

# Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres

*National Policy for Integral Attention to Women's Health: leading role of the women's movement*

Kátia Souto<sup>1,2</sup>, Marcelo Rasga Moreira<sup>3</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202113020

**RESUMO** O artigo aborda a trajetória de elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher a partir da participação social do movimento de mulheres, do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, das instâncias de diálogo construídas desde a década de 1980 até aprovação em 2004 e proposição de revisão em 2017 pelo Estado brasileiro. Apresenta o processo de participação social do movimento feminista, ao longo desse período, limites, recuos e avanços para a elaboração e implantação da política. O artigo traz elementos para reflexão a partir de uma abordagem de gênero e cita alguns pontos de intersecção e diferenças dos mecanismos institucionais de controle social, no campo das políticas para as mulheres e da construção do Sistema Único de Saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Participação social. Saúde da mulher. Identidade de gênero. Política pública.

**ABSTRACT** *The article addresses the elaboration trajectory of the National Policy for Integral Attention to Women's Health from the social participation of the women's movement, the Brazilian Health Reform Movement, the instances of dialogue raised in the 1980s until its approval in 2004 and review in 2017 by the Brazilian State. It presents the process of social participation of the Feminist Movement, throughout this period, its limits, setbacks, and advances for the elaboration and implementation of the Policy. The article brings elements for reflection from a gender approach and mentions some points of intersection and divergence in institutional mechanisms of social control, both in the field of women's policies and in the development of the Unified Health System.*

**KEYWORDS** *Social participation. Women's health. Gender identity. Public policy.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
katiabsouto@gmail.com

<sup>2</sup>Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps) - Brasília (DF), Brasil.

<sup>3</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



## Introdução

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), ainda em vigor no País, é responsável, ao longo de sua trajetória, por instaurar uma práxis capaz de superar as políticas que compreendiam a saúde da mulher exclusivamente a partir de seu papel de mãe (reprodutora e cuidadora de filhos), e que, por isso, organizavam o sistema de saúde de maneira excludente e medicalizadora. Seu caráter ‘integral’ diz respeito a uma forma emancipadora de compreender as mulheres e sua saúde, um cuidar que vai além do período reprodutivo e que as compreende como cidadãs, diversas e plenas de direito. Isso demanda um sistema de saúde organizado por meio de linhas de cuidado e redes de serviços que atendam às mulheres em seus diferentes ciclos de vida, articulando-os, e que não invisibilize determinadas mulheres nem determinadas necessidades de saúde.

Os primeiros passos institucionais dessa trajetória de quatro décadas começaram, simbolicamente, em 1983, com a normatização do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que rompe com o termo ‘materno-infantil’ – até então orientador das ações de saúde da mulher – e passa a usar o termo ‘integralidade’. Institucionalmente, modificou-se também a estrutura do Ministério da Saúde, em que a ‘área técnica materno-infantil’ tornou-se ‘área técnica de saúde da mulher’. O PAISM significou também um rompimento com uma abordagem controlista, que culpabilizava os corpos grávidos das mulheres pobres. Em resposta, o programa passou 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.

Anterior ao Sistema Único de Saúde (SUS), o PAISM conseguiu se consolidar, em grande parte, graças ao fortalecimento do movimento feminista brasileiro, que, nos anos 1980, imprimiu um caráter político às suas demandas, estabelecendo espaços de diálogo com o

Estado e com a sociedade, em especial, após o fim da ditadura militar e o início do processo de redemocratização do País.

Nesse momento histórico, as lutas feministas orientaram-se também por igualdade nas leis e por políticas públicas que contemplassem as relações de gênero, as desigualdades nas relações de trabalho e o direito à saúde. O movimento foi protagonista na implantação do PAISM, tanto em sua formulação quanto na sua reorganização institucional e implementação, com várias de suas integrantes assumindo a área técnica de saúde da mulher no Ministério da Saúde e em diversas secretarias estaduais, em um processo decisivo também para a formação de profissionais e gestores de saúde.

Essas lutas ambientaram e foram ambientadas em outro importante processo de lutas políticas e sociais, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). Articulando o enfrentamento à ditadura militar com o projeto socialista de um sistema de saúde único, universal, gratuito, de qualidade, com participação e controle social, esse movimento congregou profissionais de saúde, gestores, lideranças políticas e movimentos sociais em torno da construção de um sistema único de saúde, garantido na Constituição Cidadã de 1988.

