processo contínuo, a demandas e particularidades divergentes.

Como se pode concluir, a assistência à saúde da mulher implica um desafio que vai da sua proposta, elaboração até a implementação, visto que foi uma conquista que as demandas desse público fossem recepcionadas pelos responsáveis pela elaboração das ações em saúde. Da elaboração até a sua adequada implementação foi também um avanço fruto de processos de trabalho a fim de que fossem garantidos os direitos das mulheres e que fosse estabelecido um olhar integral sobre esse grupo, objetivando harmonia entre as ações e as necessidades apresentadas.

O presente artigo não se propôs, e nem poderia fazê-lo, ser exaustivo em relação ao tema, mas apenas fomentar a reflexão sobre as ações de saúde em relação a esse público específico. Por essa razão, compreende-se como necessárias outras pesquisas sobre o tema a fim de que o mesmo seja aprofundado.

**REFERÊNCIAS**

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: Princípios e Diretrizes/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulhe**r: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\_nac\_atencao\_mulher.pdf>. Acesso em: maio de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à. Saúde da Mulher. Princípios e Diretrizes. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília – DF. 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\_nac\_atencao\_mulher.pdf>. Acesso em: abril de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Portaria Nº 569, de junho de 2000**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\_01\_06\_2000\_rep.html>. Acesso em: maio de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/20/2.a%20Pacto%20redu%C3%A7%C3%A3o%20mortalidade.pdf>. Acesso em: maio de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\_direitos\_sexuais\_reprodutivos.pdf>. Acesso em: maio de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.** Disponível em: <http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/plano-nacional-politicas-mulheres.pdf>. Acesso em: maio de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: atenção à saúde das mulheres negras.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas\_noticias/2007/politica\_mulher.pdf>. Acesso em: maio de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: atenção à saúde das mulheres negras.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perspectiva\_equidade\_pacto\_nacional.pdf>. Acesso em: abril de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Estudo da Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na Mortalidade Materna.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd11\_03estudo\_mortalidade\_mulher.pdf>. Acesso em: abril de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminilização da Epidemia de AIDS e outras DST.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\_feminizacao\_final.pdf>. Acesso em: abril de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. **Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual: matriz pedagógica para formação de redes.** Disponível em: <http://www2.unifesp.br/proex/novo/eventos/eventos14/maistrinta/images/stories/integral.pdf>. Acesso em: abril de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. **Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aspectos\_juridicos\_atendimento\_vitimas\_violencia\_2ed.pdf>. Acesso em: abril de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. **Política Brasileira de Enfrentamento da AIDS, Resultados Avanços e Perspectivas.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\_brasileira\_enfrentamento\_aids\_2012.pdf>. Acesso em: abril de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva.** Brasília : Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\_sexual\_saude\_reprodutiva.pdf>. Acesso em: abril de 2018.

COELHO, EAC; SILVA, CTO; OLIVEIRA, JF; ALMEIDA, MS. Integralidade do Cuidado à Saúde da Mulher: limites da prática profissional. Esc Anna Nery **Rev Enferm** 2009 jan-mar; 13 (1): 154-160. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a21>. Acesso em: abril de 2018.

COELHO, EAC; SILVA, CTO; OLIVEIRA, JF; ALMEIDA, MS. Integralidade do Cuidado à Saúde da Mulher: limites da prática profissional. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 jan-mar; 13 (1): 154-160. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a21>. Acesso em: abril de 2018.

Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/18/17.08.2017.Conferencia-Nacional-da-Mulher.pdf>. Acesso em: maio de 2018.

EVANGELISTA, Danielle Rosa; LOPES, Emeline Moura. Integralidade na assistência à saúde da mulher: análise do componente saúde mental na produção científica. Revista Científica FAECE Saúde. abril de 2012. Disponível em: <www.iesc.edu.br/pesquisa/arquivos/Artigo\_integridade\_saude\_mulher.pdf>. Acesso em: abril de 2018.

FIGUEIREDO, Nebia M. Almeida de; SANTOS, Iraci dos; SOBRAL, Vera Regina Sales; SILVA JUNIOR, Osnir Claudiano da. Cuidar em saúde: lugar da invenção de um novo paradigma científico. **R. Bras. Enferm. Brasilia**, v. 51 , n. 3 p. 447-456, jul.lset., 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v51n3/v51n3a09.pdf>. Acesso em: abril de 2018.

FIGUEIREDO, Nebia M. Almeida de; SANTOS, Iraci dos; SOBRAL, Vera Regina Sales; SILVA JUNIOR, Osnir Claudiano da. Cuidar em saúde: lugar da invenção de um novo paradigma científico. R. Bras. Enferm. Brasilia, v. 51 , n. 3 p. 447-456, jul.lset., 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v51n3/v51n3a09.pdf>. Acesso em: abril de 2018.

FREITAS GL, VASCONCELOS CTM, MOURA ERF, PINHEIRO AKB. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. Rev. Eletr. Enf. 2009;11(2):424-8. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>. Acesso em: abril de 2018.

HILLESHEIMI, Betina; SOMAVILLA, Vera da Costa; DHEINII, Gisele; LARA, Lutiane de. Saúde da mulher e práticas de governo no campo das políticas públicas. Psicol. rev. (Belo Horizonte) vol.15 no.1 Belo Horizonte abr. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1677-11682009000100012>. Acesso em: abril de 2018.

LEITE, A. C. N. M. T.; PAES, N.A. **Direitos femininos no Brasil**: um enfoque na saúde materna. História, Ciências, Saúde: Manguinhos, v.16, n. 3, p.705- 714, 2009.

MEDEIROS, Patricia Flores de; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Rev. Estud. Fem**. [online]. 2009, vol.17, n.1 pp.31-48. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0104-026X2009000100003>. Acesso em: abril de 2018.

MEDEIROS, Patricia Flores de; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. Rev. Estud. Fem. 2009, vol.17, n.1 pp.31-48. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0104-026X2009000100003>. Acesso em: abril de 2018.

MEDEIROS, Patricia Flores de; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2009000100003>. Acesso em: abril de 2018.

1. Assistente Social. Aluna do curso de Pós-Graduação em Saúde Pública com Ênfase na Saúde da Família. E-mail: danisf.jag@hotmail.com. [↑](#footnote-ref-2)
2. Professor. Orientador. [↑](#footnote-ref-3)