

# Gênero, saúde da mulher e integralidade: confluências e desencontros

WILZA VIEIRA VILLELA  
ELEONORA M. OLIVEIRA

## Introdução

Os seres humanos constroem suas identidades e práticas sociais a partir de se perceberem como homens ou mulheres, processo relacionado não à anatomia dos corpos, mas aos sentidos culturais, políticos e sociais atribuídos ao ser mulher ou homem, o *gênero*. Definindo dimensões da vida como o uso do corpo, do tempo, modos de expressão e pautas de comunicação, gênero é um poderoso dispositivo de organização da subjetividade e da vida cotidiana; conseqüentemente, também do processo saúde-doença.

Tendo em vista a importância da abordagem de gênero na formulação de políticas e programas em saúde, este texto busca refletir sobre as diferentes maneiras como esse conceito tem impactado, ou não, as ações de saúde em nosso país.

Para tanto é aberto um diálogo entre as proposições de integralidade contidas no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de 1984, e alguns dos sentidos atualmente atribuídos à idéia de integralidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Toma-se como pressuposto que os conteúdos relativos à integralidade, no PAISM, buscavam operacionalizar a perspectiva hegemônica àquele momento sobre gênero e saúde, e que integralidade, hoje, estabelece fronteiras com as demais diretrizes do SUS, em especial a diretriz de equidade, na qual se situariam ações voltadas para a promoção da equidade de gênero.

É também assumido que as ações de saúde e o próprio sentido dos termos *saúde* e *ações de saúde* são dotados de historicidade e respondem tanto a condições materiais e políticas de ofertas de serviços, como a tensões e pressões de grupos organizados em torno de ideários específicos.

Neste sentido, a proposta de uma “abordagem de gênero” na saúde e os modos como isto deve ser operacionalizado também devem ser problematizados em função do contexto sócio-histórico que lhe dá origem. Na década de 80, a discussão que se iniciava sobre gênero e saúde no Brasil estava relacionada a uma agenda do movimento feminista, àquele momento muito expressivo no país e no mundo, em que o tema da saúde era prioritário, pressionando para uma revisão na atenção à saúde das mulheres no sentido de atenção integral, para além dos cuidados no ciclo gravídico puerperal. Na década de 90, a importância do movimento social de luta contra a Aids produziu uma importante inflexão no sentido de marcar, como abordagem de gênero, o reconhecimento da diversidade sexual, bem como a importância do reconhecimento das masculinidades e suas demandas específicas para a saúde. No século XXI, o enfrentamento da violência, em todas suas formas de expressão, vai permear as agendas dos diferentes movimentos sociais e entra na saúde articulado à discussão do gênero, na assunção de que a própria desigualdade de gênero é uma expressão de violência, tanto quanto a cultura de gênero favorece, de modo distinto, a exposição de homens e mulheres a eventos violentos.

Fugindo ao escopo deste texto e à competência de suas autoras qualquer tentativa de periodização ou mesmo uma análise exaustiva das inflexões que marcam uma dada agenda da saúde, o que se busca aqui é contribuir para um entendimento das possibilidades de contínua adequação das ofertas do SUS às necessidades de mulheres e homens concretos.

### **Gênero e saúde**

A partir da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD, Cairo, 1994) o termo *gênero* ganhou espaço definitivo nos documentos e recomendações das agências internacionais voltadas para a saúde. O amplo uso desse termo assinala o reconhe-

cimento de que os sentidos socialmente atribuídos ao ser homem ou ser mulher determinam trajetórias de vida, estando assim inextricavelmente relacionados aos processos de adoecimento e morte. Ademais, o reconhecimento do gênero como um dos determinantes do processo saúde/doença sugere a necessidade de adequação das ofertas em saúde na perspectiva de entendimento sobre a produção da saúde e da doença.

Muito embora no contexto da CIPD o esforço para dar visibilidade à dimensão de gênero estivesse prioritariamente relacionado à necessidade de reduzir a desigualdade social das mulheres, condição básica para melhorar sua saúde, a característica relacional do gênero, bem como as inter-relações entre gênero, raça/etnia e classe social na produção social da saúde, são aspectos que não podem ser negligenciados. Deste modo, a elaboração de propostas para a saúde das populações deve levar em conta que homens e mulheres ocupam posições distintas e hierarquizadas na cultura. As marcas do gênero organizam o cotidiano de todas as pessoas, embora de forma diferenciada, em função dos demais determinantes sociais, como classe, raça/etnia, crenças culturais, religiosas e outros.

