

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
GESTÃO PÚBLICA**

**THAIS FERNANDA DIAS PRAÇA**

**SAÚDE E GÊNERO: UMA ANÁLISE DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO  
INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER.**

**BELO HORIZONTE**

**2017**

THAÍS FERNANDA DIAS PRAÇA

**SAÚDE E GÊNERO: UMA ANÁLISE DA POLÍTICA NACIONAL DE  
ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao curso de Gestão Pública na Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG, no cumprimento às exigências para obtenção de título de bacharel.

Orientadora: Marjorie Correa Marona.

BELO HORIZONTE

2017

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço em primeiro lugar a Deus, por ser o meu sustento e me guiar nessa caminhada. A minha mãe e parceira, Margarida, que sempre me apoiou e incentivou. Ao meu pai, Lucas, que sonhou esse sonho comigo; tenho certeza que está orgulhoso de mim. Te amo pra sempre. Ao meu irmão, Guilherme, por sempre acreditar em mim. Aos meus amigos pelo apoio, em especial a Babi, por toda a ajuda nesse momento. Ao meu esposo, Misael, pela paciência nesse período da monografia. A todos meus colegas de faculdade, pela rica troca de experiência e aprendizado. Agradeço a professora Marjorie, pela orientação e dedicação. E a todos aqueles que de alguma forma contribuíram nesta etapa concluída.

## RESUMO

Este estudo tem como principal finalidade analisar a Política nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher e como os movimentos sociais, principalmente o movimento feminista, influenciaram na criação de políticas de gênero. A temática foi muito discutida, em Conferências, principalmente a partir dos anos 2000, participaram dessa discussão diversos segmentos sociais, como o movimento de mulheres, movimentos de mulheres negras, movimento de mulheres rurais, entre outros. O Objetivo era a construção de uma política de saúde num enfoque de gênero, onde a integralidade e a promoção da saúde são os princípios norteadores. Agrega, também, 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. A Política amplia as ações para grupos historicamente deixados de lado das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades.

**Palavras-chave:** Movimentos sociais, gênero, Saúde, Políticas Públicas Saúde da Mulher.

## ABSTRACT

The main purpose of this study is to analyze the National Policy for Integral Attention to Women's Health and how social movements, especially the feminist movement, have influenced the creation of gender policies. The theme was much discussed, in Conferences, mainly from the years 2000, participated in this discussion several social segments, such as the women's movement, black women's movements, rural women's movement, among others. The objective was the construction of a health policy in a gender approach, where integrality and health promotion are guiding principles. It also consolidates advances in the field of sexual and reproductive rights, with an emphasis on improving obstetric care, family planning, attention to unsafe abortion and combating domestic and sexual violence. The Policy broadens the actions for groups historically left out of public policies, in their specificities and needs.

**Key words:** Social movements, gender, Health, Public Policies Women's Health.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	7
<b>CAPÍTULO 1 - Cidadania, Estado e Gênero</b> .....	9
1.1 <i>Lutas de cidadania na história política brasileira</i> .....	9
1.2 <i>Lutas de cidadania na história Política brasileira; da Ditadura Militar a Democracia</i> .....	11
1.3 <i>Direito e Cidadania: do Brasil Colônia aos dias atuais</i> .....	14
1.4 <i>Direito Público, ações afirmativas e políticas públicas no Estado Democrático de Direito</i> . .....	15
1.5 <i>Políticas públicas em gênero no combate às desigualdades</i> .....	17
<b>CAPÍTULO 2 – INSTITUIÇÕES E POLÍTICAS PÚBLICAS EM GENERO NO BRASIL ATUAL</b> .....	19
2.1 <i>A evolução institucional brasileira a partir das demandas de gênero</i> .....	19
2.2 <i>A Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM)</i> .....	23
2.3 <i>O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres</i> .....	25
2.4 <i>II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres</i> .....	26
2.5 <i>Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015</i> .....	27
<b>CAPÍTULO 3 - POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER</b> .....	29
3.1 <i>A evolução das Políticas de Atenção a Saúde das Mulheres</i> .....	31
3.2 <i>A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher</i> .....	32
3.3 <i>Humanização e qualidade: Princípios para uma política de atenção integral à Saúde da Mulher</i> .....	33
3.4 <i>Integralidade e Gênero na PNAISM</i> .....	34
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	35
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	37

## INTRODUÇÃO

Este trabalho busca analisar a criação de políticas públicas de saúde para as mulheres no Brasil, a partir das demandas de gênero. Particular destaque será dado a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), de 2004.

Após a criação da PNAISM, A diretriz do plano era destinada a “atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras)” e dessa forma “rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher” (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, o objetivo desse estudo foi de buscar a discussão sobre o cuidado à saúde das mulheres a partir das demandas de gênero, chamando a atenção para os limites e desafios quando se trata da atenção integral. Para isso, analisei os documentos oficiais mencionados no estudo (PAISM, PNPM e PNAISM) e bibliografia sobre o tema. O tema desta monografia é relevante de ser estudado, pois demonstra a importância de discutir sobre a questão de gênero e saúde, como também a necessidade de se conhecer as lutas históricas dos movimentos sociais, principalmente o movimento feminista contra a visão patriarcal do Estado sobre as mulheres, onde a mulher era vista apenas sob as lentes da maternidade.

A metodologia de pesquisa deste trabalho foi de natureza qualitativa e constituiu-se de revisão bibliográfica e análise documental. Primeiramente foi preciso explorar, no campo teórico, em artigos de especialistas sobre as lutas por igualdade dos movimentos sociais. A sistematização desse trabalho de revisão encontra-se no primeiro capítulo.

Em seguida busquei conhecer a evolução institucional brasileira a partir das demandas de gênero e como a pressão dos movimentos sociais interferiu na criação e aperfeiçoamento de políticas públicas de saúde para as mulheres. As informações necessárias para essa descrição foram buscadas em documentos dessa área de política e a síntese está descrita no segundo capítulo.

O tema pesquisado possui relevância para um gestor público, pois apresenta a possibilidade de um conhecimento mais aprofundado sobre a PNAISM e seus objetivos. O problema estudado pode ser considerado importante para a política pública de saúde uma vez

que demonstra que o atendimento integral, feito a partir das especificidades é necessário para entender a totalidade e as diferenças do ser humano.

Posteriormente foi feita a análise da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM) de modo a conhecer seus objetivos e metas. Essa análise encontra-se no terceiro capítulo. Por fim as Considerações Finais, que apresentam minhas conclusões.

## **Capítulo 1 – Cidadania, Estado e Gênero**

Intensas transformações foram vividas pelo Brasil nos últimos anos em suas políticas públicas direcionadas para as questões de gênero como forma de combater as desigualdades no país. Podemos destacar nesse processo a grande participação dos movimentos sociais e com isso, importantes mudanças na agenda governamental em todas as esferas. Mas ainda assim, as desigualdades de gênero no Brasil é um grande desafio para os governos e a sociedade em geral.

Este capítulo, visa mapear a evolução do modelo de estado e das lutas de cidadania a partir das demandas de gênero.

### **1.1 Lutas de Cidadania na história política brasileira**

Com a Revolução de 1930 e o fim da República velha, ocorreu o período Getulista (1930-1945), esse período teve o intuito de transformar o Brasil em uma nação industrial, pode-se perceber através da Constituição de 1934 que consolida a democracia pelo voto secreto, da justiça federal e do voto e direitos políticos para mulheres. A constituição também cria as primeiras leis trabalhistas, garantindo a jornada de trabalho de 8 horas, direito a férias, entre outros. Garantindo assim as necessidades da grande indústria.

A Aliança Nacional Libertadora e os Integralistas entraram em confronto no período de 1934 a 1937. O governo Getúlio Vargas se concentrou na repressão à ANL e a colocou na ilegalidade, o que ocasionou a Revolta de 1935, conhecida como “Intentona Comunista”. Com isso, acontece o Golpe do “Estado Novo” e uma ditadura de 1937 a 1945 sob o comando de Vargas. Destaca-se no período a criação da Companhia Siderúrgica Nacional (CSN) a qual mostrava o caráter moderno, nacional e industrial do Estado Novo.