Desde esse início, que representa um momento de articulação e confluência de lutas sociais, até os momentos atuais – do PAISM à PNAISM, do MRSB ao SUS<sup>1</sup> –, a participação do movimento feminista e de lideranças femininas protagonizou a elaboração, a implementação e o desenvolvimento de políticas referentes à saúde da mulher, bem como o enfrentamento de grupos e iniciativas que buscam retirar direitos duramente conquistados.

Essa participação longa e vigorosa, algo incomum no Brasil, não foi monolítica nem estacionária, variando nos diferentes momentos históricos, seguindo as lógicas das lutas cotidianas que levaram o movimento feminista a integrar espaços de gestão institucional; a atuar como movimento social dialogando diretamente com o Estado; a participar de espaços institucionais, como conselhos e conferências

de saúde e de direitos das mulheres; a buscar espaço nos partidos políticos; e a ir às ruas, no enfrentamento dos momentos mais críticos.

Nesse contexto, este artigo objetiva analisar e sistematizar essa trajetória de luta, construção e implementação da PNAISM, tendo como foco a participação do movimento feminista nesse processo. Pretende-se, assim, contribuir para o resgate histórico da trajetória da política e do movimento, de maneira a identificar avanços e dilemas, bem como evidenciar que a participação social é fundamental para (re) formulação, implantação e desenvolvimento de políticas efetivas e de qualidade.

## Aspectos metodológicos

Para levantar as informações necessárias, o artigo trabalhou, sobretudo, com fontes secundárias de informação, todas públicas e de acesso livre e universal. Utilizou também, embora de forma complementar, um conjunto de informações pessoais que registram e resgatam a vivência e a participação de um dos autores deste texto no processo histórico estudado, podendo ser caracterizado como relato de experiência.

As fontes secundárias utilizadas, além da mandatória revisão bibliográfica, concentram-se: i) nos documentos que instituem o PAISM (1983): ‘Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de uma ação programática’ (publicado em 1984)<sup>2</sup> e ‘Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) – Princípios e Diretrizes’ (2004)<sup>3</sup>; ii) nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde (VIII, de 1986; IX, de 1992; X, de 1996; XI, de 2000; XII, de 2003; XIII, de 2007; XIV, de 2011; e XVI, de 2019), em que foram identificadas citações ao PAISM, à PNAISM, à Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (Cismu)/Conselho Nacional de Saúde (CNS) e à Conferência de Saúde das Mulheres<sup>4</sup>; iii) nos textos-base e ou relatórios das Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres (I, de 2004; II, de 2007; III, de 2011; e IV, de 2016),

em que foram identificadas referências ao PAISM, à PNAISM ou à atenção integral à saúde das mulheres<sup>5</sup>; iv) nos relatórios de reuniões da Cismu/CNS (XXV, XXVII, e XXVIII), 2004 a 2006, quando se discutiu a PNAISM e seu documento de princípios e diretrizes<sup>6</sup>; v) na ata da 163ª reunião do CNS<sup>7</sup>, em 2006, quando se pautou a apresentação e discussão sobre a PNAISM; vi) nas resoluções do Seminário Nacional de Atenção à Saúde, Gênero e Saúde da Mulher do CNS, em 2007<sup>8</sup>, que definiu ações e estratégias para implementação da PNAISM no SUS, ampliando a participação social de lideranças dos movimentos feministas e da saúde, para além de conselheiras de saúde.

Destacam-se os artigos, na revisão bibliográfica utilizada, sobre a trajetória do PAISM, da PNAISM e do MRSB, autoria de: Osis<sup>9</sup>, Costa<sup>10</sup> e Silveira, Paim e Adrião<sup>1</sup>.

Aos documentos e artigos, somam-se registros e anotações pessoais de um dos autores que vivenciou o período, tendo participado de reuniões, encontros, seminários e congressos dos movimentos de mulheres (1985-2018); do Fórum Nacional de Conselhos dos Direitos das Mulheres (1991-1995); do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) (2003-2006); da Cismu do CNS (2000-2018); das Conferências Nacionais de Saúde (IX, X, XI, XII, XIV, XV e XVI); das Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres (I, II, III e IV) e da II Conferência Nacional de Saúde das Mulheres (2017).

