

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS - CCSO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

LARISSA DIANA BARROS SOARES

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER -
PNAISM: uma análise situacional da PNAISM no Maranhão

SÃO LUÍS - MA

2023

LARISSA DIANA BARROS SOARES

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER -
PNAISM: uma análise situacional da PNAISM no Maranhão

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão - UFMA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas pela UFMA.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Mary Ferreira.

SÃO LUÍS - MA

2023

Dados Internacionais de Catalogação na UFMA Universidade Federal do Maranhão

U28c Universidade Federal do Maranhão.

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER - PNAISM: uma análise situacional da PNAISM no Maranhão [Dissertação de Mestrado] / Larissa Diana Barros Soares – São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2023.

127 p.: il.

Orientador(a): MARIA MARY FERREIRA.
Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas/ccso, Universidade Federal do Maranhão, SÃO LUÍS/MA, 2023.

1. Direito à Saúde. 2. Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher. 3. Políticas Públicas. 4. Sistema Único de Saúde. I. Ferreira, Maria Mary. II. Título.

CDU: 37

LARISSA DIANA BARROS SOARES

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER -
PNAISM: uma análise situacional da PNAISM no Maranhão

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão - UFMA, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas pela UFMA.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Mary Ferreira.

BANCA DE DEFESA

Profa. Dra. Maria Mary Ferreira (UFMA)
Orientadora

Profa. Dra. Marly de Jesus Sá Dias (UFMA)
Avaliadora Interna

Prof. Dr. Marco Antônio Barbosa Pacheco
Avaliador Externo

SÃO LUÍS - MA

2023

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar meus sinceros agradecimentos a todas as pessoas que contribuíram de maneira significativa para a realização deste trabalho e para minha jornada acadêmica no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFMA.

Primeiramente, quero expressar minha gratidão aos professores deste programa, que me proporcionaram uma sólida formação acadêmica e me abriram as portas do conhecimento nas complexas áreas das políticas públicas. Agradeço pela oportunidade de aprendizado e pelo apoio constante ao longo deste percurso.

À minha orientadora, Dra. Mary Ferreira, dedico um agradecimento especial. Sua paciência, orientação dedicada e profundo conhecimento foram essenciais para o desenvolvimento deste trabalho. Suas orientações e insights enriqueceram significativamente cada etapa desta pesquisa, e sou grata pela oportunidade de aprender com sua experiência.

Quero estender meus agradecimentos a professora Dr^a Marly de Jesus Sá Dias e ao Prof. Marcos Pacheco pelas contribuições inestimáveis que deram ao texto de qualificação desta dissertação que possibilitou que eu revisse pontos necessários para a conclusão deste trabalho.

Quero estender meus agradecimentos também aos colegas de turma, cuja parceria e colaboração foram inestimáveis. Compartilhar ideias, discutir conceitos e enfrentar desafios juntos enriqueceu minha experiência acadêmica e pessoal. Essas relações de amizade e colaboração serão lembradas com carinho.

Aos amigos que sempre estiveram presentes, seja para uma conversa inspiradora, um momento de descontração ou um ombro amigo nos momentos desafiadores, meu mais profundo agradecimento. Suas palavras de encorajamento e apoio foram fundamentais para minha perseverança.

Por último, mas certamente não menos importante, agradeço a minha família pelo constante apoio e compreensão ao longo desta jornada. Seu incentivo e amor foram meu alicerce, permitindo-me concentrar nos estudos e superar os obstáculos com determinação.

Este trabalho não teria sido possível sem a contribuição de todos vocês. Que este agradecimento seja um reflexo sincero da minha gratidão pela presença e influência positiva de cada um em minha trajetória acadêmica e pessoal.

Muito obrigada a todas e todos.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as mulheres, sejam elas *cis* ou *trans*, que diariamente trilham caminhos de resiliência, determinação e força. Que este texto possa contribuir, mesmo que modestamente, para o entendimento mais profundo do significado de ser mulher em uma sociedade complexa e em constante evolução. Que ele sirva como uma luz a iluminar os desafios enfrentados por mulheres de todas as origens e identidades, e inspire a contínua luta por direitos, igualdade e justiça.

Em especial, dedico este trabalho à memória da minha querida avó, Diana Barros. Seu legado de coragem, bondade e amor deixou uma marca indelével em minha vida. Ela personificou a força da mulher que enfrenta obstáculos com graça e determinação, e que deixa um impacto duradouro em todos ao seu redor. Embora não esteja mais fisicamente presente, sua influência continua a guiar-me, lembrando-me da importância de persistir na busca por um mundo mais justo e inclusivo para todas as mulheres.

Que esta dedicatória seja um tributo a todas as mulheres que moldaram nosso passado, inspiram nosso presente e moldam o nosso futuro. Que os frutos de suas lutas e conquistas continuem a florescer em um mundo de igualdade, respeito e oportunidades.

Com gratidão e respeito.

Porque não existe saúde sem a liberdade de determinar nossos corpos e escolher o nosso destino. A jornada das mulheres em busca de bem-estar é também a busca por autonomia e igualdade.
— Autora Desconhecida

RESUMO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), uma política pública de saúde institucionalizada em 2004 e que integra o Sistema Único de Saúde (SUS), é o objeto de estudo da presente dissertação. A partir de uma análise situacional da PNAISM no Estado do Maranhão, pretende-se analisar a sua situação, desde a institucionalização em 2004 até o ano de 2019, da perspectiva das diretrizes estabelecidas em seu texto, resultado de compromissos firmados entre o Ministério da Saúde, Movimentos de Mulheres, Sociedades Científicas e Agências Internacionais para a promoção integral da saúde da mulher. A pesquisa parte do contexto histórico e cultural que culminou com a criação da PNAISM, discorrendo acerca do papel dos movimentos feministas na constitucionalização das políticas públicas de saúde no Brasil até a institucionalização da PNAISM. Em seguida, analisa-se a situação atual da política utilizando o indicador mortalidade feminina, percorrendo a série histórica de 2004 até 2019, para conhecer a situação da política no Maranhão. A pesquisa parte de uma perspectiva materialista histórico-dialética e dialoga com perspectivas teóricas pós-estruturalistas para compreender a política de saúde feminina como fenômeno na sociedade contemporânea. A compreensão do contexto histórico e cultural em que a política foi construída, bem como a identificação das forças sociais, instituições e movimentos de mulheres correspondem aos elementos materiais necessários para explicar os ideais propostos.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas Públicas; Saúde Integral da Mulher; Direitos Reprodutivos; PNAISM. Maranhão.

ABSTRACT

The National Policy for Comprehensive Women's Health Care (PNAISM), a public health policy institutionalized in 2004 and integrated into the Unified Health System (SUS), is the subject of study in this dissertation. Through a situational analysis of PNAISM in the State of Maranhão, the intention is to examine its status from its institutionalization in 2004 to the year 2019, based on the guidelines established in its text, resulting from commitments made between the Ministry of Health, Women's Movements, Scientific Societies, and International Agencies to promote comprehensive women's health. The research begins with the historical and cultural context that led to the creation of PNAISM, discussing the role of feminist movements in the constitutionalization of public health policies in Brazil up to the institutionalization of PNAISM. Subsequently, the current situation of the policy is analyzed using the female mortality indicator, covering the historical series from 2004 to 2019, to understand the policy's situation in Maranhão. The research adopts a historical-dialectical materialist perspective and engages with post-structuralist theoretical perspectives to comprehend women's health policy as a phenomenon in contemporary society. Understanding the historical and cultural context in which the policy was built, as well as identifying social forces, institutions, and women's movements, correspond to the material elements necessary to explain the proposed ideals.

KEYWORDS: Public policy; Health; Reproductive Rights.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 GÊNERO, DIREITOS REPRODUTIVOS E MOVIMENTOS FEMINISTAS: a luta pela PNAISM	21
2.1 Gênero e Saúde: identidade e representação	22
2.2 Direitos reprodutivos e Políticas Públicas	40
2.3 Movimentos Feministas e a luta por políticas públicas de saúde no Brasil	49
3 A CONSTITUCIONALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE	54
3.1 O Estado de Bem-Estar Social	54
3.2 Políticas públicas no Brasil	64
3.3 O direito à saúde no Brasil e o SUS	69
4 ANÁLISE SITUACIONAL DA PNAISM	80
4.1 A PNAISM	81
4.1.1 Um panorama da política	82
4.1.2 PNAISM: um diagnóstico da saúde feminina	89
4.1.3 PNAISM no Maranhão	91
4.2 Análise situacional em saúde	92
4.3 Discussão	97
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
REFERÊNCIAS	116
APÊNDICE	124

1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação nasce do interesse pelo estudo do Direito à Saúde, especificamente o direito à saúde da mulher. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM, direcionada a 51,1% da população brasileira (FIBGE, 2021), apresenta-se como adequado ponto de partida para compreender a dinâmica de uma política pública de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, enquanto instrumento de concretização do direito constitucional à saúde. A partir da análise situacional desta política pública de saúde da mulher, para compreender as forças e condições que possibilitaram a sua institucionalização em 2004 e a sua situação até 2019.

A inserção nos estudos em questão decorre da atuação profissional na área do Direito à Saúde, iniciados na graduação em Direito e continuados nos estudos na pós-graduação em Direito Médico e Saúde; as experiências como acadêmica de Direito e, depois, acadêmica de Medicina, permitiram a interpenetração das áreas direito e saúde e a oportunidade de participação como pesquisadora na Pesquisa Nacional realizada pela Fundação Oswaldo Cruz, no âmbito do Direito Sanitário sobre a interação entre o Sistema Político e o Sistema Jurídico no contexto do Sistema Único de Saúde - SUS. Essa Pesquisa Nacional chamou atenção para o fenômeno crescente da judicialização da saúde e os seus impactos no SUS, colocando em perspectiva os direitos individuais e os direitos coletivos.

A investigação proposta visa conhecer a PNAISM desde a sua institucionalização em 2004 e sua situação até 2019, mas antes analisa o percurso de concepção desta política. Para isso, adota-se a análise situacional, com lugar de observação no Estado do Maranhão, enquanto análise de contexto, através do diagnóstico do problema, definição do problema público e as soluções propostas diante dos resultados obtidos com a elaboração e institucionalização dessa política.

A pesquisa parte da análise da interação entre o sistema político-jurídico e os estudos dos movimentos sociais, notadamente o movimento de mulheres, no processo de formulação da PNAISM, enquanto direito social *positivado* no artigo 6º da Constituição Federal de 1988¹, portanto, objeto da atuação do Estado (sujeito ativo de

¹ O art. 6º da Constituição Federal de 1988, encontra-se no Título II, Dos Direitos e Garantias Fundamentais, no Capítulo II, Dos Direitos Sociais, e estabelece como direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a

prestação). Busca-se compreender a lógica da política pública de saúde integral da mulher e como se desenvolve.

Dessa forma, analisamos a construção do Estado de Bem-Estar Social e de Direito no Brasil, demarcando a constitucionalização do direito à saúde integral, para compreender o contexto da institucionalização da política pública de saúde integral da mulher, a perspectiva de gênero adotada na política, os direitos reprodutivos e o papel dos movimentos feministas na constitucionalização do direito à saúde da mulher. Para tanto, esta pesquisa inicia por uma revisão de literatura acerca da constitucionalização do direito à saúde no Brasil, das categorias gênero e direitos reprodutivos e sobre o movimento feminista no Brasil, com enfoque para a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PAISM (1984), que permitiu a institucionalização da PNAISM em 2004.

A análise da PNAISM parte do documento base de 2004, elaborado pelo Ministério da Saúde em parceria com os movimentos de mulheres, o movimento negro e o movimento de trabalhadoras rurais, além de pesquisadores, gestores do SUS, sociedades científicas e agências de cooperação internacional; onde, comprometem-se implementar ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade feminina por causas preveníveis e evitáveis (Brasil, 2004). Em seguida, compulsa os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, do Ministério da Saúde e constrói um recorte partindo dos dados do Maranhão, pensado de forma estratificada por macrorregiões do Ministério da Saúde e FIBGE, extraídos do SIM do 2004 a 2019, percorrendo série histórica de óbitos de mulheres férteis e morbidades associadas, para assim compreender a atual situação da PNAISM.

Partimos da concepção da relevância da institucionalização de políticas públicas, possíveis por meio da constitucionalização de direitos. Mas reconhecemos, que assim como a constitucionalização, a institucionalização de uma política pública é, por vezes, insuficiente para suprir todos os aspectos necessários à sua efetividade.

Sabidamente, Olympe de Gouges sugeriu que é nula a Constituição em que a maioria dos indivíduos não contribuiu para a sua redação, e que: *“toda sociedade em que não há garantia de direitos, nem separação de poderes, não há Constituição”* (Gouges, 2010. p. 78).

proteção à maternidade e à infância. Portanto, enquanto garantia fundamental, os direitos sociais são passíveis de demanda por todo cidadão brasileiro.

Gouges, pioneira dos movimentos feministas, protagonizou em plena Revolução Francesa o enfrentamento com seus pares revolucionários, a partir da escrita da Declaração dos Direitos do Homem e da Mulher na qual reivindicava a igualdade de direitos. Seu pioneirismo contribuiu para que, a partir de então, as mulheres pudessem ser vistas como parte da história social (Ferreira, 2019).

A luta das mulheres por direitos, que ganhou forma e força no século XIX, com o movimento sufragista, permitiu uma organização das mulheres para reivindicar outros direitos, como educação, melhores condições de trabalho e acesso a serviços de saúde. No início do século XX, no Brasil, a luta dos movimentos feministas, resultou nos primeiros serviços de saúde materna e infantil.

A partir da década de 1970, o movimento feminista direciona seus esforços na luta pela igualdade de gênero, direitos reprodutivos e saúde da mulher, ganhando fôlego com a Declaração de Alma-Ata em 1978, que destacava a importância de uma abordagem que considerasse as desigualdades de gênero nos serviços de saúde.

E, em 1984, a importante ampliação na promoção da saúde da mulher, com a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM, seguido pela constitucionalização do Direito à Saúde em 1988, a criação do SUS, que possibilitou a posterior instituição da PNAISM em 2004.

Nesse sentido, o SUS, deve ser entendido como um instituto político-jurídico resultado da relação dialética de forças por uma Reforma Sanitária presentes na Constituinte de 1987 e materializado com a promulgação da Constituição Federal de 1988, art. 198 que estabelece as diretrizes (incisos I a III), expõe competências (art. 200), forma de financiamento e a atuação dos sujeitos na efetivação do direito à saúde.

A Lei 8.080/90, institui a participação popular como um dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde – SUS. A Lei 8.142/90, consolida os espaços públicos de participação da sociedade civil na saúde, regulamentando a criação e funcionamento de Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde.

A participação popular, está prevista na Constituição Federal², por meio do plebiscito, referendo, iniciativa popular e do voto (Artigo 14º), devendo ser compreendidos como direitos a serem efetivados, afirmados e protegidos. Percebe-se que ao dispor de apenas 5 dispositivos que asseguram o processo legislativo a

² https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

partir da iniciativa popular, o processo legislativo brasileiro é capaz de abstrair e se distanciar das pressões sociais, tal qual Brasília quando foi construída, possibilitando que decisões sejam tomadas longe do povo.

O processo de construção de um Estado democrático é um desafio complexo quando no contexto político, determinados sujeitos não têm acesso aos mecanismos de participação, impossibilitados de exercer seu papel no controle das ações do Estado, na busca do bem comum e do interesse público, na discussão de propostas para o fortalecimento e adequação de políticas públicas específicas.

Partimos do entendimento de que, as políticas públicas de saúde são um conjunto de planos, programas, objetivos, metas e estratégias que visam efetivar o direito constitucional à saúde (Silva *et al*, 2013). Portanto, no processo das políticas públicas de saúde é mandatório a participação dos sujeitos aos quais se destina a política.

Uma política pública de saúde é resultado de um processo que envolve as etapas de formulação e implementação, que como as políticas públicas em geral, são realizadas pelo Estado, através da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, pelos poderes Executivos e Legislativos, sendo possível intervenção Judicial e deve contar com a efetiva participação de movimentos sociais e do Ministério Público, além de outros grupos de defensores dos direitos sociais e do interesse público, no ciclo de políticas públicas.

Dessa forma, a decisão pública, para que seja considerada uma boa decisão, deve estar “embasada em informações e análises confiáveis, pautada em princípios e valores socialmente aceitos e que traz os efeitos desejados para a melhoria do bem-estar coletivo” (Secchi, 2019; p. 3).

Assim, a análise de políticas públicas visa a geração e a sistematização de conhecimentos aplicados para conhecer e buscar soluções aos problemas públicos, contribuindo para melhorar o processo decisório e na estruturação de uma política pública (Secchi, 2019).

A PNAISM, fruto do processo de mobilização do movimento feminista e de mulheres, por sua trajetória, acentua a essencialidade do aprimoramento constante das formas de planejamento, prestação de serviços de saúde e resolução de conflitos, em especial da representatividade social de gênero na composição dos Grupos de Trabalhos e na construção da Agenda da Política Pública.

O processo de institucionalização da PNAISM evidencia a necessidade do diálogo entre o Poder Executivo (Federal, Distrital, Estadual e Municipal), Poder Judiciário, Poder Legislativo, Movimentos de Mulheres, Ministério Público e entre os Conselhos de Saúde (Municipal, Estadual, Distrital e Federal), com o fim de diminuir as deficiências na agenda, formulação, avaliação e prestação de serviços de saúde às mulheres, através de solução política e administrativa, ou seja, de solução democrática (Coutinho, 2013).

Em um processo de mudança constante da realidade social, os direitos sociais necessitam se desenvolver em igual ritmo. Assim, a análise-situacional, enquanto pesquisa diagnóstica, tem o intuito de contribuir para o aprimoramento de modelos de políticas públicas, através da análise do engajamento e das estratégias de lutas dos movimentos sociais de mulheres para consolidação da PNAISM e a situação dessa política no Maranhão no período de 2004-2019. Conhecer esse processo permitiu dissecar a relevância da participação popular na transformação do interesse coletivo em Política Pública.

Nesse sentido, nosso processo de problematização inicia pela pelas dificuldades cotidianas de mulheres ao acesso à informação, pelos casamentos precoces registrados em todo território nacional e pela falta de poder de decisão das mulheres casadas ou em união estável como fatores preponderantes da exposição de mulheres ao risco de contraírem doenças sexualmente transmissíveis, de gravidez indesejada e do aborto inseguro (Fibge, 2021).

Reconhecemos como parte desta situação problema, centenas de casos novos de câncer de colo do útero, com risco estimado de 15,38 casos de câncer do colo do útero a cada 100 mil mulheres, sendo responsável por aproximadamente 6.596 óbitos no ano de 2019 (Brasil, 2019).

No Maranhão, mais de 16 mil mulheres vieram a óbito em 2021, das quais 7 mil tiveram como causa doenças infecciosas/parasitárias e neoplasias. 2.751 das 16 mil mulheres que morreram naquele ano no Maranhão estavam em idade fértil.

A investigação sobre a problemática deve se desenvolver no sentido de compreender tais medidas, considerando os sujeitos, seus interesses e as estratégias e finalidades encontradas no processo político de formulação da política pública de atenção integral da saúde da mulher (Lukács, 2010; Silva, 2001).

Assim, questionamos “em que medida as essências e especificidades das mulheres são levadas em consideração no processo de planejamento das ações e

programas das políticas públicas de atenção à saúde no âmbito do SUS?”, “a PNAISM garante o direito à saúde das mulheres?”

São com essas questões em mente que o conceito de direito à saúde integral da mulher³ será delineado, bem como são determinantes compreender os limites traçados pela política pública, tais quais os limites entre os direitos reprodutivos, a autonomia feminina, e a participação do movimento feminista na formulação das políticas de saúde para mulheres, assim como, a identificação de seus interesses e estratégias.

Evidente que a formulação e implementação eficazes de uma política de atenção integral à saúde da mulher, por sua natureza, posiciona em perspectiva diversos ângulos do direito e dos processos políticos e sociais em conflito. Seja a ausência de representatividade de mulheres na formulação da política de saúde da mulher, ou ao risco de supressão de seus interesses na construção de direitos e estratégias ante a busca inflamada pelos interesses individuais e de grupos econômicos determinados pelo interesse exclusivo do capital.

O SUS é rede organizada e hierarquizada de prestação de serviços de saúde e precisa funcionar como *system*, para que não se torne refém de interesses econômicos e políticos clientelísticos e populistas que determinam a utilização de recursos de forma diversa do planejamento municipal, estadual, distrital e federal na satisfação das necessidades reais de prestação de serviços de atenção à saúde.

Portanto, qualquer intervenção no SUS de forma não planejada compromete sua efetividade. Logo, considerar todas as variáveis desse sistema e otimizar o diálogo entre os sujeitos envolvidos com vistas a diminuir *déficits* prestacionais, são medidas para a manutenção e implementação de um serviço público de saúde de qualidade para toda a coletividade, apenas possível através de acompanhamento contínuo e sistematizado no processo da política pública.

No estudo ora apresentado, procurou-se atribuir a todas as minúcias do fenômeno estudado visando ir além das aparências (Bachelard, 1996). Assim, é necessário considerar o cenário estudado como um todo, tal qual sua construção, permitindo um melhor entendimento do fenômeno e a melhor abordagem resolutiva.

³O Ministério da Saúde entende por assistência integral à saúde da mulher “ações de saúde dirigidas para o atendimento global das necessidades prioritárias desse grupo populacional e de aplicação ampla no sistema básico de assistência à saúde” (Brasil, 1985, p. 6).

A escolha do enfoque a ser dado ao objeto e aos recursos metodológicos a serem adotados depende de uma concepção de direito e de políticas públicas (Fonseca, 2009). Ou seja, é fundamental responder o que é uma política pública de atenção integral à saúde da mulher. Assim, o conceito de política pública de saúde a ser articulado no curso deste trabalho tem como referência a relação deste direito fundamental, com o arcabouço teórico-conceitual de estudos e pesquisas analíticas e avaliativas.

Nas preocupações intelectuais do pesquisador, a operação global de análise (e de contextualização), encontra unidade, coerência, justificação e pertinência (Létourneau, 2011). São essas preocupações que delimitam a presente análise. Portanto, as perguntas que orientaram a realização deste trabalho nascem das preocupações identificadas no curso da aproximação com o objeto, despertando o interesse em melhor compreendê-lo.

Essa compreensão demanda, portanto, de um aprofundamento do contexto histórico em que foi pensada a política, bem como o contexto econômico, político e cultural (por isso situacional) em que a ideia de uma política de saúde integral da mulher foi concebida. Por isso, necessário identificar as forças sociais, instituições e movimentos relativos a essa concepção, procurando compreender como as contradições sociais estão presentes na situação, a partir do Materialismo Histórico-dialético⁴, já que a construção de uma política de saúde voltada à população feminina se constitui em um fenômeno historicamente situado na totalidade concreta, completa e dinâmica da sociedade contemporânea, exigindo uma aplicação sistemática na análise das múltiplas determinações e contradições que permitiram a concreticidade dessa política (Kosik, 1976; Marx, 1982; Netto, 2011).

Na presente pesquisa, a busca é por uma compreensão da situação em sua totalidade, levando em conta as relações entre os sujeitos no contexto de construção de uma política pública de saúde integral da mulher. Partindo do pressuposto do diálogo enquanto instrumento do consenso e da compreensão das necessidades dos sujeitos, como enunciado por Habermas (2014), visa-se analisar a participação social ao longo da trajetória da política.

A análise situacional de política pública é uma abordagem que busca a compreensão da situação atual de determinada política, avaliando suas forças,

⁴ Também dialogando com autores estruturalistas e pós-estruturalistas, na perspectiva de dar densidade teórica ao debate.

fraquezas, oportunidades e ameaças. Tem relevante importância para o campo do planejamento estratégico e tomadas de decisão, pois visa identificar as questões críticas e a analisar as alternativas para fortalecimento da política (Secchi, 2019).

O desenvolvimento da análise situacional nas políticas públicas envolve a coleta de informações sobre a política, as condições internas e externas, análise do desempenho da política frente aos objetivos e metas estabelecidos, a identificação das barreiras impostas à política e suas oportunidades de fortalecimento (Secchi, 2019). A partir dessas informações, é possível analisar uma política pública, diagnosticar problemas e contribuir com propostas de aprimoramento de determinado aspecto a partir das oportunidades e fragilidades identificadas.

Nossa preocupação no processo de construção de análise da política pública de saúde da mulher e de sua conseqüente formulação como fenômeno concreto, parte do entendimento de Silva (2013, p. 41), de que na perspectiva da avaliação, as políticas públicas são decisões governamentais que geram impacto tangível e mensurável ou substitutivo, alterando as condições de vida de um grupo ou população ou produzindo mudanças em atitudes, comportamentos e opiniões.

Assim, partimos de forma semelhante a uma avaliação de implementação, de breve estudo dos determinantes contextuais e político-institucionais que influenciaram a implementação da política, com foco na eficácia, tendo por base os critérios de avaliação apontados por Figueiredo e Figueiredo (1986), Silva e Silva (2001; 2013), Draibe (2001) e Arretche (2001), mas construindo uma análise de política pública, nos termos de Secchi (2019).

A análise acerca da especificidade da política pública de atenção integral à saúde da mulher e seu processo técnico de formulação, abordou a questão procedimental e previsibilidade da política pública em face dos feitos da administração pública, tais como a previsão orçamentária e financeira, a capacidade de execução da política pública de saúde planejada em face do território-população, a incidência de doenças, assim como, as soluções administrativas e judiciais, no processo de proposição e resolução das demandas, considerando a previsão e utilização de meios e espaços de resolução de conflitos e discussão das estratégias e interesses dos sujeitos (Silva, 2013. p. 77).

De maneira mais dinâmica e processual, a análise de um conjunto de fatores e suas interações possibilitam relacionar o grau de alcance dos resultados com as formas de implementação. Assim, justifica-se o exame de uma política em curso,

pois uma política social é parte da interação de efeitos não previstos que terminam por redesenhar o curso das ações continuamente desenvolvidas.

O analista de política pública é educador e consultor, pró-ativo e reativo (Secchi, 2019), busca encontrar os problemas e as alternativas para os solucionar. Identificando os fatores de ordem material e/ou institucional que influenciam a desempenho de uma política.

Para o desenvolvimento da presente pesquisa de análise situacional de uma política direcionada à saúde da mulher, elegeu-se como espaço empírico o Estado do Maranhão, cujos dados foram extraídos de sistemas de informação em saúde, como o Sistema de Informação de Mortalidade - SIM, utilizando dados de monitoramento disponíveis a partir do ano de 2004 até o ano de 2019, além de dados complementares a nível nacional relacionados à saúde da mulher. O recorte temporal dos dados analisados tem como termo inicial a publicação do texto da política em 2004, e como termo final o ano imediatamente anterior à pandemia do COVID-19.

Assim para melhor compreensão da pesquisa destacamos sua construção dividida em cinco seções. Sendo esta introdução, três seções de desenvolvimento e uma conclusão, descritas mais claramente a seguir:

Na Seção “Gênero, Direitos Reprodutivos e Movimentos Feministas: a luta pela implementação da PNAISM”, busca-se explorar três aspectos fundamentalmente: 1. A relação entre as questões de gênero e a saúde discutindo identidade e representação; 2. Os direitos reprodutivos, analisando as relações e influências mútuas do acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, a contracepção, o planejamento familiar e o cuidado integral da saúde reprodutiva e; 3. Destacaremos o papel crucial do movimento feminista na construção das políticas públicas relacionadas à saúde e ao gênero.

Na Seção “A Constitucionalização do Direito à Saúde”, percorremos o debate político institucional construído na esfera pública do Estado brasileiro, em seu processo de constitucionalização recente e a consolidação do Direito à Saúde, o processo de descentralização das políticas públicas de saúde e o SUS.

Na Seção “A Análise Situacional da PNAISM no Maranhão”, detalhamos a política pública a partir dos seus princípios, metas, diretrizes e objetivos, compreendendo a proposta da política e os resultados por ela pretendidos, realizamos a discussão a partir dos resultados encontrados, tanto da perspectiva teórica, quanto

a partir dos dados analisados, identificando os desafios e oportunidades que cercam a PNAISM.

Por fim, trazemos as conclusões acerca da atual situação da PNAISM, com destaques e sugestões para o aprimoramento dessa política no Estado do Maranhão.

2 GÊNERO, DIREITOS REPRODUTIVOS E MOVIMENTOS FEMINISTAS: a luta pela PNAISM

O processo de análise da PNAISM exigiu a compreensão do contexto histórico e dos caminhos que delinearão a institucionalização de uma política de saúde voltada para as mulheres. Para isso, exploramos o tema “Gênero, Direitos Reprodutivos e Movimentos Feministas: a luta pela PNAISM”, a partir do entrelaçamento entre as questões de gênero, a participação dos movimentos feministas na construção das políticas públicas de saúde e na luta por direitos reprodutivos.

Esta seção apresenta categorias que deram forma à PNAISM, como a construção social de gênero, os direitos reprodutivos e os movimentos feministas. A abordagem conceitual tem o objetivo de compreender como as questões de gênero afetam a prestação dos serviços de saúde. Analisamos como o direito à saúde e as políticas públicas, dotadas de uma perspectiva de gênero, podem contribuir para a promoção de uma sociedade mais igualitária e justa e examinamos como os movimentos feministas participaram da construção das políticas públicas de saúde no Brasil.

Ao trabalhar “Gênero e Saúde: identidade e representação” aprofundamos nosso estudo nos fundamentos teóricos que sustentam a interseção entre gênero e saúde. Exploramos conceitos-chave, que auxiliaram na compreensão das normas sociais e o impacto das expectativas de gênero na saúde. Investigamos as disparidades de gênero existentes, bem como as implicações dessas desigualdades para a vida e o bem-estar das mulheres. Ao examinar as bases teóricas, nos tornamos mais preparados para compreender as complexidades das políticas públicas relacionadas à saúde e ao gênero.

Em “Direitos reprodutivos e Políticas Públicas” abordamos a interseção entre os direitos reprodutivos e as políticas públicas de saúde para a mulher. Analisamos como esses elementos se relacionam e se influenciam, considerando a importância do acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, à contracepção, ao planejamento familiar e ao cuidado integral da saúde. Conhecemos os avanços alcançados e os desafios enfrentados, especialmente em relação à equidade de gênero e à autonomia das mulheres em suas escolhas reprodutivas. Com base nessa análise, foi possível perceber como o direito à saúde e os direitos reprodutivos podem

ser fortalecidos por meio de políticas públicas efetivas e de uma abordagem baseada em direitos e igualdade de gênero.

No tópico “Os Movimentos Feministas e as Políticas Públicas”, destacamos o papel crucial dos movimentos feministas na construção das políticas públicas relacionadas à saúde e ao gênero. Investigamos como a luta histórica das feministas resultou em conquistas importantes, como a inclusão de perspectivas de gênero nas políticas públicas e a defesa dos direitos reprodutivos. Conhecemos os desafios enfrentados pelos movimentos feministas na busca por uma saúde equitativa e como o empoderamento das mulheres têm moldado o cenário político e contribuído para transformações significativas nas políticas públicas relacionadas à saúde e ao gênero.

No decorrer da seção, fornecemos uma visão acerca das interconexões entre o direito à saúde, as questões de gênero e as políticas públicas, explorando as bases teóricas, o ativismo feminista e os desafios e oportunidades para a construção de políticas mais inclusivas e equitativas. Ao compreender as bases teóricas, os direitos reprodutivos e o impacto do movimento feminista, nos preparamos para discutir soluções e caminhos a serem percorridos rumo a serviços de qualidade em termos de concretização de uma saúde integral.

2.1 Gênero e Saúde: identidade e representação

Construção social que ultrapassa as categorias de masculino e feminino, o conceito de gênero é alvo da análise de diversos autores, destacando-se pensadoras como Simone de Beauvoir, Joan Scott, Carole Pateman, Judith Butler, Nancy Fraser, Heleleith Saffioti entre outras, que se dedicaram a questionar o papel restrito ao privado que confinava as mulheres e as implicações dessas restrições na educação, saúde e autonomia da mulher.

O século XX é o século em que as mulheres são “descobertas” (Perrot, 2003, p. 24). A sociedade passa a percebê-las e compreender sua existência como parte de um processo de ocultação e negação de direitos. As mulheres saíram da invisibilidade que lhes foi imposta e se atrevem a outro discurso acerca do corpo feminino⁵.

⁵ Surgem as primeiras enfermeiras e médicas, a exemplo da Dra. Madeleine Pelletier, primeira mulher a ingressar no internato de psiquiatria em Paris, e conhecida pela publicação de brochuras sobre a emancipação sexual feminina (1926), defendendo inclusive, o direito ao aborto. Logo foi silenciada, sendo internada em uma clínica psiquiátrica onde morreu, em 1939. O destino da Dra. Madeleine Pelletier, como de diversas mulheres que ousaram desafiar as normas sociais estabelecidas (que

Os estudos sobre o gênero, com as interpretações do ser mulher e as indagações sobre a origem e a manutenção da desigualdade entre o homem e a mulher, irrompem no século XX, marcando a passagem da mulher para a vida pública. Entre as publicações que influenciaram os estudos sobre gênero, “O Segundo Sexo”, de Simone de Beauvoir, publicado em 1949, apresenta uma análise profunda das experiências das mulheres e da opressão de gênero ao longo da história, que reservava à mulher o lugar de “O Outro” em relação aos homens. Ao afirmar que “Não se nasce mulher: torna-se mulher”, Beauvoir apresenta a sua visão de gênero enquanto construção social e cultural (Beauvoir, 2000).

A questão da mulher, enquanto um *segundo* sexo, surge na percepção de subordinação ao homem, que transformou a mulher, ao longo da história, em “outro” na sociedade (Beauvoir, 2000). Essa primeira aceção é compreendida como central para a análise do gênero, enquanto uma construção social, desvinculado da diferenciação do sexo. A construção social do gênero, em que a feminilidade é definida em relação à masculinidade, constrói uma mulher submissa e dependente.

Beauvoir (2000) destaca como as mulheres são definidas como mães, esposas e objetos de desejo; definições com as quais precisam romper para buscar uma identidade de “mulher para si”. Discute como a maternidade foi atribuída às mulheres como sua principal função, e como isso limitava as suas oportunidades, bem como a relação complexa das mulheres com a sexualidade.