Diferentemente do que aconteceu nas sociedades europeias, o Brasil viu constituírem-se naquele momento histórico e político seus direitos sociais, houve a criação do salário mínimo, carteira de trabalho e Consolidação das Leis do trabalho (CLT). É importante ressaltar que naquele momento, o Estado controlava aqueles que podiam ou não acessar este canal de cidadania. Isto ocorria porque os sindicatos, principal agência de intermediação capital-trabalho daquele período, eram controlados pelo Estado. Devido a isso, Segundo Wanderley Guilherme dos Santos a cidadania no Brasil foi concebida como uma “cidadania regulada”.

Pode-se dizer que na era Vargas avanços significativos foram observados no processo de implementação das políticas sociais, mas eles foram residuais. O Estado providência agia de forma limitada, privilegiando apenas uma parte da sociedade.

Ao final do Nazifascismo em 1945 a ditadura do Estado Novo já não se sustentava, o que fez com que Getúlio Liberalizasse o regime, e com isso, ocorresse a volta da democracia política. Vários setores importantes da elite empresarial brasileira decidiram se associar ao capital estrangeiro, principalmente ao norte americano. Com isso, ocorre um golpe contra Getúlio que foi retirado do governo e novas eleições foram convocadas. Nesse mesmo ano, General Eurico Gaspar Dutra é eleito presidente do Brasil, sua política foi voltada para a abertura do capital estrangeiro e de repressão aos movimentos sociais e sindicais.

Em 1950 Vargas volta ao poder após vencer as eleições presidenciais; foi abandonado pelos grandes capitalistas brasileiros e seu governo se apoiava principalmente nos trabalhadores, dando início ao período que ficou conhecido como populista, marcado pelo reajuste de 100% do salário mínimo e a criação do Petrobrás, com a campanha intitulada “O petróleo é nosso”. A grande imprensa e os setores empresariais associados aos EUA revoltados com o nacionalismo protecionista de Vargas e sua política social, dão início a um golpe que leva Vargas ao suicídio em 1954.

Após a morte de Vargas, o país foi comandado por seu vice, João Café Filho, e posteriormente por Juscelino Kubitschek em 1955. Sob o lema “50 anos em 5”, JK criou o plano de metas, que listava as áreas destinadas a receberem os recursos. O Plano de Metas mencionava cinco setores básicos da economia, abrangendo várias metas cada um, para os quais os investimentos públicos e privados deveriam ser canalizados. Os setores que mais recursos receberam foram energia, transportes e indústrias de base, quase 100% dos recursos. Alimentação e educação, não receberam o mesmo tratamento dos primeiros. A construção de Brasília não integrava nenhum dos cinco setores.

Muitos foram os avanços, e muitas foram as críticas à opção de JK pelo crescimento econômico com recurso ao capital estrangeiro, em detrimento de uma política de estabilidade monetária. O crescimento econômico e a manutenção da estabilidade política, apesar do aumento da inflação e das consequências daí advindas, deram ao povo brasileiro o sentimento de que o subdesenvolvimento não deveria ser uma condição imutável. Com o crescimento da economia, houve um aumento no padrão de vida das camadas médias, possibilitando a terem

acesso a bens como carro, televisão e geladeira. Houve também um período de calma política, com um otimismo que repercutiu inclusive culturalmente, numa fase conhecida como a da “bossa nova”.

A população urbana passa a superar a rural através dos cinturões de favelas, e também ocorre uma forte corrente migratória do Nordeste para o sudeste, surgindo assim como forma de resistência, as ligas camponesas que levantavam a bandeira “Reforma agrária na lei ou na marra” mas sem sucesso, chegando ao fim no pós 1964.

Diante desse cenário de instabilidade, Jânio Quadros (UDN) vence as eleições em 1961. Jânio ficou conhecido por realizar uma política interna conservadora e por desafiar os EUA no período da Guerra Fria ao reatar relações com países socialistas. Após 7 meses de governo e em conflito com diversos setores políticos, Jânio renuncia seu mandato. João Goulart (PTB), vice de Jânio Quadros, só assumiu a presidência após um acordo institucional, onde foi aprovado às pressas no congresso o Parlamentarismo e João Goulart assume, mas sem o poder. Após um plebiscito, o Parlamentarismo foi derrubado e João Goulart (Jango) recuperou seu poder de governo.

O governo Jango foi marcado pela tentativa da retomada da política do segundo governo Vargas, voltado para o nacionalismo e na distribuição de renda. Com a proposta do plano Trienal, cujo objetivo era a reforma agrária, impostos progressivos, enfrentamento da dívida, entre outros, com o intuito de diminuir as disparidades sociais causadas pelo crescimento acelerado do governo JK, Jango conquista o apoio dos estudantes e dos setores organizados dos trabalhadores, fazendo com que houvesse uma agitação e tensão social.

No dia 13 de março de 1964, João Goulart realiza um comício na central do Brasil para anunciar as reformas de Base. Os setores reacionário e de direita organizam a Marcha da Família com Deus pela Liberdade uma semana depois. No dia 31 de março os militares aplicam o golpe e tomam o poder. Com o intuito de evitar uma guerra civil, Jango foge para o Uruguai.

## **1.2 Lutas de cidadania na história política brasileira; da Ditadura Militar à Democracia**

Nesse período, a ação do Estado no campo econômico criou um grande desenvolvimento para o país. A captação de recursos internacionais, que foi facilitada em razão dos petrodólares, fruto da crise do petróleo da época, o financiamento para instalações de Multinacionais e subsídios estatais foram alguns elementos que originaram o Milagre

econômico da época. A parte Social não sofreu grandes mudanças na época e as cidades continuaram com grande concentração de pobreza. A perspectiva da época era de que o crescimento econômico por si só seria capaz de alterar o quadro social, mas os resultados foram completamente diferentes frustrando as expectativas originais. No final da década de 70 e com a segunda crise do petróleo o crescimento acelerado perde força; na década de 80, o Brasil e outros países do mundo entraram em uma crise que assolou grande parte da economia mundial. Nessa mesma época, houve a proibição de várias entidades sociais e populares e repressão aos movimentos reivindicatórios. Vários partidos políticos foram fechados e ocorreu a criação da “democracia tutelada” bipartidarista (Arena, Governista e MDB, oposição). No período do AI 5 o congresso foi fechado, várias prisões arbitrárias foram feitas, como também a censura aos meios de comunicação, tortura e desaparecimento dos opositores. Ocorreram mobilizações populares e sindicais pelos setores atingidos pelo golpe, como as greves do ABC Paulista de 1979.

A retomada da democracia se deu através da chamada “abertura gradual e segura”, com a anistia e a legalização dos partidos políticos em 1979. Em 1984 o movimento das “Diretas Já” mobilizou a sociedade brasileira, esse foi um movimento muito amplo e que promoveu enormes manifestações pelo País, com destaque para São Paulo com cerca de um milhão e meio de participantes. Nesse momento, a eleição não foi feita de forma direta, mas sim através de um colégio eleitoral. Ao final da década de 80 e a retomada do processo democrático surge a ideia de resgate da dívida social e o início do processo de constituinte que tem início em 1987 e que termina com a promulgação da atual Constituição Federal em 1988. Mobilizações de movimentos sociais foram importantes para a construção de uma Constituição socialmente avançada.

José Sarney de Araújo Costa foi o primeiro presidente a tomar posse após a ditadura militar. Em termos econômicos, tentou reverter a crise de forma democrática com intervenção do Estado na economia, houve o congelamento dos salários e preços para tentar combater a alta da inflação, mas sem sucesso. Sarney terminou seu governo em recessão econômica.

Com a eleição de Fernando Collor de Mello em 1990, e a adoção do neoliberalismo como política de governo que tinha a intenção de eliminar o protecionismo da cultura administrativa e produtiva do país e com isso, gerar um atraso tecnológico impossibilitando o país de ter uma maior participação no mercado internacional. Houve reação dos movimentos sociais e estudantis contra a implantação dessa política e contra a corrupção e autoritarismo do governo, a mobilização ficou conhecida como “Fora Collor”, que pedia o impeachment do

então presidente Fernando Collor. O movimento foi apoiado pela elite que considerava que Collor agia com excessiva autonomia e de forma personalista.