A incorporação da abordagem de gênero na saúde implica o esforço de desvendar como as idéias de *feminilidade* e *masculinidade* permeiam as práticas sociais, definindo comportamentos, sentimentos e interações humanas, de modo a possibilitar intervenções mais efetivas sobre sua saúde. Dito de outra forma, a pretensão é de que as ações do diagnóstico e tratamento possam considerar que as dimensões biológicas, ou mesmo as “biopsicossociais” envolvidas na produção de doenças, queixas e sofrimentos são marcadas pelo gênero, matriz fundante de produção de identidade, de subjetividade e da sociabilidade dos indivíduos humanos. Do mesmo modo, seria esperado que ações de prevenção e promoção da saúde tivessem como eixos norteadores a reflexão e a crítica sobre o impacto das normas de gênero sobre a saúde. Isso facilitaria, no âmbito individual, a mudança de comportamentos que, enraizados nas perspectivas culturais sobre o masculino e o feminino, acabam por resultar em riscos ou danos à saúde dos sujeitos, e no âmbito coletivo, a elaboração de políticas, planos e programas que desafiem os padrões culturais tradicionais relativos aos sexos e promovam o empoderamento

individual, condição essencial para que homens e mulheres possam superar os aspectos opressivos da cultura de gênero.

Apesar das evidências cada vez mais numerosas da relação entre comportamentos baseados em estereótipos de gênero e um grande conjunto de agravos à saúde, a tradução da chamada “perspectiva de gênero na saúde” em ações e práticas não é simples, e tem instigado gestores, provedores e formuladores de políticas de saúde a buscar instrumentos diversos que os auxiliem no cumprimento dessa tarefa.

### **Gênero e atenção integral à saúde das mulheres**

No Brasil existe um importante reforço para a incorporação da perspectiva de gênero nas práticas de saúde, na medida em que o SUS, criado pela Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988, e instituído pela Lei nº 8.080, de dezembro de 1990, traz nas suas diretrizes a promoção de equidade, ao lado do acesso universal, da integralidade na saúde e das demais diretrizes.

O SUS é um sistema complexo, que busca combinar ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Neste sentido, atender a todos, reduzir desigualdades sociais, permitindo que as populações excluídas tenham acesso à saúde e garantir resposta às diversas necessidades de saúde das populações requer, sem dúvida, a articulação e expansão das ações de saúde já tradicionalmente ofertadas pelo sistema. Entretanto, isto não é suficiente. A promoção da equidade exige um salto qualitativo no sentido de reconhecer fatores socioculturais envolvidos na produção do adoecimento de indivíduos ou grupos e buscar modos para sua superação. Isto implica necessariamente a identificação das maneiras como as normas de gênero impregnam o cotidiano das usuárias e também dos provedores, configurando queixas e respostas específicas.

No momento da formulação do SUS, suas diretrizes tinham por objetivo a contraposição ao modelo vigente de oferta de serviços de saúde, o qual privilegiava, para atendimento, os contribuintes da Previdência e seus dependentes, e algumas condições específicas, por exemplo, a atenção ao nascimento e a algumas doenças de relevância epidemiológica. No entanto, como esperado e, eventualmente, desejado, a natureza ampla e abrangente das diretrizes do SUS tem possibilitado o surgimento de demandas cada vez maiores e mais complexas.

Essa ampliação da demanda corresponde, por um lado, ao aumento das necessidades de saúde dos indivíduos, decorrente da sua maior longevidade, dos avanços técnico-tecnológicos da biomedicina e da maior quantidade de agravos identificáveis à saúde, quanto à própria dinâmica de expansão do sistema. Assim, propiciar acesso universal, equitativo e integral à saúde, hoje, significa reconhecer as diferentes necessidades das quais os diferentes homens e mulheres são portadores em função de suas distintas inserções sociais, laborais, orientações sexuais, estilo de vida e outras características. Significa também reconhecer que essas características operam distintamente sobre cada sujeito, em função do lugar que este ocupa na complexa trama da produção e reprodução das desigualdades sociais, na qual as desigualdades de gênero se incluem.