A liberdade das mulheres está ligada às escolhas destas para se libertarem das restrições sociais, defendendo a independência financeira e a autonomia das mulheres. Destaca que a luta por igualdade de direitos e oportunidades demanda a união das mulheres em busca de mudanças sociais significativas. Reconhece que é “muito difícil para uma mulher agir em nível de igualdade com o homem, enquanto essa igualdade não for universalmente reconhecida e concretamente realizada” (Beauvoir, 2000, p. 615).

Percebe-se como as normas de gênero, na perspectiva da autora, são construções sociais que relegam às mulheres uma posição de inferioridade e o fazem estabelecendo o homem como padrão universal e colocam as mulheres em uma posição de subordinação.

restringiam a presença feminina ao privado), questionando o papel atribuído à mulher, representa o desfecho reservado às mulheres que se insurgiam às imposições e discursos destituidores da autonomia feminina (Perrot, 2003).

Essa subordinação imposta à mulher foi sustentada sob diversos argumentos, mas em geral, a conveniência da subserviência feminina ao poder masculino alimentava o discurso do patriarcado e assegurava um menor número de sujeitos para ocupar os espaços de poder, que indiscutivelmente pertencia aos homens. Poder esse empregado na manutenção da lógica da subordinação feminina, presente nos mais diversos espaços sociais, contribuindo para a construção de um preconceito acerca da natureza feminina.

Em “O Nascimento da Clínica”, Foucault (1977) observa que o poder, frequentemente exercido através das normas sociais, molda e controla as identidades, incluindo as identidades de gênero e as instituições médicas, reforçam essas normas sociais e conseqüentemente influenciam a saúde e a autonomia das mulheres. A autoridade do discurso médico, consolida-se na mudança do paradigma médico, que ocorre a partir do século XVIII, com a transição da medicina clássica, da alteração dos humores, para a medicina clínica, que emprega um modelo diagnóstico específico e individualizado, traz, com o olhar clínico, uma nova forma de poder e conhecimento, com o médico ganhando autoridade para diagnosticar e tratar com base em observações e registros diretos.

Estabelece então uma relação de poder assimétrica entre o médico e o paciente. A medicina, enquanto instituição de poder (Foucault, 1977), a serviço da biopolítica, contribuiu para uma visão de inferioridade da mulher, através do discurso médico, enquanto discurso de autoridade, sustentou a desigualdade de gênero, ao reproduzir o discurso de inferioridade da mulher, a serviço do controle social.

Em "História da Sexualidade, Volume I", Foucault (1976) explora a relação entre poder, conhecimento e sexualidade, analisando a construção histórica das noções de sexualidade e como elas foram reguladas e controladas ao longo da história pelas sociedades ocidentais, através dos discursos desenvolvidos sobre a sexualidade, classificando-a, regulando-a e enquadrando-a dentro de um contexto moral. Assim questiona a ideia de que a sexualidade é inerente aos indivíduos.

Foucault introduz o conceito de "biopoder", que se refere à forma como os poderes estatais e institucionais exercem controle sobre os corpos dos indivíduos, incluindo suas vidas sexuais. Ele argumenta que as normas sexuais não apenas restringem, mas também moldam as práticas sexuais e criam formas de subjetividade. Afirma que através da “confissão” incorporada nas instituições de poder, moldam a

maneira como as pessoas falam sobre suas próprias experiências sexuais, inscrevendo a sexualidade nas estruturas de poder e conhecimento (Foucault, 1976).

Explora como o poder é exercido por meio da disciplina e do controle dos corpos, questionando a noção de justiça. Para ele, o poder não é uma entidade fixa ou monolítica, mas sim uma rede complexa de relações que ocorrem em diferentes níveis da sociedade, manifestando-se nas instituições, na linguagem, nas práticas culturais e na maneira como as pessoas se relacionam umas com as outras (Foucault, 1982).

Foucault também discute a relação entre o poder e a resistência. Ele explora como as formas de resistência podem surgir dentro das estruturas de poder, como os indivíduos podem desafiar e contestar as normas e regras estabelecidas. Além disso, ele examina como as estratégias de poder podem se adaptar e responder às formas de resistência, formando um ciclo dinâmico de interação.

Percebemos assim, como as instituições estabelecem, através dos discursos de autoridade, a construção da mulher submissa e dependente, descrita por Beauvoir (2000). A partir dos estudos de Foucault é possível compreender a lógica da subordinação feminina, presença constante nas instituições, e como estas contribuem, especialmente a partir do paradigma clínico, sustentadas pelo discurso médico que alimenta (e justifica) o preconceito acerca da natureza feminina.

Acerca das relações de poder, a feminista Joan Scott (1990) compreende o gênero como central na construção de relações de poder e identidades sociais. Considera que o gênero não é apenas um rótulo biológico, mas uma construção cultural; um meio pelo qual as relações de poder são forjadas e mantidas. Sua abordagem examina como o gênero é produzido em contextos específicos e em relação a outras dimensões.

Conhecida por suas contribuições ao feminismo histórico e sua ênfase na análise do gênero como uma categoria de análise histórica, Scott (1990) explora como as relações de gênero são moldadas e reinterpretadas ao longo do tempo, considerando as influências culturais, sociais e políticas que afetam as identidades de gênero. Sua abordagem é mais orientada para a análise histórica e contextual.

Scott (1990) estuda o gênero de forma analítica e não descritiva. Para ela, há três formas descritivas, adotadas pela teoria clássica, de observar o gênero, sendo estas: gênero como sinônimo de mulher, gênero enquanto relação homem e mulher e gênero enquanto corpo sexuado. O estudo sustentado nesses aspectos descritivos

apresenta uma noção bastante restrita. Por isso, Scott (1990) critica esses estudos descritivos, que não apreendem o gênero, enquanto elemento cultural, social e histórico. Ela critica a noção de que a história das mulheres deve ser uma simples adição à narrativa histórica convencional, argumentando que a análise de gênero é fundamental para uma compreensão completa das estruturas sociais e culturais.

Nesse sentido, há um desenvolvimento de um conceito de gênero mais analítico e mais próximo do conceito foucaultiano de poder, entendido como constelações dispersas de relações construídas no campo das forças (Scott, 1990). Essa relação é percebida na própria questão da desigualdade entre o homem e a mulher, fomentada pelo patriarcado.

O gênero não se restringe às distinções sociais baseadas no sexo, mas é também um elemento constitutivo das relações sociais. Essas relações, que tem como elemento constitutivo o gênero, são hierarquizadas na sociedade, já que o gênero é baseado nas diferenças percebidas entre os sexos. As mudanças na organização das relações sociais correspondem sempre à mudança nas representações de poder, mas a direção da mudança não segue necessariamente um sentido único (Scott, 1990, p. 21).

Nesse sentido, ao estudar as construções de gênero e as formas como as categorias de masculinidade e feminilidade são formadas, é possível obter uma compreensão mais profunda das dinâmicas sociais e políticas em diferentes contextos históricos. O gênero é uma categoria que está sempre em construção, sujeita a mudanças ao longo do tempo e influenciada por fatores culturais, sociais e políticos. A análise de gênero pode ajudar a revelar as formas pelas quais o poder é exercido, as normas são mantidas e desafiadas, e as identidades são construídas e contestadas (Scott, 1990).

Dessa forma, é possível perceber a importância do estudo da categoria gênero na análise histórica, ante a capacidade desta de enriquecer a compreensão das sociedades passadas e as dinâmicas da sociedade contemporânea, a partir das relações de poder, as construções identitárias e as movimentações culturais.

Enquanto Scott se preocupa com a forma como as relações de gênero são moldadas e reinterpretadas historicamente, enfatizando as dimensões sociais e culturais do gênero. Judith Butler (2003) realiza uma desconstrução das identidades individuais de gênero, questionando a noção de essência. Dessa forma, discordam

acerca da ênfase teórica, já que Butler, através da sua teoria da performatividade de gênero, sustenta que o gênero acontece por meio de atos repetidos e de linguagem.

Butler revoluciona a compreensão de gênero ao desafiar a ideia de identidade fixa e inata. Interpreta o gênero como um ato performático, algo que o sujeito faz, no lugar de ser (Butler, 2003).

Dessa forma, Butler ilustra como as normas sociais são capazes de moldar não apenas as concepções coletivas de gênero, mas também a forma como os indivíduos experimentam como parte de sua identidade. Sua abordagem é mais orientada para o pensamento pós-estruturalista, ao desafiar a ideia de estruturas fixas e como as práticas sociais são utilizadas para construir/desconstruir as identidades.

Judith Butler (2003) afirma que gênero é uma forma de regulação social, com mecanismos próprios de regulação. O gênero não se apresenta como uma ordem naturalmente dada pela sociedade, pois as normas de gênero são construídas e impostas ao indivíduo de forma bastante categórica e muitas vezes de forma invisibilizada. Acende a discussão sobre a fluidez do gênero e questiona a visão tradicional que entende o gênero como uma característica fixa e binária, argumentando que o gênero não é uma propriedade inata, mas sim uma construção social que é continuamente realizada e reforçada por meio de performances. Atos que o indivíduo faz, recria e reafirma através de ações cotidianas.

O gênero pode ser compreendido como um significado assumido por um corpo sexualmente diferenciado, e ainda assim, esse significado só existe em relação a outro significado oposto (Butler, 2003).

Assim, o gênero não está para a cultura da mesma forma que o sexo está para a natureza; ele também é o meio discursivo/cultural através do qual "a natureza sexuada" ou "um sexo natural" é produzido e estabelecido como "pré-discursivo" (anterior à cultura), como uma superfície politicamente neutra, sobre a qual a cultura age (Butler, 2003).

Além de desconstruir a argumentação da naturalização do gênero, Butler (2006), afirma a existência de uma linha tênue que separa sexo e gênero. A delimitação de gênero e sexo ocorre de forma tão sutil que estes se confundem. Dessa forma, o sexo também se apresenta como um elemento construído, por meio de processos discursivos sustentados pela relação de poder, por isso Butler afirma que "talvez o sexo sempre tenha sido o gênero, de tal forma que a distinção entre sexo e gênero se revela absolutamente nenhuma" (Butler, 2003. p. 25).

Buttler (2003) critica a noção de que existe uma base biológica fixa para o gênero e a sexualidade, argumentando que essas categorias são construções culturais e sociais. Explora como as noções binárias de masculino/feminino e heterossexual/homossexual são fundamentais para a manutenção do sistema de poder dominante. Aborda a maneira como as normas de gênero são impostas e mantidas na sociedade, concluindo que a desconstrução das categorias tradicionais de gênero, bem como a subversão das normas de gênero, oportuniza uma maior abertura e liberdade para todas as pessoas, independentemente da sua identidade de gênero e orientação sexual.

Portanto, ainda que em abordagens distintas, Scott e Butler concordam que o gênero não é uma categoria inata, mas sim uma construção social e cultural e que as normas de gênero são produzidas e reproduzidas por meio de instituições e práticas sociais. Ambas reconhecem o papel central do poder na construção das identidades de gênero, observando como as normas de gênero são utilizadas para manter hierarquias sociais, moldando as relações de poder. Dessa forma, ambas contribuem para ampliar o debate acerca das dinâmicas de poder e identidade, enquanto construção social relacionada ao gênero.

A construção social de gênero influencia as normas e as expectativas sociais, que por sua vez implicam em vulnerabilidades que tornam determinado grupo mais suscetível em razão de uma distinção sob uma justificativa biológica, que é reforçada pelo sistema dominante. A compreensão da construção social do gênero envolve discutir como as normas de gênero são aprendidas, internalizadas e reproduzidas na sociedade, influenciando comportamentos, expectativas e oportunidades.

Percebe-se como as normas de gênero contribuem para manutenção do sistema dominante, fundamentado na subordinação das mulheres em relação ao homem, cujas fragilidades e limitações as restringe à vida privada, confinando-as ao plano secundário, como meras espectadoras de suas vidas; privadas de qualquer autonomia, completamente dependentes. Vulneráveis. São as vulnerabilidades geradas pela construção social de gênero, sustentam a lógica da subordinação, tal qual o fazem as vulnerabilidades baseadas em classe social, em etnia, capacidade física ou mental.

A subordinação das mulheres na sociedade é objeto de análise de Pateman (1993), para quem as mulheres nascem dentro da sujeição, argumentando que as

teorias políticas clássicas, como as de Thomas Hobbes, John Locke e Jean-Jacques Rousseau, estabeleceram implicitamente um "contrato sexual" que reforça a submissão das mulheres aos homens, de forma que a participação política das mulheres foi historicamente limitada e como o contrato social perpetua essa desigualdade de gênero.

Nesse sentido, compreende que a subordinação das mulheres foi institucionalizada e perpetuada por meio das estruturas sociais e políticas. O contrato sexual legitima a subordinação das mulheres aos homens e contribui para a manutenção das hierarquias de gênero. As ideias de liberdade, propriedade e cidadania, questões fundamentais nas teorias do contrato social, foram aplicadas de forma desigual entre homens e mulheres. As mulheres foram excluídas das negociações e dos acordos sociais, o que resultou na perpetuação da submissão e da desigualdade de gênero (Pateman, 1993).

Dessa forma, é preciso questionar as estruturas de poder baseadas em gênero. Sem questionar e reformar essas estruturas de poder não há como alcançar democracia e a liberdade plenas. Portanto, a participação política das mulheres é essencial para a verdadeira democracia e para a igualdade de gênero.

Ao analisar o conceito de gênero percebemos que não se trata apenas de uma categoria para distinguir os sexos, mas que também está intrinsecamente relacionado às diversas construções sociais que legitimam o poder do masculino sobre o feminino. Construções que dividiram a sociedade de forma ora consciente, ora inconsciente, oportunizando a dominação baseada na ficção de uma superioridade natural.

Assim, os estudos de gênero marcam uma importante ruptura da perspectiva da identidade e papéis sociais estabelecidos com base em uma ordem biológica, reforçados pelos discursos de autoridade disseminados nas instituições de poder, que enxergavam no saber feminino um crime contra a ordem social estabelecida. Por isso, interessava mais o silêncio, pois através deste a mulher se mantinha invisível (Perrot, 2003), rotulada como louca, histérica, devendo ser reclusa, silenciada.

Esses discursos silenciam as mulheres e seus corpos, condicionando os seus comportamentos e fixando um papel a ser desempenhado em sociedade. Trata-se de um silêncio de longa duração, inscrito na construção do pensamento simbólico

da diferença entre os sexos, mas “reforçado ao longo do tempo pelo discurso médico ou político” (Perrot, 2003, p. 20).

Os corpos femininos, frequentemente submetidos a controle e regulamentação, resultaram em uma repressão de sua expressão e visibilidade. As noções de pudor, beleza e saúde, influenciaram o tratamento dado às mulheres ao longo do tempo (Perrot, 2003), moldando a relação das mulheres com os seus próprios corpos e com a sociedade. Ela discute como as mulheres enfrentaram pressões sociais e culturais para ocultar seus corpos e restringir sua expressão.

A partir da análise das práticas de vestimenta, normas de comportamento e padrões estéticos ao longo da história, demonstra como o corpo feminino muitas vezes foi enquadrado de acordo com as expectativas e demandas sociais, resultando em uma perda de agência e autonomia sobre o próprio corpo. Nesse sentido, a medicina e a psicologia contribuíram para patologizar e controlar o corpo feminino, a sexualidade e a reprodução. Estes foram alvos de normas e regras impostas pela sociedade, interferindo na experiência das mulheres em relação ao seu corpo, sobre os quais eram desencorajadas a falar, devendo silenciar também sobre suas experiências e suas necessidades (Perrot, 2003).

Nota-se aqui a estreita relação entre saúde e gênero. A perspectiva médica adotada conduz e reforça, a representação feminina e masculina reproduzida. Estas ressoam, também, o que integra o discurso médico, através dos comportamentos por esse discurso condicionados. A falta de acesso a cuidados médicos de qualidade foi historicamente agravada pelas normas de gênero, que desvalorizavam o corpo feminino e consideravam a saúde das mulheres secundária (Perrot, 2003).

Nesse sentido, Maria Izilda Santos de Matos (2003) constrói uma análise a partir do discurso médico de descrições normativas, reafirmações e definições de funções para homens e mulheres. A visão dos médicos acerca da mulher era a de um produto do seu sistema reprodutivo, no qual a função social da mulher se baseava, assim como as características comportamentais, que eram “determinadas desde a puberdade até a menopausa” (Matos, 2003, p. 114).

O discurso médico relacionava o útero ao sistema nervoso, além da relação com o ciclo reprodutivo. “O cérebro e os ovários não poderiam desenvolver-se simultaneamente, [...] as atividades intelectuais femininas poderiam produzir um ser débil, nervoso, estéril [...], poderiam gerar crianças doentes, ou mal-formadas” (Matos, 2003, p. 114). Ainda que mulheres tivessem sintomas idênticos aos homens, os

diagnósticos eram completamente diferentes, pois a análise dos médicos começava e terminava pelo sistema reprodutivo.

O desenvolvimento da civilização urbana acontece graças à inteligência e agressividade masculina, enquanto a mulher, deveria perpetuar a civilização, cumprindo seu dever passivo da maternidade (Matos, 2003).

Nesse sentido, o contágio, por exemplo, transformou a visão da doença, dos corpos e da higiene, a partir da autoridade do discurso médico, que logo tornou-se decisivo na configuração das pautas culturais e normativas, o que teria permitido ao médico uma “expansão do controle sobre a vida de homens e mulheres, normatizando corpos, procedimentos e ainda ordenando a sexualidade e os prazeres” (Matos, 2003, p. 109).

A partir desse discurso médico em resposta ao contágio e ao medo da doença, crescem as responsabilidades da mulher enquanto dona de casa, nos cuidados com higiene doméstica e o bem-estar da família (Matos, 2003). Nesse contexto do higienismo, o que a autora denomina de “nova mulher”, via-se submetida à tutela médica, que era centrada na família e que atribuía à mulher a responsabilidade pela mortalidade infantil.

Historicamente, o patriarcado explorou o trabalho reprodutivo das mulheres, restringindo-as à esfera doméstica e desqualificando a atividade doméstica enquanto trabalho (Saffioti, 2004). Assim, o patriarcado perpetua a desigualdade de gênero e limita as oportunidades das mulheres no mundo público.

O patriarcado é o regime que pressupõe a dominação-exploração das mulheres pelos homens, consolidando-se no ano 600 a.C., é um “regime jovem, existente nos seis ou sete últimos milênios da história e sucessor das sociedades igualitárias” (Saffioti, 2004, p. 60). O patriarcado não se caracteriza por ser um sistema íntimo, privado, e sim por determinar regramentos nos diversos âmbitos sociais.

A estrutura de poder das relações patriarcais contamina toda a sociedade, da mesma forma que as relações patriarcais. Assim, o direito patriarcal perpassa não apenas a sociedade civil, mas macula também o Estado (Saffioti, 2004). As diferenças entre o público e o privado, duas esferas distintas, contudo inseparáveis, possuem espaços “profundamente ligados e parcialmente mesclados” (Saffioti, 2004, p. 54).

Dessa forma, o patriarcado orienta a vida das mulheres e perpassa todos os âmbitos da sociedade, e com sua influência, contorna os limites do que seria

inadmissível, relativizando a violência doméstica, a violência sexual, assassinatos, cárceres privados. Enxerga a mulher é como sua propriedade.

Por isso, para Saffioti (2004) o conceito de gênero vai além de uma categoria de análise, mas é também uma categoria histórica que demanda grande investimento intelectual. Enquanto categoria histórica, o gênero pode ser concebido em várias instâncias⁶, é como um conceito útil e vasto, que funciona como uma ferramenta para maquiagem justamente o que interessa ao feminismo, o patriarcado.

O termo gênero é utilizado nas ciências sociais, como um instrumento de diferenciação entre o sexo masculino e feminino, mas também pode ser compreendido das mais diversas maneiras (Saffioti, 2004). Transversal. Essa diferenciação baseada no gênero utilizada para justificar a ordem social, garantiu ao patriarcado o controle natural e quase divino, sobre a mulher.

A mulher retratada por aqueles a quem se atribuíam o domínio do saber científico era um ser frágil, privado de racionalidade, sem controle das suas emoções, suscetível à loucura, privada de qualquer autonomia, por conseguinte hierarquicamente inferior ao homem. A hierarquia pressupõe a existência de superior e inferior. Por isso, a construção social da supremacia masculina exige a construção da subordinação feminina. A mulher é um ser frágil em relação à força atribuída ao homem (Saffioti, 2004).

Goldenberg (2004) examina as masculinidades e como as expectativas de virilidade podem afetar a saúde mental dos homens e como as masculinidades são construídas e percebidas na sociedade brasileira. Investiga como as normas de gênero influenciam as atitudes, os comportamentos e as identidades masculinas; e como elas estão relacionadas a ideais de poder, dominação e controle.

Os homens se encaixam em diferentes tipos de masculinidades, e a forma que os padrões tradicionais e hegemônicos de ser homem são perpetuados, estão submetidos a pressões e expectativas (Goldenberg, 2004). Explora as dinâmicas de gênero nas relações amorosas e românticas e como as representações culturais de

⁶ “Como aparelho semiótico (Lauretis, 1987); como símbolos culturais evocadores de representações, conceitos normativos como grade de interpretação de significados, organizações e instituições sociais, identidade subjetiva (Scott, 1988); como divisões e atribuições assimétricas de características e potencialidades (Flax, 1987), como, numa certa instância, uma gramática sexual, regulando não apenas relações homem – mulher, mas também relações homem – homem e relações mulher – mulher (Saffioti, 1992, 1997; Saffioti; Almeida, 1995) etc. Cada feminista enfatiza determinado aspecto do gênero havendo um campo, ainda que limitado de consenso: o gênero é a construção social do masculino e feminino (Saffioti, 2004, p. 44-45).”

masculinidade influenciam a forma como os homens se comportam e se relacionam com as parceiras, e como isso afeta as relações de poder nos relacionamentos.

A sexualidade dos homens é vivenciada e expressa de formas distintas, e as percepções de masculinidade estão relacionadas à sexualidade dos homens, como a vivência é expressa de maneira diferente nos diversos contextos culturais e sociais (Goldenberg, 2004). Desafia os estereótipos tradicionais de masculinidade, destacando as complexidades e contradições das identidades masculinas contemporâneas, influenciadas por normas culturais e sociais.

As expectativas de gênero têm um impacto profundo e multifacetado na saúde das pessoas, influenciando tanto a saúde física quanto a mental. Essas expectativas são moldadas pelas normas sociais e culturais que ditam como as pessoas devem se comportar, se expressar e se identificar com base no gênero atribuído.

Nesse sentido, as expectativas de gênero podem levar a uma pressão para que as pessoas se enquadrem em papéis, gerando conflitos, ansiedade, sentimentos de inadequação, baixa autoestima e, em casos mais graves, depressão.

As expectativas de gênero podem afetar a saúde reprodutiva das pessoas. As mulheres podem ser pressionadas a cumprir papéis tradicionais de mães e cuidadoras, enquanto os homens podem ter pouca participação nas decisões sobre a saúde reprodutiva.

As normas de gênero podem criar barreiras ao acesso a cuidados de saúde, de modo que os homens, para manter o papel de “fortes”, podem relutar a demonstrar fraqueza e vulnerabilidade, evitando/negligenciando os cuidados com a sua saúde.

Além disso, expectativas de gênero também podem influenciar a saúde sexual, criando regras acerca da virgindade, estigmatizando sexualidade heterossexual e homossexual, estabelecendo padrões de desempenho sexual.

Nessa perspectiva, Louro (2000) conceitua gênero como uma categoria que além de servir para distinguir o conceito de sexo, serve principalmente como uma determinação de um poder historicamente enraizado, baseado na necessidade e no desejo masculino e, portanto, instrumento da normatização da sexualidade feminina cuja existência tem como único fim a procriação, justificando a subordinação hierárquica e sujeição natural do feminino ao masculino. Influenciam a educação, perpetuando estereótipos e limitando a autodeterminação das mulheres.

As instituições de poder fabricam identidade de gênero que se sustentam a partir das relações de desigualdade. A divisão da sociedade entre homem/mulher é tão incisiva que os próprios sujeitos produzem inconscientemente identidades de gênero baseados em regramentos sociais (Louro, 2000).

Contudo, o caráter biológico, apesar de não definir ou caracterizar o gênero, não é desvinculado de seu sentido. A afirmação de que o gênero é temporal, cultural e histórico, influenciado constantemente por regramentos sociais é verdade, mas não se desconsidera que esses regramentos incidem sob um corpo sexuado (Louro, 2000).

O corpo é um local onde a identidade de gênero e a sexualidade se manifestam, e para Louro (2000) as práticas educacionais podem influenciar a maneira como os indivíduos percebem e vivenciam seus corpos. Considerando a sexualidade socialmente construída, a educação pode desempenhar um papel fundamental na formação das identidades sexuais. Dessa forma, critica a maneira como as escolas frequentemente reforçam normas de gênero e sexualidade, e defende a importância de criar espaços educacionais mais inclusivos e respeitosos da diversidade.

Para Ferreira (2007), a partir das relações gênero é possível compreender que a exclusão das mulheres é uma construção social. Assim foram pensadas, elaboradas e colocadas em prática na sociedade através de vários mecanismos, como a educação, a política, a religião, a família, de forma a hierarquizar, inferiorizar e excluir as mulheres a partir de sua condição biológica.

Para Federici (2004), a história das perseguições de bruxaria na Europa durante o período da acumulação primitiva do capitalismo, representa a forma de controle social e exploração das mulheres, contribuindo para a formação do capitalismo ao enfraquecer as redes de solidariedade e resistência das comunidades, além de disciplinar as mulheres, para que se conformassem às normas e papéis sociais impostos.

A acumulação primitiva do capitalismo, que se refere às mudanças sociais, econômicas e políticas que prepararam o terreno para o sistema capitalista, estava profundamente ligada à opressão das mulheres e à perseguição das bruxas (Federici, 2004). Ela discute como o despojamento das terras comunais, a formação de cercamentos e a colonização contribuíram para a concentração de recursos e poder nas mãos da elite, enquanto as mulheres foram submetidas a um controle mais rígido

sobre seus corpos e vidas. Destaca como a repressão das mulheres e a perseguição das bruxas estavam relacionadas ao controle sobre o trabalho reprodutivo das mulheres, incluindo a maternidade, o cuidado e o trabalho doméstico não remunerado.

A opressão foi fundamental para a consolidação do capitalismo, uma vez que as mulheres foram empurradas para um papel subordinado e tiveram que sustentar a reprodução da força de trabalho de forma não remunerada. Além de analisar a opressão, Federici também explora as formas de resistência das mulheres e as lutas que elas empreenderam em meio à perseguição das bruxas. Ela destaca a importância de compreender as estratégias de resistência das mulheres e de reconhecer sua contribuição para a resistência contra a exploração e opressão.

A principal iniciativa do Estado com o fim de restaurar a proporção populacional desejada foi lançar uma verdadeira guerra contra as mulheres, claramente orientada a quebrar o controle que elas haviam exercido sobre seus corpos e sua reprodução, demonizando qualquer forma de controle de natalidade e a sexualidade sem fins reprodutivos. A partir de então, iniciou um processo de perda do controle que as mulheres haviam exercido sobre a procriação, a marginalização das parteiras. A criminalização da contracepção expropriou as mulheres desse saber, que havia sido transmitido de geração a geração, sobre o qual tinha certa autonomia em relação ao nascimento dos filhos (Federici, 2004).

Logo as mulheres foram reduzidas a um papel passivo no parto, enquanto os médicos homens passaram a ser considerados como "aqueles que realmente davam vida" (Federici, 2004, p. 235). Inicia também o predomínio de uma nova prática médica, "que priorizava a vida do feto em detrimento da vida da mãe" (Federici, 2004, p. 238). Dessa forma, ao negar às mulheres o controle sobre os seus corpos, o Estado transforma a maternidade em uma espécie de "trabalho forçado". A carreira da mulher era o casamento, e o trabalho doméstico.

É nesse aspecto que se configuram as normas de gênero, construções sociais que influenciam profundamente as experiências das mulheres e a forma como elas são percebidas e tratadas pela sociedade. Ou seja, são as expectativas, regras e padrões socialmente construídos que determinam como as pessoas devem se comportar, se vestir, se expressar e interagir com base em sua identidade de gênero e podem variar de cultura para cultura, mas geralmente se enquadram em categorias binárias de masculino e feminino. As normas de gênero influenciam quase todos os

aspectos da vida, desde o modo como as pessoas se apresentam até as oportunidades disponíveis para elas.

Com base nas normas de gênero, espera-se dos homens que sejam confiantes, emocionalmente estáveis e da mulher docilidade, cuidado e emocionalmente instáveis. As mulheres são esperadas a assumir mais responsabilidades no trabalho doméstico e nos cuidados com a família, afetando suas oportunidades educacionais, profissionais e sociais disponíveis para cada gênero. Perpetuando desigualdades e desafiando a autonomia das mulheres.

Acerca da interseção entre gênero e classe, Souza-Lobo (2021) mostra como as disparidades econômicas agravam ainda mais as desigualdades das mulheres trabalhadoras. A divisão sexual do trabalho é um eixo fundante no capitalismo. Ela investiga as experiências das mulheres trabalhadoras nas fábricas têxteis, analisando como o gênero e a classe interagem para moldar suas vidas e identidades.

As mulheres enfrentam desafios específicos no ambiente de trabalho, incluindo a exploração econômica, as condições precárias de trabalho e as normas de gênero que afetam suas vidas tanto dentro como fora das fábricas. Elas não apenas compartilham as lutas da classe trabalhadora, mas também enfrentam opressões de gênero distintas que são muitas vezes invisibilizadas ou negligenciadas nas discussões sobre classe social.

Lobo (2004) analisa como as condições de classe influenciam as oportunidades e desafios enfrentados pelas trabalhadoras, ao mesmo tempo em que as normas de gênero moldam suas experiências dentro e fora do ambiente de trabalho. A autora explora as condições precárias de trabalho nas fábricas têxteis, que incluem longas jornadas de trabalho, baixos salários e falta de segurança no emprego. Essas condições afetam de maneira desproporcional as mulheres, que muitas vezes enfrentam uma dupla jornada de trabalho ao cuidar da casa e da família além de suas obrigações profissionais. Em resposta a isso, as trabalhadoras se organizam para reivindicar melhores condições de trabalho e como suas vozes podem ser mobilizadas para desafiar as estruturas de poder existentes

Souza-Lobo (2004) analisa como as normas de gênero influenciam as expectativas em relação ao comportamento e às responsabilidades das mulheres trabalhadoras. Ela destaca como essas normas podem restringir as oportunidades das mulheres, limitando suas perspectivas de carreira e reforçando a desigualdade de

gênero. Demonstra, assim, como as normas de gênero podem desigualdades e injustiças nas mais diversas áreas, inclusive e especialmente na saúde, afetando negativamente a vida e o bem-estar das pessoas.

As normas de gênero, como um conjunto de crenças e expectativas que moldam as percepções e comportamentos de homens e mulheres, têm implicações significativas para a saúde. O modo como as expectativas de comportamento e cuidado são socialmente construídas e atribuídas com base no gênero, influencia a divisão sexual do trabalho, e conseqüentemente, a saúde física, mental e emocional das pessoas.

Foi nesse sentido que estudos de gênero trouxeram novas perspectivas acerca do papel da mulher na sociedade, visto que o gênero passou a ser analisado de forma mais crítica e o seu conceito desvinculado de uma ordem biológica, sendo compreendido como um constructo social em constante mudança. A mulher a partir dos estudos de gênero passa então, a ser um sujeito social.

Dessa forma, percebemos que a construção social do gênero desempenha um papel significativo na determinação das normas e expectativas sociais relacionadas à saúde, afetando diretamente a vida e o bem-estar das mulheres, impactando no seu desenvolvimento e em suas oportunidades.

Ao analisarmos as disparidades de gênero no sistema de saúde, torna-se evidente a necessidade de políticas que visem à equidade e ao acesso igualitário aos serviços de saúde. É preciso reconhecer igualmente o papel dos direitos humanos, incluindo o direito à saúde, como base para abordar as desigualdades de gênero.

É apenas a partir da emergência dos feminismos (enquanto diferentes movimentos de mulheres) no século XIX, que os movimentos sociais e políticos de mulheres e para mulheres se expande, em lutas por mudanças políticas e sociais em benefício das mulheres e da sociedade como um todo. Suas bandeiras iniciais eram o acesso à educação formal e o direito ao voto e à elegibilidade para mulheres, seguidas por liberdades civis e autonomia legal, como o direito a posses, direitos trabalhistas e direito ao divórcio e ainda, posteriormente, os direitos reprodutivos e a luta contra a violência física, sexual e psicológica também se tornaram bandeiras importantes.

As disparidades de gênero no acesso a serviços de saúde também são evidentes em diversos contextos, incluindo a prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças. As mulheres, em sua pluralidade, são submetidas a barreiras culturais,

econômicas e institucionais (Bourdieu, 2002) que limitam seu acesso a serviços de saúde, incluindo a falta de recursos financeiros, tempo e transporte, bem como estereótipos de gênero que desvalorizam suas demandas de saúde.

Essas barreiras às quais as mulheres são submetidas, são também denominados determinantes sociais de saúde, que incluem os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais; fatores que tem a capacidade de influenciar a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Na perspectiva do estruturalismo, os determinantes sociais que geram desigualdades em saúde partem da superestrutura da sociedade (política, economia etc.) (Barreto, 2017).

Os determinantes sociais de saúde são “as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde” (Buss; Pellegrini, 2007. p. 78). Ou seja, a saúde, considerada “interna” é direta ou indiretamente afetada por questões “externas”, contribuindo para o desenvolvimento de patologias, ou as agravam, como por exemplo a poluição das águas com produtos químicos, impactando diretamente nas condições sanitárias de uma população.

Logo, as normas de gênero, as desigualdades de gênero, e acesso desigual aos serviços de saúde, atuam como determinantes sociais, impactando na situação de saúde das mulheres, sendo ainda acompanhados de determinantes relacionados à etnia e à classe social. Os determinantes sociais de saúde provocam as “iniquidades de saúde” (Buss; Pellegrini, 2007. p. 78).

Nesse sentido, a falta de acesso aos serviços de saúde e a menor participação das mulheres na tomada de decisões em relação à sua própria saúde resultam em desigualdades significativas em termos de saúde e qualidade de vida. Por isso as intervenções políticas para melhorar a saúde da mulher são necessárias (Matos; Soihet, 2003), incluindo a promoção da equidade de gênero e a inclusão de perspectivas de gênero em políticas de saúde.