Itamar Franco (1992-1994) assume a presidência após o impeachment de Collor, o neoliberalismo continua na agenda política, mas com menos vigor que no governo anterior.

O Brasil passou por forte processo de privatização nos mandatos de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998; 1999-2002). O governo tinha como discurso a importância da democracia e a participação da sociedade na agenda e nas políticas públicas. O Estado teve seu papel e tamanho reduzidos e coube ao terceiro setor a importância de criar políticas sociais. Vale ressaltar que nesse governo houve a criação de uma política de transferência de renda, com o programa Bolsa- Escola e o Fundo de Combate à Pobreza, que ganharam força no próximo governo, o de Luís Inácio Lula da Silva.

Luís Inácio Lula da Silva (2003-2006; 2007-2010) manteve uma política externa soberana, e se pautava no lema que só existiria política social se o Estado fosse forte. Lula fez a opção de construir políticas públicas em parceria com a sociedade civil e os movimentos sociais, chegando a realizar conferências nacionais. Nesse governo, a aposta era que através da inclusão social haveria o crescimento econômico. Segundo o IPEA, 12,8 milhões de pessoas saíram da condição de pobreza absoluta e 12,1 deixaram a condição de pobreza extrema. Os dados ainda mostram que no governo FHC o índice de desemprego atingiu proporções históricas, em compensação demonstra que de 2003 a 2009 houve uma diminuição no nível de desemprego no governo Lula. O governo no intuito de incentivar o consumo, reduziu o IPI, IOF e lançou o programa de aceleração do crescimento (PAC). Nesse governo, houve também a criação das Secretarias Especiais da Mulher, da Promoção da Igualdade Social, da Pesca e dos Direitos Humanos, todas com status de ministério.

Com o surgimento de novas demandas da sociedade civil, os movimentos sociais brasileiros das décadas de 70 e 80 focaram em diversas questões, principalmente as urbanas, como moradia, saúde, educação, etc. Essas demandas aliadas as questões de gênero, raça entre outros recortes estavam na pauta de reivindicações.

O intuito dessa nova cidadania consistia em um projeto de transformação societária da matriz democrática, que colocava em debate a relação entre política e cultura.

### **1.3 Direito e Cidadania: do Brasil Colônia aos dias atuais**

Desde o descobrimento do Brasil, Portugal era quem aplicava as leis vigentes no país até a proclamação da Independência. O aparato jurídico brasileiro teve seu processo iniciado após a Constituição Política do Império do Brasil em 1824, que seguia uma lógica colonial com o intuito de controlar grupos que pudessem ameaçar a ordem dominante, como quilombolas, indivíduos socialmente inferiorizados como mulheres e crianças.

No Brasil, até hoje foram promulgadas seis constituições. A primeira em 1824 na qual o Estado Brasileiro passa a se chamar Império do Brasil, onde foram definidos quatro poderes do Império: Executivo, Legislativo, Judiciário e Moderador. Nessa mesma época, ocorre a criação dos primeiros cursos de Direito no Brasil para atender uma necessidade da elite que precisava preparar pessoas para as funções administrativas de poder e gerenciar o país.

No período entre a primeira e a segunda constituição, os acadêmicos de direito ocupariam os cargos administrativos do Estado Brasileiro refletindo na composição do judiciário no Brasil.

Em 1891 após a proclamação da República, foi editada uma nova constituição tendo como modelo a americana e sendo fortemente influenciada pelos coronéis. Nessa constituição, o Estado Brasileiro passou a se chamar Estados Unidos do Brasil. O poder moderador foi extinto, o voto universal foi aprovado, com exceção dos analfabetos; o Brasil foi declarado como Estado laico e as províncias passaram a ter mais autonomia.

Em 1934 uma nova Carta constitucional foi promulgada através de assembleia constituinte eleita, onde o voto secreto foi aprovado, houve a criação das leis trabalhistas e o voto feminino foi introduzido. Esses avanços só foram possíveis graças as mobilizações das classes operárias, das mulheres e da sociedade em geral. Mas em 1935, Getúlio Vargas decreta estado de sítio e suspende todas as garantias constitucionais.

Em 1937 uma nova constituição entra em vigor. Nessa constituição, o presidente tinha poderes ilimitados, a censura e a pena de morte foram estabelecidas, e os partidos políticos fechados.

Após a segunda Guerra Mundial em 1946 e com a retomada dos partidos e do processo eleitoral, um novo presidente foi eleito e uma nova constituição da República foi aprovada. Ela estabeleceu a divisão dos poderes em: Executivo, Legislativo e Judiciário, e

restabeleceu a autonomia dos Estados e Municípios através do Regime Federativo. Foi assegurado o direito de propriedade e latifúndio, direito a greve, liberdade de expressão, mandato de cinco anos para presidente e CPI (Comissão Parlamentar de Inquérito) para controle do Executivo.

Em 1967 com os militares no governo, uma nova carta constitucional foi aprovada pelo congresso, o nome do Estado Brasileiro foi alterado para República Federativa do Brasil. Com arbítrio e autoritarismo, a constituição passou por várias emendas e atos ditatoriais como o AI-5.

Em 1987 e após vinte anos de ditadura, o Brasil passou por um processo de redemocratização que resultou na promulgação da constituição de 1988, que ficou conhecida como constituição cidadã. Nessa atual constituição, a terra ganhou uma concepção social, dando base para a reforma agrária, os indígenas garantiram o direito a posse de suas terras. O racismo foi criminalizado, novos direitos trabalhistas foram conquistados pelos trabalhadores rurais e domésticos; foi conquistado também o direito ao voto pelos analfabetos. Vários direitos para as crianças, adolescentes, pessoas com deficiência e idosos também foram aprovados.

Com a Constituição de 1988 um modelo democrático onde o direito deixa de operar no sentido negativo é desenhado e passa a ser pensado como um instrumento no combate aos problemas sociais, no intuito de compensar dívidas históricas do Estado Nacional.

Apesar da lei representar um grande avanço na efetivação desses direitos, a lei por si só não significa usufruí-los automaticamente.

#### **1.4 Direito Público, ações afirmativas e políticas públicas no Estado Democrático de Direito.**

Estado de direito é aquele que realiza suas atividades respeitando as normas jurídicas. É este que determina os limites entre as atividades do Estado e as liberdades individuais. O Estado é entendido como uma pessoa jurídica e de direito público e, portanto, possui direitos e deveres. A relação entre Estado e indivíduos é baseada pela supremacia da Constituição Federal, separação entre os poderes, garantia dos direitos individuais e a supremacia da lei. É dever do Estado exercer o poder político e com isso, garantir o bem-estar dos cidadãos devendo o interesse público prevalecer sobre os interesses privados. O Estado deve buscar a

realização do bem comum através da administração pública, que deverá ser voltada para os interesses da coletividade.

Os avanços conquistados nas últimas décadas na elaboração de políticas públicas de ação afirmativa e na interpretação das normas do direito público só foi possível graças as parcerias com a sociedade civil organizada no intuito de garantir maior efetividade nas políticas públicas, caracterizando assim um Estado democrático e participativo.

As ações afirmativas são políticas públicas realizadas em qualquer esfera governamental ou desenvolvidas por instituições privadas com o intuito de evitar discriminações étnicas, raciais, religiosas, de gênero ou de casta, e com isso eliminar desigualdades historicamente acumuladas. São um conjunto de medidas temporárias que almejam aumentar a participação e representação de determinados grupos de maneira a garantir a igualdade. O debate sobre ações afirmativas no Brasil ganhou força na década de 90. A pressão dos grupos organizados, do movimento negro e de mulheres fez com que o governo e a sociedade colocassem o assunto em discussão.