No que se refere à atenção à saúde das mulheres, anteriormente ao SUS, e mesmo com dez anos de precedência sobre a CIPD, a integralidade já estava definida como o marco orientador. De fato, ao incorporar o termo “integral” ao seu título, o PAISM antecede sua postulação como um dos princípios do SUS e coloca em pauta a necessidade de que a saúde das mulheres seja abordada a partir da compreensão do lugar que as mulheres ocupam nas relações sociais de gênero e as respectivas conseqüências para sua saúde.

A partir do posicionamento *político* de afirmar as mulheres como sujeitos, a idéia de integralidade contida no PAISM apontava para o fato de que as mulheres tinham necessidades específicas de saúde e que as ações de atenção materno-infantil realizadas pela rede pública de saúde na verdade tinham como foco a criança, tomando as mulheres como meras “incubadoras”. Ao lado da reivindicação de que os serviços deveriam ter ações de saúde específicas para mulheres nos diferentes ciclos de vida e organizar uma rede de referências que permitisse que as mulheres pudessem ter acesso a estruturas de maior complexidade quando necessário, na proposta do PAISM, integralidade também compreendia o desenvolvimento de práticas educativas a partir dos serviços de saúde e da atitude pedagógica dos profissionais, de modo que a mulher pudesse ter conhecimentos básicos sobre seu corpo e sua saúde, condição primária para um mínimo de autonomia. Ou seja, a perspectiva de assistência integral que norteia o PAISM inclui a oferta de ações voltadas explicitamente para o

empoderamento das mulheres, o que nas diretrizes do SUS pode ser interpretado como promoção de equidade.

Um último ponto que vale a pena considerar sobre a proposta do PAISM diz respeito à medicalização dos corpos das mulheres. A idéia de medicalização, que abrange a prescrição excessiva de medicamentos e procedimentos médicos, está relacionada à crítica feminista à “doentização” do corpo das mulheres, ou seja, a idéia de que o corpo das mulheres é frágil e potencialmente doentio. Esta idéia é considerada como um dos dispositivos mais vigorosos para a construção da superioridade masculina. Resistir à medicalização teria, assim, o sentido imediato de evitar uma iatrogenização desnecessária, o sentido político de recusa do uso dos corpos das mulheres como um meio de aumentar os lucros já enormes da indústria farmacêutica e também, de forma reiterativa, o sentido de afirmação da autonomia feminina e do direito ao próprio corpo.

O curto intervalo entre a formulação do PAISM e a criação do SUS, e o período também não muito longo que vai da criação do SUS até o momento atual foram pródigos em inflexões políticas, sociais, culturais e sanitárias, que, de diferentes maneiras, contribuíram para que a implementação do PAISM não ocorresse tal como previsto, em termos de consecução dos resultados esperados e também da sua priorização política.

No âmbito do SUS, pode-se, de acordo com Machado (2006), admitir três grandes movimentos, que, de alguma forma, constituíram-se em obstáculos para a implementação das diretrizes do PAISM: a descentralização, ou seja, as mudanças no modelo de gestão e financiamento do sistema; a implementação do Programa de Saúde da Família, estratégia utilizada pelo Governo federal para aumentar a cobertura de ações básicas para grupos populacionais específicos, crianças, mulheres e idosos, e ainda a organização do Programa Nacional de Aids.

Não sendo objeto deste texto a análise da contribuição de cada uma dessas circunstâncias no esmaecimento das proposições políticas do PAISM, cabe, no entanto considerar que nenhuma das três circunstâncias citadas trazia, intrinsecamente, algum impeditivo para que as ações voltadas para as mulheres fossem pautadas na perspectiva do seu empoderamento. Tendo o processo de descentralização um caráter basicamente gerencial, sua implementação poderia con-

templar a garantia de acesso e referência para níveis mais complexos do sistema, e mesmo a realização de ações básicas para a saúde das mulheres, o que não ocorreu. A necessidade de organização de campanhas de intensificação de coletas de Papanicolaou, e a posterior dificuldade de seguimento dos casos positivos, no final da década de 90, é um exemplo da morosidade do sistema em realizar ações básicas de atenção à saúde das mulheres não focadas especialmente na reprodução. Ao mesmo tempo, a persistência das elevadas taxas de óbito materno, sua ocorrência em ambiente hospitalar e as taxas de sífilis congênita, por exemplo, sugerem a insuficiência mesmo da atenção à saúde materna, pilar básico da saúde pública. Estes dois exemplos, escolhidos ao acaso, remetem às proposições da CIPD de que dotar a saúde de uma perspectiva de gênero implica reconhecer a prioridade social da atenção à saúde das mulheres e subordinar a organização da atenção integral à saúde a este reconhecimento.