Portanto, é importante reconhecer que as normas de gênero têm implicações significativas na saúde das pessoas, especialmente das mulheres, e que a promoção da equidade de gênero na saúde requer ações políticas e sociais que abordem essas disparidades.

A perspectiva dos direitos humanos⁷ desempenha um papel fundamental na compreensão das desigualdades de gênero em saúde. Os direitos humanos estabelecem um marco normativo que reconhece a importância da igualdade, da não discriminação e do respeito à autonomia das pessoas, independentemente de sua identidade de gênero.

O direito à saúde é reconhecido como um direito humano fundamental, consagrado em diversos instrumentos internacionais, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos e o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Ele abrange não apenas o acesso a serviços de saúde, mas também a disponibilidade, a acessibilidade, a aceitabilidade e a qualidade desses serviços.

No contexto de gênero e saúde, os direitos humanos fornecem uma base para a promoção da igualdade de oportunidades e o combate à discriminação. É essencial que políticas públicas sejam implementadas para garantir que todas as pessoas, independentemente de sua identidade de gênero, tenham acesso igualitário aos serviços de saúde e sejam tratadas com dignidade e respeito, que possam decidir sobre sua própria saúde. Esse acesso igualitário aos serviços de saúde abrange o acesso à informação, à educação em saúde e aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, além de combater práticas discriminatórias que limitem a liberdade de escolha.

Promover o direito integral à saúde significa considerar as complexidades das desigualdades de gênero e suas interseções com outras formas de discriminação, como etnia, classe social e orientação sexual. Isso implica em políticas públicas sensíveis ao gênero, que abordem as necessidades específicas das diferentes identidades de gênero e garantam o pleno exercício dos direitos de todas as pessoas.

A perspectiva de gênero, tanto nas pesquisas quanto nas políticas e práticas de saúde, é essencial para compreender e atender às necessidades específicas das mulheres e de outros grupos historicamente invisibilizados e com dificuldades para acessar bens e direitos basilares, como saúde, educação e trabalho. Essa perspectiva torna possível realizar uma análise crítica das estruturas patriarcais, sob as quais também estão as estruturas de poder, e a partir dessa análise identificar instrumentos auxiliares na busca por uma saúde mais justa e igualitária.

⁷ Direitos básicos de todos os seres humanos, que abarcam os direitos civis e políticos; direitos econômicos, sociais e culturais; direitos difusos e coletivos.

Em síntese, a discussão em torno do gênero é uma exploração multifacetada das normas sociais, poder e identidade. Por isso, é necessário superar estereótipos de gênero, desconstruir normas ineficazes e garantir o acesso equitativo aos serviços de saúde para todos. Além disso, a participação ativa das mulheres na tomada de decisões sobre sua própria saúde e a promoção de políticas sensíveis ao gênero é indispensável para um acesso à saúde, de fato, integral.

Nesse sentido, as políticas públicas têm como característica permitir que os sistemas de saúde pública possam acompanhar as dinâmicas de transformação dos usuários, através de medidas que valorizem a diversidade e a inclusão, reconhecendo as diferentes experiências e necessidades das pessoas. Somente assim poderemos avançar em direção a uma saúde mais igualitária, onde o gênero não seja um determinante negativo, mas sim um elemento de empoderamento e cuidado para todas as pessoas.

2.2 Direitos reprodutivos e Políticas Públicas

Acerca dos Direitos reprodutivos e Políticas Públicas, analisaremos como estes elementos se relacionam e influenciam, considerando a relevância e essencialidade do acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, à contracepção, ao planejamento familiar e ao cuidado integral da saúde reprodutiva.

A abordagem empreendida busca delinear as repercussões do atendimento à saúde dispensado às mulheres em idade reprodutiva. Enquanto lugar de saber e poder, assim como, compreender o poder do discurso médico em reforçar ou delimitar a autonomia feminina, afirmando ou negando a existência de características intrínsecas à natureza sexual feminina.

Como vimos, as relações de poder e as normas sociais influenciam a construção do gênero. O poder, que é exercido através de práticas disciplinares e discursivas, conforme nos ensina Foucault (1977), está presente nos discursos acerca do gênero e nas práticas cotidianas incutidas no saber médico e tornam-se, portanto, instrumentos do poder utilizados para estabelecerem controle, hierarquia, com mais características de uma construção social e histórica, do que biológica.

A ação médica, enquanto discurso e prática, desempenhou papel significativo na mudança da medicina do século XVIII. O controle exercido através do discurso médico sobre o corpo e a sexualidade feminina acompanharam o processo de urbanização e industrialização, estabelecendo novos padrões de comportamento

e sociabilidade para homens e mulheres (Foucault, 1997). Nesse controle exercido pela medicina e pelo saber médico, as mulheres foram alijadas dos processos de cura, que durante séculos foram protagonistas.

A obstetrícia, desempenhada historicamente através de um conjunto de técnicas oriundas do saber feminino em que a mulher protagonizava e dirigia o parto, contando com o auxílio das mãos da parteira, torna-se objeto de interesse dos homens por ocasião da monopolização do saber médico pela “Medicina Científica”, entre os séculos XVI e XVIII (Federici, 2004). A mulher é então transformada em sujeito passivo do próprio ato de parir, imobilizada, anestesiada, bem como a atividade desempenhada pela parteira é classificada como obscurantismo, bruxaria, e o médico-cirurgião estabelece sua posição de legítimo detentor do conhecimento científico.

Assim, em que pese a importância da instrumentalização do parto na redução dos riscos inerentes ao parto, o fato de ser uma prática desempenhada por homens foi superdimensionado de forma inversamente proporcional ao superdimensionamento das falhas decorrentes da atividade da parteira, sem, contudo, considerar que as condições insalubres em que os partos ocorriam, interferiam significativamente no desfecho. No entanto, “nem o saber tradicional, nem o saber científico garantem a vida das mulheres, mas as formas como eles são aplicadas” (Scavone, 2001. p. 164).

Percebe-se que a relação das mulheres com a saúde está ancorada no próprio corpo feminino (Scavone, 2001). Há um reconhecimento da existência de saber empírico feminino e da sua importância para a medicina; a responsabilidade da mulher nos cuidados com a família; e ainda a repressão recorrente ao emprego não autorizado desses saberes.

Para Scavone “a cultura somática feminina tem história, classe social, raça e sua constituição envolve elementos do saber ou da estagnação” (Scavone, 2001. p. 160). Essa cultura somática feminina é reflexo manifesto dos interesses de uma sociedade patriarcal que atribui à mulher todos os problemas possíveis concernentes à atividade sexual, concepção, gestação e parto.

O processo de legitimação de um discurso médico-científico desqualificava o discurso empírico das mulheres parteiras para ser aceito, considerando-as “produto do seu sistema reprodutivo, base de sua função social e de suas características comportamentais” (Matos, 2003. p. 114). Esse discurso estabelecia restrições ao uso do corpo e da mente da mulher, que por sua relação com os ciclos reprodutivos e os

estados emocionais. A prática médica orientava, explicitamente, que o esforço intelectual deveria ser evitado, para canalizar as energias para o melhor desenvolvimento das suas atividades reprodutoras.

O tratamento médico que geralmente envolvia a prescrição de dieta e descanso, não era aplicável às enfermidades femininas. Havia práticas ginecológicas punitivas das mulheres por suas enfermidades (banhos escaldantes, queimaduras a ferro, entre outros) (Matos, 2003). Dessa forma, a cura consistiria em um processo de caráter regenerador e punitivo. Ademais, era mandatário, nesse discurso, que qualquer atividade feminina distinta da devoção à família a desviaria do “papel da mulher”.

Régina Dhoquois (2003, p. 47) sintetiza perfeitamente o papel atribuído à mulher enquanto “espécie de base sobre a qual se assenta a paz social”, considerando que esta era antes de tudo esposa, mãe e a responsável pelo bem-estar da família, a quem competia o cuidado com a casa, os filhos, o marido.

Os direitos reprodutivos se fundamentam no direito ao próprio corpo, abrangendo questões relacionadas à autonomia, liberdade e dignidade das pessoas acerca da sua sexualidade, permitindo tomar decisões sobre sua sexualidade, informações sobre métodos contraceptivos, planejamento familiar, ou ainda decidir se quer, quando e de que forma, reproduzir-se (Scavone, 2001).

O conceito de direito reprodutivo trouxe uma nova perspectiva para a ideia de liberdade reprodutiva, implicando em liberdade para romper com a moral conservadora, construída sob fundamento da submissão da sexualidade à reprodução.

As mulheres buscavam um novo lugar para a sexualidade, que “não fosse presa à unidimensionalidade de um corpo-reprodutor e sim multidimensional num corpo de prazer, de produção, de criação (não apenas biológica, enfim, de ação e experiência no mundo)” (Ávila; Gouveia, 1996. p. 166).

Percebe-se que o saber médico, através do seu poder adquirido sobre a vida social, dita os preconceitos e discriminações sociais, reforça discursos de poder, instrumentalizando a desigualdade social. No entanto, o mesmo saber médico, pode constituir-se em um forte aliado na luta pela autonomia reprodutiva e sexual. Dessa forma, evidente que a vivência e o discurso sobre a sexualidade se constroem a partir das relações de gênero, mas simultaneamente dialoga com estas relações, para mantê-las como estão ou para modificá-las.

A sexualidade, mais fortemente regulada no âmbito das relações cotidianas, do que no âmbito da legislação, era sufocada pelas normas de gênero, controlando os corpos das mulheres, mas também suas mentes. “A religião, a medicina, a psicanálise, a mídia que se constituem em elaboradores e repassadores de códigos e definições” (Ávila; Gouveia, 1996. p. 167). Dessa forma, as normas de gênero sufocam a ideia de liberdade sexual das mulheres.

O período pós-guerra, somado à influência da teoria malthusiana, em Londres foi criada por Margaret Singer, em 1952, a Federação Internacional de Planejamento Familiar, de interesse de diversas instituições preocupadas com o controle demográfico. Inicia na Europa uma mobilização de mulheres, especialmente na Itália e na França (Perrot, 2003), em torno de consultas que difundiam as práticas anticoncepcionais e ajudavam as que enfrentavam as dificuldades de acesso ao aborto, muitas vezes viajando ao exterior, sempre na clandestinidade.

A invenção da pílula anticoncepcional, em 1961, pelo Dr. Pincus, sob a pressão das feministas norte-americanas, é sem dúvidas um marco importante para a história do movimento. Em 1967, na França, a Lei Neuwirth, legaliza a compra e o uso de produtos contraceptivos, inclusive a pílula (Perrot, 2003).

Posteriormente, sob pressão do Movimento de Libertação da Mulher, da França, as mulheres conseguiram a aprovação da Lei Veil, de 1975. Inaugurando uma fase de legislações que reconhecem a suscetibilidade da mulher e impactando a sua saúde, como a criminalização do estupro, e o avanço na legislação sobre assédio sexual e violência de gênero na Europa, nos EUA, e mais tardiamente, na América Latina.

No Brasil, as estratégias de saúde pública voltadas para o controle populacional do período colonial até meados do século XIX basearam-se no controle dos problemas de natureza higienista. No início do século XX dois importantes conjuntos de leis estabeleceram questões sobre os direitos sexuais e reprodutivos no Brasil: a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e o Código Penal, ambos de 1940.

A noção de direitos reprodutivos ganhou corpo a partir do movimento feminista mundial, na metade dos anos 1970. Segundo Scavone (2001), o feminismo latino-americano tinha como marca a luta por direitos gerais e específicos. No Brasil, as questões acerca dos direitos reprodutivos só começam a ser discutidas no fim de 1970 e início de 1980, no momento de retomada dos direitos políticos confiscadas pelo regime ditatorial civil-militar pós-64.

“Egoístas e loucas, desestruturadoras [...]” (Ávila; Gouveia, 1996. p. 161), as mulheres que desafiavam a ordem tradicional, que de forma individualista ousavam afirmar que “Nosso corpo nos pertence”, especialmente a partir de 1970, ser donas do seu próprio corpo é uma condição intrínseca à existência, enquanto pessoa integral, dotada de direitos, autonomia, desejos, responsabilidades.

Apesar do histórico domínio dos corpos das mulheres, pelas mulheres, a noção de direitos reprodutivos é recente. Aborto e contracepção foram os principais temas que alimentaram a luta pelos direitos reprodutivos e sexuais, “são uma invenção das mulheres participando, como sujeitos, da construção de princípios democráticos” (Ávila; Gouveia, 1996. p. 163).

O fato de estar originalmente ligado à possibilidade de optar por contracepção e aborto, propondo assim a concepção como opção, fez com que a publicização dos direitos reprodutivos provocasse, e ainda provoque, em setores conservadores, um fácil apelo de que a maternidade e os valores sociais a ela atribuídos estejam postos em risco. Como se trata de uma proposta de um novo código, ou de uma nova denominação para as questões da vida social, defendidos por um movimento político de construção e afirmação de sujeitos, o enfrentamento que se faz em defesa dessas questões traz a ruptura dos códigos de comunicação tradicionais porque no velho código as mulheres eram apenas receptáculo da norma, do discurso proferido sobre elas e sobre o uso do seu corpo. (Ávila; Gouveia, 1996. p. 164).

A assistência à saúde da mulher era restrita ao ciclo gravídico-puerperal, através de ações verticais e centralizadoras, de forma que essas ações se distanciavam das realidades e necessidades das mulheres abrangidas pelos serviços. Na década de 1970, foi então lançado o Programa de Saúde Materno-Infantil, com a presença do planejamento familiar, que dava enfoque à paternidade responsável, objetivando reduzir as elevadas taxas de morbidade e de mortalidade infantil e materna. Em 1978, a Conferência de Alma-Ata, estabeleceu em sua Declaração a atenção à assistência materno-infantil como prioridade, com inclusão do planejamento familiar.

Há um rompimento com a perspectiva do determinismo biológico, a liberdade de escolha reprodutiva vai tomando forma em um contexto mais amplo do exercício de cidadania que não se resume às garantias legais e de benefícios frente ao poder do Estado, mas “incorpora também a ideia de participação nas decisões públicas, trazendo com isto novos significados para a vida cotidiana” (Ávila; Gouveia, 1996. p. 164). Os direitos reprodutivos nascem, assim, da ação das mulheres como sujeitos políticos e do conhecimento, questionando as condições dadas pela sociedade para o exercício da vida sexual e reprodutiva.

É nesse contexto que o movimento feminista brasileiro influencia em nível governamental a elaboração do PAISM. Criado em 1983, após proposta do Ministro da Saúde à época, preparado por uma comissão constituída por três médicos (dois homens e uma mulher) e uma socióloga. Sendo lançado em 1984 pelo Ministério da Saúde, o PAISM foi pioneiro, inclusive no cenário mundial, ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, no âmbito da atenção integral à saúde, e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar (Osis, 2018. p. 27).

Este foi um marco na saúde reprodutiva das mulheres, pois rompe com o termo 'materno-infantil' - que reforçava o papel coadjuvante da mulher na sociedade, sempre em detrimento do outro, até então era orientador das ações de saúde da mulher - e passa a usar o termo 'integralidade' sob a perspectiva de gênero. Com isso, há também uma ruptura com a abordagem controlista, que culpabilizava os corpos grávidos das mulheres pobres.

O PAISM trouxe à tona temas como a violência de gênero, os direitos reprodutivos, a saúde sexual e reprodutiva, entre outros, que antes eram negligenciados ou silenciados. Esse programa representou um avanço significativo ao reconhecer as especificidades das mulheres, incluindo a perspectiva de gênero nas políticas públicas de saúde. Significou também uma maior importância da atenção à violência de gênero, promovendo ações de prevenção, acolhimento e apoio às mulheres vítimas de violência. Essa abordagem integrada foi fundamental para romper com a invisibilidade e o silenciamento das mulheres que sofriam violência, proporcionando-lhes suporte adequado e encorajando a denúncia.

Foi também a partir desse programa que a mulher passou a ter reconhecimento dos direitos reprodutivos que a assistiam, garantindo o acesso à contracepção, ao planejamento familiar e ao aborto legal e seguro nos casos previstos em lei. O programa se propunha a trabalhar os direitos reprodutivos, o direito à concepção e à contracepção com assistência, segurança e autonomia, como decisão da mulher sobre quando, como e quantos filhos deseja ou não ter.

A partir do PAISM, foi possível promover uma mudança de paradigma, desafiando a visão de que a saúde da mulher se restringe apenas a questões diretamente relacionadas a sua característica reprodutiva, incorporando uma abordagem mais ampla, que considera as dimensões sociais, emocionais e culturais. A inclusão da perspectiva de gênero nas políticas de saúde permitiu uma

compreensão mais abrangente das necessidades e dos direitos das mulheres, visando a redução das desigualdades e a promoção da equidade.

Dentre as conquistas do PAISM, destaca-se a ampliação do acesso aos serviços de saúde voltados para as mulheres. Consultas ginecológicas, pré-natal, planejamento familiar, exames preventivos e atendimento especializado foram disponibilizados de forma mais abrangente e acessível. Essa ampliação contribuiu para a melhoria da qualidade de vida das mulheres e para a redução da mortalidade materna e infantil.

Vale registrar que houve certa desconfiança com relação ao lançamento do Programa, como de alguns grupos de mulheres, acadêmicos e médicos, levantando a suspeita de que o PAISM seria “um disfarce do Governo para agir no sentido de controlar a natalidade da população” (Osis, 1998. p. 28). Essas suspeitas eram justificadas sob o argumento de que os objetivos do Programa estariam voltados apenas para situações relacionadas à atividade sexual, gravidez, parto, puerpério e contracepção.

Para os grupos organizados de mulheres em geral, essa conquista representou um avanço na autonomia e na liberdade das mulheres em tomar decisões sobre seus corpos e suas vidas, ainda que de forma lenta. Uma política inédita em sua concepção integral do corpo feminino. Os movimentos de mulheres, de imediato, passaram a lutar por sua implementação no país inteiro, o que não ocorreu. Logo (1986) passa a ser executado pelo Serviço Público Nacional de Atendimento à Saúde (INAMPS), com um número restrito de serviços (Scavone, 2001). E, posteriormente, integrado ao Programa Saúde da Família, onde permaneceria em segundo plano até o advento da PNAISM.

Também para os direitos sociais, a criação do PAISM, com princípios de universalidade e integralidade, representou um importante passo no para os desdobramentos da Reforma Sanitária. A ideia de integralidade e universalidade, fomentaram discursões por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, sendo debatida na Assembleia Nacional Constituinte e foram incorporadas na Constituição de 1988 (Osis, 1998. p. 31).

“O conceito de atenção integral à saúde da mulher redimensiona o significado do corpo feminino no contexto social, expressando uma mudança de posição das mulheres” (Osis, 1998. p. 31), pois situa a reprodução em um contexto ampliado de atenção à saúde da mulher. As mulheres deixam de ser apenas

reprodutoras e o cuidado de sua saúde passa a ser mais do que atenção relacionada a gestação (Osis, 1998).

Os direitos sexuais e os direitos reprodutivos alcançam o maior grau de reconhecimento por ocasião da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, convocada pela Organização das Nações Unidas em, 1994, no Cairo. Foi a Conferência do Cairo que imprimiu uma nova maneira de compreender desenvolvimento e população, considerando a vida das pessoas e as incluindo no processo de desenvolvimento dos países.

Como resultado dessa conferência, foi aprovado por consenso e assinado por 179 países um acordo que resultou no documento Programa de Ação de Cairo que contém um conjunto de medidas e ações para melhorar a qualidade de vida das pessoas. A conferência foi também decisiva para o reconhecimento mundial do papel-chave da mulher para o alcance dos objetivos de desenvolvimento colocados no Programa de Ação.

A Constituição de 1988 traz o compromisso do Estado com a garantia do acesso equitativo aos serviços de saúde. Esses serviços abrangem cuidados preventivos, de promoção da saúde e de natureza terapêutica, incluindo a saúde mental e o bem-estar geral.

No âmbito do direito à saúde no Brasil, enquanto direito social, os direitos reprodutivos estão inseridos na abrangência integral desse direito, o que tem como razão a importância deste direito na promoção da saúde e do exercício dos direitos humanos. Portanto, não há dúvida de que ao se responsabilizar pelo atendimento integral à saúde, o texto constitucional assegura o direito reprodutivo, não apenas o direito à saúde reprodutiva, mas também o exercício de direitos humanos.

O exercício do direito à saúde abarca o direito à informação, educação, medidas de prevenção, medidas para diagnóstico, tratamento, acompanhamento etc. compreendidas nos direitos sexuais e reprodutivos. Nestes incluem-se os direitos reprodutivos, bem como justificam a sua essencialidade e acessibilidade obrigatória, os trabalhos de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e na redução da mortalidade materna e infantil.

O §5º do artigo 226 da Constituição Federal de 1988, inaugura importante marco no planejamento familiar e no papel da mulher na condução e promoção dos direitos fundamentais, fixa que “os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos igualmente pelo homem e pela mulher” (Brasil, 2022a).

O §7º do mesmo artigo (regulamentado pela Lei nº 9.263 de 1996), fixa a obrigação de garantir, de forma integral, a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, através de um programa de atenção integral à saúde em todos os ciclos vitais.

Esse avanço representa a progressão do tradicional contrato sexual que iria, enfim, substituir o antigo pátrio poder pelo poder de família com a publicação da Lei nº 10.406/2002, podendo assim ser igualmente exercido pelo homem e pela mulher.

Percebe-se assim, que por suas qualidades preventivas, estratégicas e dinâmicas, o direito reprodutivo apresenta-se como perspectiva de relevância maior em uma análise qualitativa de uma política pública de saúde por razões interconectadas, tais como garantir o acesso a informações precisas; serviços de saúde reprodutiva; e métodos contraceptivos. Os direitos reprodutivos ajudam a prevenir uma série de riscos e problemas de saúde associados à gravidez não planejada, aborto inseguro, doenças sexualmente transmissíveis e complicações durante o parto.

O acesso a informações sobre saúde reprodutiva e contracepção possibilita às mulheres tomar decisões conscientes e informadas sobre suas vidas reprodutivas, promovendo autonomia em relação à sua saúde e seu corpo, com controle sobre suas vidas reprodutivas e evitem a exploração, discriminação e coerção relacionadas à reprodução.

Ao analisar políticas públicas de saúde sob essa perspectiva, é possível identificar como essas políticas impactam o acesso a informações, serviços e escolhas reprodutivas, contribuindo para uma abordagem mais abrangente e inclusiva da saúde pública. Em parte, isso reforça que as repercussões da saúde sexual e reprodutiva são fatores de impacto na qualidade de vida de parcela significativa do país, tendo em vista que as mulheres são maior parte da população.

As políticas públicas de saúde, por sua natureza, desempenham papel fundamental na promoção e proteção do direito à saúde, portanto também dos direitos reprodutivos, garantindo o acesso equitativo a serviços de saúde sexual e reprodutiva, para que sejam consideradas efetivas, inclusivas e integrais. Precisam levar em conta, na elaboração da carta de serviços a serem disponibilizadas a determinada coletividade, as desigualdades que ali estão presentes, para direcionar esforços e eliminar barreiras ao exercício do direito à saúde. Conhecer as especificidades da

mulher, com perspectivas sociais, econômicas e culturais é a forma de construir um serviço de saúde integral com uma abordagem sensível ao gênero.

Nesse sentido, é possível compreender que direitos reprodutivos dizem respeito a um conjunto de direitos humanos que garantem às pessoas o acesso a informações sobre sua saúde reprodutiva e sexual, serviços e recursos para que exerçam a autonomia de tomar decisões informadas sobre si.

2.3 Movimentos Feministas e a luta por políticas públicas de saúde no Brasil

Os Movimentos Feministas desempenham papel fundamental na construção das políticas públicas relacionadas à saúde e gênero. No presente tópico analisamos o papel dos movimentos feministas e de mulheres e sua influência na promoção da igualdade de gênero na área da saúde, com um enfoque especial na participação dos movimentos na criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984. Para compreender a importância dessa influência, é necessário contextualizar a relação entre o movimento feminista e a construção das políticas públicas.

A transformação das necessidades sociais em questões, incorporando-as na agenda pública e nas arenas decisórias, “depende de sujeitos estrategicamente situados” (Pereira, 2001. p. 51). Do contrário, a falta de forças sociais com efetivo poder de pressão e capazes de conduzir ao enfrentamento das necessidades sociais, converte a questão social a um estado de latência, não recebendo qualquer esforço do Estado, ou organizações, em direção à solução.

Os movimentos sociais se expressam em “um conjunto de práticas sociais, nas quais os conflitos, as contradições e os antagonismos existentes na sociedade constituem o móvel básico das ações desenvolvidas” (Gohn, 1997. p. 273). Os movimentos sociais buscam transformar a ordem social, tornando-a mais igualitária.

Até os anos 1960, as teorias clássicas sobre os movimentos sociais, que predominaram, destacando-se cinco correntes. A primeira corrente, da Escola de Chicago, que acreditava ser possível ordenar os processos sociais com base na participação dos indivíduos na comunidade e o interacionismo, que entende a criatividade como meio para a solução dos problemas. A segunda corrente, das teorias sobre a sociedade de massas (Eric Fromm, Hoffer e Kornhauser), preocupava-se com o comportamento coletivo das massas, que seria o fruto da anomia e das condições estruturais de carências e privações (Gohn, 1997).

A terceira corrente, de Lipset e Herbele, parte de uma abordagem sociopolítica, que articulava as classes e relações sociais de produção para entender os movimentos revolucionários e a mobilização partidária, voto, poder político e classes sociais (Gohn, 1997). A quarta corrente, por sua vez, combina as teorias da Escola de Chicago e a teoria da ação de Parsons, analisando o comportamento coletivo desde suas formas elementares até sua construção em grande escala, com uma abordagem psicossocial. A quinta corrente, organizacional-institucional (Gusfield e Selznick), busca na burocracia de Weber e no trabalho de Michells, os fundamentos para entender os comportamentos coletivos agrupados em organizações com objetivos específicos (Gohn, 1997).

As análises de cunho marxista para movimentos populares predominaram nos anos 1970 e início dos anos 1980 (Gohn, 1997. p. 273). No decorrer dos anos 1980 os movimentos sociais passaram da fase do otimismo para a perplexidade e, depois para a descrença. Dentre os fatores que contribuíram para essas mudanças, destacam-se o crescimento do associativismo institucional em entidades e órgãos públicos, o surgimento de grandes centrais sindicais e das ONG's.

Nós anos 1980 os movimentos sociais se organizaram, bem como as aspirações por uma sociedade mais justa e igualitária ganharam forma na reivindicação de direitos, com conquistas importantes na Constituição de 1988 (Paoli; Telles, 2000, p. 103). Contudo, essa década vivida sob o signo da esperança democrática encerrou-se com o “espetáculo de uma pobreza” delineada na convergência de problemas de uma “pesada tradição excludente”, com uma crise econômica prolongada e sob efeitos da modernização econômica e reestruturação produtiva (Paoli; Telles, 2000. p. 104).

Os anos 1990 chegaram com uma democracia consolidada, com o reconhecimento formal de direitos sociais, mas rodeada pela violência e a violação constante dos direitos humanos (Paoli; Telles, 2000). Havia a garantia dos direitos políticos democráticos, mas não se conseguiu fazer vigorar a justiça em decorrência de circuitos paralelos de poder, capazes de tornar o Estado ineficaz diante de suas próprias regulações.

Importante destaque nessas arenas públicas, entre os movimentos sociais, os movimentos feministas, enquanto condutores da pressão social feminina por direitos sociais, protagonizaram a luta por uma sociedade mais justa e igualitária, com grande força a partir da segunda metade dos anos 1970.

A influência do feminismo ultrapassa as fronteiras nacionais, introduzindo-se nos organismos internacionais. Foi assim que, a partir de intensa movimentação, a Organização das Nações Unidas - ONU - decretou 1975 como o Ano Internacional da Mulher, promovendo, durante toda a década, várias Conferências (México, Copenhague, Nairóbe, China) que contribuíram para uma intensa movimentação feminista, causando impacto tanto sobre os países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. (Ferreira, 2007, p. 64).

No Brasil, o feminismo que eclode, no final dos anos 1970 e na década de oitenta, expandindo-se por quase todos os estados brasileiros, além da luta por igualdade jurídica de direitos, funcionou como “processo de aprendizagem do *ser mulher*” (Ferreira, 2007. p. 69), e da descoberta da opressão silenciosa e silenciada, permitindo às mulheres dimensionarem os problemas que eram comuns a todas. A separação entre o público e privado dificultava o entendimento das questões de gênero ao reforçar a visão conservadora de papéis sexuais, determinando o lugar do homem e o lugar da mulher.

A força que o movimento feminista ganhou a partir de então, sinaliza para um novo caminho de ação conjunta em prol do aprofundamento democrático. O confronto e o antagonismo, marcas da relação entre o Estado e a sociedade civil antes dos anos de 1990, deram lugar a uma aposta no aprofundamento democrático através de uma ação conjunta (Dagnino, 2004).

O movimento feminista foi, segundo Ferreira (2007), responsável por desafiar as normas de gênero impostas pela sociedade, lutando por igualdade de direitos e oportunidades para mulheres e homens.

A história do movimento de mulheres não é linear e os seus primeiros passos foram em busca da sua emancipação enquanto cidadãs, o que envolveu a luta pelo voto, por igualdade na educação e igualdade civil (Souza-Lobo, 2021. p. 304). Posteriormente, o surgimento de um feminismo de classe, socialista, “tinha como eixo a participação política das mulheres trabalhadoras”.

A forte mobilização dos movimentos feministas permitiu o surgimento dos primeiros conselhos estaduais e municipais da condição feminina, com o fim de planejar políticas públicas para as mulheres. À época, a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM, foi uma enorme conquista do movimento feminista, que posteriormente também passou a contar com o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher – CNDM, marcando a forte institucionalização do movimento.

A participação das mulheres na construção do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PAISM, criado em 1984, sugiro ampliar o debate. O movimento foi decisivo nesse e noutros avanços. Como resultado da mobilização do movimento feminista e outras organizações da sociedade civil, teve como objetivo garantir a atenção integral à mulher, que até então só era alcançada pelos programas públicos de saúde na condição de dependentes, já que à época, a inserção formal no mercado de trabalho era condição para a aquisição de direitos sociais (Oliveira; Campos, 2009).

O programa também tinha como objetivo contemplar ações de prevenção e promoção da saúde, além do tratamento de doenças específicas. O PAISM contribuiu para a ampliação do acesso aos serviços de saúde até então restritos às mulheres que eram dependentes de algum trabalhador formal.

No Maranhão, por ocasião da formação da Assembleia Nacional Constituinte, o Grupo de Mulheres da Ilha, junto a outros grupos, realizou um grande trabalho de mobilização em São Luís, com o tema “Constituinte pra valer tem que ter palavra de mulher”. Foram levantadas propostas para compor o documento das mulheres aos constituintes brasileiros, juntando-se a propostas de todo o Brasil, que subsidiou a Carta das Mulheres aos Constituintes (Ferreira, 2007).

O grande protagonismo dos movimentos feministas e de mulheres nas conquistas sociais no Brasil, demonstram a necessidade de fomentar relações mais justas e democráticas na esfera privada, garantindo a liberdade e autonomia das mulheres e capacitando-as para alcançar, de forma igualmente justa e democrática, seu espaço na esfera pública.

O PAISM representa um importante marco nessa trajetória, ao reconhecer as especificidades das mulheres, incluindo a perspectiva de gênero, e garantir a promoção da equidade e o acesso aos serviços de saúde de forma integral e humanizada.

O movimento feminista gerou impactos significativos sobre o sistema político e cultural, sendo capaz de promover a generalização de suas necessidades radicais, a exemplo dos avanços obtidos com a Constituição de 1988 (Ferreira, 2007). Portanto, a história da participação das mulheres na construção das políticas de saúde no Brasil é uma trajetória de conquistas, mas também de desafios constantes

Fortalecer os espaços de participação, como os conselhos de saúde e as conferências, mostra-se fundamental para que as mulheres possam contribuir de

maneira significativa na formulação e no monitoramento das políticas de saúde. A construção de uma sociedade mais justa e igualitária requer o engajamento de todos os setores da sociedade na promoção da saúde das mulheres, reconhecendo e valorizando sua diversidade e suas necessidades específicas.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM, que é objeto da presente pesquisa, foi instituído em 2004. Contudo, o processo de institucionalização da saúde da mulher tem início quando as ações do feminismo passaram a concentrar-se no terreno institucional, que era a opção dominante da política feminista até os anos 1970, havendo, assim, uma “aceitação das estruturas políticas vigentes e a redução da aposta utópica em formas radicalmente novas de ação coletiva” (Miguel; Biroli, 2014. p. 60).

3 A CONSTITUCIONALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

O direito integral à saúde da mulher, ganhou forma a partir de 1984, com a criação do PAISM, e posteriormente, com a constitucionalização do direito à saúde em 1988, que instituiu um sistema de saúde pública, o SUS, institucionalizado em 1990.

Esta seção detalha o processo de constitucionalização do direito à saúde integral, a criação do SUS, sua estrutura organizacional, para então situar, de forma transversal, a PNAISM, no curso da estruturação desse sistema criado para garantir o acesso integral à saúde para toda a população.

Inicialmente abordamos os precedentes dos direitos sociais, a partir da compreensão das políticas públicas em um Estado de Bem-Estar Social, da descentralização das políticas públicas no Brasil, o direito constitucional à saúde e a saúde pública no âmbito do ordenamento jurídico brasileiro e no Direito Sanitário, compreendendo o direito à saúde, à luz dos princípios constitucionais e administrativos, a partir do SUS.

No tópico “O Estado de Bem-Estar Social”, abordamos como o advento dos direitos sociais tornou possível a constitucionalização da saúde no Brasil, conhecendo conceitos importantes para a ideia de políticas públicas no âmbito de um Estado de Direito.

Trabalhamos o processo de descentralização das políticas públicas no Brasil, com a redemocratização do país, no tópico “Políticas públicas no Brasil”. Após, estudamos o direito à saúde no Brasil, o SUS, seus princípios, diretrizes, organização, gestão, financiamento e divisão de competências, para entender como a PNAISM integra esse sistema, dependendo diretamente do seu êxito para alcançar o maior número possível de mulheres. Compreendendo a relevância do direito à saúde no ordenamento jurídico brasileiro, o que tornou possível a institucionalização da PNAISM em 2004.