A Organização das Nações Unidas (ONU) em sua Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, documento ratificado pelo Brasil, enfatiza que a

Art. 1º (...) discriminação é o nome que se dá para a conduta (ação ou omissão) que viola direitos das pessoas com base em critérios injustificados e injustos tais como a raça, o sexo, a idade, a opção religiosa e outros. A discriminação é algo assim como a tradução prática, a exteriorização, a manifestação, a materialização do racismo, do preconceito e do estereótipo. Como o próprio nome diz, é uma ação (no sentido de fazer ou deixar de fazer algo) que resulta em violação de direitos. Discriminação contra a mulher significa toda distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou o exercício pela mulher, independente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo.

As políticas públicas possuem o poder de transformar determinada realidade social, são diretrizes que devem estar alicerçadas em princípios, com finalidade de subsidiar a ação do poder público. Eduardo Appio afirma que:

(...) as políticas públicas podem ser conceituadas como instrumentos de execução de programas políticos baseados na intervenção estatal na sociedade com a finalidade de assegurar igualdade de oportunidades aos cidadãos, tendo por escopo assegurar as condições materiais de uma existência digna a todos os cidadãos (Appio, 2006:136).

Podemos compreender as políticas públicas como um instrumento de execução dos programas governamentais. A política pública se difere da política de Estado, uma vez que a política de Estado vai além dos mandatos políticos. Para que uma política pública se transforme em política de Estado é necessário que esteja de acordo com os marcos legais e se transforme em lei. A política de cotas para a população afrodescendente nas Universidades, o Ensino da História e Cultura da África e afro-brasileira-brasileira (Lei 10.639/2003), O Ensino da História e Cultura Indígena (Lei 11.645/2008) e a Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006) são alguns exemplos de políticas públicas que viraram políticas de Estado.

A forma como a política pública é elaborada reflete a maneira que os governantes exercem o seu poder político e o grau de participação da sociedade. Quanto maior for a participação da sociedade, melhores serão os resultados.

### **1.5 Políticas públicas em gênero no combate às desigualdades**

Com o avanço do processo de redemocratização, os movimentos sociais passaram a exigir a implementação de políticas públicas que fossem contra a cultura de preconceito de gênero. Com a eleição de governos mais comprometidos com os movimentos sociais e populares, as reivindicações desses movimentos começaram a se converter em políticas públicas. Uma importante conquista foram a criação das primeiras delegacias da mulher e a instituição dos Conselhos de Direitos da Mulher, numa parceria entre governo e sociedade civil organizada. Esses espaços se transformaram em um importante instrumento na luta contra a violência doméstica e as demandas de gênero.

As reivindicações das mulheres brasileiras foram atendidas no governo do presidente Luís Inácio Lula da Silva e foi criada a Secretaria de Políticas Para as Mulheres (SPM), a secretaria é o primeiro órgão para as mulheres, em nível federal, com status de ministério. Tem como função fomentar estratégias para o desenvolvimento de políticas para as mulheres e tem como atribuições propor, coordenar e articular um conjunto de políticas públicas dirigidas à eliminação de todas as formas de discriminações de gênero, a consolidação de plenos direitos humanos e cidadania para as mulheres.

Em 2004 a SPM realizou a I Conferência Nacional de Mulheres, a qual acabou resultando na elaboração e aprovação do I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres

(PNPM I). 199 ações a serem executadas transversalmente com 19 órgãos do governo federal foram recepcionadas pelo plano.

Em 2007, ocorreu a realização da II Conferência Nacional de Mulheres, as políticas implementadas e o Plano Nacional I foram avaliados e reorientados. Com o intuito de reverter a subrepresentação das mulheres na política foi incluído entre os objetivos e metas o eixo “Mais Mulheres nos Espaços de Poder e Decisão”. A conferência resultou no II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres- PNPM II. Dessa vez com 388 ações para serem executadas por 22 órgãos federais e com recurso de R\$ 17,2 bilhões para quatro anos. Cerca de 320 mil pessoas participaram dessas conferências, entre elas estavam mulheres, agentes públicos de todos os estados e do Distrito Federal. Evidenciando assim os princípios do Estado Democrático de Direito, pois a elaboração das políticas contou com um intenso debate e participação efetiva das mulheres e dos agentes públicos nos três níveis de governo.

A SPM desenvolve ações para combater e coibir todas as formas de violência contra a mulher. O trabalho da secretaria teve início em 2003 e contava com algumas casas abrigo e delegacias de mulher. Com o PNPM I e PNPM II, a secretária articulou várias parcerias com o Ministério da Justiça Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Ministério da Saúde, Poder Judiciário e Poder Legislativo. As defensorias públicas, Ministério Público, estados e municípios também formalizaram parcerias. Essas ações resultaram no repasse de recursos para criar e equipar as Delegacias de Mulher, Casas Abrigo e Centros de Referência, como também a criação de Núcleos Especializados no atendimento às mulheres vítimas de violências.

Além dessas parcerias, foram firmados Acordos de cooperação com órgãos Internacionais como a Organização Internacional do Trabalho- OIT, o Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher- UNIFEM/ONU, e o British Council, que é um órgão Internacional do Reino Unido para assuntos educacionais e culturais.

A criação da SPM foi uma inovação na sua gestão, pois inaugurou a Gestão transversal na elaboração e execução das políticas públicas. Esse assunto será melhor detalhado no próximo capítulo.

## **Capítulo 2 – Instituições e Políticas Públicas em Gênero no Brasil Atual.**

O atual capítulo tem por objetivo apresentar a evolução institucional brasileira, particularmente a partir do governo Fernando Henrique Cardoso, vinculada às lutas de cidadania e igualdade de gênero, chamando a atenção para o necessário atendimento da interseccionalidade e intersetorialidade no campo da construção das políticas públicas.

### **2.1 A evolução Institucional brasileira a partir das demandas de gênero.**

Segundo Jacqueline Pitanguy e Leila Linhares Barsted (ONU 2011), foi nos anos 1980, em que ocorria a fase de transição democrática, que acontecia, no plano político e normativo, o resgate formal das liberdades civis e políticas, consolidadas na nova Constituição Federal, promulgada em 1988. Essa década foi de fundamental importância para a organização, por todo o país, de movimentos de mulheres que conseguiram, não apenas espaço institucional no novo governo democrático, mas, também, por meio de intensa ação política, o reconhecimento da plena cidadania. Em especial nos anos 1990, uma vasta produção normativa nacional, voltada para a regulamentação e promoção de direitos humanos e garantias individuais e sociais, foi tributária do texto constitucional. De fato, a Constituição Federal Brasileira de 1988 é o marco político institucional e jurídico que reordenou todo o sistema brasileiro e impôs a adequação de todas as normas legais aos parâmetros dos direitos humanos. Em paralelo, o ciclo das conferências internacionais das Nações Unidas fortaleceu a luta dos movimentos sociais, em especial dos movimentos de mulheres.

Para Celi Regina Jardim Pinto (2010), com a redemocratização dos anos 1980, o feminismo no Brasil entrou em uma fase de grande agitação na luta pelos direitos das mulheres. Segundo a autora, havia vários grupos e coletivos em todas as regiões tratando de uma série de temas, como: violência, sexualidade, direito ao trabalho, igualdade no casamento, direito à terra, direito à saúde materno-infantil, luta contra o racismo, opções sexuais. Estes grupos organizavam-se, em determinadas vezes, muito próximos dos movimentos populares de mulheres, que estavam nos bairros mais pobres e das favelas, lutando por educação, saneamento, habitação e saúde, fortemente influenciados pelas comunidades da Igreja Católica. Destaca-se que este encontro foi muito importante para os dois lados, pois o movimento feminista brasileiro, apesar de ter origens na classe média intelectualizada, teve uma interface com as classes populares, o que provocou novas percepções, discursos e ações em ambos os lados.

A autora chama a atenção para a Constituição de 1988 e afirma que é uma das que mais garante direitos para a mulher no mundo. Para Pinto, ainda na última década do século XX, o movimento feminista sofreu um processo de profissionalização, por meio da criação de Organizações Não-Governamentais (ONGs), com foco, na intervenção junto ao Estado, no intuito de aprovar medidas protetoras para as mulheres e de buscar espaços para a sua maior participação política. Uma das questões centrais dessa época era a luta contra a violência, de que a mulher é vítima, principalmente a violência doméstica. Além das Delegacias Especiais da Mulher, espalhadas pelo país, a maior conquista foi a Lei Maria da Penha (Lei n. 11 340, de 7 de agosto de 2006), que criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher.