A análise de todos os materiais ancorou-se em uma perspectiva relacional entre os achados da trajetória da formulação do PAISM e da PNAISM e a trajetória da participação social nesse processo. A isso, acrescentaram-se a influência e os sentidos da ebulição do período de democratização do Brasil e de construção do SUS. Orientadas por essa perspectiva relacional, tomam-se: as referências bibliográficas e a linha de tempo de formulação e implementação tanto do PAISM como da PNAISM, considerando o contexto sócio-histórico de cada período, os marcos

institucionais, a participação social para a produção da política, os participantes na construção e implementação em cada período, a forma e espaços de participação e as aproximações e distanciamento em relação ao Estado.

A partir dessa sistematização, foi possível construir uma análise comparativa entre a elaboração da política e a participação social e, ao mesmo tempo, identificar base teórica e conceitual subjacente.

## Movimento feminista, participação, gênero e saúde

No século XIX, há uma efervescência de valores e de reorganização social no mundo político e do trabalho, especialmente na Europa. É um marco de transição para o chamado ‘mundo moderno’, que traz também um novo patamar da participação das mulheres na sociedade – mediado por sua entrada no mercado de trabalho formal –, rompendo os limites entre o espaço privado e público. A inserção da mulher nesse novo mundo contemporâneo, a partir da industrialização e do desenvolvimento do capitalismo, repercutem nos arranjos familiares, na reprodução, na visibilidade da opressão da mulher, nas desigualdades sociais, nos valores culturais.

O feminismo vem se reafirmando como um dos movimentos sociais que se situam no campo emancipatório desde sua primeira expressão, na França, em 1789, quando as mulheres organizadas lançaram em praça pública seus reclames e desafiaram a história e a si próprias ao questionarem a ordem estabelecida reivindicando a igualdade e ao afirmarem a liberdade<sup>11(70)</sup>.

Esse período, no Brasil, considerando o feminismo como ação política pela emancipação feminina nos diversos espaços da sociedade, nos remete a reconhecer como conquistas das mulheres, ainda que não houvesse movimento organizado que se intitulasse como movimento

feminista. Durante o Império (1822-1889), foi reconhecido o direito à educação da mulher, quando Nísia Floresta (1819-1885), grande ativista pela emancipação feminina no Brasil, fundou a primeira escola para meninas, no Rio de Janeiro, em 1838; e posteriormente, em 1879, as mulheres conquistam o direito ao acesso ao ensino universitário.

Dialeticamente, a opressão imposta às mulheres exige delas a luta pela defesa dos seus direitos e contra as diferentes formas de exploração a que eram submetidas, a busca pela igualdade social, pelos direitos sexuais e reprodutivos, pelos direitos civis e trabalhistas. Nesse processo, ousaram reivindicar por espaços e direitos em um mundo culturalmente pertencente aos homens. Conquistaram o direito ao voto, direitos sexuais e direitos reprodutivos – viver a sexualidade sem a obrigatoriedade da reprodução. Todas essas conquistas tiveram grande participação e mobilização social das mulheres, ganhando visibilidade e força do e no movimento feminista.

Questionamentos e importantes temas de debate do feminismo foram: a ordem sexual dominante e a opressão de gênero sobre as mulheres na vida pessoal e social, sobre o privado e o público, sobre como são definidos os espaços de vivência do masculino e do feminino, na vida familiar, no trabalho, na sociedade. As décadas de 1970 e 1980 foram marcadas por lutas femininas em diferentes espaços e setores, desde a reivindicação de direitos trabalhistas, o direito ao livre exercício da sexualidade, até a produção de conhecimento sobre o conceito de gênero, promovendo debates profundos sobre corpo e epistemologia no âmbito das ciências humanas, sociais e da saúde. O ano de 1975 foi definido como ‘ano da mulher’, quando foi lançada, pela Organização das Nações Unidas (ONU), a década das mulheres, instituindo o dia 8 de março como Dia Internacional da Mulher, marcando um período de visibilidade internacional da luta feminista em todo o mundo.