Chama também atenção quando o Programa de Saúde da Família prioriza ações para mulheres no período reprodutivo – que, como foi visto, são essenciais mas limitadas, posto que restritas a um momento da vida das mulheres – e desenvolve programas de hipertensão e diabetes sem distinção das diferenças que existem entre mulheres e homens na história natural, vivência e manejo desses agravos. De fato, pesquisa realizada no Recife por Schraiber e colaboradores mostra “o quanto ainda devem ser trabalhadas as questões de saúde para incorporar a perspectiva de gênero e assim tornar o PSF mais próximo à tão almejada equidade” (SCHRAIBER, 2005, p. 57). Da mesma maneira, embora seja meritória a iniciativa de formulação de um plano para o enfrentamento da epidemia do HIV entre as mulheres, é surpreendente que isto só tenha ocorrido após mais de 15 anos de constatação de que a epidemia do HIV afeta diretamente as mulheres, e que um dos eixos principais do plano seja o fortalecimento das ações de atenção à saúde sexual e reprodutiva das mulheres pelos serviços de saúde, ação já prevista pelo PAISM.

No que tange às condições de vida das mulheres, as principais mudanças ocorrem como decorrência de processos iniciados anteriormente, e diretamente relacionados à aceleração dos processos de industrialização, urbanização e aumento das bases sociais de produção e consumo, como a incorporação ao mercado de trabalho, a queda da

fecundidade, o aumento da escolarização, o aumento do número de divórcios e de famílias chefiadas por mulheres, o aumento da esperança de vida, com incremento da morbidade associada à maior sobrevivência.

A participação da sociedade civil organizada na proposição e monitoramento de políticas de saúde também se modificou, tendo havido deslocamento da agenda do movimento de mulheres para o combate à violência de gênero e à violência do racismo. Os temas de saúde sexual passam a figurar, juntamente com o tema da diversidade sexual e dos direitos humanos, na agenda do movimento de luta contra a Aids, segmento da sociedade civil que assume importante protagonismo no espaço de luta pela saúde. A discussão de saúde reprodutiva, que na década de 80 direcionou, em grande medida, a agenda feminista pela saúde, vai eleger como foco prioritário a discriminação e legalização do aborto, assumindo os direitos reprodutivos como parte dos direitos humanos. Finalmente, a gestação entre os jovens aparece como tema relevante para a sociedade, para organizações não-governamentais e para profissionais de saúde, tanto como objeto de intervenção, de investigação ou de problematização sobre os modelos de inserção dos jovens nas sociedades contemporâneas.

Essas mudanças vão exigir do sistema de saúde constantes adequações da sua resposta. Em 2004 é proposta a Política de Atenção Integral à Saúde das Mulheres, que toma como elemento-chave a perspectiva de que num sistema descentralizado não é tarefa do gestor federal a formulação de programa, e sim de políticas; que, sendo propostas de forma ampla e abrangente, devem nortear, pelo gestor do nível local, a identificação das demandas e necessidades das mulheres na sua base territorial.

O texto desta política atualiza a idéia de integralidade, ao propor oito áreas de ação estratégica e oito grupos específicos de mulheres que devem receber especial atenção. A chamada “perspectiva de gênero” estaria contemplada nesta ampliação do leque de ações. Além disso, a política foi articulada com diferentes setores do Ministério da Saúde e com gestores estaduais e municipais, no sentido de assegurar a operacionalização de um sistema de referência e contra-referência que de fato possibilitasse o trânsito da mulher pelos diversos níveis de complexidade do sistema, quando necessário.

### **Práticas em saúde integral da mulher<sup>1</sup>**

As ações consideradas básicas em saúde são predominantemente voltadas para mulheres e crianças, e ocorrem em horários que dificultam a presença das mulheres que trabalham fora de casa. Como as mulheres também constituem o maior número de trabalhadores da saúde, em especial na atenção básica e em atividades não-médicas, tem-se que as unidades básicas de saúde sejam, em grande medida, um “espaço de mulheres”, embora não de qualquer mulher, e sim de mulheres pobres, cuja tarefa básica é cuidar: da casa, da família, de outras mulheres.

