

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL
CAMPUS DE ARAPIRACA
ESPECIALIZAÇÃO EM GÊNERO E DIVERSIDADE NA ESCOLA**

TERESA CARINE NUNES DE OLIVEIRA

**AS MULHERES DE DIREITOS: AS LUTAS PELA IGUALDADE E O DIREITO
À SAÚDE**

Arapiraca, 2016

Teresa Carine Nunes de Oliveira

As mulheres de direitos: as lutas pela igualdade e o direito à saúde

**Artigo apresentado como requisito parcial
para obtenção do grau de Especialista da
Universidade Federal de Alagoas, Ufal,
Campus de Arapiraca.**

**Orientadora: Prof.^a Ms. Carla Gillyane S.
Nascimento.**

Arapiraca

2016

Teresa Carine Nunes de Oliveira

As mulheres de direitos: as lutas pela igualdade e o direito à saúde

Artigo apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Especialista da Universidade Federal de Alagoas, Ufal, Campus de Arapiraca.

Data de Aprovação: 10/12/2016

Banca Examinadora

Elvira Simões Barretto
Coord. NTMC
SIAPE: 1121158


Profa. Dra. Elvira Simões Barretto

**Coordenadora Geral do Curso de Gênero e Diversidade na Escola
GDE/UFAL**

Prof.^a Dr.^a Elvira Simões Barretto
Universidade Federal de Alagoas – UFAL
Campus A. C. Simões
Orientadora

AS MULHERES DE DIREITOS: AS LUTAS PELA IGUALDADE E O DIREITO À SAÚDE

Carla Gillyane S. Nascimento¹
Teresa Carine Nunes de Oliveira²

RESUMO

Com essa pesquisa se busca compreender a condição de inferioridade feminina posta historicamente, na qual lhe são negados direitos políticos, civis e sociais. O método adotado foi o crítico-dialético e os instrumentos metodológicos utilizados foram as pesquisas bibliográfica e documental. Fundamentado, principalmente, com os autores Pinsky e Pedro (2005), Mott (2001), Bravo (2008), Pitanguy (2004), documentos do Ministério da Saúde dentre outros autores. Nessa pesquisa, retoma-se as relações de desigualdade das mulheres, especificando as particularidades provenientes da condição de gênero, assim como a trajetória de contestação, movimento, lutas e conquistas cuja agenda abrange direitos políticos e sociais. A seguir, apresenta-se, a trajetória das mulheres no Brasil, abordando, em especial, a organização da política de saúde e a incorporação da intervenção na saúde da mulher em dois momentos: o primeiro momento refere-se às primeiras décadas do século XX quando os médicos puericultores e as mulheres de classe média e alta passaram a defender a criação de políticas públicas voltas à maternidade e a infância. O segundo momento esboça a trajetória de lutas dos movimentos de mulheres exigindo a estruturação da política de saúde da mulher que resulta no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983.

PALAVRAS-CHAVE: Gênero. Feminismo. Política de Saúde da Mulher.

ABSTRACT

With this research we seek to understand the female inferiority condition called historically, in which you are denied political, civil and social. The method adopted was the critical-dialectical and the methodological tools used were bibliographical and documentary research. Based mainly with authors Pinsky and Pedro (2005), Mott (2001), Bravo (2008), Pitanguy (2004), Ministry of Health documents from other authors. In this research, taken up the relations of inequality of women, specifying the particulars from the gender condition, as well as the trajectory of defense, movement, struggles and achievements whose agenda covers political and social rights. Then, to present the trajectory of women in Brazil, addressing in particular the organization of health policy and the incorporation of intervention in women's health in two stages: the first time refers to the first decades of the twentieth century when puericulture doctors and the middle and upper class women began to advocate the creation of public policy turns to motherhood and childhood. The second stage outlines the history of women's movements' struggles demanding the structuring of the health policy of women which results in the Integral Assistance Program for Women's Health (PAISM) in 1983.

Keywords: Gender. Feminism. Women's Health Policy.

¹ Graduada em Pedagogia – UFAL; Mestra em Educação – PPGE; Grupo Juventudes, Culturas e Formação - Universidade Federal de Alagoas.

² Graduada em Serviço Social - UFAL; Pós-graduada em Saúde Pública – FERA; Pós-graduada em Gênero e Diversidade na Escola - UFAL.

1 INTRODUÇÃO

Este artigo busca constatar se a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que foi conquistado pela luta dos movimentos de mulheres possibilitou avanços para a saúde da mulher. O interesse em estudar a temática nasceu primeiramente através da participação de um projeto intitulado “Rede Cegonha” desenvolvido pela Universidade Federal de Alagoas em parceria com o município de Arapiraca. E, posteriormente, quando iniciei a Especialização em Gênero e Diversidade na Escola, mais precisamente no módulo II, unidade II onde estudamos as questões de Gênero. A referida unidade intitulada: Pensamento feminista na perspectiva histórico-crítica, sua relação com os movimentos sociais e com as mudanças na organização social.