Para Flavia Piovesan (2011), a Constituição Federal de 1988 representa um marco da transição democrática e da institucionalização dos direitos humanos no país. A autora chama a atenção para o importante impacto emancipatório da Constituição no que se refere à equidade de gênero e à proteção dos direitos humanos das mulheres.

(...) a Constituição Federal brasileira de 1988 está em sintonia com os tratados, convenções e declarações das Nações Unidas ao reconhecer a igualdade entre homens e mulheres na vida pública e privada. Esse reconhecimento tem repercussões importantes no direito de nosso país, particularmente, no direito civil. Até 1988, o Código Civil orientava todos os seus artigos relativos à família marcando a superioridade do homem em relação à mulher, seja na parte geral, no capítulo específico sobre família ou na parte relativa ao direito das sucessões. (BARSTED, Leila Linhares (1999), p.12 apud Piovesan, Flavia).

Piovesan (2011) alega que foi assegurada a plena igualdade entre os gêneros no exercício dos direitos humanos, civis e políticos, sendo vedada qualquer discriminação contra a mulher. Todavia, os dados da realidade brasileira invocam a distância entre os avanços normativos e as práticas sociais, indicando a persistência de um padrão discriminatório em relação às mulheres.

Pitanguy (2002) alega que os anos 90 para a maioria dos países da América Latina, foi um período de consolidação de valores democráticos, direitos civis e políticos. A autora intitula o período como “a década das Comissões, Secretarias e Planos de Direitos Humanos”, as quais foram elaborados no executivo e no legislativo.

Outro ponto que deve ser ressaltado nos anos 90, foi o aumento das Organizações Não Governamentais (ONGs) trabalhando com agendas voltadas para os direitos das mulheres e o fortalecimento de redes nacionais, regionais e internacionais neste campo.

Segundo Ana Maria Costa (2009), na década de 90 o Brasil se encontrava em um cenário de recessão, e o ajuste fiscal estabelecia os rumos da política brasileira. A fragmentação das políticas sociais, que embora simultânea ao estímulo à participação das entidades populares em conferências e conselhos setoriais que tinham o intuito de mediar a interlocução da sociedade com o poder público, refletiu-se na desintegração das demandas pela conquista de cidadania. Para a autora, o movimento sanitário juntamente com o movimento de mulheres resistiu às pressões e restrições para a efetivação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

O movimento feminista passou a se instituir em organizações não governamentais com o intuito de profissionalizar a sua atuação militante. Entidades do movimento feminista passaram a atuar, de forma profissional, em parceiras com Ministério da Saúde na produção de materiais educativos e técniconormativos para a atenção e o cuidado à saúde das mulheres. Não houve a priorização nos anos 80 e 90 da atuação nas instâncias estaduais e municipais de participação e de controle social da saúde das mulheres. O então Ministro da Saúde, Adib Jatene, nomeou como conselheira do Conselho Nacional de Saúde uma feminista, Margareth Arilha, para ocupar uma das vagas destinadas à sociedade científica. Para Costa (2009), essa iniciativa foi importante por ter dado voz as demandas das mulheres e também pelo surgimento de novos posicionamentos políticos naquele órgão. Nos estados e municípios nesse período, foi constatada uma ausência de representações de movimentos de mulheres nos respectivos conselhos de saúde, particularmente de feministas. No entanto, isso não impediu que esses movimentos desenvolvessem um trabalho participativo junto às instituições de saúde, demandando a implantação de ações de saúde sintonizadas com o PAISM.

A partir de 1995 ocorre a rearticulação da organização das mulheres e a retomada do tema saúde da mulher na agenda governamental, reflexo da Conferência do Cairo realizada em 1994. No âmbito interno, a mobilização de mulheres consegue visibilidade com o fortalecimento das mulheres rurais (Marcha das Margaridas); a articulação das mulheres negras; as redes de mulheres soropositivas; os movimentos pelo reconhecimento dos direitos sexuais das mulheres lésbicas, entre outros. Porém, a agenda de direitos da mulher retorna ao status de prerrogativa da sociedade civil. Para Costa, as tentativas de apropriação dos espaços governamentais durante o mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso não surtiram

muito efeito. É a internacionalização das agendas dos movimentos de mulheres que colocam o tema na pauta do governo. Porém, a absorção das questões da fecundidade e do planejamento familiar pelo conceito de saúde reprodutiva deslocou a centralidade da saúde integral da pauta das políticas de saúde para as mulheres.

Pode se afirmar que na década de 90 as políticas de saúde para as mulheres não sofreram grandes avanços se tratando da integralidade da saúde da mulher.

Para Marta Farah (2004), os programas de saúde, no que se refere à atenção à mulher, não resultaram, em sua maior parte, de movimentos sociais locais. A inclusão de ações dirigidas à mulher parece ser o resultado, em primeiro lugar, da influência na esfera local de diretrizes da política nacional de saúde e dos programas federais de saúde as quais sofreram influências de uma agenda externa. Nessa agenda, a mulher é considerada principalmente por seus impactos potenciais na saúde da família e no próprio desenvolvimento. Ao analisar por essa perspectiva, percebe -se que bate de frente com a agenda universalista do movimento de saúde constituída internamente desde os anos 70 e com a perspectiva de atenção integral da agenda de gênero. Outro também com a perspectiva de direitos, orientada para o empoderamento das mulheres. Mas, como visto, mesmo os que defendem a universalização e a perspectiva de direitos acabam por propor ações 'imediatas' que incluem a mulher 'em situação de risco' como foco privilegiado no curto prazo.

Farah (2004), alega que os movimentos e entidades de mulheres no Brasil passaram a recomendar a discriminação positiva de alguns grupos de mulheres, mais atingidos pela exclusão, recomendando especial atenção às mulheres negras, às mães solteiras e às chefes de família, por seu maior grau de vulnerabilidade. Para a autora, ao se desenharem programas dirigidos especificamente às mulheres ou que envolvam atenção privilegiada a mulheres, ocorreria focalização.

Hildete Pereira de Melo e Schuma Schumacher (2000) afirmam que na década de 1990 o movimento feminista teve um aumento na sua agenda de ação com um ciclo de conferências promovido pelas Nações Unidas. No Brasil, houve a realização da ECO 92, na cidade do Rio de Janeiro. No campo das Organizações Não Governamentais o movimento de mulheres brasileiras participou ativamente, através do Planeta Fêmea. Este espaço promoveu o encontro de feministas do mundo inteiro, e a partir de amplas discussões elaboraram a Agenda 21 das Mulheres. Posteriormente as conferências sobre Direitos Humanos (Viena, 1993) e População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) ambas tratando de assuntos de interesses específicos da

agenda feminista. O Clímax desse processo de integração internacional da luta das mulheres se deu com a realização da IV Conferência Mundial da Mulher (Beijing/1995)

Melo e Schumacher (2000) chamam a atenção para um outro grupo que se levantava, o das mulheres com diferente orientação sexual. Diante dos preconceitos e violência sofrida na sociedade brasileira, elas organizam-se em grupos de autoestima, de denúncias e de ação política. Ao longo dos últimos anos, elas produziram várias publicações, realizaram Encontros e Seminários, além de ter sediado, em 1999, no Rio de Janeiro, o V Encontro de Lésbicas Feministas da América Latina e do Caribe. Para as autoras, a incorporação do lesbianismo como questão política foi muitas vezes ambíguo, mesmo que no discurso de movimento feminista, esteja garantido o respeito à diferença e a não discriminação por orientação sexual.

Em 2003, no início do mandato do presidente Lula, o governo federal iniciou a execução de várias políticas públicas que refletiriam no plano econômico e social do país pela década seguinte. Podemos destacar a transferência da Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher, vinculada ao Ministério da Justiça, para a Presidência da República. Nascia assim a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), órgão essencial para a eliminação das desigualdades de gênero.