3.1 O Estado de Bem-Estar Social

O nascimento do Estado moderno ilustra uma infinidade de perspectivas teóricas e metodológicas no campo das ciências sociais. Assim, para melhor recortar nosso espaço de análise, por conseguinte, nosso campo semântico, partiremos de uma perspectiva do conflito como essencial para compreensão do Estado, seja na sua

dimensão jurídica em Max Weber ou na sua dimensão política em Karl Marx e Friedrich Engels (1978).

O debate acerca dos limites e responsabilidade do Estado retoma lugar de discussão intensa, sendo a oposição entre a esfera pública e a esfera privada o cerne de sua questão. Desde os clássicos do séc. XIX aos dias atuais, encontram-se postas as razões e análises da racionalidade do Estado.

A compreensão dos processos e racionalidades das políticas públicas, deve observar desde a formação, organização e controle do ente estatal. No contexto da modernidade pós-industrial e de desenvolvimento do capitalismo avançado, as forças que giram em torno do Estado e de seus negócios devem ser vistas sempre em face do limite entre as responsabilidades públicas e privadas.

O Estado, enquanto instituição central na organização e no exercício do poder político, tem origem em um contexto de conflito e disputa de interesses, em que diferentes grupos sociais lutavam por recursos, influência e poder. Esses conflitos e contradições são fundamentais para a compreensão do Estado e suas dinâmicas.

Em Max Weber (1978), o Estado, no sentido do Estado racional, somente se deu no ocidente. A assertiva caracterizada como afirmação categórica do pensamento de Max Weber acerca do Estado racional de moderno capitalismo ocidental, está fundado em um funcionalismo especializado e um Estado racional. Em outras palavras, o desenvolvimento do Estado, para Max Weber, está intimamente relacionado à racionalização do processo administrativo, político e jurídico.

Weber destaca que o Estado é uma comunidade humana que dentro de determinado território reclama para si o monopólio da coação física legítima. Assim, em tal concepção o pensamento de Max Weber aproxima-se do pensamento de Leon Trotsky de que todo Estado se fundamenta na coação. É evidente tanto para Max Weber quanto para Leon Trotsky que a coação não é o meio normal ou único do Estado, mas é seu meio específico. Portanto, a todas as demais associações ou pessoas individuais somente se deve atribuir coação mediante a permissão do Estado.

De acordo com Max Weber (1978) a qualidade pela qual a burocracia moderna se destaca, é o seu caráter mais definitivo que as outras, baseado na especialização e no treinamento racional. Contudo, se todos os atos praticados nascessem em função de uma racionalidade formal burocrática, não haveria

necessidade de ingressarmos em uma esfera política da racionalidade do Estado e das políticas públicas. Essa é, sem dúvida, a grande contribuição da teoria crítica.

Karl Marx e Friedrich Engels (2010) por sua vez, revelam múltiplas racionalidades que se interpenetram através de sujeitos e interesses distintos, por vezes inconciliáveis e excludentes. Os autores afirmam que o Estado não pode eliminar a contradição entre a função e a boa vontade da administração, de um lado, e os seus meios e possibilidades, de outro, sem eliminar a si mesmo, uma vez que repousa sobre essa contradição.

Nesse sentido, Karl Marx e Friedrich Engels (2010) entendem que o Estado repousa sobre a contradição entre esfera privada e esfera pública, sobre a contradição entre os interesses gerais e os interesses particulares. Por isso, a administração deve limitar-se a uma atividade “formal e negativa, uma vez que exatamente lá onde começa a vida civil e o seu trabalho, cessa o seu poder”. Os autores destacam a relação intrínseca entre o Estado e as relações de produção capitalistas, nas quais o Estado termina por se configurar como uma superestrutura, que tão somente serve aos interesses da classe dominante.

Karl Marx e Friedrich Engels (2010) desenvolveram uma abordagem crítica em relação ao Estado e sua relação com a sociedade. Nesse sentido, o Estado assume uma posição privilegiada como representante da classe dominante, mas também pode ser utilizado como instrumento de luta da classe trabalhadora contra a opressão e a exploração.

Para Karl Marx e Friedrich Engels (2010), o Estado tem sua atuação limitada, pois não é capaz de solucionar os conflitos sociais, tão somente é capaz de os gerenciar. Segundo os autores, o Estado é uma instituição criada pela sociedade para servir aos interesses da classe dominante, mas pode ser transformado em uma ferramenta de emancipação dos trabalhadores.

Assim, a análise de Karl Marx e Friedrich Engels (2010) sobre o Estado destaca a importância da coletividade na relação com o Estado e enfatiza a limitação da atividade estatal em relação aos conflitos sociais. A visão crítica desses autores sobre o Estado contribui para a compreensão da relação entre o Estado e a sociedade, especialmente no que se refere à luta de classes e à busca por uma sociedade menos desigual.

Portanto, a compreensão do Estado de Bem-Estar Social e sua relação com o direito à saúde carece de uma análise que incorpore essas perspectivas

teóricas e metodológicas. É nesse sentido que a abordagem do conflito se revela fundamental, já que através desta é possível compreender as dinâmicas de poder e as lutas de interesses que moldaram a concepção e a implementação das políticas sociais, com ênfase nas políticas públicas de saúde.

Max Weber, responsável por contribuição significativa para a compreensão do Estado, tem em sua concepção de Estado racional, como aquele fundamentado na racionalização dos processos administrativos, políticos e jurídicos. Como citado, o autor define o Estado como uma comunidade política que reivindica o monopólio do uso legítimo da força, coação física, mas não é pela força que é o detentor exclusivo do poder. Weber o faz ao combinar o uso da força com a autoridade e a legitimidade.

Na teoria weberiana nos deparamos com a racionalização dos processos estatais, caracterizando o Estado moderno a partir da burocracia e da dominação racional-legal. Para ele, a burocracia, enquanto organização eficiente e hierárquica da administração pública, é uma forma de racionalização dos processos administrativos. E a dominação racional-legal, por sua vez, é a legitimidade do poder do Estado tendo por base as leis e regulamentos estabelecidos, de forma a alcançar a eficácia e a previsibilidade, garantindo a igualdade e imparcialidade nas decisões, sejam estas políticas ou jurídicas.

Assim, apesar de coadunarem com a ideia de legitimidade exclusiva do uso da coação, Leon Trotsky (2004) afirma que o Estado é fundamentado também na violência, sendo então ferramenta de dominação da classe dominante sobre a trabalhadora. Para ele a legitimidade do Estado não seria intrinsecamente vinculada à obediência às leis, mas tão somente vinculada à manutenção do poder daquelas classes dominantes.

Importante esclarecer, que assim como Max Weber, Leon Trotsky reconhece a importância do Estado e do poder na organização da sociedade. Enquanto o primeiro destaca a racionalização dos processos estatais e a legitimação do poder do Estado, o segundo evidencia a natureza coercitiva do Estado enquanto instrumento de opressão das classes dominadas.

Nesse contexto, a relação entre o Estado e a coletividade é fundamental para a compreensão do papel do Estado. De acordo com Karl Marx e Friedrich Engels, o Estado deve estar a serviço da sociedade, não o contrário. A coletividade é a fonte de todo o poder, e ao Estado cabe ser um instrumento para a realização dos

interesses gerais da sociedade, e não dos interesses particulares da classe dominante.

Em perspectiva, percebe-se que em contraposição à visão de Max Weber, que define o Estado como uma comunidade que reivindica o monopólio da coação física legítima, Karl Marx e Friedrich Engels veem o Estado como um produto da luta de classes, que se fundamenta na coação, mas que pode ser transformado em um instrumento de poder da classe trabalhadora a medida que esta se organiza e se mobiliza para exigir direitos.

Jürgen Habermas (2014) por sua vez, traz importantes contribuições para a compreensão da esfera pública e da sociedade civil. A esfera pública, enquanto espaço de debate e discussão onde os cidadãos se reúnem, é um sistema de alarme dotado de sensores não especializados, mas sensíveis no âmbito de toda a sociedade.

Segundo Habermas (2014), a esfera pública tem o dever de reforçar a pressão exercida pelos problemas, não podendo limitar-se a percebê-los, tendo por obrigação problematizá-los de modo eficaz para que sejam assumidos e elaborados pelo “complexo parlamentar”. Habermas descreve a esfera pública como uma rede adequada para a comunicação de conteúdos, tomadas de posição e opiniões, filtrando e sintetizando os fluxos comunicacionais, para que sejam condensados em opiniões públicas de temas específicos.

A sociedade civil, por sua vez, é composta de movimentos, organizações e associações, os quais “captam os ecos” dos problemas sociais que ressoam nas esferas privadas, condensando-os e os transmitindo para a esfera pública política. Ou seja, institucionaliza os discursos capazes de solucionar problemas, transformando-os em questões de interesse geral no quadro de esferas públicas.

Para Habermas (2014), as estruturas comunicacionais da esfera pública têm que ser mantidas intactas por uma sociedade de sujeitos privados, viva e atuante, devendo estabilizar-se por si mesma. O autor afirma que a pressão da opinião pública consegue forçar um modo extraordinário de elaboração de problemas, que favorece a regulação da circulação do poder através do Estado de direito.

De acordo com Habermas, o sistema político definido pelo Estado de direito se especializa na produção de decisões que envolvem a coletividade. Contudo, devido ao nexos interno que mantém o direito, a política é responsável por problemas que atingem a sociedade como um todo. Assim, a política, enquanto sistema de ação

regulado pelo Estado de direito se liga à esfera pública, ficando na dependência das fontes do poder comunicativo que se apoia no mundo da vida.

A esfera pública no Brasil, foi palco de reivindicações que lograram êxito através de movimentos sociais organizados culminando em uma série de direitos sociais garantidos constitucionalmente. Demonstrando, assim, que a pressão social é capaz de efetivamente afetar a regulação do poder. Nesse sentido, a participação política através desses movimentos sociais, enquanto instrumento de comunicação de grupos de interesse, é essencial para a transmissão das demandas desses grupos ao Estado e suas instituições.

As pressões sociais exercidas ao longo da história guardam forte relação com a construção da ideia de proteção social. Assim, a despeito da contradição existente entre o público e o privado, o sistema de alarme ressonante na esfera pública apresenta-se como o espaço fundamental de comunicação de conteúdos e interesses dos mais diversos grupos.

No Brasil, a partir dos anos 1970, diversos movimentos sociais emergiram e se organizaram com vias à reivindicação de direitos e promoção de mudanças sociais. Os movimentos civis, movimentos feministas, movimentos LGBTQIA+, movimentos indígenas e movimentos de trabalhadores, conseguiram mobilizar a esfera pública e pressionar o Estado em direção à implementação de políticas públicas inclusivas e igualitárias.

A par de tudo isso, evidencia-se que a participação política desempenha um papel crucial na relação entre o Estado e a esfera pública. Os grupos de interesse encontram na participação política a manifestação da voz daquele grupo em um unísono, para transmitir as demandas ao Estado. Através de partidos políticos, organizações da sociedade civil e outros canais de representação, os cidadãos e grupos têm a oportunidade de expressar suas preocupações, reivindicações e necessidades, buscando influenciar as políticas públicas e o processo decisório.

A ação política dos movimentos sociais permite que diferentes vozes sejam ouvidas e consideradas, contribuindo para uma maior pluralidade e diversidade de perspectivas no debate público. Contudo, a efetividade desse processo depende da qualidade da representação, da participação efetiva dos cidadãos e da capacidade de os representantes políticos traduzirem as demandas da sociedade em ações concretas.

Portanto, a relação entre o Estado e a esfera pública no Brasil se estabelece por meio da atuação dos movimentos sociais, que conseguem mobilizar a opinião pública e pressionar o Estado para a conquista de direitos sociais, e pela representação política, que possibilita a comunicação e transmissão das demandas dos grupos de interesse ao poder público. Essa interação dinâmica entre Estado, esfera pública e sociedade civil é fundamental para a consolidação da democracia e para o avanço de uma sociedade mais justa e participativa.

Como citado, pressões sociais exercidas ao longo da história guardam forte relação com a construção da ideia de proteção social. Logo, é necessário compreender a evolução das políticas sociais ao longo da história. Marco importante nesse processo foi o surgimento da proteção social mínima, na então Grã-Bretanha, e em seguida, sua extinção concomitante ao desenrolar dos acontecimentos da Revolução Industrial.

O conceito de proteção social mínima, enquanto mínimo de renda, tem origem na Grã-Bretanha, ao final do século XVIII (Pereira, 2007). Essa proteção social tinha a forma de abono salarial, ou garantia de um mínimo de renda. Contudo, essa proteção social mínima durou apenas quatro décadas, devido à expansão da Revolução Industrial, que considerava a regulamentação entre capital e trabalho incompatível com a formação do proletariado necessário à indústria. Para os liberais, a garantia legal do direito à proteção social era antinatural e nociva à liberdade individual (Pereira, 2007).

Suzanne de Brunhoff (1985), sintetiza perfeitamente a lógica interna do funcionamento do sistema capitalista ao estabelecer que a insegurança do emprego, enquanto condição da disciplina operária, contradiz a necessidade capitalista de um estoque indefinido de mão de obra para assalariar. Afirma que seu sustento não está incluso na fórmula geral do capital (D-M-D'). Conclui ser indispensável a existência de instituições não capitalistas para assegurar a gestão de estoque de força de trabalho.

O surgimento de programas sociais é um desdobramento necessário de tendências mais gerais posta em marcha pela industrialização (Arretche, 1995). Todavia, existe uma relação entre as variáveis crescimento industrial e gastos sociais, sendo a primeira uma condição necessária à segunda. Os problemas sociais com os quais os serviços sociais têm de lidar são resultados das mudanças sociais, desencadeadas pela industrialização (Arretche, 1995).

Não houve uma ruptura radical entre o Estado liberal predominante no século XIX e o Estado social capitalista do século XX, mas houve uma mudança profunda na perspectiva do Estado, que abrandou seus princípios liberais e incorporou orientações social-democratas, diante de um novo contexto socioeconômico e da luta de classes. Há um reconhecimento de direitos, todavia, sem colocar em xeque os fundamentos do capitalismo (Behring; Boschetti, 2008).

O surgimento de políticas sociais foi gradual e diferenciado entre os países. Dependiam dos movimentos de organização e pressão da classe trabalhadora, do grau de desenvolvimento das forças produtivas e das correlações e composições de força no âmbito do Estado (Behring; Boschetti, 2008). Nesse contexto, na Alemanha, a organização de caixas de poupança e previdência pelos trabalhadores para manter os grevistas foi de grande importância para o fortalecimento do movimento operário.

Contudo, as lutas foram desmobilizadas com a instituição de um seguro social público obrigatório no governo de Otto Von Bismarck. O modelo bismarckiano, enquanto sistema de seguros sociais, cobria o trabalhador, de forma condicional, mediante contribuição direta dos empregados e empregadores, sob gestão dos contribuintes, organizados de acordo com os tipos de risco social.

Na Grã-Bretanha, apenas no século XX a classe trabalhadora obteve maiores ganhos sociais e políticos (Pereira, 2007). Em 1908 foi criada uma lei de assistência aos idosos, sem a necessidade de contrapartida, com posterior criação de um seguro-doença e seguro-desemprego gerido pelo Estado, seguido de um fundo de pensões para viúvas e órfãos.

Tudo isso convergiu para a concepção de Seguridade Social de William Beveridge. O *Plano Beveridge*, de 1942, inspirou reformas nos principais países capitalistas após a Segunda Guerra Mundial, antecipando os princípios da constituição do *Welfare State*. O modelo abrangia seguro social, benefícios suplementares, subvenção à família e isenções fiscais (Pereira, 2007).

A primeira grande crise do capital, com a depressão de 1929-1932, seguida dos efeitos da Segunda Guerra Mundial, consolidou a convicção sobre a necessidade de regulação estatal, como forma de enfrentar a crise. O estabelecimento de políticas keynesianas visando gerar pleno emprego e crescimento econômico, a instituição de serviços e políticas sociais para criar demanda e ampliar o mercado de consumo, junto a um amplo acordo entre esquerda e direita, tornaram possíveis essa forma de enfrentamento (Behring; Boschetti, 2008).

A inserção no mercado de trabalho formal era condição para a aquisição de direitos sociais. A maioria dos trabalhadores formais pertencia ao sexo masculino. Assim, esses direitos alcançariam as mulheres eventualmente, mas apenas na condição de dependentes (Oliveira; Campos, 2009).

A partir dos anos 1970, a extensão das políticas sociais foi freada por um baixo crescimento econômico das sociedades capitalistas industrializadas, encerrando os “anos de ouro” (Pereira, 2007). Assim, a resposta dos conservadores e críticos do Estado de Bem-Estar Social era o retorno do ideário liberal.

O Brasil, assim como outros países latino-americanos, só reconhece os direitos sociais no último quartil do século XX (Sposati, 2003). As chamadas sociedades de regulação tardia, não viveram o pacto do *Welfare State*, que tem como marca fundamental os movimentos sociais (não sindicais).

Segundo Silva *et al* (2012), o conteúdo desse movimento é assimilado pela Constituição Brasileira de 1988, que incorporou a Assistência Social, Previdência Social e saúde, como políticas de Seguridade Social. Contudo, segundo a citada autora tais políticas pouco avançaram na década de 1990 em razão da ideologia neoliberal e busca pela inserção do Brasil na economia globalizada.

Conforme Silva (2012), os programas sociais nos parâmetros constitucionais, passam a estruturarem-se a partir dos anos 2000, notadamente a partir da eleição de Luiz Inácio Lula da Silva que inaugura um novo momento dos direitos sociais no Brasil.

Para Arretche (2012) o declínio das políticas sociais a partir das transformações econômicas, como a globalização e o neoliberalismo, ocorreu devido a uma série de fatores. Um dos principais aspectos foi a retração dos gastos sociais por parte dos Estados, motivada por pressões econômicas e fiscais.

Com a ascensão do neoliberalismo nos anos noventa do Século XX, houve mudanças no paradigma econômico, privilegiando a redução do Estado e a promoção da livre iniciativa e do livre mercado. De acordo com Arretche (2012), isso levou a uma diminuição nos investimentos em políticas sociais, como saúde, educação e previdência, com o argumento de que o mercado seria capaz de suprir as demandas sociais de forma mais eficiente.

Além disso, a globalização econômica trouxe consigo a intensificação da competição entre os países, fazendo com que muitos Estados buscassem reduzir seus gastos sociais para se tornarem mais competitivos no cenário internacional. A

ideia era atrair investimentos e promover o crescimento econômico, mesmo que isso significasse cortes nas áreas sociais. (Arretche, 2012).

A crise econômica e financeira de 2008 teve um impacto significativo no enfraquecimento do Estado de Bem-Estar Social (Arretche, 2012). A necessidade de ajustes econômicos levou à redução dos investimentos em políticas sociais, afetando a qualidade e a abrangência dos serviços públicos.

Em suma, as transformações econômicas, como a globalização e o neoliberalismo, contribuíram para o declínio das políticas sociais ao promover a redução do papel do Estado na economia, estimulando a competição e enfraquecendo os investimentos em áreas sociais. Isso resultou em uma maior pressão sobre os sistemas de proteção social e na necessidade de repensar os modelos de financiamento e gestão das políticas sociais.

Esses processos segundo Silva (2012) contribuíram para o declínio das políticas sociais, resultando em cortes orçamentários, privatizações de serviços públicos, flexibilização das leis trabalhistas e enfraquecimento do Estado de Bem-Estar Social em diversos países. No entanto, é importante ressaltar que as consequências dessas transformações são complexas e variam de acordo com o contexto político, econômico e social de cada país.

A expansão do neoliberalismo, que defende a redução da intervenção estatal e a privatização dos serviços públicos, representa um momento de recuo e enfraquecimento do Estado de Bem-Estar Social. No cenário atual, os desafios do Estado de Bem-Estar Social contam com o envelhecimento da população e a necessidade de repensar o seu papel na gestão e formas de financiamento das políticas sociais, indispensáveis no combate à pobreza.

Acerca do envelhecimento da população, Arretche (2012) ressalta que o aumento da expectativa de vida e a diminuição da taxa de natalidade têm gerado um impacto significativo nos sistemas de proteção social. O crescente número de idosos demanda maiores atenções às políticas de previdência, saúde e assistência social, o que implica em desafios para garantir uma cobertura adequada e sustentável.

Em relação à gestão e financiamento das políticas sociais, Arretche (2012) destaca a necessidade de repensar os modelos existentes, levando em consideração a complexidade das demandas sociais e a restrição de recursos. A autora argumenta que é preciso buscar alternativas de financiamento que sejam eficientes e justas, evitando a sobrecarga de determinados grupos ou setores da sociedade.

Arretche (2012) também ressalta a importância das políticas sociais no combate à pobreza. Ela defende que o Estado de Bem-Estar Social desempenha um papel fundamental na redução das desigualdades e na promoção da inclusão social, por meio do acesso a serviços essenciais, como saúde, educação e assistência social.

Nesse contexto, o direito constitucional desempenha papel fundamental na proteção social e na garantia dos direitos fundamentais, dentre os quais o direito à saúde. No Brasil, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu o Sistema Único de Saúde - SUS, como um dos pilares do Estado de Bem-Estar Social, tendo como objetivo assegurar o acesso universal, igualitário e integral à saúde enquanto direito de todos e dever do Estado. Isso é possível pois enuncia a Carta Magna, em seus princípios, o princípio da dignidade da pessoa humana, que estabelece que todas as pessoas têm direito a vida digna, saudável e sem distinção de qualquer natureza.

Na seara jurídica, nota-se evolução na jurisprudência e na legislação relacionadas ao direito à saúde. Decisões judiciais se tornaram instrumento para a garantia do acesso à saúde, seja determinando o fornecimento de medicamentos, a realização de procedimentos médicos, autorização de tratamentos não convencionais, incluindo tratamentos e técnicas que ainda não estejam disponíveis no SUS ou não tenham registro na ANVISA.

3.2 Políticas públicas no Brasil

A República Federativa do Brasil, nos termos da Constituição Federal de 1988, é formada pela união indissolúvel dos Estados, Municípios e do Distrito Federal. A República Federativa brasileira que é um Estado Democrático de Direito e tem como objetivos fundamentais a construção de uma sociedade livre, justa e solidária; garantir o desenvolvimento nacional; erradicar a pobreza e a marginalização, bem como reduzir as desigualdades sociais e regionais e; promover o bem de todos, sem preconceitos de qualquer natureza.

O processo de descentralização iniciado entre os anos 1980 e 1990, a partir de mecanismos de transferência de funções e recursos do governo federal para os estados e municípios, iniciou um percurso marcado por um processo de transferência de recursos e aumento na participação da gestão das Políticas Públicas, significando raramente uma ampliação de atribuições e competências (Arretche, 2000).

Para alcançar os objetivos fundamentais, o Brasil de 1988, reconheceu necessidade de descentralizar o poder. Nesse sentido, a democratização e a

descentralização fiscal da Constituição de 1988, possibilitaram alterações profundas nas relações intergovernamentais (Arretche, 2000. p. 46). A responsabilidade pública pela gestão de políticas sociais se tornou “um dos elementos da barganha federativa” (Arretche, 2009. p. 48).

A política pública é uma mobilização político-administrativa que articula e aloca recursos e esforços com o fim de solucionar dado problema coletivo (Procopiuck, 2013). Logo, relaciona-se a decisões administrativas e políticas que elegem determinado problema público a ser solucionado, direcionando recursos públicos para tanto.

Em um Estado Democrático de Direito, a escolha das prioridades de serviços a serem implementados é compartilhada com a população. Dessa forma, a democracia participativa permite que a população participe da “formulação de políticas e do controle das ações em todos os níveis” (Liberati, 2013. p. 91).

Necessário que haja um instrumento vetorial que oriente a atividade administrativa para que esta possa cumprir os princípios programáticos que foram estabelecidos pela constituição. “Surge, nesse contexto, o instituto das políticas públicas” (Passos, 2014. p.57), que seria responsável por agrupar as técnicas de prestação de serviço pelo Estado, mas também serviriam como uma diretriz geral para a ação de indivíduos, organizações e do próprio Estado. Os meios colocados à disposição do Estado são assim coordenados de forma a possibilitar a realização de objetivos entendidos como socialmente relevantes, e por isso, politicamente determinados.

Dessa forma, as políticas públicas são diretrizes que estabelecem metas gerais, programas, objetivos e ações para a realização harmônica das atividades estatais e privadas. Estas metas, programas, objetivos e ações são definidas por decisões políticas realizadas, sempre considerando, em tese, as prioridades da coletividade, questões estas de reconhecido interesse público.

O termo ‘políticas públicas’, tem sido usado para designar os sistemas legais, de vasta amplitude, que definem as competências administrativas, estabelecem princípios, diretrizes e regras, e em alguns casos impõem metas e preveem resultados específicos. Também chamadas de normas-gerais ou leis-quadro, essas normas instituidoras das políticas nacionais, na seara administrativa e legislativa, têm suas competências administrativas e/ou legislativas estabelecidas nos artigos. 23 e 24 da Constituição Federal de 1988 (Fonte, 2013).

É importante assinalar que as leis produzidas com a tarefa de delinear competências que inicialmente estão difusas são extremamente importantes, na medida em que permitem correlacionar obrigações constitucionais e respectivos entes federativos (Fonte, 2013. p. 31). Percebe-se que a efetivação do processo de escolha das políticas públicas está fundamentada na lei. Portanto, cabe ao legislador fixar as políticas públicas necessárias à comunidade. Será ele a definir o que é mais urgente à população e quais os serviços devem ser prioridade.

Assim, às políticas públicas cabe a efetividade dos direitos sociais, assim como servem aos direitos fundamentais. Contudo, as políticas públicas correspondem também à intervenção do poder público na vida social à medida que determinam onde serão empregados recursos e esforços para a efetividade de determinada política pública.

Nesse sentido, as políticas públicas regulam a prestação de serviços públicos pelo Estado. Um instrumento de realização dos objetivos que são identificados como socialmente relevantes, objeto de atenção dos legisladores, enquanto representantes do povo, que devem elaborar uma estratégia, político-administrativa, alocando recursos e direcionando esforços, para cumprir determinada ação que tem sido demandada por grupos de interesses.

A Constituição de 1988 aumentou de maneira significativa a demanda por justiça na sociedade brasileira, seja pela redescoberta da cidadania e conscientização das pessoas em relação aos próprios direitos, seja pela circunstância de haver o texto constitucional criado novos direitos, introduzindo novas ações e ampliando a legitimação ativa para tutela de interesses (Barroso, 2016; 2011; 2010). A Constituição de 1988 fortaleceu o acesso aos direitos sociais, em especial o direito à saúde. O indivíduo entendeu aos poucos que poderia cobrar prestações do Estado. Pois o texto constitucional consagrou a saúde como um direito de todos e dever do Estado.

As políticas públicas de saúde são oriundas da garantia constitucional à saúde, que incumbe ao Estado a prestação de meios à promoção, proteção e recuperação da saúde. Assim, as políticas públicas de saúde regulam as atividades do Estado na prestação dos serviços públicos administrativos.

Desta forma, as normas sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde são um direcionamento jurídico da ação concreta necessária à plenitude do exercício do direito, individual e coletivo. Enquanto políticas públicas, as políticas de saúde estão sujeitas às regras definidas no ordenamento jurídico brasileiro e a elas

alinhadas tem como fim último o interesse público, e consoante a este interesse, a elaboração, planejamento, execução e financiamento das políticas públicas de saúde deve ser orientada às prioridades da população às quais estas políticas se direcionam.

No ordenamento jurídico brasileiro, o Estado se manifesta formalmente quanto às atividades de elaboração das políticas públicas, suas formas de execução e financiamento por meio de instrumentos normativos. São Leis, Decretos, Portarias, Resoluções das agências reguladoras que elaboram, planejam, executam e financiam as políticas públicas (Silva, 2006). De modo que a implementação de uma política pública deverá seguir critérios e formas.

Para a implementação de uma política pública ocorre o planejamento e a organização do aparelho administrativo, onde são considerados fatores como recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros. Posteriormente, há a execução e acompanhamento das atividades desenvolvidas. O processo de implementação é então avaliado e são analisados os efeitos produzidos com a sua execução na sociedade (Passos, 2014. p. 60).

Sujeitas ao controle social, as políticas públicas devem estar de acordo com os objetivos que foram instituídos pelo Estado, podendo ser questionadas e exigidas. Portanto, a sociedade pode participar da implementação de políticas públicas, bem como o Ministério Público, que figuram como atores junto aos poderes executivo e legislativo nessa implementação.

Assim, as políticas públicas de saúde são um conjunto de planejamentos, programas, metas e objetivos que visam efetivar o direito constitucional à saúde. A implementação das políticas públicas de saúde é realizada pelo Estado, através da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, pelos poderes executivos e legislativos, que contam com a participação da sociedade e do Ministério Público, enquanto defensor dos direitos sociais, no processo de elaboração.

As alternativas para solucionar as necessidades sociais e demandas organizadas em constante aumento são poucas. Dentre as alternativas, destaca-se a busca por conseguir aumentar os recursos destinados ao financiamento social (Cohen; Franco, 2011. p. 19). Sendo a racionalidade um meio para garantir mais recursos e multiplicar o rendimento dos recursos disponíveis.

Os políticos, que tomam decisões e fixam os objetivos das políticas, os burocratas, que baseiam sua racionalidade nos procedimentos, aplicação de normas e competências; junto aos técnicos, que se orientam pela racionalidade de fins

emaranham-se e interpenetram-se seguindo suas racionalidades, mas direcionados às demandas organizadas que representam as necessidades sociais.

Essas três racionalidades são complementares e em certas circunstâncias podem ser conflitivas (Cohen; Franco, 2011. p. 19). Havendo uma tendência a reiterados choques de interesses, ou por vezes uma invasão de espaços próprios do técnico por parte do político, ou ainda, de decisões políticas sendo interferidas por burocratas. As diferentes racionalidades que estão presentes na formulação e execução da política social geram conflitos. Nesse sentido, a eficiência é um critério fundamental para nortear um adequado balanceamento entre as distintas racionalidades.

As relações dinâmicas entre as estruturas organizacionais, os distintos recursos de apoio mobilizados e as características sociais e econômicas dos atores que certamente irão influenciar o seu comportamento, por serem eles agentes do processo de implementação (Perez, 2009. p. 72). Esse conjunto de fatores interage entre si e com a estratégia de implementação, podendo afetar o grau de alcance dos resultados e das formas de implementação.

Desde a formulação, uma política pública envolve a mobilização e a alocação de recursos, tempo, poder (Silva, 2013. p. 27). Envolve a interação entre sujeitos, interesses diversos, adaptações. Inclui ainda a exposição a riscos e incertezas sobre processos e resultados, a concepção de sucesso e fracasso, “destacando-se a relevância dos sujeitos sociais desse processo e suas racionalidades”.

Os principais sujeitos desse processo são os grupos de pressão, movimentos sociais, partidos políticos, administradores, burocratas, técnicos, planejadores, avaliadores, o judiciário e reconhece ainda o papel da mídia como sujeito do processo de políticas públicas no que tange à visibilidade dos problemas sociais, podendo criar espaços de acompanhamento do processo das políticas públicas (Silva, 2011).

As lógicas e perspectivas assumidas pelos diversos sujeitos do processo das políticas públicas geram racionalidades que conduzem a desencontros, embates e conflitos. Estes, naturalmente, são fruto dos diferentes interesses, competências e papéis, “produzindo diferenciação da perspectiva de tempo que orienta cada racionalidade, tornando difícil o estabelecimento de limites e consenso” (Silva, 2013. p. 29).

As diferentes racionalidades presentes na formulação e execução da política social geram conflitos. Nesse sentido, a eficiência é um critério fundamental para nortear um adequado balanceamento entre as distintas racionalidades envolvidas na gestão de políticas públicas, especialmente as políticas públicas de saúde, em que o conflito entre necessidades individuais e coletivas são diariamente colocados em lados opostos ainda que tenham como fim último a proteção da vida.

A transferência de recursos da união para estados e municípios a partir da redefinição de funções e de poderes de decisão entre as unidades federadas, trouxe fortes consequências para a dinâmica do gasto social brasileiro no decorrer dos anos 1990 (Castro, 2012). A redistribuição de competências tributárias entre as esferas governamentais, beneficiando estados e municípios, aumentou a capacidade de financiamento dos gastos públicos desses entes federados, o que poderia significar uma menor dependência destes entes em relação à União.

3.3 O direito à saúde no Brasil e o SUS

A Constitucionalização do Direito à Saúde a partir de 1988 é um marco importante da obrigação assumida pelo Estado, enquanto o responsável pela guarda do direito à vida. A saúde é um direito fundamental, previsto na Constituição Federal do Brasil de 1988, que em seu artigo 196, dispõe:

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 2022a).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1946), a “saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Nesse sentido, a saúde está intrinsecamente relacionada a aspectos físicos, mentais e sociais.

O ser saudável depende do adequado funcionamento do seu corpo, concomitante a uma interação social saudável em um ambiente igualmente saudável. Assim, é necessário pensar a saúde não apenas a partir do indivíduo, mas também considerar a sociedade em que este se encontra.

Para a promoção da saúde então deve-se tratar as mazelas do indivíduo, ao mesmo tempo as mazelas da sociedade em que vive. De tal forma que garantir o bem-estar do indivíduo não é possível sem promover o bem-estar social. Contudo, a saúde depende também do comportamento deste indivíduo em sentido favorável à sua manutenção ou alcance.

O reconhecimento dado pelo Art. 6º, que expressamente define a saúde como um direito humano fundamental, foi um avanço significativo para a proteção da saúde no Brasil e deu ensejo ao crescimento do Direito Sanitário no país. A importância da Constituição de 1988 para a consolidação do Direito Sanitário brasileiro é expressa sobretudo pelo Capítulo II do Título VIII da Constituição Federal, que trata da Ordem Social, com enfoque para a sua Seção II, que trata especificamente da Saúde.

O direito, de forma simples, pode ser dito como um conjunto de normas que regulam as condutas dos homens na vida em sociedade. A norma, diretamente relacionada com a realidade social, a regula, estabelecendo direitos e deveres, individuais e coletivos. Ao mesmo tempo o sistematiza, ordenando a vida em sociedade. O caráter dinâmico do direito o torna instrumento de transformação da realidade social, capaz de moldar seu desenvolvimento, trabalhando no sentido aumentar a sua eficácia. Assim, a constitucionalização dos direitos sociais foi importante para a sua consolidação, sem, contudo, suprir todos os aspectos necessários para a efetividade destes. Os direitos sociais são normas programáticas, ou princípios jurídicos, não sendo capazes de produzir efeitos em sua totalidade.