O estudo fundamentou-se na perspectiva crítico-dialética, a qual orientou todo o processo de investigação, por ser um método que possibilita adentrar e compreender as contradições inerentes às relações sociais, que está inserido o objeto de estudo. Para alcançar o objetivo proposto, utilizamos como procedimentos metodológicos a pesquisa bibliográfica e documental.

Inicialmente, reporta-se a trajetória de lutas na busca por igualdade e proclamação de direitos a partir do final do século XVIII, mostrando a condição de inferioridade feminina no que tange seus direitos políticos e civis. Em seguida, apresenta o surgimento do Feminismo e a ação das mulheres nos movimentos sociais no século XIX, onde já se reivindicava por direitos trabalhistas. Bem como, nas primeiras décadas do século XX, as mulheres erguem a luta pelo direito do voto, acesso ao curso superior e ampliação do campo de trabalho. Neste período, a atuação feminina benemerente se constitui como fundamental para a construção da política de saúde materna e infantil.

Mencionamos ainda, as precárias condições de saúde no início do século XX e o princípio da intervenção estatal na saúde, mesmo que de forma limitada. Saliento, que em 1934 foi aprovada a Constituição Federal que buscou garantir direitos as mulheres, incorporando a saúde da mulher nas políticas nacionais. No entanto, a mulher era concebida apenas na sua função reprodutiva e maternal, dos anos 1930 até 1970, quando a atenção à saúde era restrita aos cuidados a gravidez e ao parto, excluindo-se os direitos sexuais e as questões de gênero.

Em seguida, fazemos referencia aos anos 1960 e 1970, nos quais surgiu a noção de direitos sexuais e reprodutivos, apontando que neste período as mulheres começaram a decidir sobre sua sexualidade. Posteriormente, mostramos o surgimento do Feminismo como ator político na esfera pública, nos anos de 1975 a 1982, no período de transição democrática do Brasil. Entre 1982 a 1990 inseriu-se na agenda de políticas públicas no país, onde temos a implantação do PAISM em 1983 como fruto das reivindicações das mulheres.

2 O DESPERTAR PARA A LUTA: A BUSCA POR DIREITOS

A trajetória de lutas teve início no século XVIII que, baseando-se em teorias iluministas, muitas mulheres passaram a reivindicar direitos para si frente à condição de subalternidade que estavam submetidas. Para alguns filósofos da época, elas deveriam ser subordinadas aos homens, por entenderem que não possuíam as mesmas capacidades, deste modo, às mulheres eram vistas como inferiores. O filósofo Rousseau, por exemplo, é um dos que duvidava da capacidade da mulher, pois afirmava que as mulheres “[...] não conseguem raciocinar do mesmo modo que os homens, pois são movidas mais pelas paixões uma tendência, no limite, perigosa ao bom funcionamento da sociedade” (PINSKY; PEDRO, 2005, p. 266).

No século XVIII, a Revolução Francesa e a Revolução Americana foram marcos históricos nas lutas por igualdade e na proclamação de direitos. Em meados dos anos de 1770, a Revolução Americana foi pioneira na formulação dos direitos humanos, colocando como objetivo principal do Estado à preservação das liberdades do povo. A Declaração de Independência dos Estados Unidos da América proclama a igualdade e, considera como direitos inalienáveis a vida, a liberdade e a busca da felicidade. No entanto, na referida declaração estavam excluídos os índios, os escravos negros e as mulheres. Assim sendo, “as mulheres continuavam sem direitos políticos e civis” (SINGER, 2005, p. 202).

Quanto às mulheres, ‘eram politicamente invisíveis. Embora necessidades práticas dessem às mulheres certa autoridade no lar, na fazenda ou em ocupações como parteira, elas simplesmente eram ignoradas em qualquer consideração de direitos políticos, qualquer noção de igualdade civil’. Dos três agrupamentos excluídos, quem começou antes a se levantar e organizar a luta pelos seus direitos foram as mulheres. Tudo começou quando as primeiras abolicionistas foram proibidas de participar do movimento, tomando conhecimento então de sua inferioridade. (Ibid., p. 202, grifos do autor).

Nestas condições, a partir de 1830 começou a surgir o movimento pelos direitos das mulheres no movimento abolicionista, pois elas começaram a perceber que não podiam atuar politicamente iguais aos homens (Ibid.).