Considerar algumas das dimensões que permeiam o trabalho nesse nível de complexidade é um modo de aproximação da maneira como a dimensão de gênero é incorporada a algumas práticas de saúde. Por exemplo, existe a idéia de que o “postinho do SUS” é um lugar para quem não tem plano de saúde, aparentemente considerado como um modelo melhor, pela suposta facilidade de realizar exames complementares ou consultar um especialista. Mas o postinho também é o lugar de quem tem problemas variados e não-específicos, “queixas de mulher”, já que quem busca exames e especialistas sabe o que tem e o que quer. Frente à dificuldade de fornecer esse tipo de tecnologia, que é um dos grandes gargalos do sistema em vários municípios brasileiros, a trabalhadora oferece um tipo de tecnologia leve, o chamado “acolhimento”, que muitas vezes significa o reconhecimento das questões da vida/questões de gênero que dão forma à queixa de saúde. No entanto, a tecnologia do acolhimento não é sempre olhada como tal, tecnologia de gênero, que tem seus fundamentos num tipo de solidariedade que as mulheres desenvolvem a partir da sua condição comum de opressão, e que poderia ser um dispositivo precioso para ações de empoderamento e de busca de equidade de gênero. Ao contrário, o acolhimento é praticado como modo de “desafogar a demanda”, dando algum tipo de resposta provisória à usuária, na

---

<sup>1</sup> As reflexões aqui apresentadas tomam como referente empírico dados do projeto “A violência no atendimento às mulheres que sofrem violência”, desenvolvido sob coordenação da profa. Eleonora M. Oliveira, com apoio do CNPq, processo nº 402990 -2005/2006, edital SPMulheres/MCT/CNPq 45/2005, do qual participaram, além das autoras, as bolsistas Danila Cristina Paquier Sala, Lia Fernanda Pereira Lima, Luanna Nunes M. Cruz, Mariana Luísa Vieira Lima e Thais Fernanda Vieira.

impossibilidade de acesso ao que é realmente desejado e compreendido, tanto pela usuária quanto pela agente da saúde, como a essência da atenção à saúde: o atendimento médico, se possível um especialista que solicite exames.

Sem dúvida, uma dimensão importante da integralidade é o acesso a níveis de maior complexidade do sistema, não sendo lícito negar a uma pessoa, que deles necessite, os benefícios da tecnologia em saúde hoje disponíveis. No entanto, deve-se ponderar que procedimentos são de fato necessários para um bom atendimento à saúde, especialmente no caso das mulheres, em que o excesso de procedimentos acaba muitas vezes por reiterar a idéia de que os corpos femininos, e por decorrência as mulheres, são mais frágeis, complicadas e doentias. Paradoxalmente, existe um certo consenso não explicitado, de que, embora de fato o corpo das mulheres seja “difícil”, porque gera e “tem tudo escondido”, o principal problema de saúde das mulheres é o nervoso.

Cabe ressaltar que as ofertas em saúde mental em unidades básicas de saúde são limitadas e, quando existem, são decorrentes do interesse ou disponibilidade de algum profissional específico, não havendo fluxos ou rotinas previstas para o atendimento das questões emocionais que atravessam a vida das usuárias. Nos primórdios do movimento feminista, era muito enfatizada a promoção de grupos de reflexão para mulheres, estratégia desmedicalizada que permitia às mulheres entrar em contato com seus problemas e analisá-los do modo crítico, por referência às ambigüidades que marcam as demandas da sociedade feitas às mulheres e à sobrecarga de trabalho que lhes é atribuída. Práticas semelhantes foram incorporadas por serviços de saúde, em especial no atendimento a mulheres vítimas de violência, que muitas vezes expressavam sua dor por meio de queixas vagas ou sintomas somáticos de repetição, o que demonstra a viabilidade de uma resposta efetiva, que reconheça a dor e o sofrimento sem transformá-los em doença.