## **2.2 A Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM)**

Com status de ministério, a Secretaria<sup>1</sup> ampliou a meta de atuação do Estado na defesa dos direitos das mulheres e passou a trabalhar em três linhas de ação: políticas do trabalho e da autonomia econômica das mulheres; combate à violência contra a mulher; programas para as áreas de saúde, educação, cultura e ações voltadas para maior participação das mulheres nas políticas de igualdade de gênero e diversidade.

São de natureza e competência da Secretaria de Políticas para as Mulheres (BRASIL,2015):

---

<sup>1</sup> A Medida Provisória nº 726, publicada no Diário Oficial da União no dia 12 de maio de 2016, oficializou a extinção do Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos, que foi criado em 13 de outubro de 2015, pela MP 696, com a junção da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR); Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM); Secretaria de Direitos Humanos (SDH) e Secretaria Nacional de Juventude (SNJ).

Com a nova reforma administrativa, que extinguiu o Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos, a SEPM permanece na condição de Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, passando a ser vinculada ao Ministério da Justiça e Cidadania (Brasil, 2012).

- 1- Assessoramento direto e imediato à Presidência da República na formulação, coordenação e articulação de políticas para as mulheres;
- 2- Elaboração e implementação de campanhas educativas e antidiscriminatórias de caráter nacional;
- 3- Planejamento da incorporação da perspectiva de gênero na ação do Poder Executivo federal e demais esferas públicas, para a promoção da igualdade de gêneros;
- 4- Promoção e execução de programas de cooperação com organismos nacionais e internacionais, públicos e privados, voltados à implementação de políticas para as mulheres; e
- 5- Acompanhamento da implementação da legislação sobre ação afirmativa e definição de ações para o cumprimento de acordos, convenções e planos de ação sobre a promoção da igualdade entre mulheres e homens e do combate à discriminação.(BRASIL, 2015).

A Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República ficou responsável pela coordenação, implementação, monitoramento e avaliação do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres em todo o Brasil.

O ano de 2004 foi considerado o ano da Mulher no Brasil, instituído por força de Lei pelo Congresso Nacional, por indicação do deputado Maurício Rabelo, e sancionada pelo então Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva. Ficou instituído que o Poder Público promoveria, neste ano, programas e atividades para a divulgação e a comemoração das conquistas femininas, problematizando, em conjunto com a sociedade civil, a inserção da mulher na sociedade brasileira.

Neste mesmo ano, ocorreu a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (CNPM) convocada pelo Presidente da República e realizada em julho de 2004. O resultado dessa conferência foi a criação do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (BRASIL, 2004).

### 2.3 O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres

A I CNPM foi antecedida de plenárias municipais, regionais e Conferências Estaduais e contou com a participação de mulheres de todo o país, no intuito de garantir representatividade e diversidade da população. A elaboração do PNPM foi iniciada a partir do Decreto Presidencial de 15 de julho de 2004, que instituiu o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), composto por representantes de sete Ministérios – Saúde; Educação; Trabalho e Emprego; Justiça; Desenvolvimento Agrário; Desenvolvimento Social; Planejamento, Orçamento e Gestão –; da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR); do CNDM, e das Secretarias da Mulher do Estado do Acre e do Município de Campinas/SP, sob a Coordenação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (BRASIL, 2004).

O intuito da Política Nacional para as mulheres, era de se construir a igualdade e equidade de gênero, considerando raça e etnia, gerações, orientação sexual e deficiências, levando em consideração a pluralidade das mulheres. O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres - PNPM buscava expressar as necessidades e as expectativas das mulheres brasileiras e da sociedade no que tangia à formulação e à implementação de políticas públicas de promoção da igualdade e de enfrentamento dessas questões.

Para Marina Brito Pinheiro e Ana Carolina Ogando (2012), é importante ressaltar como o I PNPM reconhece e destaca as diferenças existentes entre os grupos, como raça e etnia, gerações, orientação sexual e deficiências. Para as autoras, o I PNPM constitui uma tentativa de confrontar as desigualdades e estereótipos de gênero a partir de esforços coordenados juntamente com o governo, nos níveis federal, estadual e municipal.

O terceiro capítulo do plano, intitulado Saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos, tinha como objetivos:

- 1-Promover a melhoria da saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, em todo território brasileiro.

- 2-. Garantir os direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres.

3-Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.

4-Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

## **2.4 II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**

O II Plano Nacional de Políticas para Mulheres (II PNPM) foi resultado da mobilização de cerca de 200 mil mulheres que participaram das Conferências Municipais e Estaduais em agosto de 2007. Essa conferência ampliou o objetivo do Plano Nacional, introduziu novos eixos estratégicos e propôs o detalhamento dos já existentes. Com base nos resultados da II CNPM, no Plano Plurianual 2008- 2011 e na Agenda Social do governo, e sob a coordenação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 18 órgãos da administração pública federal (MEC, MJ, MS, MCid, MDA, MDS, MPOG, MTE, MME, MinC, MMA, Seppir, SEDH, Casa Civil, Secretaria Geral, Secom, Funai e Ipea), em parceria com representantes de mecanismos governamentais estaduais e municipais de políticas para as mulheres e do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, elaboraram este II PNPM, que contou com 94 metas, 56 prioridades e 388 ações distribuídas em 11 grandes áreas de atuação (BRASIL, 2008).

O II PNPM ampliou e aprofundou o campo de atuação do governo federal nas políticas públicas para as mulheres, incluindo seis novas áreas estratégicas que iriam se somar às já existentes no I Plano. São elas: Participação das mulheres nos espaços de poder e decisão; Desenvolvimento sustentável no meio rural, na cidade e na floresta, com garantia de justiça ambiental, inclusão social, soberania e segurança alimentar; Direito à terra, moradia digna e infraestrutura social nos meios rural e urbano, considerando as comunidades tradicionais; Cultura, comunicação e mídia não-discriminatórias; Enfrentamento ao racismo, sexismo e lesbofobia; e Enfrentamento às desigualdades geracionais que atingem as mulheres, com especial atenção às jovens e idosas.

Para Pinheiro e Ogando (2012), pode-se perceber que boa parte dos novos eixos incluídos buscam dar visibilidade às diversas interseccionalidades presentes na população feminina brasileira. Também reflete o foco impulsionado pela SPM, principalmente a partir

do segundo mandato da ministra Nilcea Freire, na temática das mulheres nos espaços de poder.

Para as autoras, o processo de implantação do Segundo Plano, contou com a vantagem de que várias ações semelhantes já estavam em andamento, facilitando a execução dessas novas ações, seja pela experiência adquirida ou por fazer uso de parcerias já consolidadas com estados, municípios e outros órgãos da administração federal. Além disso, devido às demandas dos movimentos e organizações feministas em todo Brasil e em parte pelo próprio esforço da SPM em fomentar a criação de conselhos de direitos da mulher e órgãos especializados em políticas para as mulheres nas instâncias governativas, houve um crescimento destes nos estados e municípios .

Na parte da saúde, o plano tinha como objetivo geral:

Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, em todas as fases do seu ciclo vital, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos, e a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde integral em todo o território brasileiro, sem discriminação de qualquer espécie e resguardando-se as identidades e especificidades de gênero, raça/etnia, geração e orientação sexual. (BRASIL, 2008).

## **2.5 Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015**

Este Plano foi revisado na gestão da primeira mulher presidenta do Brasil, Dilma Rousseff. Em 2013, a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) completou dez anos de existência, com grandes contribuições para a consolidação das políticas públicas de gênero, destacando a efetiva transversalidade de gênero nas políticas interministeriais (BRASIL,2013). O PNPM 2013-2015 constituiu-se em um elemento estrutural da configuração de um Estado democrático. Contribuiu para o fortalecimento e a institucionalização da Política Nacional para as Mulheres aprovada a partir de 2004, e referendada em 2007 e em 2011, pelas respectivas conferências. Como um plano nacional, reafirmou os princípios orientadores da Política Nacional para as Mulheres: autonomia das mulheres em todas as dimensões da vida; busca da igualdade efetiva entre mulheres e homens, em todos os âmbitos; respeito à diversidade e combate a todas as formas de discriminação;

caráter laico do Estado; universalidade dos serviços e benefícios ofertados pelo Estado; participação ativa das mulheres em todas as fases das políticas públicas; e transversalidade como princípio orientador de todas as políticas públicas (BRASIL, 2013).