Na Revolução Francesa, as mulheres participaram ativamente dos momentos iniciais, questionando o Estado e a economia, exigindo direitos (PINSKY; PEDRO, 2005). A Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão aprovada em 1789 proclamou que os homens nascem e permanecem livres e iguais em direitos. Porém, “distinguiu entre cidadãos ativos, com todos os direitos, e passivos, com direitos legais e humanos, mas não políticos” (SINGER, 2005, p. 214). Incluíam-se na segunda condição as mulheres, os assalariados, os sem-residência fixa.

Segundo Pinsky e Pedro (2005), os códigos de lei nacionais reforçaram as concepções tradicionais da inferioridade e dependência feminina, estabelecendo, inclusive, condições desfavoráveis às mulheres casadas.

No final do século XVIII e início do século XIX, as mulheres trabalhadoras ocupavam os setores mais vulneráveis e as posições subordinadas, bem como o salário era inferior ao dos homens. A incorporação do trabalho feminino (e infantil) na indústria significou a intensificação do grau de exploração do trabalho. Neste período, as mulheres não podiam contar com o apoio dos homens para lutarem por melhorias no trabalho, tendo em vista que eles enxergavam as mulheres como concorrentes e defendiam que elas deveriam ficar em casa cuidando dos afazeres domésticos, pois consideravam as operárias como uma trabalhadora incompleta. Apenas no fim século XIX, as mulheres conseguiram se juntar aos sindicatos, reivindicando pagamento igual para trabalho igual, ampliando sua participação nos sindicatos (PINSKY; PEDRO, 2005).

A educação formal para as mulheres no século XIX tinha o intuito que elas se tornassem cumpridoras de seus papéis femininos. Surgiram escolas, internatos e cursos, exclusivos para as meninas (Ibid.).

Foi longa e árdua a luta pela ampliação da educação feminina e o preparo profissional das mulheres. O combate foi feito principalmente por mulheres das classes média e alta que, a partir da segunda metade do século XIX, encorparam campanhas e manifestos para obter para si e suas descendentes o direito que seus irmãos, companheiros e filhos homens tinham de frequentar escolas e universidades. (Ibid., p. 275).

Assim, no século XIX “ganhavam força as imagens polarizadas entre homens e mulheres, feminino e masculino, da “evidência” da incapacidade feminina e da “natural” autoridade masculina, justificando discriminações e disparidades” (Ibid., p. 267). Confrontando a esta condição, desponta o Feminismo e a ação das mulheres nos movimentos sociais. Dentre as lutas que se intensificaram no século XIX, inclusive no Brasil, incluem-se o movimento das mulheres pelos direitos iguais.

Duarte (2003) salienta ainda, que as mulheres que tiveram a oportunidade de estudar nesse período, por terem uma educação diferenciada, enfrentaram a opinião pública conservadora da época, que argumentava que mulher não precisava saber ler e nem escrever. As posições conservadoras passaram a ser contestadas, resultando na legislação que autorizou a abertura de escolas públicas femininas.

A presença de meninas nos estabelecimentos escolares só foi permitida por lei no Brasil a partir de 1827. O acesso à universidade foi liberado em 1879, mas poucas tinham a coragem de enfrentar os preconceitos então existentes com relação às mulheres com o curso superior. ‘Lugar de mulher é em casa, cuidando da família’. Estudar, só se for para aperfeiçoar-se dos papéis de esposa e de mãe (MORAES, 2005, p. 498).

Já em 1910, as mulheres brasileiras ergueram a luta pelo direito ao voto, e se organizavam no movimento sufragista. Nesta mesma década, conquistas pontuais no âmbito trabalhista e ainda na saúde são visualizadas, como profere Mott (2001, p. 207) “[...] a partir de 1910, em algumas cidades, as professoras primárias obtiveram dois meses de licença maternidade com vencimentos e proibiu-se o trabalho das mulheres no último mês de gravidez e no primeiro do puerpério”. Na década seguinte, as feministas além de lutar pelo direito ao voto, protestam pelos obstáculos no acesso ao “curso superior e à ampliação do campo de trabalho, pois queriam não apenas ser professoras, mas também trabalhar no comércio, nas repartições, nos hospitais e indústrias” (DUARTE, 2003, p. 160).

Nas primeiras décadas do século XX, verificou-se que as expressões da questão social como mortalidade materna e infantil mobilizaram distintos sujeitos para formulação de respostas. Martins (2005, p. 05) assinala que agentes públicos e médicos passaram “a defender a formulação e execução de políticas públicas de proteção à maternidade e à infância”. Os médicos puericultores passaram a desenvolver ações voltadas “a produção do saber especializado na maternidade e na infância, em particular a Puericultura” e a denunciar “o descaso das autoridades públicas com a infância e a

maternidade pobres e as altas taxas de mortalidade materna e infantil no Brasil” (Ibid., p. 05).