A década de 1990, de acordo com Pitanguy<sup>12</sup>, foi marcada como a década das conferências

mundiais, que incluíram nas suas agendas a temática da luta das mulheres: i) 1992 – Conferência Rio-92 sobre o meio ambiente debateu o ecofeminismo e ampliou os espaços de participação social, como a Tenda Planeta Fêmea; ii) 1993 – Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, em Viena, reconheceu os direitos das mulheres como direitos humanos; iii) 1994 – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento da ONU, no Cairo, debateu direitos sexuais, direitos reprodutivos e enfrentamento à violência de gênero; iv) 1995 – IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Beijing/China, marcou a importância da participação feminina em todos os espaços de poder, o papel do Estado e das políticas públicas para as mulheres, reafirmando a luta pela igualdade de gênero.

No Brasil, houve repercussões desses movimentos e eventos das décadas de 1970 a 1990, refletidas nas diferentes formas de militância das mulheres, desde a luta pela redemocratização do País e pelo fim da ditadura militar – Comitês Femininos Pela Anistia –, a proliferação e fortalecimento de organizações não governamentais de cunho feminista, passando pela inserção da participação feminina em diversos movimentos sociais, entre eles, o MRSB, até a luta pelo PAISM e pela criação de mecanismos institucionais de políticas públicas no Estado, como conselhos de direitos e delegacias especializadas de mulheres. A década de 1970 no Brasil foi o ponto de partida para a formulação de questões essenciais no campo das transformações culturais e políticas no âmbito dos direitos das mulheres. *Slogans* como: ‘nosso corpo nos pertence’ e o ‘pessoal é político’ passaram a ser insígnias que legitimaram as reivindicações das mulheres, traduzindo-se no Brasil, ao longo dos anos seguintes, em transformações no âmbito das leis e das políticas públicas.

A crescente presença das mulheres na esfera pública, nos espaços de debates institucionais e na vida política e social apresentando suas demandas, dando visibilidade a sua condição feminina na sociedade, questionando

as desigualdades e reivindicando direitos, é elemento de um processo histórico que ganhou força no cenário mundial e nacional. O movimento feminista fortaleceu-se como movimento social que questionava a organização da sociedade a partir da desigualdade de gênero em todos os espaços da vida humana, na família, no trabalho, na política, no direito, na religião, nas relações sociais e pessoais.

A participação das mulheres inaugurou também uma nova forma de atuação política, na qual os movimentos feministas ganharam força e extrapolaram as reivindicações no campo dos direitos e da melhoria de condições de vida ou de trabalho, questionando as relações de poder não apenas a partir do conceito de classe, mas também de gênero. Além disso, ao questionar, o movimento colocou em cena o debate sobre poder e como este se constitui nos diferentes cenários sociais e políticos ao longo da história.

Ao mesmo tempo que crescia a organização e mobilização feminina como movimento social e de participação política, aprofundava-se o debate sobre o conceito de gênero. As discussões giravam em torno de sua abordagem histórica para compreensão do mundo, das relações de poder, das relações entre o masculino e o feminino, das relações no âmbito do privado e do público, dos impactos na saúde das mulheres a partir do questionamento sobre o controle do corpo feminino, utilizando-se das diferenças biológicas para construção das desigualdades de gênero, em especial, o papel de reprodução e maternidade como sendo a ‘missão feminina natural’ na sociedade. Esse movimento denunciou a violência doméstica e sexual contra a mulher, trazendo o privado para o público e reivindicando políticas públicas que garantissem a vida e a saúde das mulheres.

Para as mulheres organizadas em movimentos, grupos, ONGs, a democracia não se refere apenas ao exercício da cidadania plena na esfera pública, mas também às relações na vida cotidiana, no trabalho, na família, na saúde, na educação<sup>11(21)</sup>.

A abordagem de gênero tem sido importante para questionar valores e poder a partir da desigualdade entre os gêneros, oriunda de uma construção social, política, cultural e histórica, e não como uma naturalização biológica da diferença entre homens e mulheres. Os papéis femininos e masculinos são construídos historicamente a partir desse lugar, em que as diferenças biológicas foram e são usadas para a construção das desigualdades, em especial, os corpos femininos no cuidado à saúde, destacadamente em relação à reprodução, sendo visto como um lugar de justificativa da desigualdade de gênero. Vale citar um *slogan* forte do movimento feminista: “*diferentes, mas não desiguais*”.