No capítulo sobre saúde, o objetivo geral era o de “promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres em todas as fases do seu ciclo vital, garantindo os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, bem como os demais direitos legalmente constituídos; e ampliar o acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção e assistência da saúde integral da mulher em todo o território brasileiro, sem discriminação de qualquer espécie, resguardadas as identidades e especificidades de gênero, raça, etnia, geração, classe social, orientação sexual e mulheres com deficiência”(BRASIL, 2013).

### **Capítulo 3 – Política Nacional de Atenção Integral à saúde da Mulher**

Esse capítulo busca apresentar a política como uma alternativa às demandas de cidadania e igualdade de gênero e também às exigências de intersetorialidade e interseccionalidade (saúde e gênero), destacando-a como um avanço no campo, mas chamando a atenção, também, para os desafios e limites.

#### **3.1 Evolução das Políticas de Atenção à Saúde da Mulheres**

Nas primeiras décadas do século XX a saúde da mulher foi incorporada às políticas públicas nacionais, e nesse período, foi limitada às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traziam uma visão restrita sobre a mulher, onde era levado em consideração somente o seu papel social de mãe e doméstica.

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que englobou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, como também a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o fundamento conceitual que daria base a formulação do Sistema Único de Saúde, (BRASIL, 2004).

O programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, e abrangia a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, e outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2004 apud Brasil, 1984).

O processo de construção do SUS tem grande influência sobre a implementação do PAISM. O SUS vem sendo implementado com base nos princípios e diretrizes contidos na legislação básica: Constituição de 1988, Lei n.º 8.080 e Lei n.º 8.142, Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), editadas pelo Ministério da Saúde. Particularmente com a implementação da NOB 96, consolida-se o processo de municipalização das ações e serviços em todo o País.

O processo de implementação do PAISM apresenta particularidades até a década de 90, sendo influenciado, a partir da proposta do SUS, pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família. Após estudos realizados para

avaliar os estágios da política de saúde da mulher, ficou constatado que a maioria dos municípios enfrenta dificuldades políticas, técnicas e administrativas na implantação das ações do plano (BRASIL, 2004).

Objetivando acabar com esses problemas, o Ministério da Saúde publicou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2001), que amplia o comprometimento dos municípios com a Atenção Básica e define o processo de regionalização da assistência, criando mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS (BRASIL, 2001). A NOAS na parte da saúde da mulher, estabelece para os municípios a garantia de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo do útero. Porém, essa proposta não abrange todo o aglomerado de ações previstas nos documentos que orientam a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que passa a contemplar, a partir de 2003, a atenção a grupos da população feminina ainda ignorados e a problemas resultantes que afetam a saúde da mulher (BRASIL, 2004 apud BRASIL,2003).

A partir de 1998 observa-se mudanças quando a saúde da mulher passa a ser considerada uma prioridade de governo.

Correa e Piola (2002), conforme citado pela PNAISM, elaboraram um balanço institucional das ações realizadas no período de 1998 a 2002, que indicou que nesse espaço de tempo, foi priorizando a saúde reprodutiva e as ações para redução da mortalidade materna (pré-natal, assistência ao parto e anticoncepção). Para os autores, embora se tenha mantido como objetivo a atenção integral à saúde da mulher, essa delimitação de prioridades dificultou a atuação sobre outras áreas estratégicas da agenda de saúde da mulher. Ainda nesse estudo, são apontadas várias ausências como atenção ao climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infectocontagiosas e a inclusão da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas (BRASIL, 2004). Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher indica a necessidade da união com outras áreas técnicas, e da proposta de novas ações, quais sejam: atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente. Trabalhando dessa forma, a integralidade, a intersetorialidade e a interseccionalidade como diretrizes fundamentais na PNAISM.

A intersetorialidade e interseccionalidade são temas presentes no campo das políticas sociais e na PNAISM.

Segundo Telma Maria Gonçalves Menicucci (2014), a intersectorialidade tem sido definida como uma nova maneira de abordar os problemas sociais, em que enxerga o cidadão na sua totalidade, com o intuito de superar a forma dividida e desarticulada em que habitualmente são elaboradas e implementadas as políticas públicas, fragmentadas em diferentes setores. Para a autora, particularmente nas políticas voltadas para a inclusão social, um dos eixos estruturadores de uma nova agenda de políticas sociais, buscam atuar sobre a multidimensionalidade dos processos de exclusão, configurando-se mudanças nas formas de produção de políticas de inclusão social, com vistas à sua maior efetividade, por meio da articulação intersectorial e da incorporação da dimensão da territorialidade.

Já o conceito de interseccionalidade, inicialmente proposto a partir de estudos e pesquisas feministas, se propõe a compreender como a articulação das diferentes categorias sociais como: classe social, gêneros, raça, cor, sexualidades, corpos, entre outras, se encontram inter relacionadas e estruturam a vida dos sujeitos, produzindo desigualdades e injustiças.

Para Adriana Piscitelli (2008), as categorias de articulação, ou interseccionalidades, surgiram em um contexto de crítica às primeiras formulações do conceito de gênero, no auge da chamada Segunda Onda do feminismo. Segundo Piscitelli (2008), trabalhar pensando em interseccionalidade é não mais tentar absorver ou analisar a realidade através de um ou outro conceito isolado, é pensar categorias de classificação dos sujeitos de forma relacional e articulada.

### **3.2 A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher**

Para Medeiros e Guareschi (2009), ao se falar em políticas de saúde a partir do SUS, o termo atendimento integral está sempre presente e é fundamental para qualquer discussão. Segundo as autoras, o termo está dentre as doutrinas em que o Sistema Único de Saúde está baseado: universalidade, equidade e integralidade. onde o primeiro indica que o acesso às ações e aos serviços de saúde deve ser garantido a todas as pessoas; a equidade tem como objetivo diminuir desigualdades, onde o investimento maior deve ser feito onde é mais carente; e a integralidade objetiva considerar a pessoa e atender a todas as suas necessidades, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Ao mesmo tempo, o princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras

políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que sejam afins na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos.

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.

Em 2004, o Ministério da Saúde elaborou o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes”, que foi construída a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), e em parceria com vários setores da sociedade, como o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional. O documento incorpora a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca fortalecer 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. Contempla, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Ademais, expande as ações para grupos historicamente abandonados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2004).

Segundo Tavares, Andrade e Silva (2009), a Política destacava as seguintes questões, relacionadas à saúde mulher: mortalidade materna, precariedade da atenção obstétrica, abortamento em condições de risco, precariedade da assistência em anticoncepção, DST/HIV/Aids, violência doméstica e sexual, a saúde de mulheres adolescentes, saúde da mulher no climatério/menopausa, saúde mental e gênero, doenças crônico-degenerativas e câncer ginecológico, saúde das mulheres lésbicas, saúde das mulheres negras, saúde das mulheres indígenas, saúde das mulheres residentes e trabalhadoras nas áreas urbana e rural, e saúde da mulher em situação de prisão. Apresentando assim um documento respaldado em estudos científicos sobre as principais causas de morbimortalidade na população feminina.

No Brasil, as principais causas de morte da população feminina são as doenças cardiovasculares, destacando-se o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral; as neoplasias, principalmente o câncer de mama, de pulmão e o de colo do útero; as doenças do aparelho respiratório, marcadamente as pneumonias (que podem estar encobrendo casos de

aids não diagnosticados); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com destaque para o diabetes; e as causas externas (BRASIL, 2004 apud BRASIL,2000).

A Política tem como objetivos gerais:

- Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.
- Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.
- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

### **3.3 Humanização e Qualidade: Princípios para uma Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher**

Para Tavares, Andrade e Silva (2009), as práticas em saúde então, deverão nortear-se pelo princípio da humanização, compreendido como atitudes e comportamentos do profissional de saúde que contribuam para reforçar o caráter da atenção à saúde como direito, que melhorem o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, ampliando sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida; que promovam o acolhimento das demandas conhecidas ou não pelas equipes de saúde; que busquem o uso de tecnologia apropriada a cada caso e que demonstrem o interesse em resolver problemas e diminuir o sofrimento associado ao processo de adoecimento e morte da clientela e seus familiares.