Conforme Martins (2005) e Mott (2001), as mulheres das classes média e alta constituíram-se como importantes protagonistas que apresentaram uma decisiva participação na constituição da política de saúde materna e infantil. Martins (2005) ressalta que a atuação feminina benemerente no início do século XX, além de trazer repercussão, antecipou as políticas públicas. Essas mulheres fundaram as entidades filantrópicas, tal como a Cruzada Pró Infância fundada em 1930, na cidade de São Paulo, e em 1922, na cidade do Rio de Janeiro foi fundada a Federação Brasileira pelo Progresso Feminino (FBPF), dirigida por Bertha Maria Júlia Lutz, primeira representante feminina na Câmara Federal (MORAES, 2005). As entidades eram voltadas à educação e à saúde das mulheres e das crianças, com o objetivo de combater a mortalidade infantil (MOTT, 2001).

Essas entidades alcançaram avanços para a saúde da mulher, entre os anos de 1930 e 1945 ao implantar ações e serviços de saúde voltados, principalmente, para mulheres e crianças, além de disseminar o debate sobre a proteção à infância e à maternidade.

Destacou-se a inauguração da Casa Maternal, em 1932, na qual prestava serviços às mães e gestantes. “Vale ressaltar que não havia nenhuma outra instituição pública ou entidade religiosa na cidade de São Paulo, que prestasse o mesmo serviço que a Casa Maternal³”, (MOTT, 2001, p. 225).

É somente a partir da terceira década do século XX frente à emergência da questão social que o Estado passa a intervir na saúde. Compreende-se que se trata de um período de mutações na sociedade marcadas pela industrialização do país, a redefinição do papel do Estado e o surgimento das políticas sociais para responder às manifestações da questão social.

No ano de 1934 foi aprovada a Constituição onde incluiu as propostas que foram discutidas e aprovadas nos Congressos Feministas que buscava garantir direitos às mulheres.

Dentre os itens incluídos na Constituição de 1934 estão: o direito das mulheres votar e serem votadas em situação de igualdade aos homens; de conservarem a nacionalidade e transmitirem aos filhos se casadas

³ Somente em 1939 foi criado por um grupo de médicos e religiosas católicas da ordem Franciscanas Missionárias de Maria, o “Amparo Maternal” e, em 1944, a “Casa Maternal Leonor Mendes de Barros”, pelo governo (MOTT, 2001, p. 225).

com estrangeiros; pagamento igual para trabalho igual; salário mínimo, limite de oito horas de trabalho diário; férias remuneradas; licença maternidade; direito de acesso das mulheres a funções públicas; participação das mulheres na direção e administração de programas de assistência e bem-estar social relativos à maternidade e à infância (MOTT, 2001, p. 217).

Apesar das conquistas, como o voto feminino, a mulher permanece sendo vista como em tempos anteriores, apenas no seu papel reprodutivo e limitado ao papel de cuidar do lar e da família. Dos anos 1930 até a década de 1970, houve a incorporação da saúde da mulher nas políticas nacionais de saúde. No entanto, os programas criados enfocavam a saúde materna e infantil, como também apresentavam uma forma limitada, restrita aos cuidados à gravidez e ao parto.

3 AVANÇO, AMPLIAÇÃO DAS LUTAS E O DIREITO À SAÚDE DA MULHER

Atrelado ao questionamento, contestação às ideias de inferioridade e submissão feminina e à definição tradicional de papéis masculino e feminino surge após a Segunda Guerra, principalmente, a partir dos anos 1960 e 1970, a noção de direitos sexuais e reprodutivos que “significa, para as mulheres, o direito de decidir sobre sua própria sexualidade e sua capacidade reprodutiva, bem como exigir que os homens assumam também a sua parcela de responsabilidade nessa questão” (PINSKI; PEDRO, 2005, p. 301).

Manifestando suas preocupações com as mulheres, as Feministas, organizadas em dispersas e frágeis organizações, introduziram no debate posições firmes sobre as suas aspirações, desconstruindo os argumentos em cena e conclamando a autonomia das mulheres na escolha dos seus destinos relacionados à procriação (COSTA, 2009, p. 1076).

O movimento feminista trazia como objetivo principal a transformação da situação da mulher na sociedade, de modo a superar a desigualdade presente nas relações entre homens e mulheres, inserindo a questão de gênero na esfera pública (FARAH, 2004). As lutas feministas ao longo da sua trajetória unificam-se no confronto à opressão da mulher e, acaba produzindo a consciência de gênero. “O fato de terem nadado contra a corrente faz de suas conquistas algo impressionante” (PINSKI, 2005, p. 287). Apesar das diferenças no enfoque e nas formas de luta, ampliam-se as redes feministas em torno do debate da igualdade e especificidade de gênero.

Pitanguy (2004) apresenta momentos da história recente do movimento de mulheres e sua interlocução com o poder público no Brasil, no primeiro momento, ela contextualiza o período da ditadura e o surgimento do Feminismo como ator político na esfera pública nos anos de 1975 a 1982.