Marx e Engels<sup>13</sup> já traziam em suas abordagens as desigualdades entre homens e mulheres nas relações de poder e apontaram que a primeira opressão se expressou na divisão sexual do trabalho. Foucault<sup>14</sup> destaca essa desigualdade em seu livro ‘História da sexualidade, 3’, no campo da saúde, de como o controle dos corpos são espaços de dominação e reforçam desigualdades, apontando as relações desiguais entre os corpos femininos e masculinos, seus significados simbólicos, biológico e social. Entretanto, o conceito de gênero ganha dimensão de análise sociológica com Joan Scott<sup>15</sup>, que afirma que gênero é uma construção social e relacional e expressa as relações de poder entre os gêneros.

Essas abordagens sobre gênero e saúde da mulher, como categoria relacional, contribuíram para a compreensão de integralidade.

Categoria relacional, como observa Joan Scott, encontrou campo extremamente favorável, num momento de grande mudança das referências teóricas vigentes nas ciências humanas, e em que a dimensão da cultura passava a ser privilegiada sobre as determinações da sociedade. Assim como outras correntes de pensamento, a teoria feminista propunha que se pensasse a construção cultural das diferenças sexuais, negando radicalmente o determinismo natural e biológico<sup>16(15)</sup>.

A articulação entre a contribuição teórica da categoria de gênero, a mobilização social do movimento feminista por políticas públicas para mulheres e a luta pela democratização do Estado foi decisiva no processo de elaboração, implementação e monitoramento da PNAISM, como se pode constatar na sua trajetória.

## Do materno-infantil à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

A trajetória de elaboração do PAISM e da PNAISM teve processos e espaços de participação diversos que se fortaleciam de forma integrada para elaborar, implementar e monitorar as políticas, suas metas e estratégias estabelecidas. A definição de acordos e compromissos internacionais, de articulação intra e intersetoriais, a participação em instâncias institucionais, integrando grupos de trabalho, comissões e conselhos de direitos (CNS e CNDM), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) foram fundamentais para os avanços conquistados no campo da saúde das mulheres no Brasil.

O período de 1980 foi marcado pela força do movimento feminista na proposta de elaboração de uma política para saúde da mulher e sua institucionalização enquanto programa de saúde. Em abril de 1983, o Ministério da Saúde instituiu uma comissão para escrever um documento que fundamentaria as bases de ação programática, que se tornou o PAISM e que contou com a contribuição de profissionais de saúde, gestores e feministas. Rompia-se, assim, com o termo materno-infantil, introduzindo-se a ‘integralidade’ para a atenção à saúde da mulher sob a perspectiva de gênero, refletindo o debate teórico de intersecção de ambos os conceitos no corpo e no cuidado à saúde das mulheres.

A sua relevância fica clara ao se evidenciar o seu significado social, destacando-se a sua singularidade enquanto uma proposta de mudança na maneira como até então a saúde das mulheres era tratada, bem como a incorporação em seu conteúdo dos princípios de integralidade e universalidade da atenção à saúde<sup>9(31)</sup>.

Em 1984, o Ministério da Saúde publicou e divulgou oficialmente o documento que consolidava as bases do PAISM. Com a intenção de materializar o programa e dar direção às propostas, mais de 70 grupos de mulheres de 19 estados brasileiros, trabalhadoras de serviços de saúde, incluindo muitas feministas, reuniram-se em outubro desse mesmo ano no I Encontro de Saúde da Mulher e construíram a 'Carta de Itapecerica'. Nessa carta, estavam contidos os conceitos de integralidade, equidade e participação social que, em 1988, viriam a se tornar bases constitucionais do SUS.

Costa e Aquino, sobre esse período, ponderam que:

A década de oitenta, época das construções e da efervescência criativa para a saúde, propiciou o aumento da participação das mulheres nas esferas de decisão na gestão da saúde. Esse processo, de repercussão na ação política das mulheres, foi responsável, em parte, pelo recuo temporário na intervenção do movimento feminista nas práticas de controle social<sup>17(181)</sup>.

No processo de mobilização e construção da VIII Conferência Nacional de Saúde, destacaram-se o reconhecimento e a importância do papel e da participação das mulheres, conforme apontam Costa, Bahia e Conte:

A marcante participação das mulheres nos debates sobre a Reforma Sanitária, e o amplo reconhecimento sobre as especificidades do tema saúde da mulher viabilizaram a aprovação, entre as resoluções da VIII Conferência Nacional de Saúde, da convocação da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher<sup>18(17)</sup>.