Outro ponto que merece reflexão é o fato de os serviços de saúde ainda não terem incorporado fluxos e rotinas mais adequados às mulheres trabalhadoras, em que pesem a maciça inserção de mulheres no mercado e as diretrizes do SUS de garantir acesso amplo à saúde. Vale lembrar que a atividade que mais emprega mulheres no

país é o trabalho doméstico, responsável por 18,2% da ocupação feminina em atividade remunerada. Isto significa que certamente parte importante das usuárias das unidades básicas de saúde atua como empregada doméstica. Tal situação deve ser pensada no que diz respeito à sua possibilidade, como também para qualquer outra trabalhadora, de comparecer às consultas, que ocorrem durante a sua jornada, com a particularidade de que a empregada costuma ser a única responsável pelas tarefas cotidianas de um domicílio e que de alguma forma as pessoas da família dependem delas para desempenhar suas atividades. E a maior proximidade com os patrões, que em outros tipos de trabalho termina por permitir pressões para que a consulta seja rápida e que não ocorram muitas faltas ao trabalho por motivo de saúde e também por gerar ansiedade.

O emprego de mulheres na prestação de serviços domésticos e a baixa valorização dada a esse trabalho é um dos exemplos mais contundentes de desigualdade de gênero. Entendido como “pendor natural” das mulheres, o trabalho doméstico, ao ser desempenhado por mulheres, não é visto exatamente como trabalho ou atividade que, como qualquer outra, exige competências e habilidades específicas. É entendido que as mulheres já nascem “sabendo” executar tarefas domésticas, o que possibilita reprimendas e humilhações quando estas não são realizadas a contento, oposto que isto é interpretado como descuido ou má-vontade.

Reproduzindo esse tipo de estereótipo, os serviços da saúde não incorporam em suas diretrizes diagnósticas os agravos relacionados ao trabalho doméstico, nem os reconhecem de modo adequado, embora identifiquem os agravos à saúde mental das mulheres decorrentes da violência moral e também algumas vezes psicológica ou física, de que são objeto as trabalhadoras domésticas.

Como último ponto neste tópico, chama atenção que as ações programáticas realizadas nas unidades básicas de saúde incluem a assistência ao nascimento e ações de controle de hipertensão e diabetes, definidas a partir da sua relevância epidemiológica e boa resposta à ação de serviços nesse nível de complexidade.

Sem negar a importância desses agravos, seria interessante considerar a diversidade de perfis reprodutivos e padrões de envelhecimento no Brasil. A taxa de fecundidade das mulheres brasileiras é

bastante variável, sendo influenciada pela escolaridade e local de moradia das mulheres, do mesmo modo que os níveis de longevidade (CAVENAGHI, 2007). Obviamente, a redução da fecundidade das mulheres não deve se constituir, sob hipótese alguma, em motivo para que sejam reduzidas ou negligenciadas as ações de atenção ao nascimento, até porque estas ainda deixam a desejar. A tarefa social da reprodução biológica que as mulheres desempenham tem importância política e econômica para os Estados, devendo, portanto, ser apoiada. Entretanto, as necessidades de saúde das mulheres, em especial em contextos de maior longevidade, extrapolam em muito suas necessidades reprodutivas. Existe hoje nos serviços básicos de saúde um grande número de mulheres entre 50 e 60 anos, com queixas interpretadas pelo serviço como relacionadas ao climatério, que não encontram uma resposta programática para sua demanda.

Por último, em que pese as discussões sobre masculinidade, as reflexões sobre a falta de acesso à atenção básica à saúde pelos homens, e ainda a as evidências sobre os agravos à saúde dos homens relacionados à imposição de normas de gênero, também opressivas, pouco se tem caminhado nesta direção. Não sendo possível ou desejável formular uma proposta de “Saúde Integral dos Homens” nos mesmos moldes que é pensada uma saúde integral para as mulheres, este é um tema que tem lamentavelmente ainda em ficado circunscrito a poucos serviços e investigadores.

### **Gênero, saúde da mulher e integralidade: confluências e desencontros**

A importância que tem sido dado às ações voltadas para as mulheres, no escopo da chamada “abordagem de gênero na saúde” é, sem dúvida, redutor, pois desconsidera que os homens também se incluem na trama do gênero, que isto lhes traz agravos específicos à saúde, e que, numa relação, a mudança ocorre no movimento de ambos. No entanto, a partir dos pequenos exemplos que apresentamos acima, é possível verificar que a tradução da abordagem de gênero na saúde em ações de saúde integral da mulher também exigiria avanços e adequações.