No Brasil o Feminismo irrompe na arena política nos anos 70, década caracterizada por intensa mobilização contra a ditadura e pelo surgimento de movimentos sociais no cenário público. Estes movimentos, que continuam a atuar ao longo dos anos 80, ampliaram o campo do político, alargando a compreensão das contradições sociais para além do estritamente econômico, revelando a existência de outras formas de exercício do poder. Tais movimentos trouxeram o individual para o campo do político, tornando-o coletivo, demonstrando que além das relações de classe também as relações de gênero, raça e etnia se concretizam numa distribuição desigual de poder. É neste momento histórico de autoritarismo, de contestação e de luta que o Feminismo ressurgiu como um movimento organizado, que passa a se constituir em inegável força política, com enorme potencial de transformação social (PITANGUY, 2004, p. 31).

A Organização das Nações Unidas (ONU) nomeou o ano de 1975 como “Ano Internacional da Mulher”. Esta Declaração se estabelece como essencial para o movimento de mulheres no Brasil. “A iniciativa da ONU foi particularmente importante para as mulheres brasileiras, por ter propiciado um espaço de discussão e organização, numa conjuntura política marcada pelo cerceamento das liberdades democráticas” (MORAES, 2005, p. 510). Deste modo, tal iniciativa impulsionou às mulheres, especialmente, em São Paulo e no Rio de Janeiro, a lutarem pela ampliação dos debates em outros âmbitos sociais (Ibid.).

No âmbito internacional, as demandas relativas à mulher ficaram na pauta como prioridades, pois os grupos militantes faziam pressões. Deste modo, em 1979 foi aprovada a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, considerada a “Carta Magna das Mulheres” aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas e somente ratificada no Brasil em 1984 (Ibid.).

Nesta conjuntura, surgiram iniciativas no poder público que decorreram do nascimento de organizações que desenvolveu trabalhos e campanhas, os quais dão visibilidade as suas exigências pelos direitos e reivindicações específicas, bem como lutam pelo fim do regime militar.

Pitanguy (2004) apresenta como o segundo momento do movimento feminista a redemocratização do país e a agenda de políticas públicas para a mulher nos anos de 1983 a 1990.

Dentre as conquistas está a criação do primeiro Conselho Estadual da Condição Feminina, em 1983, e da primeira Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher, em 1985, ambos no Estado de São Paulo. Tais instituições se espalharam em seguida por todo o país (FARAH, 2004, p. 51).

Pitanguy (2004) destaca a importância da criação dos Conselhos Estaduais voltados ao desenvolvimento de políticas para as mulheres, trazendo como marco o ano de 1985 quando o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher estreia uma agenda de políticas públicas a nível federal. Neste período, apresenta-se como marco a Constituição Federal de 1988 que traz relevantes conquistas para as mulheres:

[...] traça um marco normativo igualitário para homens e mulheres no âmbito da sociedade conjugal, reconhece a violência intrafamiliar como questão de governo, afirma o direito a livre escolha no âmbito da reprodução, avança na garantia de Direitos específicos na esfera do trabalho, incluindo o trabalho doméstico, da previdência, da mulher rural (PITANGUY, 2004, p. 32).

No que diz respeito aos assuntos ligados aos direitos reprodutivos, o movimento de mulheres deparava-se, continuamente, com as pressões dos setores mais conservadores, tendo em vista que, é mais complexo tratar de assuntos referentes à sexualidade, a contracepção, a contracepção de emergência e ao abortamento tanto no debate quanto em se tratado de formulação de políticas públicas. É importante ressaltar a diversidade de temáticas presentes na agenda do movimento de mulheres, este a cada dia aponta novas demandas e traz perceptibilidade a segmentos da população feminina brasileira, tais como o movimento de mulheres negras.

Desse modo, o movimento feminista ocupa espaços institucionais para formulação de políticas públicas, nos quais as políticas de igualdade nas relações de gênero se inserem no debate sobre universalização e especificação dos direitos humanos

A partir do final dos anos 1970, a população mobilizou-se para questionar as condições de trabalho e de vida na quais estavam submetidas. Os movimentos sociais foram às ruas, ao passo que, já apresentavam um caráter político. Nas lutas pela democratização do país surgiu o Partido dos Trabalhadores (PT) e juntamente com os movimentos sociais e os movimentos feministas somaram forças fazendo mobilizações, debates e negociações.

Conforme Silveira (2000), a década de 80 trouxe avanços do ponto de vista político e retrocessos do ponto de vista econômico, visto que junto com o aumento da

participação nas decisões políticas houve o aumento da concentração da renda e o agravamento das questões sociais. Em um contexto de crise econômica no Brasil, a saúde passa a ser discutida por representantes da sociedade civil, deixando de ser apenas uma questão que diz respeito aos governantes e técnicos e passa a ser uma questão democrática discutida pela coletividade.