Outro importante espaço da participação das mulheres, decisivo na organização e mobilização da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, em 1986, e na Constituinte, em 1988, foi o CNDM, criado em 1985, fruto de articulação de grupos feministas que defendiam a importância de ocupar espaços institucionais como forma de implementar políticas públicas com perspectiva de gênero.

Elaborado desde 1983, o PAISM corria o risco de 'ficar no papel', seguindo o destino de outros programas. Sua regulamentação transformou-se, então, em um dos principais objetivos do CNDM, agindo em consonância com o movimento de mulheres<sup>9(28)</sup>.

Essa parceria configurou-se como o espaço de discussão da implementação do PAISM e das ações de saúde da mulher prioritárias, como a redução da mortalidade materna, os direitos reprodutivos e sexuais e a formação de profissionais e de serviços de saúde que se organizassem a partir da atenção à integralidade da saúde das mulheres, e não apenas para as mulheres no seu período gravídico. Nessa época, a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos destacava-se como a principal organização do movimento feminista no campo da saúde da mulher e representava o pensamento e a luta feminista pela saúde integral e universal, com autonomia e respeito à diversidade das mulheres; e agregava, na sua composição, a pluralidade de diversos movimentos de mulheres.

Entre 1983 e 1987, à frente da área técnica de saúde da mulher, estiveram feministas e profissionais de saúde que deram início à implantação do PAISM, com apoio de algumas secretarias estaduais de saúde que também tinham gestoras que buscavam implementar a atenção integral à saúde das mulheres, reorganizando os serviços de assistência nessa dimensão. Entre 1987 e 1997, passaram pela coordenação da saúde da mulher gestores que não tinham diálogo com o movimento de mulheres, e as feministas ficaram afastadas desse espaço de participação por dez anos.

Com a Constituição de 1988 e a implantação do SUS em 1990, os movimentos de mulheres, tanto do feminismo quanto de outras áreas, como sindicalismo, ONGs e entidades de profissionais de saúde, passaram a desenvolver ações integradas para exigir a implementação do PAISM. A partir das Leis nº 8.080 e nº 8.142, de 1990, que definem a organização dos serviços de saúde e estabelecem o controle social no SUS, e sob o protagonismo dos secretários estaduais de saúde (Conass) e secretários municipais (Conasems), ganharam importância a organização da rede de saúde e os conselhos de saúde nas três esferas de gestão. A criação da Cismu no âmbito do CNS, que desde sua reorganização foi coordenada por feministas da saúde, teve papel importante no processo de implementação e monitoramento do PAISM, em ação articulada com as feministas que atuavam no CNDM. Em 1989, a desestruturação do CNDM também afetou a articulação nacional no campo das políticas públicas, entretanto, a agenda feminista na esfera governamental foi mantida pela criação e atuação do Fórum Nacional de Conselhos Estaduais de Direitos da Mulher, que se organizou como instância de articulação e coordenação nacional até 1995, quando se retomou a participação do movimento feminista e suas representações no CNDM.

A Cismu constituiu-se, portanto, em um fórum privilegiado de participação social do movimento de mulheres, composto por representantes de diversos segmentos do movimento feminista, ampliando, assim, sua influência na articulação de ações para a saúde das mulheres. A Rede Feminista de Saúde definiu como ação prioritária de sua atuação o controle social e, para tanto, produziu e divulgou amplamente a cartilha 'Controle social, uma questão de cidadania: saúde é assunto para mulheres' (primeira edição em 1999 e segunda edição em 2000)<sup>19</sup>. A cartilha explicava o que é controle social, como participar dos conselhos de saúde, leis do SUS, entre outros, e estimulou a participação de representantes do movimento de mulheres nos conselhos de saúde nacional, estaduais e municipais.

A Comissão Interinstitucional de Saúde da Mulher (CISMU), instância de assessoramento ao pleno do CNS, tem ampla presença de setores representados e mantém uma regularidade de debates e de contribuições<sup>19</sup>.

No balanço institucional da 'Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes'<sup>3</sup>, correspondente ao período de 1998 a 2002, constatou-se a priorização da saúde reprodutiva, em especial, as ações para redução da mortalidade materna, em que constassem como princípio e diretriz a atenção integral à saúde da mulher e o desenvolvimento de ações para a implantação de serviços de assistência às mulheres vítimas de violência.