“Portanto, o direito à saúde recebeu do Poder Constituinte uma força normativa suficiente para a sua incidência imediata, independente de providência normativa ulterior para a sua aplicação” (Asensi, 2013. p. 151). Essa força normativa garantia a existência de um aparato jurídico-institucional a sua efetivação, que seria concretizada progressivamente através do Sistema Único de Saúde.

Essa garantia se dá mediante políticas sociais, que tem como princípios fundamentais a universalidade, a igualdade, a descentralização, o atendimento integral, além de outros, dos quais destaca-se a participação da comunidade na gestão, fiscalização e acompanhamento das ações e serviços de saúde (CF/88, art. 194, parágrafo único, I, e art. 198, III).

A execução direta de ações e serviços públicos de saúde pelo Estado pressupõe a existência de um conjunto de instituições jurídicas de direito público, a quem são conferidos poderes e responsabilidades (Aith, 2006. p. 382). As ações e serviços públicos de saúde de promoção, proteção e recuperação da saúde estão, desta forma, na esfera do Sistema Único de Saúde.

A Constituição estabeleceu cinco princípios básicos que devem orientar o ordenamento jurídico brasileiro em relação ao SUS: universalidade, integralidade,

equidade, descentralização e participação popular. Esses princípios demonstravam a tendência à descentralização e o fortalecimento do papel do município, participação e controle popular na formulação de políticas públicas, planejamento, gestão, execução e avaliação das ações de saúde, integralização das ações, universalização do acesso e da cobertura propiciados por essas políticas.

Estas deveriam ser iniciadas “pelas áreas carentes ou totalmente desassistidas”, em atenção ao princípio da equidade e devendo garantir um atendimento humanizado. Para tanto, dispunha sobre a isonomia salarial para os profissionais da saúde, propondo admissão somente por concurso público, estabilidade no emprego, uma composição multiprofissional da equipe de saúde, estímulo à dedicação exclusiva e obrigatoriedade de cumprimentos de carga horária contratual e outras recomendações (Cordeiro, 1991. p. 85), de forma a aparelhar esse sistema a funcionar de forma a atender os princípios norteadores.

Portanto, a previsão constitucional de um sistema de saúde universal, integralizado, descentralizado e baseado na equidade, foi formalmente concretizado com a publicação da Lei 8.080/1990, que detalhou as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização desse serviço de saúde e como ele funciona. A referida lei, traz de forma expressa os princípios e diretrizes que norteiam o SUS, ao longo do Capítulo II desta.

O princípio da universalização diz respeito ao reconhecimento da saúde enquanto um direito fundamental de todo e qualquer ser humano, incumbindo ao Estado garantir as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Esse princípio diz respeito a uma universalidade na prestação da saúde, da atenção básica à da alta complexidade. A garantia de acesso a todos, em todos os níveis de complexidade.

A integralidade é a garantia do fornecimento de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços, de caráter preventivo, curativo e coletivo, igualmente exigidos em todos os níveis de complexidade, estabelecendo nesse sentido a equipe de saúde de composição multiprofissional. Já a equidade busca diminuir a desigualdade entre os diversos detentores do direito à saúde.

A descentralização, que é um princípio e importante característica do sistema, traz a previsão de uma abrangente rede assistencial, para ser conduzida por um gestor, então responsável pelas políticas de saúde. É justamente a descentralização que aproxima a realidade social da incorporação de políticas

públicas “no processo de formulação, fiscalização e execução das políticas” (Asensi, 2013. p. 144).

A equidade, por sua vez, diz respeito à distribuição justa e igualitária dos recursos e serviços de saúde, a partir das necessidades individuais e coletivas. Logo, superar as desigualdades no acesso à saúde e reduzir as assimetrias regionais são objetivos a serem perseguidos.

Como visto, o SUS foi pensado, enquanto sistema de saúde universal, para garantir o acesso universal, integral e igualitário à saúde para todos, sendo estes seus princípios norteadores.

O SUS é uma rede hierarquizada e regionalizada, voltada à totalidade das ações e serviços públicos de saúde. A descentralização incumbe ao Município a execução direta dos serviços públicos de saúde. Ao Estado a gestão da rede estadual integrada e o incentivo à implementação da saúde municipal. À gestão Federal cabe a gerir o SUS nacional, fomentando a harmonização, integração e modernização dos sistemas estaduais, conforme dispõe a NOB/SUS 01/96 (Brasil, 2023c).

Sobre as competências e atribuições comuns a cada um dos entes federativos, o art. 15 da Lei 8.080/90 dispõe que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

[...] definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde (inciso I); administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde (inciso II); acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais (inciso III); organização e coordenação do sistema de informação de saúde (inciso IV); elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde (inciso V); elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador (inciso VI); participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente (inciso VII); elaboração e atualização periódica do plano de saúde (inciso VIII); participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde (inciso IX); elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde (inciso X); elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública (inciso XI); realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal (inciso XII); para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização (inciso XIII); implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (inciso XIV); propor a

celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente (inciso XV); elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde (inciso XVI); promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional de outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde (inciso XVII); promover a articulação da política e dos planos de saúde (inciso XVIII); realizar pesquisas e estudos na área de saúde (inciso XIX); definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária (inciso XX); fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial (inciso XXI) (Brasil, 2023b).

Após definir as competências comuns a todos os entes federativos a Lei 8.080/90 divide as atribuições de cada um, sendo o art. 16 dedicado às competências da União, o art. 17 às competências dos Estados e o art. 18 às competências dos Municípios.

Como citado anteriormente, a Lei 8.080/90 institui a participação popular como um dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde – SUS. A Lei 8.142 do mesmo ano consolidou os espaços públicos de participação da sociedade civil na saúde. É a Lei 8.142/90 que regulamenta a criação e funcionamento dos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde.

O SUS, teve sua estrutura geral formulada no art. 198 da Constituição de 1988, que o definiu como uma rede regionalizada e hierarquizada, com diretrizes como a descentralização, com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral, sendo a prevenção prioridade sem prejuízo dos serviços assistenciais, e ainda, a participação da comunidade. O financiamento desse sistema é feito através de recursos da seguridade social, de competência da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (Silva, 2008. p. 18).

Permite ainda, em seu art. 199, à iniciativa privada a assistência à saúde, as permitindo participar de forma complementar do Sistema Único De Saúde. Possibilita também a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País (Brasil, 2023).

No art. 200 dispõe sobre as atribuições do Sistema Único de Saúde no que concerne ao controle e fiscalização de procedimentos, produtos e substâncias, produção de medicamentos. Trata ainda da atribuição de executar:

[...] ações de vigilância sanitária e epidemiológica, saúde do trabalhador, formação de recursos humanos na área de saúde, participação na formulação da política e execução das ações de saneamento básico, incrementar o desenvolvimento científico e tecnológico, fiscalizar e inspecionar alimentos e controle de seu teor nutricional, e de bebidas e água para consumo humano, fiscalizar e controlar também a produção transporte, guarda e utilização de

substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos, além de colaborar na proteção do meio ambiente, inclusive o do trabalho (Brasil, 2023b)

Assim, oriundo do Direito Público, o Direito Sanitário é formado por vasto arcabouço infraconstitucional e infralegal. Compõem esse arcabouço infraconstitucional a Lei 8.080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde e a Lei 8.142/90, que trata da participação popular e das transferências intergovernamentais dos recursos financeiros da saúde.

As normas infralegais, por sua vez, são compostas pelas Portarias do Ministério da Saúde, as Deliberações do Conselho Nacional de Saúde, que são instâncias colegiadas do SUS. Estão presentes em cada esfera de governo, cabendo-lhe a formulação de estratégias e o controle da execução da política de saúde. Essas decisões são então homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada nível de governo, sem prejuízo das funções do poder legislativo correspondentes.

As normas infralegais são também oriundas das Conferências Nacionais de Saúde. Estas foram criadas na Era Vargas com o propósito de reunir os atores relacionados aos serviços públicos de saúde em um fórum comum (Asensi, 2013. p. 157). Existe ainda a Norma Operacional Básica (NOB), que é um instrumento normativo de operacionalização dos preceitos da legislação que rege o Sistema Único de Saúde.

Integram o Direito Sanitário as Leis que representam, em seu conjunto, o que se convencionou chamar de Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990); os diversos Códigos Sanitários Estaduais e Municipais; as Leis de criação das Agências Nacionais de Vigilância Sanitária (Lei 9.782) e de Saúde Suplementar (Lei 11.105/05), dentre outros diversos textos normativos que tratam exclusivamente de assuntos relacionados com a promoção, proteção e recuperação da saúde no Brasil. Isso sem falar dos inúmeros regulamentos infralegais (Decretos, Portarias, Resoluções produzidos a partir dessa nova ordem normativa) (Aith, 2006. p. 105).

A participação social por sua vez, também é importante nessa aproximação das políticas públicas da realidade social. Pois a aproximação pode ampliar a efetividade das políticas públicas de saúde, contribuindo para a democratização do sistema.

O reconhecimento do direito social à saúde pela Constituição Federal de 1988 trouxe a força normativa que possibilitou o aparelhamento jurídico-institucional que através do Sistema Único de Saúde garantiu o acesso a serviços e programas

em uma rede hierarquizada e integralizada, a ser desenvolvida concomitantemente ao processo de descentralização de políticas públicas que permitiu uma maior autonomia dos entes federativos na gestão dos recursos públicos.

A descentralização dos serviços de saúde representou mudança significativa no âmbito das políticas de saúde. Contudo, como anteriormente abordamos, é possível perceber que não basta um bom desenho de atenção a saúde em diferentes níveis de complexidade, é preciso um funcionamento integrado desses diferentes níveis de complexidades.

A participação social é estratégia fundamental nos processos de implementação das políticas públicas, não sendo diferente nas políticas públicas de saúde. Contudo, como visto, a falta de informação técnica e conhecimento acerca da estrutura do sistema de saúde, seu financiamento e gestão, é um entrave à uma participação social que ultrapasse o mero formalismo, possibilitando genuinamente uma participação que represente as necessidades e especificidades de determinado agravo de saúde vivenciado por aqueles que dependem da prestação de serviços de saúde de qualidade.

Vale ressaltar que a participação social nessa aproximação das políticas públicas com a realidade social e a promoção de soluções ao problema do acesso à saúde tem o poder de ampliar a efetividade das políticas públicas de saúde, contribuindo para a democratização do sistema.

O SUS é gerido por representantes dos governos municipais, estaduais e federal, que são, respectivamente, os Secretários Municipais, Estaduais e o Ministro da saúde. A gestão do sistema é pensada de uma forma integrada e harmonizada, que se concretiza nos fóruns de negociação. São formadas a Comissão Intergestores Tripartite – CTI (entre os gestores municipal, estadual e federal) e a Comissão Intergestores Bipartite – CIB (entre os gestores estadual e municipal) (Brasil, 2022b; 2022c).

A CIT é composta por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). A CIB é composta por representantes da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) (Brasil, 2022b; 2022c).

Além da gestão, a Constituição Federal de 1988 e a Lei orgânica da Saúde tratam também da repartição de competências no Sistema Único de Saúde. Os artigos

24, XII e 30, II, da Constituição Federal de 1988, atribuem competência comum à União, Estados e aos Municípios para legislar sobre a proteção e a defesa da saúde (Brasil, 2022b; 2022c).

Existem competências e atribuições comuns a cada um dos entes federativos. O artigo 15 da Lei nº 8.080/1990 elenca ao longo de vinte e um incisos, as atribuições comuns dos entes, destacando-se os incisos I, acerca da definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços da saúde e o II, sobre a administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde.

A adequada aplicação dos princípios que norteiam a prestação dos serviços de saúde pública, anteriormente analisados, é limitada pela insuficiência e reiterada ingerência dos escassos recursos destinados às políticas sociais. A grande complexidade da rede de instituições governamentais dificulta a tarefa de análise e mensuração dos gastos sociais (Castro, 2009).

O compromisso com um levantamento de dados e informações capazes de driblar essa rede complexa de instituições é essencial. Os objetivos pretendidos e defendidos pela sociedade não podem desconsiderar a contabilidade pública, estudos e pesquisas, para aplicar racionalmente os recursos, que como visto, são limitados e cercados por uma infecciosa rede de interesses particulares.

De acordo com Almeida (1995), a autonomia política conferida aos entes federados, principalmente aos municípios, representa uma dificuldade cabal ao funcionamento do sistema de saúde descentralizado. Essa dificuldade tem como principal fator a ausência de mecanismos de controle na implantação dos serviços a nível municipal, suprimindo reiteradamente os princípios norteadores da integralidade e da participação popular.

A representação é um mecanismo político particular no qual se sustenta a relação de controle entre governados e governantes (Bobbio, 1995). A participação política está intrinsecamente ligada à participação popular no exercício do poder.

Conforme destaca Coutinho (2013), a participação popular na elaboração de políticas de saúde esbarrava em dificuldades previsíveis devido a falta de informação técnica por parte dos conselheiros municipais de saúde. Os conselheiros não acompanhavam todas as discussões sobre orçamento, controle e fiscalização da implantação do SUS no município, ou ainda, eram apenas mais um instrumento de manobra dos gestores, para encenar a participação popular nos processos das

políticas públicas, deturpando em diversos níveis a ideia de representatividade política.

É preciso reconhecer a existência de diversos avanços relacionados a expansão dos direitos sociais. A política social representou alavanca ao desenvolvimento nacional, mediante seus resultados na ampliação da justiça e da coesão social, assim como no crescimento e distribuição de renda, essencial na criação de alicerces da construção de uma nação econômica e socialmente mais forte (Castro, 2012). Contudo, no âmbito das políticas de saúde, é possível perceber que não basta um bom desenho de atenção à saúde em diferentes níveis de complexidade, é preciso de uma gestão forte, integrada e técnica, com a real participação da população.

O caráter universal do SUS é um dos principais desafios para o funcionamento eficaz desse sistema. Esse princípio diz que o Estado se obriga à garantia eficaz do acesso à saúde a todos. No caso do Brasil, que é um país extenso e com regiões de características socioeconômicas bem distintas. O princípio da integralidade torna esse compromisso do Estado com a população brasileira ainda mais desafiante, já que implica na oferta de serviços de saúde que atendam às necessidades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, de forma abrangente e integrada. De forma que a fragmentação dos serviços de saúde e a falta de articulação entre diferentes níveis de atenção à saúde são obstáculos a serem superados nesse sentido.

Portanto, a organização do sistema de saúde é fundamental, com a definição clara de responsabilidades e fluxos de atendimento, a integração entre os diferentes níveis de atenção e a melhoria da gestão dos recursos. A participação social é outro elemento importante, envolvendo a população na formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde, por meio de conselhos de saúde e outras instâncias de participação. Igualmente importante, a atuação de órgãos reguladores tem a capacidade de garantir a qualidade dos serviços e o cumprimento das diretrizes e normas estabelecidas. Esses órgãos devem fiscalizar e regular a atuação dos prestadores de serviços de saúde, para garantir a qualidade dos serviços prestados.

Assim, mostra-se fundamental a adoção de abordagens integradas e multidisciplinares na formulação e implementação das políticas públicas de saúde, buscando aprimorar a qualidade dos serviços, e garantir o acesso universal e integral à saúde para todos os cidadãos.

Desde a sua criação, o SUS passou por diversos modelos de gestão, com ênfase para modelos de regionalização e integração em redes de atenção à saúde. Incorporada através da Portaria GM/MS nº 4.279/2010, foi uma prioridade que permitiu o surgimento e fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS), Rede Cegonha, entre outras, que representavam grande potencial na descentralização da atenção à saúde de média e alta complexidade. No entanto, a ideia de saúde em redes também permitiu cada vez mais espaço às parcerias público-privadas (PPPs).

Em 2011, com a aprovação da Lei 12.550/11, a criação da empresa pública EBSEH, abre espaço à privatização dos serviços de saúde e educação em saúde nos hospitais universitários federais. Esse modelo logo foi adotado por diversos estados brasileiros. No Maranhão, a EMSEH é instituída nos mesmos moldes, permitindo o surgimento de diversas empresas de “gestão” hospitalar, que terminam terceirizando serviços, de forma que o estado tem cada vez menos controle sobre a qualidade na prestação de saúde para a população, permitindo serviços de saúde cada vez mais fragmentados, sem continuidade que permita o fortalecimento e estruturação do atendimento às necessidades dos usuários ou ainda a qualificação dos profissionais, reforçada pela grande rotatividade, ante a inexistência de concursos públicos para os profissionais de saúde, tornando a concepção de um sistema integral de saúde cada vez mais abstrato e restrito.

Também em 2011, através do Decreto nº 7.508/2011, a Lei 8.080/1990 foi regulamentada, dispondo sobre a organização do SUS, planejamento da saúde, assistência à saúde e a articulação interfederativa para a operacionalização dos serviços de forma regionalizada e hierarquizada, definindo as Regiões de Saúde que devem ser instituídas pelos estados junto aos municípios limítrofes, com base em identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhado, para integrar a organização, o planejamento e a execução das ações e serviços de saúde, inclusive admitindo Regiões de Saúde interestaduais. As Regiões de Saúde devem contar com atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde (Brasil, 2016).

No Plano Nacional de Saúde 2016-2019 (Brasil, 2016) anuncia as redes de atenção como uma nova forma de organização que produz ações e serviços de saúde como linhas de cuidado, de forma contínua, mas sem deixar de articular a atenção em níveis assistenciais com os ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso)

e as especificidades de grupos, como a saúde da mulher, do trabalhador etc. Elege como prioridade o reordenamento da formação e do trabalho em saúde, e a reorganização e implantação de uma rede de serviços de saúde, cuja diretriz é a responsabilização da gestão tripartite do sistema, ampliando e aprimorando os serviços (Brasil, 2016, p. 31).

4 ANÁLISE SITUACIONAL DA PNAISM

A análise, como ensina Leonardo Secchi (2019), serve para aumentar as chances de uma boa formulação, decisão e implementação de um curso de ação. Nesse sentido, uma análise de políticas públicas é útil para identificar problemas de interesse coletivo e propor soluções alternativas a um problema identificado, com base em informações coletadas sobre determinada política e/ou interesse coletivo. O presente estudo adota abordagem de análise situacional para verificar a correspondência da PNAISM com a política acordada e publicada no texto de 2004.

A análise situacional consiste em uma análise abrangente e contextualizada do cenário da política, levando em consideração os programas, dados e indicadores. Por sua visão abrangente, que considera diversos fatores da sociedade, a técnica de análise situacional permite identificar tendências, desafios e oportunidades relacionados ao objeto de análise.

As mulheres são a maioria da população brasileira (51,3%) e são as que mais frequentam os serviços de saúde, tanto no SUS quanto no serviço privado (78% dos usuários totais). A crescente autonomia feminina e a maior participação no mercado de trabalho, sem se desvincularem das tarefas domésticas, agregaram hábitos que eram mais presentes na população masculina, como o fumo e o uso de bebida alcoólica, mudando também a forma como as demandas de saúde desse grupo se apresentam.

O uso crítico e estratégico da análise de situação em saúde facilita a identificação das necessidades e prioridades, bem como permite o monitoramento da efetividade das intervenções e auxilia a identificar as oportunidades de melhoramento de um aspecto de saúde de determinada população. A análise de situação de saúde é um processo analítico-sintético, que permite caracterizar medir e explicar o perfil dos habitantes de um espaço geográfico (Brasil, 2015) e sob determinadas condições.

Dessa forma, serão realizadas análises de dados secundários, provenientes do SIM, disponíveis no DATASUS, analisando as séries temporais das informações de saúde da mulher no Brasil e no Maranhão, de 2004 a 2019. A literatura, legislação e normas infralegais também serão utilizadas para embasar a análise.

Dessa forma, utilizando a variação de mortalidade de mulheres em idade fértil desde 2004 a 2019 no Estado do Maranhão, nos propomos a realizar a análise

situacional da PNAISM, para conhecer a contribuição da política desde a sua institucionalização, nesse recorte populacional abrangido pelos serviços da política naquela localização.

Para analisar a PNAISM através dessas informações, é preciso conhecer a política, anteriormente contextualizada por sua perspectiva de gênero e relação com os movimentos feministas, a estrutura do sistema de saúde que ela integra. Assim, agora passamos a conhecer os compromissos firmados pelo Estado no texto da PNAISM, à luz do direito à saúde.

4.1 A PNAISM

Compromissada a dar um enfoque de gênero na assistência à saúde da mulher, em 2004 é publicado pelo Ministério da Saúde “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes”, documento elaborado em parceria com diversos setores da sociedade, como o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, pesquisadores, sociedades científicas e agências de cooperação internacional. Documento este fundamentado no PAISM criado em 1984, sob a vigilância dos movimentos feministas, como anteriormente mencionado.

A PNAISM manifesta em seu texto o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e que reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, propondo-se a garantir acesso às informações, métodos e serviços de planejamento familiar, promover a igualdade de gênero e o empoderamento feminino, prevenir e tratar as doenças sexualmente transmissíveis e as neoplasias ginecológicas e garantir o atendimento humanizado e integral às mulheres em todas as etapas da vida.

Para alcançar esses objetivos, foram estabelecidas metas, estratégias de implementação, visando resultados no sentido das prioridades estabelecidas na política. Portanto, conhecer a PNAISM possibilita conhecer também as prioridades, os desafios e obstáculos ao acesso a serviços de saúde.

Na presente seção, buscamos conhecer a PNAISM, sua estrutura organizacional, seus princípios norteadores, diretrizes e normas, os objetivos e metas, analisar a atual situação dessa política a partir de dados fornecidos pelo Ministério da Saúde.

4.1.1 Um panorama da política

Como citado, diante da necessidade de mudanças no cenário nacional referente às políticas voltadas à saúde da mulher, englobando os pressupostos da promoção da saúde, foi formulada a PNAISM para nortear as ações de atenção à saúde da mulher de 2004 a 2007.

Os princípios e diretrizes dessa nova proposta foram discutidos em parceria com diversos segmentos da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadores rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não-governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional.

Através de uma iniciativa para a promoção, respeitando a autonomia dos sujeitos em questão e tornando-os coautores de um processo decisório relevante para a categoria, a PNAISM demonstra a preocupação em adotar políticas consoantes às necessidades das mulheres brasileiras e, assim, reduzir os índices de morbidade e de mortalidade por causas preveníveis e evitáveis, o que não aconteceu na gênese das políticas anteriores.

Além disso, este documento consolida 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. Propõem-se também a contemplar áreas como: prevenção e tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS e aquelas acometidas por doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico.

Esta nova política foi formulada tendo por base a avaliação das políticas anteriores e, a partir de então, buscou preencher as lacunas deixadas, tais quais a atenção quanto ao climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infectocontagiosas, bem como, a atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas.

Embora tenham sido observados avanços em relação à implementação dessas políticas, percebe-se ainda a exclusão de certos segmentos da sociedade, tendo em vista, que grupos como o das profissionais do sexo, que representa uma população extremamente vulnerável a vários agravos, como as doenças sexualmente

transmissíveis, violência sexual e a própria marginalização da sociedade, continuam alijados das propostas de atenção à saúde.

A PNAISM reforça a humanização da atenção em saúde, reconhecendo que a humanização e qualidade da atenção são aspectos indissociáveis. Nesse sentido, é imprescindível considerar que humanizar é muito mais do que tratar bem, com delicadeza ou de forma amigável, devendo ser consideradas questões de acessibilidade ao serviço nos três níveis da assistência, provisão de insumos e tecnologias necessárias, formalização de sistemas de referência e contrarreferência, disponibilidade de informações e acesso a insumos.

A PNAISM tem como objetivos garantir acesso às informações, métodos e serviços de planejamento familiar, promover a igualdade de gênero e o empoderamento feminino, prevenir e tratar as doenças sexualmente transmissíveis e as neoplasias ginecológicas, e garantir o atendimento humanizado e integral às mulheres em todas as etapas de vida (Brasil, 2004).

São metas da PNAISM aumentar a cobertura do acesso a métodos contraceptivos; reduzir a mortalidade materna e neonatal; prevenir e controlar as infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV/AIDS; prevenir e tratar o câncer ginecológico; promover o empoderamento feminino e a igualdade de gênero; fortalecer a assistência à saúde da mulher em todas as etapas da vida; garantir a atenção humanizada e integral a todas as mulheres.

Essas metas visam garantir a saúde e os direitos das mulheres, além de promover a equidade de gênero e a igualdade de oportunidades para todas as mulheres brasileiras. Nesse sentido, pressupõe-se que a partir da criação da PNAISM a mulher passa a ter autonomia sobre si. Contudo, apesar da forma expressa com a qual é tratada no texto da PNAISM, apenas em 2023 deixa de ser obrigatória a autorização do cônjuge para a realização de procedimentos de esterilização.

A PNAISM inclui várias estratégias para alcançar seus objetivos, incluindo: promoção da educação em saúde para mulheres de todas as idades; aumento do acesso a serviços de saúde, incluindo planejamento familiar e atenção à saúde sexual e reprodutiva; fortalecimento da assistência à saúde da mulher, incluindo o atendimento humanizado e integral; prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis e neoplasias ginecológicas; fortalecimento da participação das mulheres na tomada de decisões sobre sua saúde; fomento de pesquisas e estudos

sobre saúde da mulher; articulação intersetorial e colaboração entre diferentes áreas para aprimorar a assistência à saúde da mulher (Brasil, 2004).

Essas estratégias são implementadas em parceria com outras políticas públicas, com o objetivo de garantir a saúde e os direitos das mulheres, e promover a equidade de gênero e a igualdade de oportunidades para todas as mulheres brasileiras.

A política tem como objetivo garantir acesso aos serviços de saúde para todas as mulheres, independentemente de sua renda ou localização geográfica, e deve ser implementada em todo o país, incluindo regiões remotas e de difícil acesso. Isso significa que qualquer mulher no Brasil pode utilizar os serviços de saúde cobertos pela política, desde que tenham acesso a esses serviços (Brasil, 2004).

O SUS é responsável por fornecer atendimento médico gratuito a toda a população do Brasil, incluindo serviços de saúde sexual e reprodutiva, atendimento pré-natal, parto e pós-parto, entre outros. A PNAISM é financiada pelo governo federal através do SUS, que é responsável por fornecer atendimento médico gratuito a toda a população do Brasil.

Acerca dos recursos da PNAISM direcionam-se ao investimento em infraestrutura de saúde, como instalações médicas e tecnologia para garantir que os serviços de saúde sejam prestados de forma adequada e eficaz, a capacitação de profissionais de saúde, para garantir que eles tenham as habilidades e conhecimentos necessários para prestar atendimento de qualidade às mulheres. Incluem também campanhas de informação e conscientização para promover a saúde e bem-estar das mulheres, incluindo informações sobre saúde sexual e reprodutiva, prevenção de doenças e vacinação (Brasil, 2004).

A PNAISM inclui programas específicos de atenção à saúde da mulher, como o programa de atendimento pré-natal, parto e pós-parto, que visa garantir acesso a serviços de saúde de qualidade para mulheres grávidas e no período pós-parto, entre outros.

Alguns dos programas que integram a PNAISM incluem o Programa de Atenção à Saúde da Mulher, que visa garantir acesso à assistência integral à saúde da mulher, incluindo atendimento pré-natal, parto e pós-parto, além de cuidados com a saúde sexual e reprodutiva; o Programa de Prevenção do Câncer de Mama, Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero, Programa de Prevenção da Violência contra a Mulher, Programa de Atendimento à Saúde Mental da Mulher,

Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva, Programa de Prevenção e Tratamento da Infecção pelo HPV, Programa de Prevenção e Tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis, Programa de Atenção à Saúde da Adolescente, Programa de Atenção à Saúde da Mulher Idosa, Programa de Prevenção e Tratamento de Doenças Ginecológicas, Programa de Atenção à Saúde da Mulher Vítima de Violência (Brasil, 2004).

Esses programas funcionam em sua maior parte através de campanhas de conscientização, diagnóstico precoce e tratamento. Logo, percebe-se que a PNAISM é uma política ampla e abrangente que engloba muitos programas e ações destinados a garantir que as mulheres tenham acesso a serviços de saúde de qualidade.

De acordo com a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2020, a população feminina estimada no Brasil era de aproximadamente 107,5 milhões de pessoas. No Estado do Maranhão era de aproximadamente 4,5 milhões.

O SUS é responsável por garantir o atendimento em diversos estabelecimentos de saúde, incluindo hospitais públicos, clínicas, postos de saúde, entre outros, para atender aproximadamente 90% da população brasileira, oferecendo atendimento de qualidade e gratuito para todos os brasileiros. A implementação da PNAISM é uma responsabilidade conjunta dos diferentes níveis de governo, da sociedade civil e da comunidade científica, e crucial para garantir a igualdade de oportunidades e o empoderamento das mulheres.

No entanto, existem alguns problemas e barreiras que afetam a disponibilidade e a qualidade dos serviços prestados, como os recursos financeiros escassos, um dos maiores obstáculos para a implementação. A insuficiência ou inexistência de verbas adequadas limita a disponibilidade de serviços de saúde e compromete a qualidade dos cuidados prestados.

A inadequação dos serviços de saúde, não atendendo às necessidades básicas da população feminina, não oferecendo serviços essenciais, como atendimento ginecológico e mamografias, a falta de profissionais capacitados e especializados na área de saúde da mulher é outra barreira importante para a implementação da PNAISM. Por vezes os profissionais de saúde não estão devidamente preparados para lidar com as necessidades da população feminina.

A desinformação sobre a política é outro obstáculo, para uma implementação eficaz. Profissionais de saúde, gestores, prestadores de serviços, não

conhecem a política. Bem como as mulheres, não sabem sobre seus direitos e não sabem como acessar os serviços de saúde de que precisam, retroalimentando as barreiras culturais e sociais, especialmente nas áreas rurais.

A eficácia da PNAISM pode ser avaliada a partir de diversos critérios, como a melhoria dos indicadores de saúde da mulher, a ampliação do acesso aos serviços de saúde, a redução das desigualdades de gênero no acesso à saúde, entre outros. A eficácia de uma política pública é influenciada por diversos fatores, como a sua implementação, o contexto social e econômico, o financiamento adequado, entre outros.

A atuação do Ministério da Saúde no campo da vigilância epidemiológica do óbito materno teve início, em 1987, com o apoio à implantação dos Comitês de Morte Materna, a exemplo de experiências internacionais valorizadas pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), em que essas estruturas eram responsáveis pela investigação e estudo dos óbitos maternos com vistas à definição de medidas para evitar novas mortes e a mobilização de gestores para garantir a execução dessas medidas (Brasil, 2015).

No ano de 1998, a proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados passa a ser monitorada como parte do Pacto de Indicadores da Atenção Básica (Portaria MS/GM nº 3.925, de 13 de novembro de 1998), que à época era importante mecanismo para direcionamento dos esforços das três instâncias de direção do Sistema Único de Saúde (SUS). Em seguida, foi publicada a Portaria MS/GM nº 1.399, em 15 de dezembro de 1999, e depois a Portaria MS/GM nº 1.172, em 15 de junho de 2004, estabelecendo que a vigilância epidemiológica da mortalidade materna e infantil é atribuição dos municípios, cabendo a eles garantir estrutura e equipes compatíveis com o exercício dessas atividades (Brasil, 2015).

No ano de 2000, os estados-membros das Nações Unidas, em um esforço para sintetizar os acordos internacionais alcançados ao longo da década de 1990, criaram a Declaração do Milênio. O documento estabelece Oito Metas do Milênio, entre elas melhorar a saúde materna, reduzindo a mortalidade materna em três quartos até 2015. Nesse contexto, a organização e/ou o fortalecimento das iniciativas de vigilância epidemiológica do óbito materno são indispensáveis para a avaliação do alcance desse objetivo.

Ainda assim, reconhecendo que apesar do aumento do número de municípios com alguma iniciativa de investigação de óbitos, os dados de morte

materna permaneciam como os últimos a serem enviados para o nível federal, o Ministério da Saúde iniciou uma série de medidas para acelerar a institucionalização da vigilância de óbitos no âmbito do SUS e garantir a informação em tempo oportuno, compreendendo a relevância dessa informação para a tomada de decisão, no sentido de evitar novos óbitos (Brasil, 2015).

Em 2008 foi publicada a Portaria MS/GM nº 1.119 estabelecendo que a vigilância de óbitos maternos deve ser realizada por profissionais de saúde, designados pelas autoridades de vigilância nos três níveis de gestão de saúde. Esta portaria tornou a investigação de óbitos maternos e de MIF uma ação de Estado, com a devida definição das atribuições dos diferentes setores e estruturas envolvidos. Também estabeleceu fluxos, com prazos de 48 horas, para a notificação dos óbitos maternos ao setor responsável pela informação de mortalidade e à equipe de referência da investigação do óbito, 30 dias para a alimentação do SIM e de 120 dias para encerrar a investigação e o estudo. Estabeleceu-se como estratégia para identificação do maior número de óbitos maternos a investigação dos óbitos de MIF notificados ao SIM (Brasil, 2015).

De tal forma, o Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), intensificou suas ações com vistas a estruturar a vigilância de óbito materno. Nesse intervalo foi regulamentada, por meio da Portaria MS/GM nº 2.254, de 5 de agosto de 2010, a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar que preconizou a criação de Núcleos Hospitalares de Epidemiologia com o objetivo de detectar, notificar e investigar agravos de notificação compulsória, bem como de óbitos de mulheres em idade fértil, óbitos maternos declarados, infantis, fetais, por doença infecciosa e por causa mal definida. Esses núcleos constituíram um importante instrumento para estruturar e qualificar a vigilância de óbitos no âmbito hospitalares (Brasil, 2015).

Foi também lançada a estratégia Rede Cegonha, fundamentada nos princípios da humanização e assistência, operacionalizada pelo SUS. Essa estratégia é uma iniciativa que utiliza, entre os seus principais indicadores, a investigação de óbitos maternos e de MIF. Foram calculadas taxas de mortalidade geral bruta e padronizada por idade, mortalidade proporcional segundo faixas etárias e grupos de causas definidas, bem como taxas padronizadas específicas para as principais causas de óbito.