Constatou-se que os movimentos feministas organizados, principalmente, a partir das décadas de 1960 e 1970, faziam fortes críticas à perspectiva reducionista dos programas e propunham a ampliação da política de saúde da mulher a partir da especificidade de gênero (BRASIL, 2004). Caracterizados como programas materno-infantis, nas décadas de 30, 50 e 70, “traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares” (Ibid., p. 15).

Propagam-se visões que abrangem a extensão dos direitos humanos e questões relacionadas à cidadania, as contrapondo-se às visões mais limitadas que abordam apenas os aspectos da biologia e anatomia do corpo feminino. Nesta última, a maternidade é sua principal função, na qual seu corpo é considerado somente no seu papel reprodutivo. “A saúde da mulher limita-se à saúde materna ou à ausência de enfermidade associada ao processo de reprodução biológica. Nesse caso estão excluídos os direitos sexuais e as questões de gênero” (COELHO, 2003 apud BRASIL, 2004, p. 11).

Há análises que demonstram que esses programas preconizavam as ações materno-infantis como estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, como era o caso das crianças e gestantes. Outra característica desses programas era a verticalidade e a falta de integração com outros programas e ações propostos pelo governo federal. As metas eram definidas pelo nível central, sem qualquer avaliação das necessidades de saúde das populações locais. Um dos resultados dessa prática é a fragmentação da assistência (COSTA, 1999) e o baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher (BRASIL, 2004, p. 15).

O movimento feminista critica o controle de natalidade e defende o planejamento familiar com autonomia de decisão das pessoas,⁴ pois o fato de inexistir uma política nacional abre brechas para o funcionamento de instituições de cunho

⁴ A Lei Nº 9.263 que regulamenta o planejamento familiar só é aprovada em 1996 (BRASIL, 2010).

controlista. Dentre estas instituições destacava-se a atuação da Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM). “A BEMFAM foi à primeira instituição a realizar o planejamento familiar no Brasil, era uma instituição privada sem fins lucrativos, fundada no Rio de Janeiro em 1965. Porém, atuava em quase todo o território nacional, e em 1971 foi considerada de utilidade pública” (COSTA, 2009).

Em tais instituições o planejamento familiar era feito separado dos serviços de atenção à saúde, assim, o país não dispunha de uma política nacional e os serviços públicos de saúde estavam despreparados para essa demanda, resultando em risco à saúde das mulheres e não permitia a livre escolha contraceptiva. Esta crítica compôs o conjunto das reivindicações feministas. As mesmas faziam críticas às instituições que atuavam no controle demográfico, e se contrapunham aos argumentos que mutilavam a autonomia das mulheres (Ibid.).

Logo, a compreensão da vinculação entre as relações sociais desiguais de gênero e o processo de saúde e doença impulsionou os movimentos de mulheres a exigir a estruturação da política de saúde da mulher, negando o seu caráter limitado à gravidez e ao parto e propondo ações.

A partir da percepção de que as relações sociais desiguais de gênero se traduzem também em problemas de saúde que afetam particularmente a população feminina, grupos organizados de mulheres embasadas nesse argumento propuseram que a perspectiva de mudança das relações sociais entre homens e mulheres servisse de base à elaboração, execução e avaliação das políticas de saúde da mulher. Esses grupos reivindicaram sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que extrapolavam o momento da gestação e do parto, demandando ações que lhes proporcionassem melhoria das condições de saúde em todos os momentos e em todas as dimensões da vida. Em função dessas relações de desigualdades, homens e mulheres estão expostos a padrões distintos de adoecimento, sofrimento e morte, originando uma maior vulnerabilidade às condições de saúde feminina (PEDROSA, 2005 apud VELOSO, 2009, p. 35).

Constituem-se expressões de desigualdades a pobreza, condições de trabalho, atividades não remunerada, dificuldades de acesso aos serviços. Existem as diferenças de gênero no trabalho, tais como o fato das mulheres trabalharem durante mais horas do que os homens; o fato de passar a maior parte do seu tempo exercendo atividades não remuneradas; recebem salários inferiores aos homens mesmo cumprindo a mesma função; ficar encarregada de cuidar dos filhos sozinha mesmo ambos pai e mãe trabalhando fora, as atividades domésticas são destinadas apenas a mulher, confirmando que,

[...] que as desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres se traduziam também em problemas de saúde que afetavam particularmente a população feminina. Por isso, fazia-se necessário criticá-los, buscando identificar e propor processos políticos que promovessem mudanças na sociedade e conseqüentemente na qualidade de vida da população (BRASIL, 2004, p. 16).