De fato, a idéia de integralidade passa a compor o cotidiano do trabalho em saúde mais a partir da sua incorporação no texto do SUS que da sua inauguração pelo PAISM, assumindo sentidos

múltiplos e heterogêneos, como tem sido bem documentado por diferentes autores. Para alguns, por exemplo, a idéia de *integralidade* estaria pensada no sentido de realização de ações de prevenção e promoção de saúde, com atividades extramuros de caráter educativo, perspectiva que, embora interessante, não esgota a riqueza de propostas que o convite, em aberto, a uma ação integral, integralizante e integralizada, pode inspirar. Para outros, a integralidade repousaria sobre a efetividade dos fluxos de referência e contra-referência. Embora esta seja de fato uma dimensão essencial, o risco, como foi visto, de esta dimensão eclipsar as demais possíveis alternativas de uma abordagem “integral” é bastante concreto.

Há ainda os que falam de integralidade como a realização de políticas e programas intersetoriais amplos, que possam incidir sobre os determinantes sociais da saúde, como pobreza, desemprego e falta de informação, fatores considerados responsáveis pelos principais agravos à saúde da população. Vale ressaltar que nesse tipo de assertiva raramente são explicitadas as desigualdades de gênero ou a discriminação social das mulheres, em que pese o reconhecimento de que a mudança da condição social das mulheres exige políticas específicas, não sendo suficientes, embora essenciais, intervenções sobre os determinantes sociais de saúde, que não focalizem de modo particular ações voltadas para o empoderamento das mulheres e também para mudanças de mentalidades em termos das relações de gênero.

No que se refere à saúde das mulheres, o ideário da integralidade, em qualquer das acepções apontadas, acaba por privilegiar ações de atenção ao nascimento, ou seja, a um outro, feto ou recém-nascido, não à mulher como sujeito. Mesmo algumas atividades extramuros que passaram a ser feitas no contexto da epidemia do HIV – por exemplo, programas específicos de prevenção e cuidado para mulheres trabalhadoras sexuais – tomam esta mulher mais enquanto um vetor da epidemia do que como uma cidadã com direito à saúde. De fato, são poucas as estratégias articuladas nos serviços básicos de atenção à saúde voltadas para a busca ativa de diagnósticos de questões que, tanto quanto as reprodutivas, permeiam a vida das mulheres, como problemas relacionados à sexualidade, ao trabalho, à saúde mental ou à violência doméstica.

Quando, de modo espontâneo, surgem queixas relacionadas a esses temas, na falta de fluxos ou protocolos estruturados para sua abordagem, as respostas são diversas em conteúdo e em efetividade. Esta não-formalização das ofertas de saúde para mulheres para além da dimensão reprodutiva mantém na invisibilidade questões importantes como os impactos sobre a saúde das diferentes formas de violência, por exemplo, e reforça alguns dos estereótipos de gênero que mais têm contribuído para a opressão das mulheres. Dentre estes, citamos a idéia de que a capacidade de reproduzir é uma dádiva, e que, em função de a mulher ter um corpo com a possibilidade de gerar, ela deve aceitar e se submeter às condições concretas, extremamente desfavoráveis, que são necessárias para que esta atividade social – a reprodução – seja desempenhada: parceiros violentos, sobrecarga de trabalho, baixa remuneração, dentre outras.

Reis e Andrade (2006), estudando as representações sociais de enfermeiras sobre integralidade, afirmam que essas profissionais têm uma visão fragmentada da assistência à saúde da mulher, ainda pautada nas queixas físicas, e trabalham de forma individualizada, entendendo que o serviço não está organizado para atingir a integralidade na assistência. Os argumentos que buscamos esboçar no presente artigo apontam para a mesma direção, sugerindo que a radicalidade política na qual se baseou a primeira proposta de Atenção Integral à Saúde da Mulher foi-se diluindo com o passar do tempo, dando lugar a interpretações que, mesmo mais facilmente operacionalizáveis do ponto de vista da saúde reprodutiva, ainda assim nem sempre são implementadas com facilidade.