No período 2000-2010, foram registrados 4,8 milhões de óbitos de mulheres no SIM. No mesmo período, houve aumento da taxa bruta de mortalidade, de 4,56 para 5,00 óbitos por mil mulheres, e redução da taxa padronizada, de 4,24 para 3,72. Em 2010, taxas padronizadas mais elevadas foram registradas no Distrito Federal e no Rio de Janeiro (4,31 óbitos por mil mulheres). As doenças do aparelho circulatório representaram maior proporção dos óbitos de mulheres (34,2%, em 2010), enquanto nas regiões Nordeste e Sul foram registradas proporções mais elevadas (35,8% e 35,0%, respectivamente) (Brasil, 2015).

No período 2000-2010, houve crescimento da participação das neoplasias em relação ao total dos óbitos (15,0% para 16,5%), com destaque para o câncer de mama (2,5% para 2,8%). Houve declínio das taxas padronizadas de mortalidade de mulheres, específicas para doenças cerebrovasculares e doenças isquêmicas do coração. As doenças do aparelho circulatório e neoplasias (câncer) representaram maior proporção dos óbitos de mulheres, com diferenciais entre as regiões (Brasil, 2015).

É preciso reconhecer que as causas de óbitos entre homens e mulheres são distintas. Entre os fatores biológicos, destacam-se diferenças na constituição genética, na ação hormonal e na atividade do sistema imunológico. Quanto aos fatores comportamentais, ressaltam-se a maior exposição entre os homens a fatores de risco como tabagismo, consumo abusivo de álcool e alimentação não saudável, assim como a situações de violência, seja esta interpessoal ou no trânsito, as taxas de mortalidade por causas externas são bastante superiores entre os homens em relação às mulheres.

Logo, a mortalidade de mulheres apresenta perfil distinto da masculina. As causas de morte e incapacidade entre mulheres variam conforme a etapa do ciclo de vida. Na infância, predominam situações resultantes de doenças transmissíveis, como HIV, doenças diarreicas e respiratórias, malária e condições perinatais.

Assim, as análises da mortalidade, utilizando variáveis demográficas, geográficas e temporais são úteis para identificar situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. As análises da mortalidade, segundo grupos de causas, podem subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas, visando à adoção de medidas preventivas e assistenciais relativas a cada grupo de causas (Brasil, 2015).

Ademais, existem diferenças que fazem com que a saúde das mulheres mereça atenção particular, conforme reconhecido pela PNAISM. Entre essas particularidades, podem ser citadas as questões reprodutivas, as morbidades intrinsecamente femininas, a exemplo do câncer de mama e do colo uterino, bem como a maior vulnerabilidade à violência doméstica e sexual.

4.1.2 PNAISM: um diagnóstico da saúde feminina

No documento da PNAISM (Brasil, 2004) somos apresentados a um “breve diagnóstico da situação da mulher no Brasil”. O documento apresenta a realidade da saúde da mulher à época da sua elaboração, reconhecendo diversos problemas existentes na prestação dos serviços de saúde a essa população.

A política pensada à época estimava que a população feminina a ser contemplado correspondia a cerca 73.840.000, das quais 65% estariam em idade reprodutiva, aproximadamente 58.404.409 mulheres de 10 a 49 anos (Brasil, 2004, p. 21).

Em 2004, as principais causas de mortalidade feminina correspondiam a doenças cardiovasculares (infarto e acidente vascular cerebral); as neoplasias (mama, pulmão e colo do útero) e doenças metabólicas. Para as mulheres em idade fértil, as principais causas de óbito eram acidente vascular cerebral, Aids, homicídios, câncer de mama, acidente de transporte, neoplasia digestiva, hipertensão, isquemia cardíaca, diabetes e câncer de colo do útero.

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) corrigida em 2001 nas capitais no Brasil correspondia a 74,5 óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos, que tiveram como principais causas a hipertensão arterial, as hemorragias, infecção puerperal e o aborto.

A PNAISM reconhece que diferentes populações estão expostas a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte. Nesse sentido, reconhece que à época, a assistência ao parto não era homogênea, destacando que na zona rural as mulheres têm maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, sendo um dos grandes desafios do SUS.

As razões para essa dificuldade de acesso aos serviços de saúde pelas mulheres que viviam na área rural se relacionavam às desigualdades das relações de gênero e trabalho, à distância entre residência, trabalho e serviços de saúde, à precariedade dos serviços locais e a falta de capacitação de gestores e profissionais

de saúde acerca das especificidades dos problemas relacionados ao trabalho no campo.

Outro problema reconhecido à época da elaboração da PNAISM foi a questão do aborto em condições de risco, quase sempre acompanhado por complicações severas, e que pela ausência de capacitação para identificar os sinais dessas complicações nos serviços de saúde contribuíam para a evolução ao óbito. Complicações como perfuração uterina, hemorragia e infecção, figuravam entre as principais causas de óbito por aborto clandestino.

A PNAISM reconhece a presença da discriminação e violência institucional das mulheres que chegam nos serviços de saúde após um aborto mal-sucedido, retardando seu atendimento, além de atitudes condenatórias e preconceituosas durante o atendimento.

A anticoncepção, medida fundamental para a diminuição da mortalidade feminina em idade fértil, foi descrita como precária no texto da política (Brasil, 2004, p. 32). Os principais métodos utilizados à época, laqueadura tubária e a pílula, correspondiam a 60% das escolhas em 1996, sendo a escolha por laqueadura tubária maior em regiões onde a escolaridade feminina era menor e as condições socioeconômicas eram mais precárias.

A atenção ao planejamento familiar era precária e excludente, inexistente em alguns locais, prejudicando principalmente as mulheres das áreas mais pobres e rurais. Além disso, a gravidez na adolescência era um problema em crescimento, que vinha aumentando, em especial nas regiões mais pobres, rurais e com menor escolaridade (Brasil, 2004, p. 33).

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), cuja magnitude era desconhecida, eram uma preocupação, principalmente o HIV, importante causa de complicações graves e óbito materno, a sífilis materna, a hepatite B e o HPV. A presença das DSTs é também um marcador da qualidade dos serviços de saúde oferecidos, refletindo ainda a presença da desinformação sobre a sexualidade e dificuldade de acesso aos preservativos, afetando principalmente homens e mulheres que completaram até oito anos de estudo (Brasil, 2004).

A PNAISM chama atenção para a violência sexual e doméstica, enquanto um grave problema de saúde pública. No entanto, ainda contava com poucos serviços preparados para atender as mulheres vítimas de estupro e de violência doméstica, um

total de 82 em 2002, concentrados nas capitais e regiões metropolitanas (Brasil, 2004. p. 39).

A disparidade dos serviços públicos de saúde oferecidos às mulheres nas diferentes regiões do país é uma característica que se destaca e sempre presente enquanto catalisador de diversos problemas de saúde identificados no diagnóstico apresentado pela PNAISM. As regiões mais pobres, mais remotas e cuja população tem menor escolaridade, são as mais afetadas pela mortalidade de mulheres em idade fértil, gravidez na adolescência, DSTs, aborto ilegal e violência sexual e doméstica. É no sentido de diminuir essa disparidade e melhorar a condição de saúde de todas as mulheres que a PNAISM elabora seus objetivos.

As redes de atenção objetivam diminuir essa disparidade nos serviços públicos das diferentes regiões do país. A Rede Cegonha, enquanto estratégia para efetivar a atenção integral à saúde da mulher e da criança segue sendo um modelo em ampliação para o aprimoramento dos serviços de pré-natal, atenção à gestante e ao parto (Brasil, 2016, p.38). Segundo informações do Plano Nacional de Saúde de 2016-2019 (Brasil, 2016), todas as unidades da Federação aderiram à Rede Cegonha, o que contemplaria mais de 5.488 municípios.

Em 2016 a Emenda Constitucional nº 95/2016 foi promulgada, com o objetivo de congelar os gastos públicos federais, limitando o aumento das despesas à taxa de inflação do ano anterior, corrigida pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Essa medida visa controlar o crescimento das despesas do governo, buscando equilibrar as contas públicas, com o fim de conter o déficit fiscal. Logo, os principais setores afetados são a saúde, educação, segurança e assistência social, limitando os investimentos nessas áreas, por um período de 20 anos. Essa emenda tem efeito perverso na vida dos brasileiros que dependem do serviço público.

4.1.3 PNAISM no Maranhão

O Estado do Maranhão é unidade da federação brasileira com extensão territorial de 329.651,496 km², situado na Região Nordeste do Brasil (NE), com população de 6.775.152 pessoas (12^a população), taxa de crescimento anual da população é de 0,25%⁸, densidade demográfica de 20,55 habitantes por quilometro

⁸ A taxa de crescimento anual da população brasileira é de 0,52% (Fibge, 2023).

quadrado, com uma população de 269.074 pessoas quilombolas e 57.214 pessoas indígenas (Fibge, 2023).

Em sua educação, o Estado do Maranhão é o 24º da Federação em relação anos iniciais do Ensino Fundamental no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica – IDEB (5,0), estando em mesma situação que Pará (5,0) e à frente de Amapá (4,9) e o 26º em relação aos anos finais (4,3), ficando à frente apenas de Amapá (4,1) (FIBGE, 2023). Em relação ao Ensino Médio ocupa a 22ª posição (3,6), estando mesma situação que Bahia (3,6) e Alagoas (3,6) e à frente de Rio Grande do Norte (3,4), Amapá (3,3) e Pará (3,2).

O rendimento nominal mensal domiciliar per capita é de R\$ 814,00 (oitocentos e quatorze reais), estando na 27ª posição dentro da Federação brasileira. A proporção de pessoas de 14 anos ou mais de idade ocupadas na semana de referência em trabalhos formais é 35%, tendo aproximadamente 275.518 pessoas ocupadas na Administração pública, defesa e seguridade social (FIBGE, 2023).

O Índice de Desenvolvimento Humano – IDH em 2021 era de 0,676, sendo a 27ª posição em Desenvolvimento Humano, mais uma vez, última unidade da Federação brasileira, estando atrás de Alagoas com IDH 0,684 (26ª) e Amapá com IDH 0,688 (25ª), quando o Distrito Federal (1ª) tem IDH de 0,814, São Paulo (2ª) com IDH de 0,806 e Santa Catarina (3ª) tem IDH de 0,792.

É neste cenário que observamos a PNAISM, percorrendo o período de formulação da política de 2004 a 2007 e o período de implementação 2007-2019.

4.2 Análise situacional em saúde

Analisar uma situação em saúde significa realizar um exame detalhado de cada parte de uma situação, enquanto realidade em que está imerso um sujeito (Brasil, 2015). Assim, a presente análise situacional da PNAISM diz respeito a conhecer a realidade de saúde enfrentada pelas mulheres em idade fértil no Estado do Maranhão, sendo examinada a partir do dimensionamento dos óbitos de mulheres em idade fértil no Maranhão desde o advento dessa política.

A metodologia de análise situacional em saúde - ASIS (Brasil, 2015), através de processos contínuos e estratégicos de observação, que permitem descrever, explicar e avaliar a tríade saúde-doença-atenção e tem como principal finalidade criar evidências válidas para informar e orientar a decisão sobre a saúde, apresenta-se adequada para analisar, em um recorte da saúde da mulher a partir do

número de óbitos de mulheres em idade fértil, no Estado do Maranhão, tendo em vista que esse dado confere contexto e reflete determinantes sociais, que como anteriormente descritos, trazem grande impacto no curso de vida dos sujeitos.

O estado de saúde de uma população é representado pela soma da saúde percebida e da saúde objetiva. A saúde percebida diz respeito à qualidade e satisfação daquela população, enquanto a saúde objetiva é representada pela morbidade, mortalidade, entre outros fatores objetivos (Brasil, 2015). Portanto, os determinantes sociais, influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, influenciando em como a saúde é percebida e como ela se apresenta, sendo a mortalidade um critério objetivo para medir o estado de saúde de uma população.

Existem diferentes tipos de ASIS, como a análise de tendências, que analisa as mudanças da situação de saúde a médio e longo prazos; avaliação em saúde, que analisa o impacto ou efeito de determinada ação em saúde; análise de conjuntura, que analisa o contexto em situações definidas com ênfase no monitoramento das desigualdades em saúde (Brasil, 2015); entre outros, que permitem a utilização de formas distintas de analisar determinada política de saúde e que podem ser aplicadas em conjunto.

Cohen e Franco (2011) afirmam que quaisquer que sejam os fins da política social, avaliar permite incrementar a eficiência na consecução do critério aceito como fim. No plano da implementação, a busca pela eficiência não pode ser evitada, especialmente se no plano da elaboração da política social havia a primazia da equidade, visto que “em um segundo plano, as políticas sociais respeitam ambos os princípios, a equidade e a eficiência” (Cohen; Franco, 2011. p.27).

De acordo com Arretche (2001, p. 51), a implementação de políticas públicas ocorre em um cenário de contínua mutação, que independe da vontade dos implementadores. As diversas mudanças às quais estão sujeitas as diferentes etapas da implementação das políticas podem ser de natureza econômica, ou relacionadas à execução de um planejamento que não corresponde à realidade, ou que considera necessidades que não guardam linearidade com os interesses dos sujeitos às quais se direcionam.

Arretche (2009, p. 31) argumenta que “a avaliação de políticas públicas pode ser distinguida em termos de sua efetividade, eficácia e eficiência”. E na avaliação de efetividade, a autora entende ser o exame da relação entre a

implementação de um determinado programa e seus impactos, ou resultados. Possibilitando apurar seu sucesso ou fracasso em termos de uma efetiva mudança nas condições sociais da vida das populações atingidas pelo programa em avaliação.

Nas avaliações de efetividade a maior dificuldade metodológica consiste na demonstração dos resultados encontrados e sua relação com os produtos oferecidos pela política em análise (Arretche, 2009. p.32). A conversão dos efeitos do projeto em unidades de produto permite compreender a dimensão dos custos demandados para alcançar os objetivos de um projeto a partir da comparação de distintas unidades de produtos, tornando possível organizar tais unidades em função da quantidade de recursos necessários ao alcance dos benefícios resultantes. Um benefício não monetário é transformado em um produto monetário pela avaliação dos impactos de decisões alternativas.

A efetividade constitui a relação entre os resultados e o objetivo. Logo a efetividade constitui a relação entre os resultados e o objetivo. Assim, a efetividade é “é dotada de duas dimensões que estão colocadas em função dos fins perseguidos pelo projeto” (Cohen; Franco, 2011. p. 107).

Segundo Cohen e Franco (2011, p. 195), a razão custo-efetividade permite hierarquizar opções segundo as diferentes magnitudes de recursos requeridos para a obtenção de uma unidade de produto. Essa análise considera que os objetivos são os “fins procurados pela sociedade e expressos por aqueles que assumem sua representação”, de forma que pertencem ao campo político e não ao campo da análise técnica. Assim, exclui os problemas decorrentes da valorização dos fins, considerando que ainda não se conheça o valor da consecução de um objetivo, ele foi alcançado com a minimização dos custos.

De aplicação específica, a análise custo-efetividade pode ser de realização *ex ante* ou *ex post*, considerando o fator tempo, bem como a definição de variáveis e relações, estruturando uma matriz de custos, que só então torna possível a análise integrada custo-efetividade. Nesse sentido, Cohen e Franco argumentam que “otimizar a efetividade do projeto consiste em alcançar seus objetivos com uma ótima alocação dos recursos disponíveis” (2011, p. 234), ou seja, busca maximizar os impactos enquanto efetiva mudança nas condições sociais da vida dos sujeitos com ela beneficiados, com o menor custo possível.

Assim, para dimensionar e tornar possível a realização de uma análise custo-efetividade posteriormente, a presente análise situacional primeiro se debruça

sobre a variação nas taxas de mortalidade ao longo dos anos, procurando identificar tendências de aumento, diminuição, ou estabilidade, comparando com metas e objetivos, verificando se a variação na mortalidade está alinhada com estas, identificando as mudanças observadas e se condizem com as expectativas, para analisar a situação da política considerando a mortalidade feminina desde a institucionalização da política no Brasil, com destaque para o Estado do Maranhão.

“As medidas de mortalidade são utilizadas internacionalmente como indicadores da situação de saúde” (Brasil, 2015, p. 33). O SIM é um sistema de informação universal sobre óbitos, que apesar de consolidado, possui cobertura e qualidade das informações um pouco desiguais ao longo da sua implantação, nos anos de 1975 a 1979, tendo como fonte de dados as informações constantes na declaração de óbito, aumentando seu grau de confiança significativamente a partir de 1996, com o advento da Rede Interagência de Informações para a Saúde (Ripsa), instituída pelo Ministério da Saúde em cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

As medidas de mortalidade são frequentemente utilizadas como indicadores da situação de saúde, pois o óbito representa um “evento único e bem definido”, facilitando a análise no nível populacional (Brasil, 2015. p. 33). Além disso, a mortalidade apresenta uma regularidade conhecida a respeito dos riscos para que aconteça. Os indicadores de saúde baseados na mortalidade podem refletir a situação atual e as mudanças de saúde de determinados grupos populacionais (Brasil, 2015). Para análise da situação de saúde de uma população a *causa mortis* é um dos aspectos mais importantes, a partir das medidas relativas aos níveis de mortalidade (magnitude) e medidas relativas às causas de mortalidade (perfil) (Brasil, 2015).

Assim, as medidas de mortalidade são analisadas quanto ao número de óbitos e em relação a outras variáveis como o sexo, a idade, a profissão, o local do óbito, entre outras informações. No caso da análise da situação de saúde, a causa da morte é um aspecto de relevância maior e fundamental para a análise da situação de saúde de populações, mas também no planejamento e na avaliação em saúde (Brasil, 2015).

Para conferir maior confiabilidade à presente análise, abordaremos a taxa geral de mortalidade, taxas específicas de mortalidade por idade, a taxa de mortalidade perinatal, a razão de mortalidade materna, a mortalidade proporcional por causa e taxa de mortalidade por causa específica.

A taxa geral, ou bruta, de mortalidade, tem como medida do risco de morte por todas as causas, baseado no número total de óbitos na população residente em um dado ano dividido pela população residente estimada para o meio do ano, multiplicadas por 1.000 habitantes, pois possibilita melhor facilidade de interpretação. Quanto às taxas específicas de mortalidade por idade (mx), esta é resultado do total de óbitos em cada grupo etário no ano, divididos pela população do grupo etário estimada para o meio do ano, podendo ser calculadas para cada sexo, separadamente (Brasil, 2015).

Uma outra informação importante diz respeito à Razão de mortalidade materna (RMN). Morte materna, enquanto a morte de uma mulher no curso da gestação ou que esteja nos 42 dias seguintes ao término da gravidez (período puerperal), cujo óbito tenha como causa, quaisquer daquelas relacionadas ou agravadas pela gravidez, que não envolvam causas acidentais ou incidentais (Brasil, 2015). São considerados óbitos maternos os óbitos femininos, independentemente da idade, desde que tenham sido causadas por afecções do Capítulo XV da CID-10 “Gravidez, Parto e Puerpério”; doença causada pelo HIV (B20-B24), mola hidatiforme maligna ou invasiva (D39.2) ou necrose hipofisária pós-parto (E23.0); a osteomalácia puerperal (M83.0); tétano obstétrico (A34); ou transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (F53) se morte em período puerperal (Brasil, 2015).

A Portaria nº 1.119/2008 regulamentou a vigilância de óbitos maternos, permitindo que a investigação dos óbitos das mulheres em idade fértil, ou seja, ocorridas dos 10 aos 49 anos de idade, ocorridas por quaisquer das afecções acima mencionadas, utilizando fontes de dados diversas, a partir de informações provenientes da Declaração de Óbito (DO), de prontuários hospitalares, registros de parteiras, entrevistas com líderes religiosos, coveiros, escolas etc. Cabe ao médico que assina o atestado de óbito indicar as afecções que conduziram à morte e declarar quaisquer afecções que contribuíram com o evento, registrando-a na DO em três vias, destinadas, respectivamente ao serviço de epidemiologia do município, a família, a unidade hospitalar em que o óbito ocorreu, ou foi registrado (Brasil, 2015. p. 44).

A nossa análise com propósito quase-quantitativo da PNAISM parte das informações constantes no Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM do Sistema Único de Saúde – SUS, acessadas no portal oficial do Ministério da Saúde⁹.

⁹ Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade: <https://datasus.saude.gov.br>.

A base de informações estratificadas em diversas séries temporais específicas, compreende informações sobre diversos programas, pesquisas e sistemas de saúde, articuladas no SUS.

A base de dados Tabnet DATASUS é um instrumento relativamente seguro de acesso a informações públicas sobre Saúde Pública no Brasil, sendo recurso tecnológico de acesso à informação contido no Plano Diretor de Tecnologia da Informação e Comunicação do Ministério da Saúde.

Por meio do Tabnet, o DATASUS disponibiliza informações que nos permite observar, em uma perspectiva panorâmica, baseada em evidências, a situação sanitária das mulheres maranhenses e brasileiras, objeto da PNAISM, permitindo, assim, contraposições históricas ao processo político da política pública.

Os dados minerados da base de dados DATASUS relativa ao SIM foi agregada fundamentalmente considerando a cor/raça (utilizaremos o termo etnia), território (localização geográfica) e dados relativos à classificação do Capítulo CID 10, relativo à causa-morte, por meio de série histórica considerada entre os anos de 2004 e 2019.

Assim, admitiremos seccionar a série histórica (sh) em séries temporais, nominadas: st1 (2004-2013); st2 (2007-2016), separadas pelo marco temporal de observação, a saber; intervalo de 2004 a 2006, período de formulação da política pública e, o intervalo 2007 a 2016, quando iniciou o processo de implementação da PNAISM e a compreensão de indicadores como a taxa de óbitos de mulheres férteis, idade da gravidez e a gravidez na adolescência, a prevalência de câncer e outras comorbidades até o ano de 2019, anterior à pandemia de 2020¹⁰.

4.3 Discussão

Um momento de discussão com uma base de dados numérica é sem dúvida alguma um desafio para qualquer pesquisadora do campo das ciências sociais. No entanto, o desafio é necessário para que possamos concluir nossa análise do processo histórico baseada em evidências.

¹⁰ Ressalta-se que foram desprezados os dados de 2020 a 2022, por sugestão da Banca por ocasião da Qualificação do Texto Dissertativo, tendo em vista que a compreensão deste período exigiria um esforço maior e mais aprofundado, em virtude da complexa rede de determinações que passam a impactar nos dados e na observação dos indicadores da PNAISM, devendo, assim, ser objeto de esforço futuro no âmbito de estudos de doutoramento, quando será possível observar o período da pandemia e seus impactos com maior clareza.

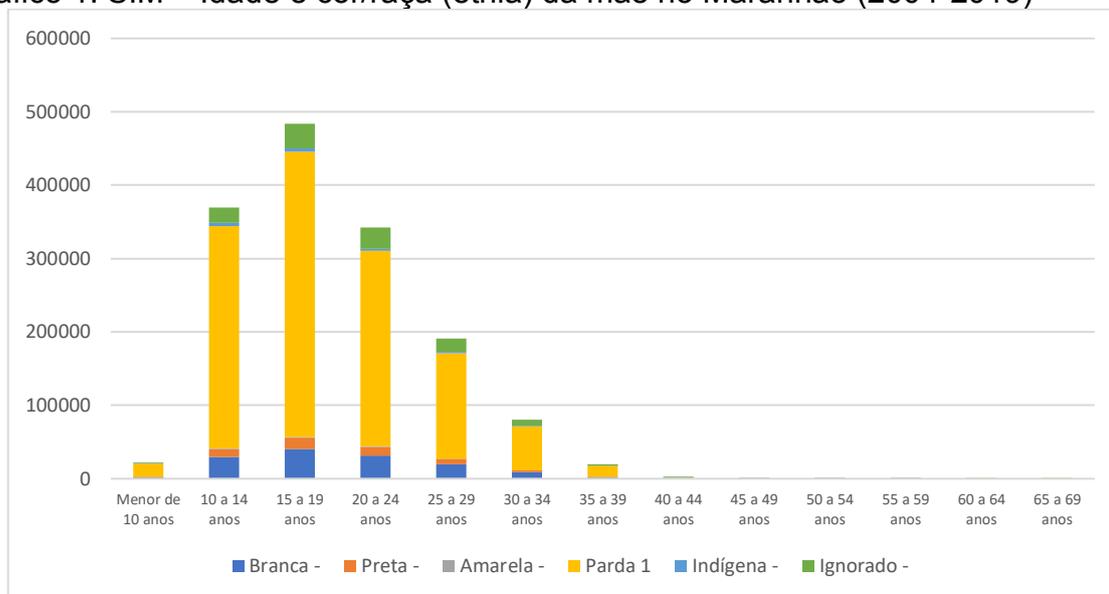
A mortalidade e morbidade materna e de mulheres férteis, enquanto indicadores em saúde, tornam possível a análise das condições de saúde de uma população, permitindo avaliar o nível de desenvolvimento e planejamento de uma determinada sociedade.

As Razões de Mortalidade Materna (RMM) elevadas indicam um grave comprometimento das condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, exposição à violência e ainda dificuldades no acesso a serviços de saúde de qualidade (Brasil, 2004).

Segundo o texto da PNAISM (2004), a RMM corrigida foi de 74,5 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, dos quais as principais causas envolvem a hipertensão arterial, as hemorragias, a infecção puerperal e o aborto. Todas essas mortes são consideradas evitáveis (Brasil, 2004).

No Maranhão, de 2004 a 2019, mais de 400.000 mulheres foram mães entre 15 e 19 anos e mais de 350.000 tinham entre 10 e 14 anos, como é possível ver no Gráfico 1. Nos dois grupos, as pardas representam mais de 400.000 mulheres. Assim, percebe-se que no Maranhão há uma enorme concentração de mulheres que se tornam mães antes mesmo de alcançarem a idade adulta, revelando uma relação importante no indicador.

Gráfico 1: SIM – Idade e cor/raça (etnia) da mãe no Maranhão (2004-2019)



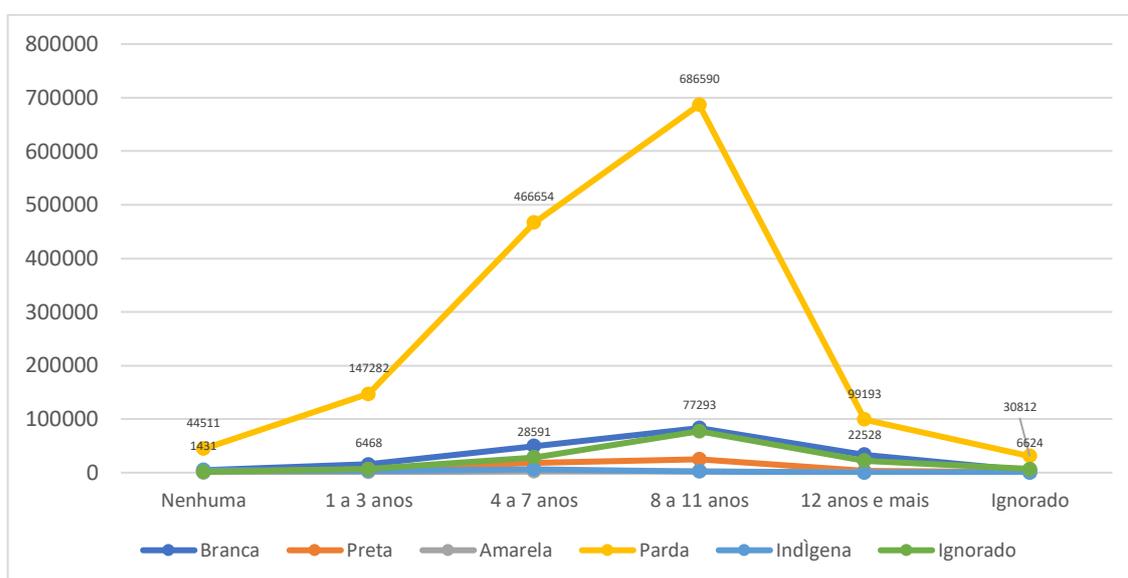
Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM, 2023.

A caracterização de mães no Maranhão no período pode ser observada no Gráfico 1, onde é possível constatar uma grande incidência da gravidez na

adolescência, já que mais da metade das mães maranhenses tem idade entre 15 e 24 anos (56%), com maior frequência entre 15 e 19 anos.

O Gráfico 2, a seguir, demonstra a escolaridade e cor/raça (etnia) das mães no Maranhão no intervalo de 2004 a 2019. As mães maranhenses, em sua maioria pardas, estudaram em média de 8 a 11 anos, mas o número das que estudaram de 4 a 7 anos chama atenção, pois representa mais de 600.000 mulheres que mal completaram o ensino fundamental, mas que já tem outra vida sob sua responsabilidade.

Gráfico 2: Escolaridade e cor/raça (etnia) da mãe no Maranhão (2004-2019)



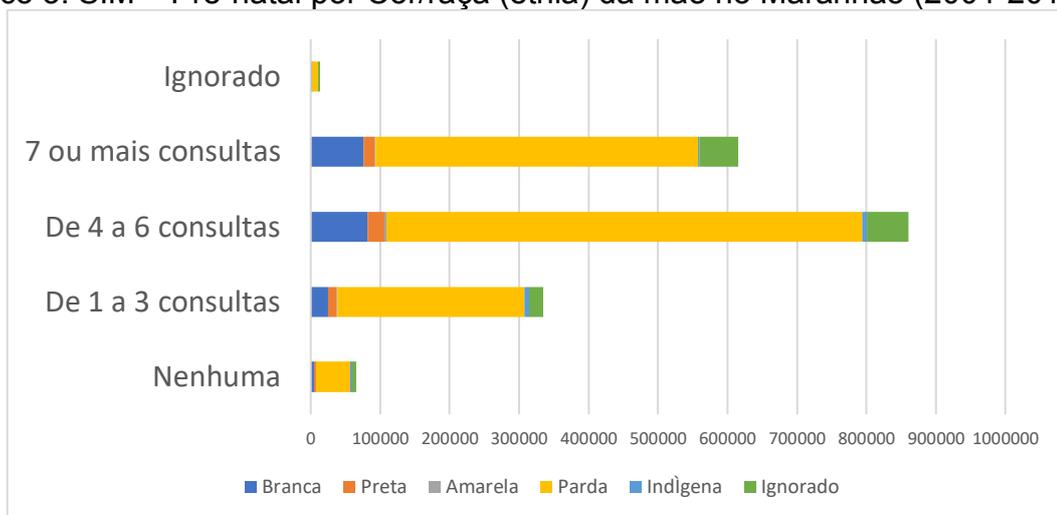
Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM, 2023.

Cumprir observar que, municípios brasileiros com menores indicadores de desenvolvimento humano - IDH correspondem também àqueles que tiveram menores proporções de atendimentos em unidades de saúde e, menor parcela de gestantes cobertas pelo pré-natal em relação aos municípios com maiores IDH (Tomasi, 2017).

As gestantes de populações de baixa renda recebem orientações e atendimentos durante o pré-natal em menores proporções. Isso implica em maior exposição a gravidez de risco, elevando o número de abortos, os óbitos durante o trabalho de parto, a mortalidade pós-puerperal, além da maior suscetibilidade a morbidade materna e infantil.

Vejamos o Gráfico 3.

Gráfico 3: SIM – Pré-natal por Cor/raça (etnia) da mãe no Maranhão (2004-2019)



Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM, 2023.

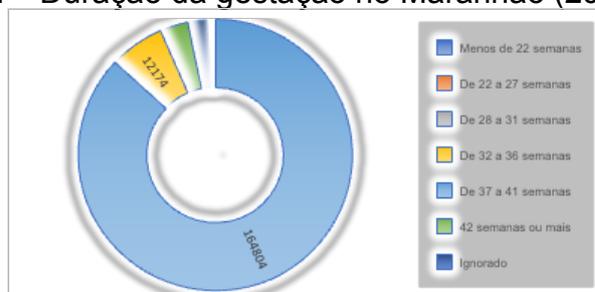
O Gráfico 3, revela a relação entre a adequação do pré-natal por mulheres no Maranhão, considerando a etnia destas mulheres e a quantidade de consultas durante o período de pré-natal.

Como pode ser observado, há uma predominância de 4 a 6 consultas realizadas (aproximadamente 850.000 mulheres), sendo seguidas de 7 ou mais consultas no pré-natal (aproximadamente 601.600 mulheres).

Entre as cerca de 300.000 mulheres que realizaram apenas 1 a 3 consultas as pardas representam mais de 250.000. Observe-se a concentração de mães que não tiveram acompanhamento mensal, como preconizado pelo Ministério da Saúde, sendo possível entender que metade das mulheres não tiveram pré-natal adequado (49%).

Vejamos no Gráfico 4, a seguir, a duração da gestação destas mulheres.

Gráfico 4: SIM – Duração da gestação no Maranhão (2004-2019)



Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM, 2023.

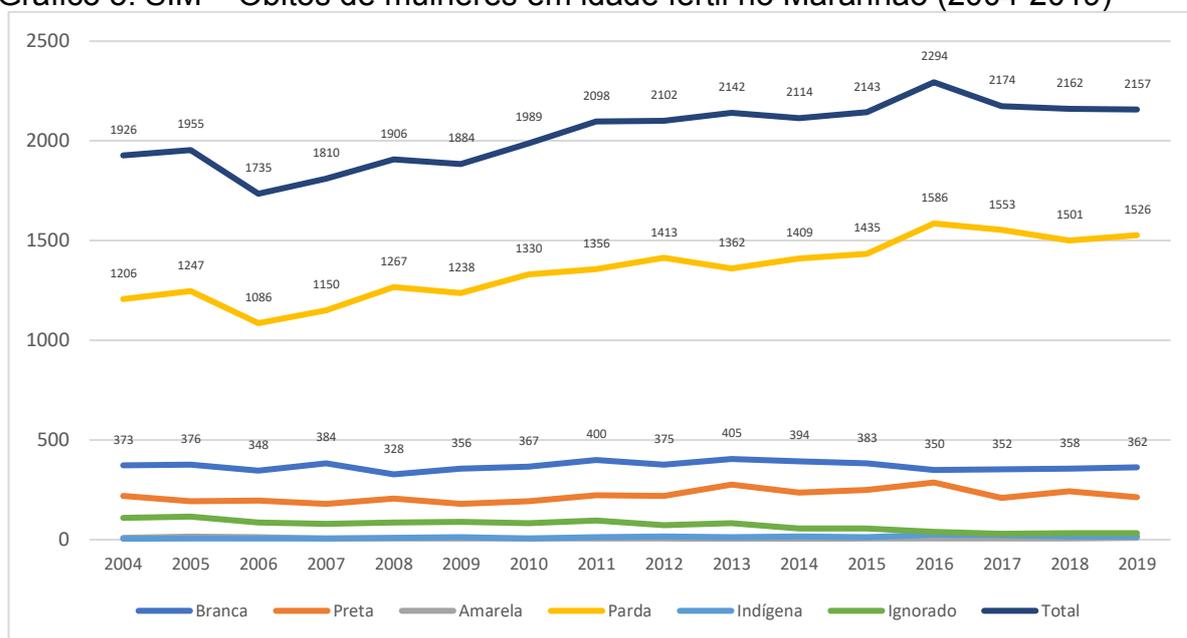
Outro importante fator a ser observado em relação às características da gestação é o fato de que majoritariamente, o período de gestão no Maranhão, segue

o padrão de 37 a 41 semanas de gestação, como pode ser observado no Gráfico 4. Revelando que apesar de um pré-natal inadequado, as gestações a termo ainda são a maioria no Estado.