Dessa forma, através de reivindicações das mulheres por seus direitos, por transformações nas políticas de saúde, exigindo a ampliação das políticas voltadas à saúde da mulher, para que fosse atendida em todas as etapas da vida, e considerando as condições dos distintos grupos foi formulado e implantado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983 (FARAH, 2004).

Assim sendo, as primeiras políticas públicas com recorte de gênero foram implantadas na década de 80, incluindo-se a criação do PAISM que decorreu do processo de luta das mulheres e organização do movimento de mulheres no Brasil, intervindo no processo político no contexto de redemocratização do País, em conjunto com o movimento de reforma sanitária.

Esta conjuntura impôs atitudes ao governo e cumpre reconhecer que as fontes inspiradoras destas mudanças nas políticas de saúde da mulher que resultaram no PAISM foram, pela vertente da saúde, o movimento da reforma sanitária e, pela vertente das concepções políticas específicas sobre as mulheres, o então incipiente movimento feminista (COSTA, 2009, p. 1076).

Deste modo, o movimento feminista levantou a bandeira “nosso corpo nos pertence”, ao lado das lutas por legitimidade e espaço no mercado de trabalho, bem como contra a violência que as mulheres estavam submetidas.

O PAISM apresentou como principal objetivo a atenção integral à saúde da mulher, buscando romper com conceitos e princípios que orientavam a política de saúde das mulheres bem como com as formas de seleção que persistia no modelo anterior. “O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, assim como a integralidade e a equidade da atenção” (BRASIL, 2004, p.16).

Do ponto de vista conceitual, a operacionalização da ideia de integralidade foi o maior desafio, uma vez que exigia dos gestores e profissionais uma postura que extrapolava a capacitação técnica para

responder isoladamente a cada um dos problemas femininos de saúde. (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004, p. 1282).

O Programa traz mudanças à saúde da mulher tais como ações educativas, de prevenção para que a mulher possa diagnosticar precocemente se tem algum problema de saúde e possa tratar e se recuperar. Oferta atendimento ginecológico, no pré-natal, parto e puerpério, bem como, no climatério, além disso, inclui o planejamento familiar e tratamento para as mulheres que tem câncer de colo de útero e de mama e DSTs dentre outros problemas (BRASIL, 2004). No entanto, apesar do avanço na construção da proposta persistem posicionamentos conservadores que buscam bloquear a implementação plena e a radicalidade do Programa.

Embora o PAISM tenha como seu maior saldo a construção de uma referência política para os direitos e a saúde das mulheres que passam a ser adotados pelos setores mais engajados e progressistas da sociedade, a sua implementação plena e nem a sua radicalidade foram efetivadas na prática. Na verdade, as concepções do PAISM ocasionaram incômodos aos saberes e poderes instituídos na área da saúde da mulher, particularmente setores da corporação dos profissionais ginecologistas e a Igreja Católica. A Igreja, tão logo teve oportunidade, assumiu o comando do programa e, em aliança com entidades dos profissionais médicos, atuou retrocedendo as ousadas bases programáticas do PAISM (COSTA, 2013, p.2).

Percebe-se que permanecem desafios a serem enfrentados para que a assistência à saúde da mulher seja efetivada com qualidade, para tanto é necessário o compromisso político para com as mulheres, situada no processo de constituição do SUS.

O processo de construção do SUS tem grande influencia sobre a implantação do PAISM. A municipalização da gestão do SUS vem se constituindo num espaço privilegiado de reorganização das ações e dos serviços básicos, entre os quais se colocam as ações e os serviços de atenção à saúde da mulher, integrados ao sistema e seguindo suas diretrizes (BRASIL, 2004. p. 17).

A criação dos SUS trouxe novidades à política de saúde, tais como a reestruturação da atenção básica, através da estratégia do Programa Saúde da Família e o processo de municipalização, a partir dos anos 1990 (BRASIL, 2004).

Portanto, em estudos realizados ao avaliar as etapas de implementação da política de saúde da mulher encontra-se a presença de dificuldades na implantação das ações preconizadas pelo PAISM, e percebe-se que a maioria dos municípios enfrentam dificuldades políticas, técnicas e administrativas (Ibid.).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No estudo para a elaboração deste artigo retomou-se a condição posta historicamente de inferioridade feminina, da segregação sexual dos espaços público e privado, reforçando a subordinação das mulheres aos homens e negando-lhes direitos civis, políticos e sociais.

A mulher era vista apenas como dona de casa e mãe, a ela cabia os afazeres domésticos e o cuidado da família. Ao tempo em que a educação formal para as mulheres no século XIX tinha como objetivo tornar as mulheres cumpridoras de seus papéis tradicionais femininos. Nessas condições, elas passaram a perceber o quanto estavam sendo inferiorizadas, foi então que surgiram os movimentos das mulheres e dentro dele o movimento feminista com diversas vertentes.