Reconhecer a importância de uma abordagem em saúde que considere os seres humanos como entidades complexas, marcados pelo gênero e pelos demais operadores de desigualdades sociais, não deve confundir-se com uma postura saudosista, de buscar retroagir a história a 30 anos atrás e reerguer as mesmas bandeiras. Até porque isto não é possível. O caminho que buscamos esboçar neste texto, ao contrário, é um convite a uma reflexão que atualize os termos do debate sobre gênero e saúde, inspirado pela abertura oferecida pela polissemia da idéia de integralidade. É também um convite para que se continue o questionamento crítico, inaugurado pelo movimento feminista, sobre as identidades em movimento que se forjam nas

dinâmicas confluências entre gênero e sexualidade,<sup>2</sup> e as demandas que os sujeitos trazem para a saúde.

É, portanto, o reconhecimento da inocuidade de qualquer pretensão de volta ao passado, até porque é este que possibilita a germinação das idéias presentes, e da necessidade de uma atualização crítica das demandas de saúde de mulheres e de homens, em toda sua diversidade e complexidade, de modo a construir novos paradigmas para uma saúde que se pretende não apenas tratar doenças, mas também produzir felicidade.

### Referências

- AGUILERA, C. E. C. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.
- ALMEIDA, M. F. *et al.* Prevalence of self reported chronic diseases and health services consumption from the National Household Sample Survey of 1998 in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, 2002.
- BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Programa de Enfrentamento à Feminização das DST e Aids*. Brasília, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Brasília: MS, 2004.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br>> Acessado em: 22 mar. 2007.
- CAMPOS, G.W. S. Reforma Política e Sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.
- CAVENAGHI, S. *Contribuições às políticas de planejamento reprodutivo no Brasil*. In: SEMINÁRIO “CONTRIBUIÇÕES ACADÊMICAS PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS NO BRASIL”. Rio de Janeiro, 24 ago. 2007. Rio de Janeiro: Abrasco/ABEP, 2007.
- COSTA, A. M.; AQUINO, E. L. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: COSTA, A. M.; MERCHÁN-HAMANN, E.; TAJER, D. (Orgs.). *Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas*. Brasília: UnB, 2000. p. 181-202.
- KAROLINSKA INSTITUTE. *Unequal, unfair, ineffective and inefficient*. Gender inequity in health: why it exist and how we can change it. WHO Commission on Social Determinants of Health. Final report. September, 2007.

---

<sup>2</sup> Agradeço esta provocativa lembrança a Roseni Pinheiro, estimando ser possível aprofundar o tema em algum trabalho posterior.

- LAGO, T. *Políticas nacionais de rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: análise do período 1998 a 2002*. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.
- MACHADO, C. V. Prioridades de saúde no Brasil nos anos 1990: três políticas, muitas lições. *Rev Panam Salud Publica*, v. 20, n. 1, p. 44-49, 2006.
- OLIVEIRA, E. M.; E VILLELA, W. O campo da Saúde Coletiva à luz das relações de gênero: um diálogo difícil e conflituoso. In: SWAIN, T.; MUNIZ, D. (Orgs.). *Mulheres em ação*. Belo Horizonte: Editora das Mulheres, 2005.
- ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Escritório Brasil. *Trabalho doméstico e igualdade de gênero e raça: desafios para promover o trabalho decente no Brasil*. Brasília: OIT, 2005.
- PINHEIRO, R. Integralidade e prática social. Entrevista dada ao *BoletIn* Integralidade e saúde. Disponível em <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=162&sid=25>. Acessado em: 25 out. 2007
- REIS-REIS, C. B.; ANDRADE, O. S. M. Representações sociais das enfermeiras sobre integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, n. 37, 2007. Disponível em <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/index.php>. Acessado em: 24 out. 2007.
- SCHRAIBER, L. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano nas práticas no Programa Saúde da Família no Recife. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. (Orgs.). *Gênero e saúde: o Programa Saúde da Família em questão*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005.
- SENNA, D. M. O sofrimento psíquico feminino e as práticas de saúde. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo São Paulo, 2000.
- VILLELA, W.; DORETO, D.T. Sobre a experiência sexual dos jovens. *Cad. Saúde Pública*, v. 22, n. 11, p. 2.467-2.472, nov. 2006.
- VILLELA, W.; MONTEIRO, S. Atenção à saúde das mulheres: historicizando conceitos e práticas. In: \_\_\_. (Orgs.). *Gênero e saúde: o Programa Saúde da Família em questão*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Gender analysis in health: a review of selected tools*. Geneva: WHO, 2002.