Como anteriormente citado, as comunidades mais pobres e com acesso precário aos serviços de saúde apresentam maiores índices de mortalidade materna, pois a pobreza econômica associada à falta de informações corrobora para ocorrência de óbitos por causas obstétricas. É nesse sentido que o Maranhão, um dos Estados mais pobres da federação brasileira, encontra obstáculos para reduzir a mortalidade materna, pois a pobreza associada à falta de informação é um forte determinante social que somada à deficiência do atendimento especializado no pré-natal e acrescida aos fatores culturais, resultam em óbitos de mulheres em idade fértil por causas evitáveis.

Assim, observando a série histórica de mortalidade de mulheres no Maranhão, extraídos do SIM, o Gráfico 5, revela marcadores importantes para o planejamento da política pública (PNAISM).

Gráfico 5: SIM – Óbitos de mulheres em idade fértil no Maranhão (2004-2019)



Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM, 2023.

Analisando os dados de óbitos de mulheres em idade fértil, para o período 2004-2019, esta apresenta uma tendência de crescimento em sua extensão, com pequenas variações de redução durante a série histórica (sh).

Ao compulsar os dados colhidos, observamos que, o número total de óbitos de mulheres férteis em 2004 no Maranhão foi 1.926 óbitos e, em 2019 esse

número era de 2.157 óbitos, indicando crescimento de 11,99% de óbitos de mulheres férteis durante o período observado (sh).

Assim, recortando uma série temporal (st1), observamos que entre 2004 (1926 óbitos) e 2013 (2142 óbitos), houve um crescimento de óbitos de 11,21%

No entanto, se deslocarmos a observação da série temporal para os dois (2) ou três (3) anos seguintes, perceberemos que número de morte de mulheres em idade fértil no Maranhão foi 1.735 óbitos em 2006, assim, traçando a tendência de óbitos de mulheres férteis entre 2007 (1.810 óbitos) e 2016 (2.294 óbitos), percebemos um o crescimento de aproximadamente 26,74% (st2).

Considerando a série temporal (st2), observa-se em uma década de PNAISM, o número de óbitos de mulheres férteis apresentou tendência acentuada de crescimento de óbitos no período de implementação da política pública (2007-2016).

Vale observar que, o crescimento populacional de mulheres férteis no Maranhão durante o período (st2) foi 12,98%, portanto, existe uma redução proporcional da tendência de crescimento, sendo esta corrigida. Assim, admitiremos um crescimento proporcional corrigido de aproximadamente 13,76% de óbitos de mulheres férteis por 100 mil.

Por esta razão, devemos considerar no período compreendido entre 2004 e 2019 recortes diferenciados, para evitar conclusões precipitadas, capazes de dificultar a nossa avaliação da política pública.

O período é marcado por oscilações na escala, exigindo melhor compreensão, pois, recortando períodos menores na mesma série histórica (2004-2019) é possível observar variações de situações concretas, permitindo acreditar que no intervalo da série histórica tivemos eventos que alteraram a variação percentual de óbitos de mulheres em idade fértil no Maranhão.

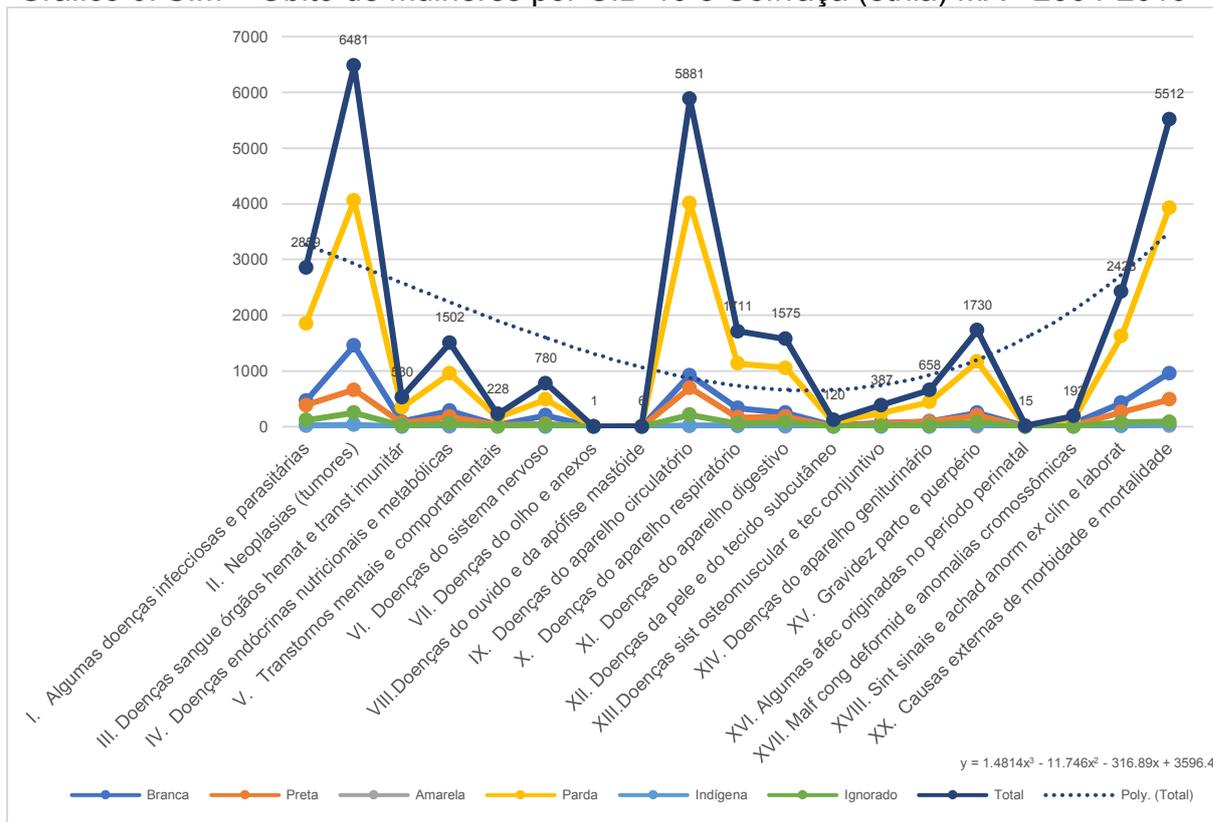
Aqui, temos uma questão que exige melhor reflexão, pois, se observarmos o indicador de crescimento populacional da série histórica (2004-2019) no Maranhão, verificamos que entre 2004 (60.235 nascimentos de mulheres) e 2019 (54.471 nascimentos de mulheres) houve uma redução dos nascimentos de mulheres no Estado do Maranhão (9,57%), asseverando, proporcionalmente, o indicador de óbitos de mulheres férteis.

Observando os óbitos de mulheres férteis, durante a série histórica, estratificados por origem étnica, verificamos que a característica étnica predominante

é de mulheres pardas (67,93%), ajustando a série histórica (2004-2019) como característica média na linha de tendência total de óbitos de mulheres férteis. Em segundo lugar, vem as mulheres brancas (18,86%), seguida de mulheres pretas (10,32%). Para compreender as características dos óbitos de mulheres férteis no Maranhão.

Vejamos o Gráfico 6, a seguir.

Gráfico 6: SIM – Óbito de mulheres por CID-10 e Cor/raça (etnia) MA - 2004-2019¹¹



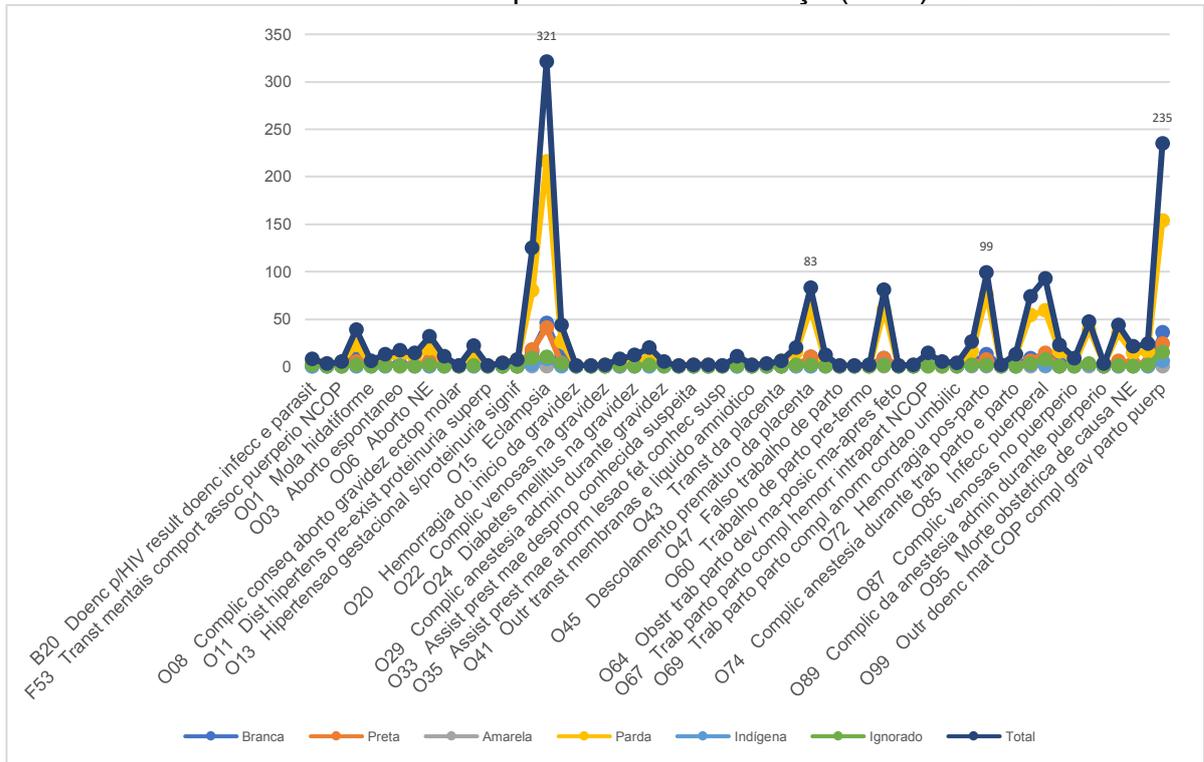
Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM, 2023.

Portanto, os óbitos relacionados a gravidez, parto e puerpério (Capítulo XV do CID-10) compreendem a 6ª maior razão de óbitos de mulheres em idade fértil no Maranhão no período de 2004-2019.

As principais causas de óbitos de mulheres em idade fértil no Maranhão são as neoplasias, as doenças do aparelho circulatório e as causas externas de morbidade e mortalidade (Capítulos II, VIII e XX), seguidas de doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho respiratório, doença do aparelho digestivo, além de sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais (Capítulos I, X, XI e XVIII).

¹¹ Linha tendência polinomial cúbica para mulheres férteis de $y = 1,4814x^3 - 11,746x^2 - 316,89x + 3596,4$.

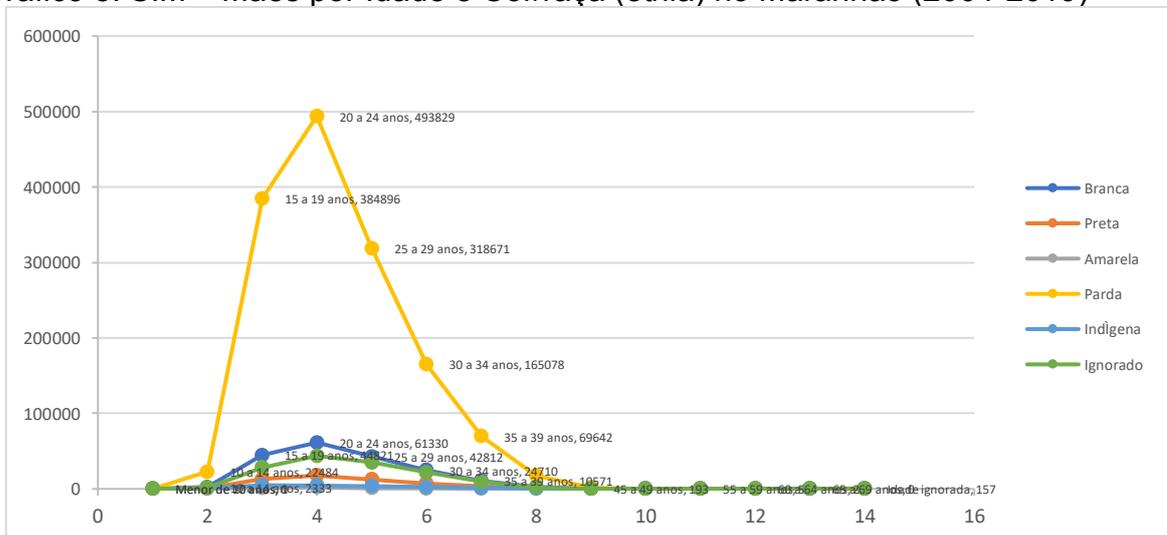
Gráfico 7: SIM – Óbito de mulheres por CID-10 e Cor/raça (etnia) MA - 2004-2019



Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM, 2023.

No gráfico 8, a seguir, é possível observar o número de mães por idade e cor/raça (etnia) no Maranhão, aproximando-se de 400.000 o número de mães com idade entre 15 e 19 anos de 2004 a 2019. Permitindo traçar o perfil das mães, em sua maioria adolescentes, com dificuldades de acesso à informação e a atendimentos especializados durante o período da gestação, caracterizando aspectos da natureza das Razões da Mortalidade Materna (RMM).

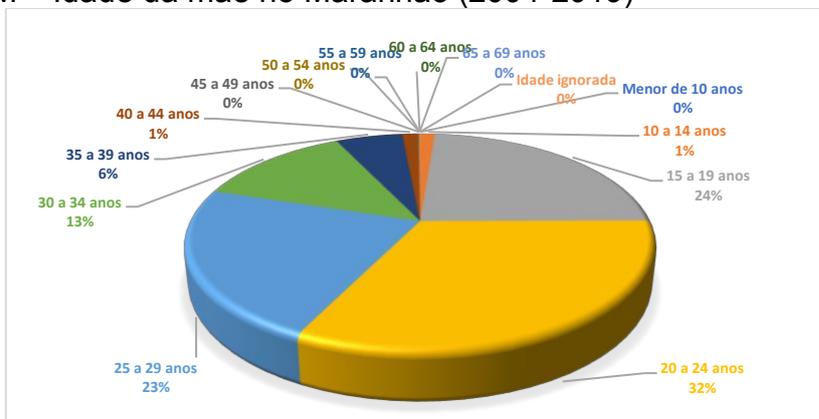
Gráfico 8: SIM – Mães por Idade e Cor/raça (etnia) no Maranhão (2004-2019)



Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM, 2023.

Visto de outra forma, vejamos o Gráfico 9, a seguir, tratando da idade da mãe de forma agrupada.

Gráfico 9: SIM – Idade da mãe no Maranhão (2004-2019)



Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM, 2023.

À medida que a PNAISM foi sendo implementada as características étnicas das mulheres férteis passa a ser conhecida, reduzindo o desconhecimento sobre a população observada. Inclusive com a criação de programas específicos direcionados à saúde da mulher negra,

Assim, entendemos que a PNAISM é um importante instrumento para compreensão do fenômeno e melhoria da qualidade de informações que subsidiam o aperfeiçoamento da política pública de saúde integral das mulheres, subsidiando o processo de tomada de decisões e planejamento.

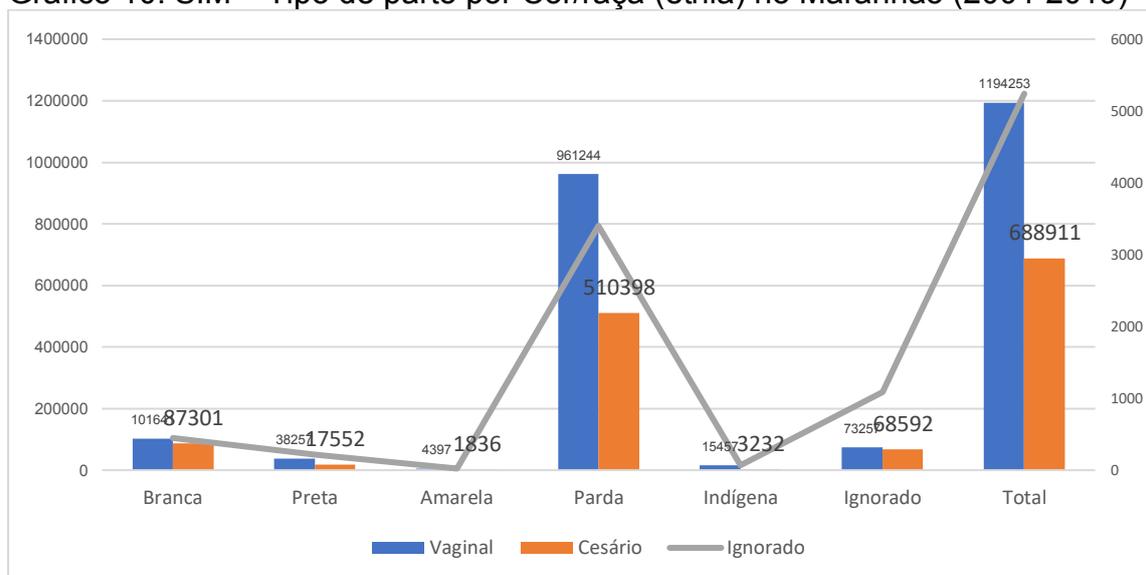
Acreditamos o desconhecimento das razões e proporções relativa ao óbito materno em nada trazem benefícios para compreender e ajustar os mecanismos e o controle de indicadores por meio da política pública.

Encaminhando nossa análise vamos acrescentar ao perfil materno do Maranhão qual o tipo de parto e a etnia da mãe, dispostos no Gráfico 10.

Observamos no Gráfico 10, guardadas as devidas proporções que, o parto vaginal é a modalidade de parto predominante entre todas as etnias, mesmo naqueles partos em que se ignora a etnia da mãe, revelando que a mãe maranhense prefere o 'parto normal' (63%).

Seguindo a observação, cumpre entender a questão da adequação do acompanhamento do pré-natal e relacioná-lo à etnia da mãe, buscando alguma tendência da série histórica (sh). Esse aspecto é bastante controverso, entre profissionais da saúde, gestores públicos e as beneficiárias do atendimento da PNAISM.

Gráfico 10: SIM – Tipo de parto por Cor/raça (etnia) no Maranhão (2004-2019)

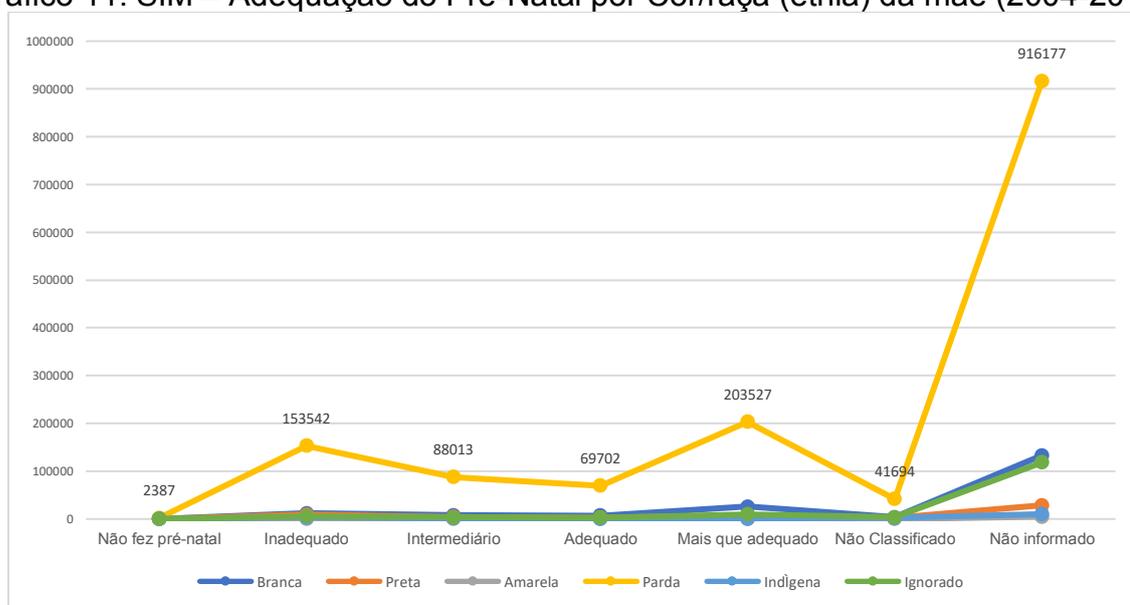


Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM, 2023.

O cerne da questão que se coloca ao problema dos óbitos de mulheres férteis é: o atendimento pré-natal das mulheres do Estado do Maranhão é adequado? Com base na pergunta, devemos analisar os dados colhidos no SIM. Os dados colhidos revelam um ponto significativo? Qual seja?

A pergunta para esse problema pode ser compreendida parcialmente, parcialmente. Vejamos no Gráfico 11.

Gráfico 11: SIM – Adequação do Pré-Natal por Cor/raça (etnia) da mãe (2004-2019)



Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM, 2023.

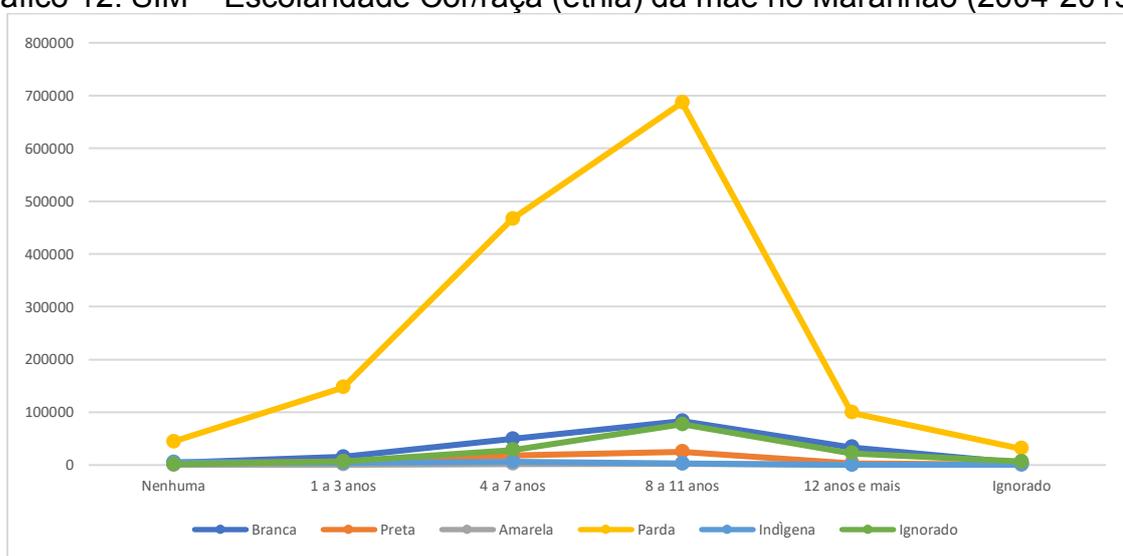
Mesmo com décadas de PNAISM o sistema de informações colhe sem classificar, a adequação do parto no Estado do Maranhão, conduzindo, assim, um

processo histórico-político de ‘olhos fechados’, ou seja, sem avaliar a política pública. A principal resposta para essa pergunta é a não-informação.

Sem dúvida, a não-informação colhida, expressa pelas variáveis ‘não classificado’ e ‘não informado’, dizem muito sobre a ausência de tratamento dos dados do sistema para os propósitos de uma política pública, revelando aspectos deficitários dos processos de avaliação da política pública.

Não menos importante, mas necessário para desmistificar alguns entendimentos acerca da ausência de escolarização, vejamos o perfil de escolarização das mães maranhenses.

Gráfico 12: SIM – Escolaridade Cor/raça (etnia) da mãe no Maranhão (2004-2019)



Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM, 2023.

O Gráfico 12 revela um importante perfil das mães, relativo à escolarização, tendo em vista que as mães maranhenses, majoritariamente, dispõem entre 8 e 11 anos de estudo escolar. Em princípio, a informação pode ser preocupante, pois, relacionando ‘tempo de estudo escolar’ e ‘escolaridade’, poderíamos precipitadamente deduzir que, entre 8 e 11 anos de estudo formal, a mãe teria, portanto, concluído o ensino fundamental.

A relação tempo-escolarização estaria certa, não fosse o fato do perfil de idade das mães, em sua maioria, adolescentes. Portanto, considerando as dificuldades do sistema de educação formal do Estado e os aspectos culturais históricos de escolarização tardia, resistida pelo sistema formal de ensino, não estamos diante do nosso maior problema, mas apenas de suas características.

Conforme observado com base nos dados do SIM, o número de óbitos das mulheres férteis no Maranhão cresceu acima da taxa de natalidade e do controle de morbidade e mortalidade da PNAISM entre 2004 e 2019.

Os dados do SIM revelam as tendências da série histórica. Devidamente anotados podem equacionar as tendências de crescimento da série histórica como modelagem e governança da política pública, permitindo avaliar de maneira estratificada pelo território e considerar os problemas específicos e as suas condições sanitárias.

Compreendemos a complexidade do cenário da PNAISM na federação brasileira, acreditamos que cada contexto revela um cenário relativamente diferente da questão regional, devendo ser objeto dos planejadores e gestores da política pública.

Para uma análise complexa das evidências, o trabalho exigiria uma continuação e um aprofundamento de causa, impossíveis para os limites deste trabalho. Assim, precisamos reconhecer os limites de nossa observação e projetar para uma fase futura de aperfeiçoamento profissional a percepção de um conjunto de variações ao longo da série histórica, principalmente para entender os impactos da Pandemia do Covid-19 na taxa de óbitos de mulheres férteis e as particularidades necessárias para aperfeiçoamento da PNAISM.

Todavia, os dados observados revelam que, a estatística dos óbitos de mulheres férteis no Brasil manteve-se relativamente estável ao longo dos anos, tendo sido incrementado radicalmente (65,67%) no período não-analisado de 2020-2022, mas que juntamos alguns dados em Apêndice (Gráficos 13 a 21).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A busca por igualdade de gênero e acesso igualitário aos serviços de saúde no Brasil é um percurso de lutas dos movimentos sociais, especialmente os movimentos feministas, que contribuíram para a constitucionalização não apenas da saúde da mulher, mas de diversos direitos sociais.

Desde a promulgação da Constituição em 1988, em que o direito à saúde foi reconhecido como direito fundamental, até a criação do SUS e a instituição da PNAISM em 2004, houveram importantes marcos na trajetória do direito integral à saúde da mulher no Brasil. Ao longo deste texto dissertativo, buscamos analisar a situação atual da PNAISM no Estado do Maranhão, destacando os desafios enfrentados pelas mulheres na luta pelo direito integral à saúde.

A força e articulação dos movimentos sociais feministas a partir de 1970 no Brasil, desempenharam um papel crucial na reivindicação de direitos e na conscientização sobre as questões de gênero, incluindo o acesso aos serviços de saúde. Percebemos o quanto os movimentos feministas foram fundamentais para pressionar por políticas e serviços de saúde voltados para as necessidades das mulheres, culminando inicialmente com a criação da PAISM.

Com a Constituição em 1988, foi enfim estabelecido que o direito à saúde é um direito de todos e um dever do Estado, sendo posteriormente melhor detalhado como esse direito de todos à saúde seria possível, com a criação do SUS em 1990, representando um importante compromisso com a promoção da saúde e igualdade na prestação dos serviços de saúde. O SUS, enquanto resposta às demandas por um sistema de saúde universal, integral e equitativo, tornou-se o principal instrumento para a implementação do direito à saúde e possibilitando a instituição da PNAISM em 2004.

A PNAISM representa um importante passo na promoção da saúde da mulher, especialmente a saúde materna. A política estabeleceu diretrizes para a atenção à saúde das mulheres, abordando questões até então silenciadas, como a violência doméstica, a gravidez na adolescência, ampliação dos serviços de planejamento familiar e prevenções de doenças, além de passar a considerar as questões étnicas na abordagem em saúde.

No entanto, apesar dos avanços legais e das medidas e estratégias aplicadas ao longo da sua implementação, a PNAISM no Maranhão ainda é uma

realidade um pouco distinta dos resto do país, revelando desafios significativos, como a alta taxa de gravidez na adolescência, indicando a necessidade de melhorar os programas e serviços de educação sexual e acesso a métodos contraceptivos. Também ressaltamos a realização pré-natal abaixado do padrão nacional, havendo um elevado grau de absenteísmo no acompanhamento gestacional, especialmente de mulheres pardas.

Além disso, a concentração dos serviços de média e alta complexidade na capital do estado é um fator que também influencia no número de óbitos de mulheres em idade fértil, especialmente as mulheres gestantes de alto risco, que vivem nas áreas rurais e possuem menos informações e acesso a serviços básicos na atenção primária. Principalmente a população com menor renda no estado, que precisa se deslocar à capital para o acompanhamento da gestação de alto risco, bem como a realização do parto, longe de suas cidades, e dos seus familiares, que são suas principais redes de apoio, mostrando a relevância de estratégias como a Rede Cegonha, que levam atendimento especializado a locais mais distantes, de forma integrada, possibilitando uma maior capilaridade na assistência em saúde e um acompanhamento de qualidade para as gestantes.

No entanto, apesar de serem o principal foco da PNAISM no que diz respeito às ações para reduzir a morbidade e mortalidade feminina, a gravidez, que não é uma doença, apesar de conduzir a mortes possivelmente evitáveis, ainda fica atrás das neoplasias, das doenças do aparelho circulatório e das causas externas, cuja principal causa externa é a morte por violência.

Conforme a análise situacional da PNAISM no Maranhão, existem inúmeros desafios a serem superados. Por isso é fundamental que o estado, a sociedade e os diversos grupos de interesse, trabalhem em conjunto, para garantir que todas as mulheres tenham acesso a serviços de saúde de qualidade, independentemente de sua idade, raça ou condição socioeconômica. Mostrando-se essa como a única

A atual PNAISM, objeto de reflexão neste estudo, apresenta-se de forma inovadora ao propor contemplar em seus princípios e diretrizes, aspectos relacionados à promoção e humanização da saúde a fim de minimizar as iniquidades existentes na saúde da mulher.

Rompendo com o enfoque biologicista e medicalizador hegemônico nos serviços de saúde, a PNAISM adota o conceito de saúde integral propondo atender à

mulher em todas as suas etapas de vida, englobando inclusive segmentos que estavam, até então, à margem dos serviços de saúde.

Todavia, percebe-se, ainda, certa valorização da doença em parte das ações propostas. Na prática, a integralidade da assistência não é efetivamente contemplada, tendo em vista que o sistema de saúde apresenta dificuldades em assistir a mulher nas áreas específicas de climatério, infertilidade, saúde mental e saúde ocupacional.

A PNAISM procurou em seus princípios e diretrizes estabelecer áreas prioritárias, enfatizando com isso, mulheres indígenas, lésbicas e presidiárias, mas, ainda assim, o próprio sistema de saúde enfrenta dificuldades em atender à mulher em tais especificidades.

Apesar do inegável avanço, é essencial questionar a real implementação desses princípios nos municípios e estados brasileiros. Mais ainda, para que isso aconteça é necessário um controle social efetivo por parte das mulheres, no que tange a implantação e avaliação dessas políticas. Vale ressaltar que a efetivação desta política depende igualmente dos gestores das unidades de saúde e dos profissionais que lidam diretamente com o público feminino, abrindo canais para o debate e para a crescente escolarização desse público-alvo.

A forma de compreender a mulher nessa atual sociedade de classes, implica na imposição de papéis sociais, como discutido, e a referência da mulher-mãe permeia diversos espaços, sejam eles públicos ou privados.

Nesse cenário as instituições de saúde pública, principalmente quando estamos falando de hospitais maternidade, incorporam essa visão da mulher. Tal incorporação permeia na fala e nas ações de diversos profissionais de saúde, o que implica em procedimentos, orientações e encaminhamentos realizados muitas vezes de forma autoritária, demonstrando certa “condenação” aquelas mulheres que fazem a opção pela entrega voluntária do recém-nascido para a adoção, ou tentam por interromper uma gravidez indesejada, ainda que fruto de uma violência sexual, ou até mesmo julgam aquelas que decidem por métodos irreversíveis de contracepção.

Essas mulheres são tratadas pela equipe multiprofissional, como uma violadora do sagrado mito do amor materno, a condenação social é feita, com pouca ou nenhuma chance de defesa. Assim, esse ideal presente e ratificado pelo Estado, pelo Mercado e pela Igreja, como já afirmamos, é incutido rigorosamente a essas

mulheres, que recebem em muitos casos, um péssimo acolhimento nas diversas instituições.

É necessário que as questões de gênero, classe e etnia componham a formação e as capacitações dos profissionais de saúde, para que tenhamos não apenas profissionais preparados tecnicamente, mas humanamente capazes de entender as diversas dimensões das desigualdades presentes na vida das mulheres. Somente por esse viés seremos capazes de construir coletivamente uma nova forma de intervenção profissional que considere importante não somente a criança, mas igualmente a mulher que gestou.