No Brasil, verificou-se nas primeiras décadas do século XX a emergência da questão social, expressa nas condições de saúde precárias, no índice de mortalidade materna e infantil elevados. É neste período que o Estado passa a intervir na saúde, pois tais condições poderiam influenciar a economia. Deste modo, entre 1930 e 1970 a saúde da mulher foi incorporada as políticas nacionais de saúde, no entanto, os programas eram limitados à atenção a gravidez e ao parto.

A partir dos anos 1970 o movimento feminista no Brasil destaca-se como importante sujeito político na defesa de igualdade e de políticas para assegurá-las. Os movimentos de mulheres passaram a exigir a estruturação da política de saúde da mulher por compreenderem as relações sociais desiguais de gênero, assim como as condições históricas que mostram a sua especificidade. Contribui para este período o amadurecimento teórico e político dos movimentos de mulheres nos anos 1960 e 1970, resultando na noção de direitos sexuais e reprodutivos, ressaltando-se o direito de decidir sobre sua própria sexualidade e sua capacidade reprodutiva.

A implantação do PAISM, como fruto das reivindicações das mulheres por seus direitos e por transformações na política de saúde da mulher, apresentou como principal objetivo a atenção integral à saúde da mulher, trazendo ações educativas, atendimento ginecológico, planejamento familiar e tratamento para as mulheres que tem câncer de colo de útero e de mama e DSTs e etc.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília: 2004. 80 p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf> Acesso em: 05 mai. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância e Saúde. **Doenças infecciosas e Parasitárias – Guia de Bolso**. 8. Ed. Revista. Brasília: 2010. 454 p.. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doen_infecciosas_guia_bolso_8ed.pdf> Acesso em: 13 mai. 2016.
- BRAVO, M. Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete [et al.] (orgs). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília-DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.
- COSTA, Ana Maria. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 1073-1083, 7 de maio de 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a09v14n4.pdf>> Acesso em: 22 abr. 2016.
- COSTA, Ana Maria. **Saúde integral da mulher: quo vadis 30 anos depois?** Disponível em: <<http://cebes.org.br/verBlog.asp?idConteudo=4225&idSubCategoria=56>> Acesso em: 10 mai. 2016.
- DUARTE, Constância Lima. Feminismo e literatura no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.17, n. 49, p. 151-172, 16 set. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v17n49/18402.pdf>> Acesso em: 26 mai. 2016.
- FARAH, Marta Ferreira Santos. Gênero e políticas públicas. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.12, n.1, p. 47-71, jan./abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v12n1/21692.pdf>> Acesso em: 6 mai. 2016.
- MARTINS, Ana Paula Vosne. **História da Maternidade no Brasil: arquivos, fontes e possibilidades de análise**. In: XXIII SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 2005, Londrina. p. 9. Disponível em: <<http://anpuh.org/anais/wp-content/uploads/mp/pdf/ANPUH.S23.1099.pdf>> Acesso em: 18 abr. 2016.
- MERHY, Emerson E.; QUEIROZ, Marcos S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.9, n.2, p. 177-184, abr./jun. 1993. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n2/09.pdf>> Acesso em: 27 mai. 2016.
- MORAES, Maria Lygia Quartim. Cidadania no Feminismo. In: PINSKY, Jaime; PINSKY, Carla Bassanezi (org.): **História da Cidadania**. 3. Ed. São Paulo: Contexto, 2005.
- MOTT, Maria Lúcia. Maternalismo, políticas públicas e benemerência no Brasil (1930-1945). **Cadernos pagu**, São Paulo, v.16, p.199-234, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n16/n16a10.pdf> Acesso em: 12 mai. 2016.

PINSKY, Carla Bassanezi; PEDRO, Joana Maria. Igualdade e Especificidade. In: PINSKY, Jaime. PINSKY, Carla Bassanezi (org.). **História da Cidadania**. 3. Ed. São Paulo: Contexto, 2005.

PITANGUY, Jacqueline. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. In: BRASIL. **Anais da I Conferência**. Brasília: 2004. 164 p. (Série Documentos).

SERRUYA, Suzanne Jacob; CECATTI, José Guilherme; LAGO, Tania di Giacomo do. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p. 1281-1289, set./out. 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/22.pdf>> Acesso em: 16 mai. 2016.

SILVEIRA, Ricardo de Jesus. O Legado dos Movimentos Sociais dos Anos 70-80'. **Revista Mediações**, Londrina, v. 5, n. 1, p. 79-94, jan./jun. 2000.

SINGER, Paul. A cidadania para todos. In: PINSKY, Jaime; PINSKY, Carla Bassanezi (org.) **História da Cidadania**. 3. Ed. São Paulo: Contexto, 2005.