Segundo o PNAISM (2004), para se atingir os princípios de humanização e da qualidade da atenção deve-se levar em conta, pelo menos, os seguintes elementos:

- Acesso da população às ações e aos serviços de saúde nos três níveis de assistência;
- Definição da estrutura e organização da rede assistencial, incluindo a formalização dos sistemas de referência e contra referência que possibilitem a continuidade das ações, a melhoria do grau de resolutividade dos problemas e o acompanhamento da clientela pelos profissionais de saúde da rede integrada;
- Captação precoce e busca ativa das usuárias;

- Disponibilidade de recursos tecnológicos e uso apropriado, de acordo com os critérios de evidência científica e segurança da usuária;
- Capacitação técnica dos profissionais de saúde e funcionários dos serviços envolvidos nas ações de saúde para uso da tecnologia adequada, acolhimento humanizado e práticas educativas voltadas à usuária e à comunidade;
- Disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;
  - Acolhimento amigável em todos os níveis da assistência, buscando-se a orientação da clientela sobre os problemas apresentados e possíveis soluções, assegurando-lhe a participação nos processos de decisão em todos os momentos do atendimento e tratamentos necessários;
- Disponibilidade de informações e orientação da clientela, familiares e da comunidade sobre a promoção da saúde, assim como os meios de prevenção e tratamento dos agravos a ela associados;
- Estabelecimento de mecanismos de avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com participação da clientela;
- Estabelecimento de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação continuada das ações e serviços de saúde, com participação da usuária;
- Análise de indicadores que permitam aos gestores monitorar o andamento das ações, o impacto sobre os problemas tratados e a redefinição de estratégias ou ações que se fizerem necessárias.(BRASIL, 2004).

### **3.4 Integralidade e Gênero na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher**

Kátia Souto (2008), alega que o fato de estar voltada para as mulheres, não significa que PNAISM contemple a abordagem de gênero, e que a integralidade da atenção não se reduz a combinação entre ações de prevenção e assistência ou apenas com inclusão de equipes multiprofissionais na gestão da saúde:

"Integralidade é o encontro de fazeres e saberes no cuidado da produção da saúde"(Souto apud Barros; Bonaldi; Louzada, 2007, p.37).

Para Souto, incluir gênero na política de saúde significa reconhecer as condições masculinas e femininas como estruturantes do cuidado integral a saúde e das ações e práticas desse cuidado, e que esse é um dos caminhos para a integralidade e humanização da saúde para homens e mulheres em todas as fases da vida. A autora ressalta que um grande avanço para tratar os agravos de saúde das mulheres brasileiras foi incluir na Política a análise do

perfil epidemiológico das mulheres e fazer uma leitura de gênero sobre os dados, observando as causas e os fatores do adoecimento que ultrapassam a visão biologista.

Para a autora, apesar de ser considerada um grande avanço no campo, a política ainda traz algumas limitações e problemáticas, como o fato de se transformar as ações propostas na política em práticas de saúde no cotidiano do serviço dos profissionais de saúde. Outro ponto destacado é o de ao longo do texto do plano, a questão da integralidade e da questão de gênero está presente, todavia fica evidente que a execução dessas ações não está no âmbito da área técnica de saúde da mulher, mas sim em outras áreas dos três níveis do SUS- federal, estadual e municipal, e, ainda que eles tenham participado do processo para a formulação dessa área técnica, segundo a autora, 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 norma técnica.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho teve como principal objetivo analisar a evolução das políticas públicas de saúde para as mulheres no Brasil a partir das demandas de gênero, em especial a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher. A PNAISM pode ser considerada uma grande conquista dos movimentos sociais, principalmente do movimento feminista. O que antes era um programa voltado para a mulher/mãe e do lar, que se dedicava aos cuidados da casa e da família, acabou virando uma política nacional focada na questão de gênero e diversidade. Podemos dizer que da ditadura ao PNAISM muita coisa mudou. A principal delas foi o posicionamento do Estado em relação à visão da mulher na sociedade. Que antes era vista como objeto de reprodução, passou a ter um reconhecido como sujeito da cidadania.

O primeiro capítulo deste estudo, Cidadania, Estado e Gênero, mostrou a evolução do modelo de estado e as lutas de cidadania a partir das demandas de gênero. Com o segundo capítulo, Instituições e políticas públicas em gênero no Brasil atual, pude verificar como se deu a evolução institucional brasileira, desde a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) e sua elevação ao status de Ministério no governo Dilma Rousseff, como também a criação dos Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres (I PNPM, II PNPM, PNPM 2013-2015) e a criação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher(PNAISM).

No terceiro capítulo desse estudo, analisei o documento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes, fazendo um breve relato de sua evolução do PAISM, elaborado em 1983, até ao PNAISM de 2004. A análise foi feita de modo a mostrar como os movimentos sociais foram importantes para a criação e implementação do Plano que contou com a participação de diversos setores da sociedade, como o movimento de mulheres negras, trabalhadoras rurais, pesquisadores e estudiosos da área, dentre outros.

A bibliografia utilizada bem como a metodologia escolhida foi adequada para o desenvolvimento do trabalho, uma vez que possibilitou conhecer e comparar as políticas públicas para as mulheres, com destaque para as políticas de saúde e a PNAISM.

Os limites para a PNAISM aparecem nas dificuldades de interação entre os outros níveis de governo, como também em se manter a proposta do plano pelos próprios servidores da área de saúde, quando se trata do atendimento integral. É necessário reconhecer que existem diferenças, de classes sociais, raça/etnia e que na prática seguir o script nem sempre

será viável, é necessário contextualizar. Essa, então, é uma possível pauta para posteriormente nortear outros estudos.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. – Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004. 104 p

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. – Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008. 104 p

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015. – Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2013. 114 p.

.

BRASIL. Regimento Interno da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. Brasília: SPM, 2012.

COSTA, Ana Maria. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, n. 4, 1073:1083

FARAH, M.F.S. Gênero e Políticas Públicas. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 12(1): 47-71, janeiro-abril/2004

HEILBORN, Maria Luiza; ARAÚJO, Leila; BARRETO, Andréia. Gestão de Políticas Públicas em Gênero e Raça | GPP – GeR: módulo IV – Rio de Janeiro:CEPESC; Brasília : Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011.

MEDEIROS, Patrícia Flores de; GUARESCHI, Neusa Maria de Fátima. Políticas públicas da Saúde da Mulher: a integralidade em questão. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 17(1): 31-48, janeiro-abril/2009

MELO, Hildete Pereira de. & Schuma Schumacher. Feminismo pós-1975. A segunda onda feminista no Brasil. In *Dicionário Mulheres do Brasil*, Rio de Janeiro, Zahar, 2000. Pp.229

MENICUCCI, Telma. Intersetorialidade, O desafio atual para as políticas sociais. *Pensar BH/Política Social*. BH, Belo Horizonte, n° 33, 2014, p.10-13.

PITANGUY, Jacqueline. Movimento de Mulheres e Políticas de Gênero no Brasil. *Cepal/Eclac. Mujer y Desarrollo*, junho 2003, série 45.p. 11.

SOUTO, Katia Maria Barreto. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. *SER Social*, Brasília, v. 10, n. 22, p. 161-182, jan/jun. 2008.

TAVARES, A.S.; ANDRADE, M.; SILVA, J. L. L. Do programa de assistência integral à saúde da mulher à política nacional de atenção integral à saúde da mulher: breve histórico. Informe-se em promoção da saúde, v.5, n.1.p.30-32, 2009.

PIOVESAN, Flavia. Direitos humanos, civis e políticos: a conquista da cidadania feminina (Orgs). In: O Progresso das Mulheres no Brasil 2003–2010. Brasília: ONU Mulheres, 2011. p. 58-89.

PITANGUY, Jacqueline; BASTERD, Leila Linhares. Um instrumento de conhecimento e de atuação política (Orgs). In: O Progresso das Mulheres no Brasil 2003–2010. Brasília: ONU Mulheres, 2011. P 15-19