Embora entraves tenham ocorrido na estruturação das políticas públicas no Brasil do ano de 2004 até os dias atuais, a literatura e a legislação demonstram os avanços alcançados no campo da saúde da mulher. A jornada que iniciou com os movimentos feministas nos anos 70 e as conquistas na Constituição de 1988 ecoaram trazendo políticas públicas voltadas para a atenção integral da saúde da mulher, incluindo o Pacto pela Redução da Mortalidade da Mortalidade Materna e Neonatal, a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, a Rede Cegonha e a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, dentre outras.

Diante das políticas implementadas é perceptível os avanços nos caminhos da universalidade, equidade e integralidade. A mulher que era considerada como objeto das políticas públicas de saúde somente em sua dimensão procriadora, passa a ser vista de forma integral, com ações dirigidas para o atendimento de necessidades específicas. No entanto, ainda existem desafios a serem superados entre os quais destacamos: um amplo programa de educação de gênero e educação sexual nas escolas, visando reeducar os jovens para o exercício da sexualidade. A ausência de educação sexual nas escolas incide no peso e na responsabilidade das meninas que engravidam precocemente e que assumem desde cedo um papel ao qual não foram preparadas.

A efetividade das políticas públicas para as mulheres somente será realizada se houver a institucionalização e articulação dos estados, municípios e as diversas instâncias governamentais, de forma a superar os limites dos programas e projetos dos papéis e transformá-los em ação. Persiste, portanto, a necessidade de considerar a diversidade das mulheres e reconhecer suas necessidades específicas,

como também, promover a erradicação da desigualdade de gênero, enfatizando o empoderamento e a autonomia da mulher, contribuindo para a efetivação da cidadania feminina que ainda sofre violações.

Ao longo da presente dissertação, ao conhecer o documento/texto da PNAISM, percebemos que as essências e especificidades das mulheres são as questões centrais da política. O objetivo da PNAISM consiste em garantir o direito à saúde das mulheres, de uma forma integral, propondo-se a considerar as particularidades das mulheres nas diferentes fases da vida, promovendo igualdade de gênero, acesso universal e equitativo aos serviços de saúde, e respeitando os direitos humanos.

No entanto, a efetiva garantia do direito à saúde das mulheres não se esgota ou se cumpre com a existência da PNAISM, necessitando de esforços para alcançar a sua adequada implementação, a alocação de recursos e serviços de qualidade. No curso de sua implementação a PNAISM foi incorporando novas estratégias para alcançar uma maior capilaridade, adotando novos modelos de gestão e prestação de ações e serviços de saúde, dando ênfase a partir de 2011, aos modelos de redes de atenção em saúde e regiões de saúde, o que permitiria uma maior integração a níveis nacional, estaduais e municipais de serviços de média e alta complexidade, o que poderia contribuir para diminuir os gargalos dos serviços de saúde nas capitais estaduais.

As redes de atenção são modelos que possibilitam uma maior atenção e proximidade com a população-alvo de determinado serviço de saúde, sendo possíveis através de pactuações intermunicipais, interestaduais e regionais, garantindo que os serviços e ações disponíveis em determinadas redes sejam aqueles que melhor correspondem às necessidades dos municípios e regiões atendidas/abrangidas por aquela rede. Contudo, as redes de saúde precisam de continuidade e fluidez, ao contrário do serviço de saúde fragmentado, ainda que centralizado, pois não alcança homogeneamente a todas as mulheres do Maranhão, ainda que seja acessível, tenha profissionais capacitados, ofereça serviços de qualidade, utilize uma abordagem humanizada, não está ao alcance de todas as mulheres do Maranhão.

É nesse sentido que reconhecemos o esforço e sucesso da PNAISM no Maranhão na melhoria das condições de saúde das gestantes, além de diversos outros esforços para a garantia da atenção à mulher em todas as suas fases e ciclos, disponibilizando serviços de qualidade para o estado, mas os serviços estão

concentrados na capital do estado, ou em no máximo duas ou três cidades das 217 que compõem o Maranhão.

REFERÊNCIAS

- AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Teoria geral do direito sanitário brasileiro**. 2006. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. doi:10.11606/T.6.2006.tde-23102006-144712. Acesso em 2023-08-12.
- AKOTIRENE, Carla. **O que é interseccionalidade?** Belo Horizonte: Letramento: Justificando, 2018. Coleção Feminismos Plurais.
- ANDRIOLO, Leonardo José. A Reforma do Estado de 1995 e o Contexto Brasileiro. IN: **EnANPAD**. Salvador, 2006.
- AQUINO, Estela M. L.; MENEZES, Greice; AMOEDO, Marúcia. **Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. São Paulo: Revista de Saúde Pública, 26 (3): 195-202, 1992.
- ARAÚJO, Maria do Socorro Sousa de; PEREIRA, Maria Eunice Ferreira Damasceno. **Políticas públicas: temas e questões afins**. São Luís: Edufma. 2018.
- ARRETCHE, Marta T. S. Emergência e desenvolvimento do *Welfare State*. BIB - **Boletim Informativo e Bibliografia de Ciências Sociais**, nº 39. 1995.
- _____. Tendências no estudo sobre a avaliação. In: BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. C. B. (Org). **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: ICE/PUC-SO, 2001.
- ARRETCHE, Marta. **Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia**. São Paulo em Perspectiva, 18(2): 17-26, 2004.
- _____. Tendências no estudo sobre avaliação. IN.: RICO, Elizabeth Melo. Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate. 6a ed. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais, 2009.
- _____. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV; Editora Fiocruz, 2012.
- ASENSI, Felipe Dutra. **Direito à saúde: práticas sociais reivindicatórias e sua efetivação**. Curitiba: Juruá, 2013.
- ÁVILA, Maria Bethânia. Vida cotidiana: um desafio teórico político para o feminismo. In: **Caderno Crítica Feminista**, v. 3, n. 2, p.44-79, dez./ 2009.
- BACHELARD, Gaston. **A formação do espírito científico: contribuição para uma psicanálise do conhecimento**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.
- BARRETO, Mauricio Lima. **Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global**. Ciência e Saúde Coletiva, 22(7): 2097-2108, 2017.
- BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo**. Tomos I e II. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.

BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: Fundamentos e História**. São Paulo. Cortez, 2006.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Política Social no Capitalismo Tardio**. São Paulo: Cortez, 2007.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Política Social: fundamentos e história** (livro eletrônico). São Paulo. Cortez, 2016.

BELLINI, Lígia. Concepções do corpo feminino no Renascimento. In: MATOS, Maria Izilda Santos de; Soihet, Rachel (orgs.). **O corpo feminino em debate**. São Paulo: Editora UNESP, 2003.

BOBBIO, Norberto. **Dicionário de Política**. Brasília: Editora UnB, 1995.

BONAVIDES, Paulo. **Ciência Política**. São Paulo: Malheiros, 1999.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Bertram Brasil, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases da ação programática**. 1985. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf> Acesso em 11/07/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Asis - Análise de Situação de Saúde / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Goiás**. - Brasília: Ministério da Saúde, 2015, 3v.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 20 de outubro de 2019.

BRASIL. **Lei Federal 8080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em 20 de outubro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004). **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf> Acesso em 27/05/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 992/2009, de 13/05/2009, que instituiu a Política Nacional de Saúde Integral para a População Negra. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html> Acesso em 15/05/2022.

BRASIL. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. Secretária Especial de Políticas para as Mulheres (2015). Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

<http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf> Acesso em 10/08/2022.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Direito Administrativo e Políticas Públicas**. São Paulo: Saraiva, 2002.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas**. 1. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais**. Rio de Janeiro: PHYSIS. Rev. Saúde Coletiva, 17(1):77-93, 2007.

BUTLER, Judith. **Problemas de Gênero: Feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro. Editora: Civilização Brasileira, 2003.

CARVALHO, José Murilo. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2004.

CASTRO, Jorge Abrahão de. **Política Social: alguns aspectos relevantes para discussão**. IN: Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e combate à Fome. UNESCO, 2009.

COMPARATO, Fabio Konder. **Ensaio sobre o juízo de constitucionalidade de políticas públicas**. Revista de Informação Legislativa. Brasília, v. 35 n. 138 abr./jun. 1998. p. 39-48.

CONASS <https://www.conass.org.br/entenda-a-rede-cegonha/#:~:text=Para%20dar%20a%20assist%C3%ancia%20necess%C3%a1ria,desde%20a%20confirma%C3%A7%C3%A3o%20da%20gravidez%2C>

CORDEIRO, Hésio. Sistema Único de Saúde. PHYSIS: Revista Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 14(2), p. 243-362, 2004.

COUTINHO, Joana Aparecida. **O Conselho Municipal de Saúde: um estudo da participação popular em São Paulo**. São Paul: Xamã, 2013.

DAGNINO, Evelina. Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando? IN: Daniel Mato (coord.) **Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización**. Caracas: FACES, Universidade Central de Venezuela, pp. 95-110.

DAVIS, Ângela. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo: Boitempo, 2016.

DIAS, Marly de Jesus Sá; Sales, Celecina Veras. Contrarreformas em tempos de incertezas: como a vida das mulheres? in: **Revista de Políticas Públicas**. v. 22 ne. da VIII Joinpp - 1917-2017: um século de reforma e revolução, p. 794-813. 2018

DRAIBE, Sônia Miriam. **Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas**. In: Barreira, Maria Cecília Roxo Nobre;

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo: IEE/PUC/SP, 2001.

DIAS, Reinaldo. A participação e as políticas públicas. IN: **Políticas públicas: princípios, propósitos e processos**. São Paulo, Atlas, 2012.

DINIZ, Debora. Aborto e saúde pública: 20 anos de pesquisas no Brasil/ Debora Diniz - Brasília: UnB; Rio de Janeiro: UERJ, 2008.

DHOQUOIS, Regina. 2013

ECO, Umberto. **Como se faz uma tese**. São Paulo: Perspectiva, 2012.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, propriedade privada e do Estado**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1984.

FAVARO, Bruno de F.; LIMA, Fernanda da S.; ILÍBIO, Michel B. O Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Agenda *setting* e as mulheres enquanto sujeitos identitários diversos na política de saúde. **Revista RIOS** ano 17 n. 34. junho 2022.

FEDERICI, Silvia. **O calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva**. Tradução Coletivo Sycorax. São Paulo: Elefante Editora, 2004.

FERREIRA, Maria Mary *et al.* **Direitos Iguais para Sujeitos de Direito: empoderamento de mulheres e combate à violência doméstica**. São Luís: EDUFMA, 2016.

FERREIRA, Mary. **As Caetanas vão à luta: feminismo e políticas públicas no Maranhão**. São Luis: EDUFMA, 2007.

_____. A luta das mulheres por cidadania vem de longe: um pouco de história para entender a sub-representação e os protagonismos das mulheres. In: FERREIRA, Maria Mary. **Mulheres, protagonismo e sub-representação: dados para pensar e transformar as relações de gênero na polícia no Maranhão**. São Luís: NIEPEM, 2019. p.21-34.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Ed. Forense-Universitária, 1977.

FOUCAULT, Michel A governamentalidade. In: **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

FOUCAULT, Michel. **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas / Michael Foucault; tradução Salma Tannus Muchail**. 8ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I: A Vontade de Saber**. São Paulo, Graal, 2005.

FONSECA, Maria Guadalupe Piragibe da. **Iniciação à pesquisa no direito: pelos caminhos do conhecimento e da invenção**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – FIBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=73086>. Acessado em 24 de fevereiro de 2021.

GOHN, Maria da Glória. **Teorias dos Movimentos Sociais**: paradigmas clássicos e contemporâneos. Edições Loyola, 1997

GOHN, Maria da Glória. O Novo Associativismo e o Terceiro Setor. IN: **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 58. Cortez Editora, São Paulo, 1998.

GOHN, Maria da Glória. Teorias Sobre a Participação Social: desafios para a compreensão das desigualdades sociais. In.: **Caderno CRH**, Salvador, 2019.

GOUGES, Olympe de. **Déclaration des droits de la femme et de la citoyenne**. In: Bibliothèque Jeanne Hersch. Textes fondateurs. Disponível em: «http://www.aidh.org/Biblio/Text_fondat/FR_03.htm» Acesso em 11 fev 2007

HABERMAS, Jurgen. **Mudança estrutural da esfera pública**: investigações sobre uma categoria da sociedade burguesa. 1. ed. São Paulo: Editora Unesp, 2014.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. Petrópolis: Editora Vozes, 2001.

JACCOUD. Luciana. Proteção Social no Brasil: debates e desafios. In.: **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e combate à Fome. UNESCO, 2009. [Parte II – pág. 57 a 86].

JOVCHELOVITCH. Marlova. O processo de descentralização e municipalização no Brasil. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, nº 56, ano XIX março, 1998.

LÉTOURNEAU, Jocelyn. **Ferramentas para o pesquisador iniciante**. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

LOURO, Guacira Lopes. **O corpo educado**: pedagogia da sexualidade. 2 ed. – Autêntica. Belo Horizonte, 2000.

LUKÁCS, György. **Prolegômenos para uma ontologia do ser social**. São Paulo: Boitempo, 2010.

MARX, Karl. **Para a crítica da economia política**: Salário, preço e lucro. O rendimento e suas fontes. São Paulo: Abril Cultural, 1982. (Coleção Os economistas).

MATOS, Maria Izilda Santos de. **Delineando corpos**: as representações do feminino e do masculino no discurso médico. In: Matos, Maria Izilda Santos de; Soihet, Rachel (orgs.). O corpo feminino em debate. São Paulo: Editora UNESP, 2003.

MATSUE, Regina Yoshie. O “modelo japonês” (san mitsu) no combate à COVID 19: e os migrantes?. **REMHU**, Rev. Interdiscip. Mobil. Hum., Brasília, v. 30, n. 65, ago. 2022, p. 169-184.

MIGUEL, Luis Felipe; BIROLI, Flávia. **Feminismo e política: uma introdução**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2014. E-book.

MOREIRA, Virginia Palmeira. A política como espaço de estruturação de diferentes perspectivas: representatividade política LGBT nas Eleições de 2014 na Paraíba. In.: LIMA, Elizabeth Cristina de Andrade. **Gênero e política: a disputa das mulheres por espaços de poder** – Campina Grande: EDUFCG, 2016.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

OSIS, Maria José Martins Duarte. **PAISM: um marco na abordagem de saúde reprodutiva no Brasil**. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Públ., 14(Supl. 1): 25-32, 1998.

PEDRO, Joana Maria. As representações do corpo feminino nas práticas contraceptivas, abortivas e no infanticídio - século XX. In: Matos, Maria Izilda Santos de; Soihet, Rachel (orgs). **O corpo feminino em debate**. São Paulo: Editora UNESP, 2003.

PEREIRA, 2001 E 2007(POTYARA?)

PEREIRA, Luís Carlos Bresser. Gestão do setor público: estratégia e estrutura para um novo Estado. IN: PEREIRA, Luís Carlos Bresser e SPINK, Peter. **Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial**. Rio de Janeiro: Editora FGV. 2010.

PERROT, Michelle. Os silêncios do corpo da mulher. In: Matos, Maria Izilda Santos de; Soihet, Rachel (orgs.). **O corpo feminino em debate**. São Paulo: Editora UNESP, 2003.

RICO, Elizabeth de Melo. O empresariado, a filantropia e a questão social. IN: **Revista Serviço Social e Sociedade** nº 58. Cortez Editora, São Paulo, 1998.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. **Gênero, patriarcado e violência**. São Paulo: Perseu Abramo, 2004.151p.

SCHMITT, Carl. **Legalidade e legitimidade**. 7. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2007. 132 p.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica**. Disponível em http://disciplina.stoausp.br/pluginfile.php/6393/mode_resource/content/1/G%C3%AAnero-Joan%20Scott.pdf. Acesso em: 11.03.2017.

SECCHI, Leonardo. **Análise de políticas públicas: diagnóstico de problemas, recomendação de soluções**. São Paulo: Cengage Learning, 2019.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. **Avaliação de políticas e programas sociais: teoria e prática**. Veras Editora, 2001.

SILVA, José Afonso da. Curso de Direito Constitucional Positivo. São Paulo: Malheiros, 2006.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. **Avaliação de políticas e programas sociais**: uma reflexão sobre o conteúdo teórico e metodológico da pesquisa avaliativa. IN. SILVA, Maria Ozanira da Silva e (coord). **Pesquisa avaliativa**: aspectos teóricos-metodológicos. São Paulo: Veras, 2008.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. **Avaliação de políticas e programas sociais**: uma reflexão sobre o conteúdo teórico e metodológico da pesquisa avaliativa. IN. SILVA, Maria Ozanira da Silva e (coord). **Pesquisa avaliativa**: aspectos teóricos-metodológicos. São Paulo: Veras, 2013.

SIMÕES, Julio Assis. **Homossexualidade e movimento LGBT**: estigma, diversidade e cidadania. In: [S.l: s.n.], 2016.

SOUSA, Tuanny Soeiro. **O nome que eu (não) sou**: retificação de nome e sexo de pessoas transexuais e travestis no registro civil. Rio de Janeiro: Lúmen Juris, 2016.

SOUZA-LOBO, Elisabeth. **A classe operária tem dois sexos**: trabalho, dominação e resistência. 3. ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, Editora Expressão Popular, 2021. E-book. 304 p.

SPOSATI, Aldaíza. **Regulação social tardia**: características das políticas sociais latino-americanas na passagem entre o segundo e terceiro milênio. Disponível no site: <http://repositorio.ulusiada.pt/handle/11067/4180>. Acessado em: 20 de maio de 2023.

TROTSKY, Leon. **A Revolução Traída**. São Paulo: Expressão Popular, 2004. Disponível em: <<https://archive.org/details/TROTSKYLEON.ARevoluoTrarda>>. Acesso em: 20 de julho de 2023.

TSE – Tribunal Superior Eleitoral. **Estatísticas Eleitorais**. Brasil: TSE, 2021. Disponível em: <https://www.tse.jus.br/eleicoes/estatisticas/estatisticas-eleitorais>. Acessado em 08 de julho de 2021.

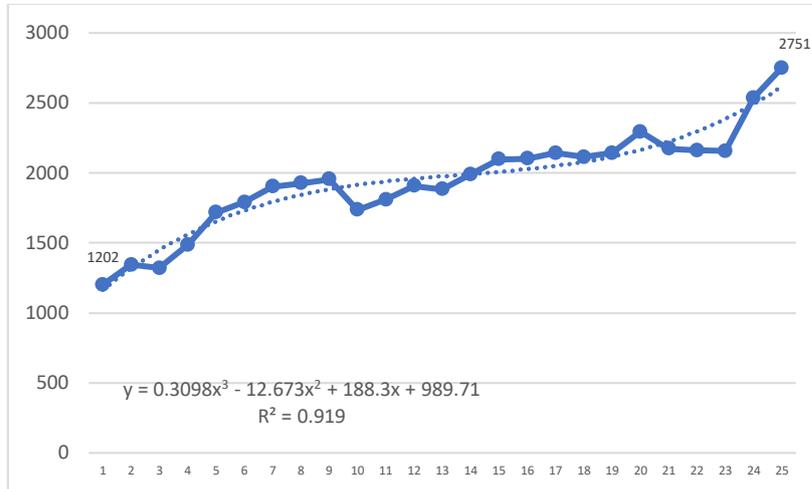
VAITSMAN, Jeni; Ribeiro, José Mendes; Lobato, Lenaura de V. C. Análise de políticas, políticas de saúde e a Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 23 [2]: 589-611, 2013.

VIANA, Maria Lúcia Teixeira Werneck. **Reforma do Estado e política social**: notas à margem do tema. IN: BEHRING. Elaine Rossetti. AMEIDA. Maria Helena Tenório (Orgs). São Paulo: Cortez: Rio de Janeiro: FSS/UERJ, 2010.

WEBER, Max. **Os fundamentos da organização burocrática**: uma construção de tipo ideal. IN: Campos, E. (Org.). Sociologia da burocracia. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

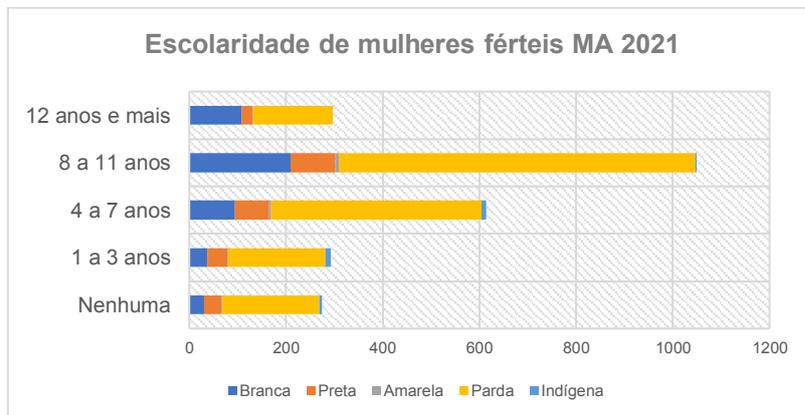
WOLLSTONECRAFT, Mary. **Reivindicação dos direitos da mulher**. São Paulo: Boitempo, 2016.

Gráfico 13: SIM – Linha de tendência de Óbitos de mulheres - MA



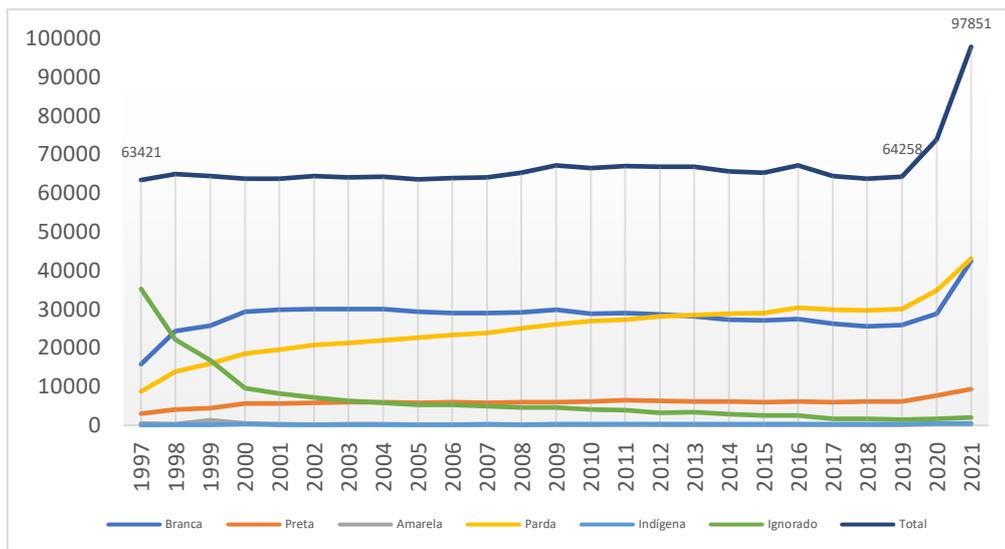
Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM, 2023.

Gráfico 14: SIM – Escolaridade de mulheres férteis - Óbitos - MA 2021



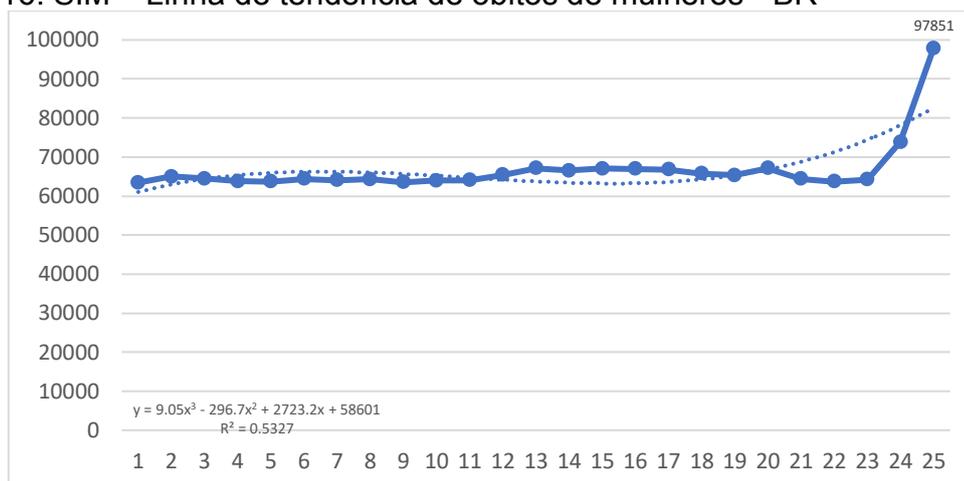
Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM, 2023.

Gráfico 15: SIM – Óbitos de mulheres férteis - BR



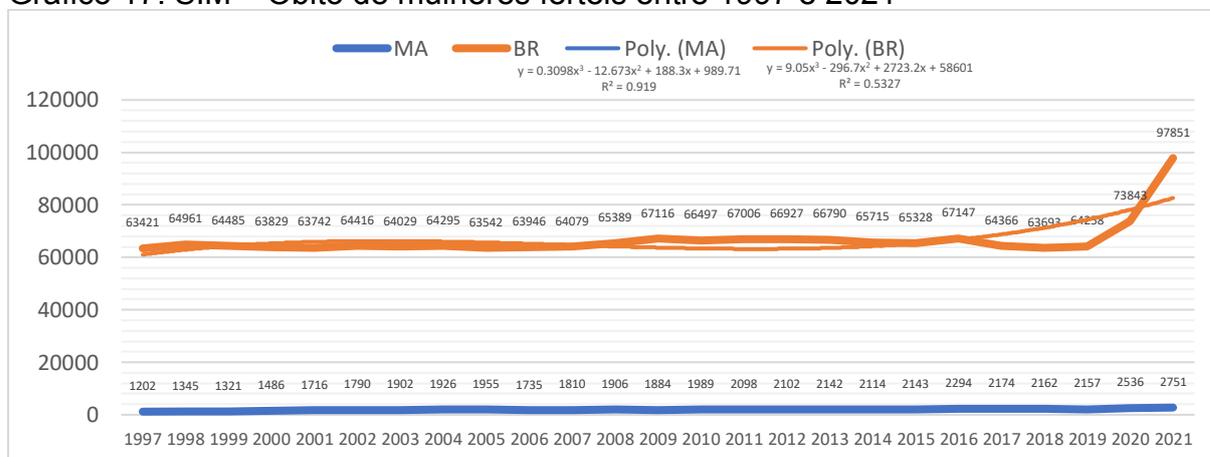
Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM, 2023.

Gráfico 16: SIM – Linha de tendência de óbitos de mulheres - BR



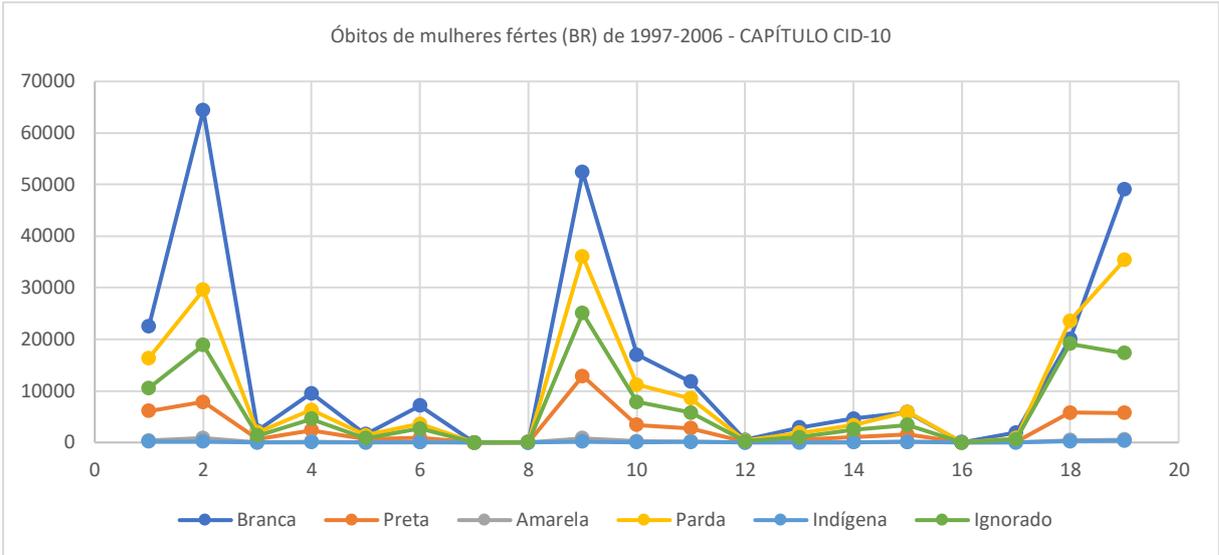
Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM, 2023.

Gráfico 17: SIM – Óbito de mulheres férteis entre 1997 e 2021



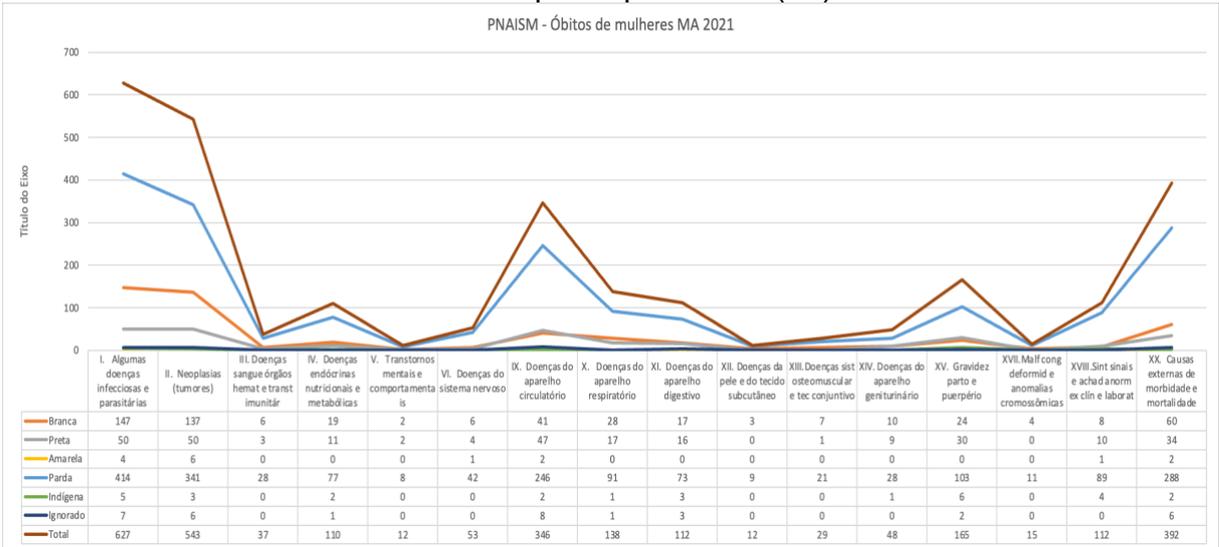
Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM, 2023.

Gráfico 18: SIM – Óbito de mulheres férteis entre 1997 e 2021



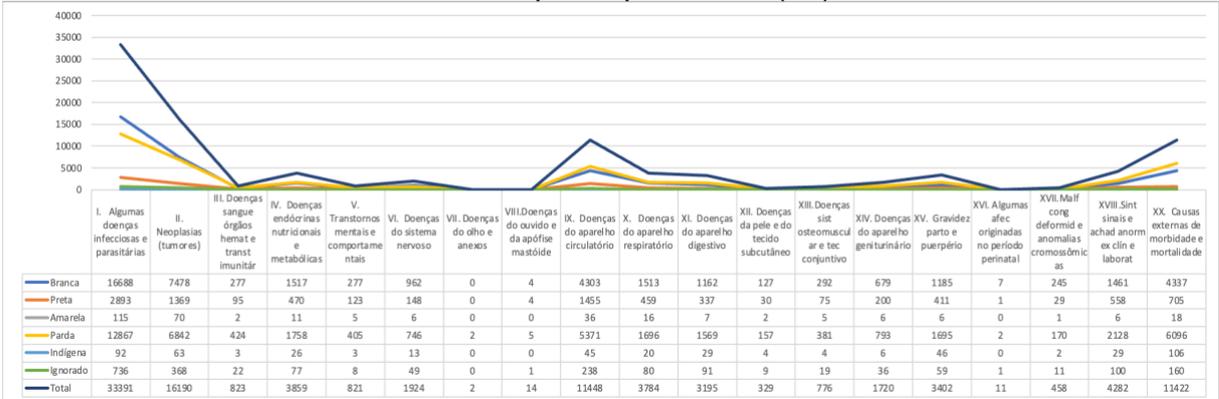
Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM, 2023.

Gráfico 19: SIM – Óbito de mulheres por capítulo CID (10) – MA 2021



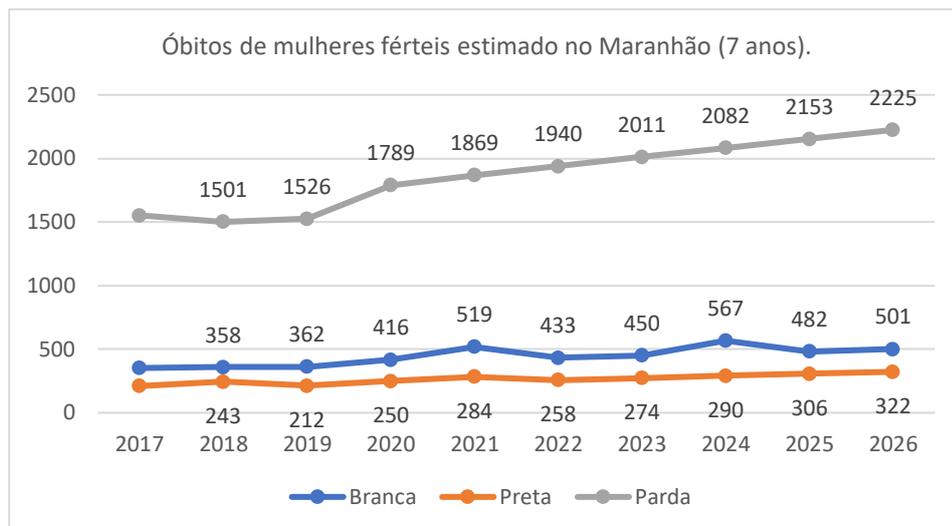
Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM, 2023.

Gráfico 20: SIM – Óbito de mulheres por capítulo CID (10) – BR 2021



Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM, 2023.

Gráfico 21: SIM – Óbitos de mulheres férteis estimado no Maranhão



Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM, 2023.