A Rede Feminista de Saúde coordenou a Cismu de 1998 até 2015, com destacado papel de articulação com o Estado, com CNS e CNDM para priorização de agendas referentes à saúde das mulheres em suas instâncias deliberativas. Desde 2016, a coordenação da Cismu é da União Brasileira de Mulheres, entidade feminista que também integra a Rede Feminista de Saúde. Apesar dessa participação e do protagonismo no campo do controle social e da saúde pública, a representação das mulheres no pleno do CNS enquanto movimento de mulheres possuía, no início, apenas uma representação; e mais recentemente, são duas representações titulares, em um total de 48 cadeiras: uma do movimento de mulheres e outra do movimento de mulheres negras. Considerando que as mulheres são a maioria das usuárias do SUS e de profissionais de saúde, constata-se uma sub-representação na maior instância de controle social do SUS, o CNS.

Outro importante espaço de participação social das mulheres, no qual exigiram e aprovaram ações de implementação do PAISM, foram as Conferências Nacionais de Saúde. O primeiro relatório a citar ações de saúde para mulher foi o da V Conferência Nacional de Saúde (1975), que, em suas ações propostas, destacou como prioridade a saúde materno-infantil. Em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, aprovaram-se a importância de uma

política nacional de atenção à saúde da mulher e a realização de uma conferência temática no mesmo ano: ‘Conferência de direitos e saúde da mulher’. Foram identificadas propostas aprovadas sobre saúde da mulher e conferência de saúde da mulher nos relatórios das seguintes Conferências Nacionais de Saúde<sup>20</sup>: IX (1992) – “[...] que sejam realizadas conferências sobre temáticas específicas [...] saúde da mulher”; X (1996) – “Saúde da Mulher. 317. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde devem implantar efetiva e imediatamente o PAISM. 318. O Ministério da Saúde deve realizar a II Conferência Nacional de Saúde da Mulher”; XI (2000) – “Políticas Específicas – Saúde da Mulher. 108. O conjunto de propostas voltadas para a Atenção Integral à Saúde da Mulher reafirma [...] a política de assistência integral”; XII (2003) – “Eixo temático V – Organização da Atenção à Saúde. Diretriz: Saúde e Gênero. 55: Avançar na implementação da atenção integral à saúde da mulher (PAISM) no Brasil”; XIII (2007) – “Eixo I. 44. Cumprir as ações de atenção integral à saúde da mulher, respeitando todas as especificidades”; XIV (2011) – “Diretriz 10.17. Fortalecer a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher com ênfase nos direitos reprodutivos”. Propostas sobre saúde da mulher foram citadas também na carta da XIV Conferência Nacional de Saúde à população brasileira<sup>21</sup>; e na XVI (2019) – “Introdução [...] inclui como parte integrante a II Conferência Nacional de Saúde das Mulheres – Integralidade com Equidade. Eixo: Direito à Saúde, 14. Reafirmar, implantar e garantir as políticas públicas de saúde direcionadas à população [...] de mulheres”<sup>22</sup>. Nesses relatórios, as propostas aprovadas sobre saúde da mulher refletem também a mobilização do movimento de mulheres nas conferências estaduais e a participação nos conselhos estaduais de saúde e na Cismu.

A Cismu foi o espaço prioritário de elaboração da PNAISM e contribuiu com o debate sobre transformar o PAISM em PNAISM, ou seja, passar de programa à política. O documento que consolida os princípios, as diretrizes, as

estratégias e as ações da PNAISM foi apresentado e discutido em reuniões da Cismu no ano de 2003 e lançado pelo Ministério da Saúde em maio de 2004, com apoio do movimento feminista e participação de representantes da Cismu e do CNDM. Entretanto, em que pese todo o esforço da conselheira de saúde, coordenadora da Cismu à época, para que esse documento fosse apreciado e aprovado pelo CNS, antes do seu lançamento, a PNAISM só foi pautada e aprovada no CNS em 2006. Apesar disso, não há instrução normativa ou resolução institucionalizando a política, consta apenas da ata da 163ª reunião do CNS, quando se aprovou o documento com os princípios e diretrizes da PNAISM. Ressalta-se que, apesar de não pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), como outras políticas, passou a constar do Plano Nacional de Saúde e do Plano Plurianual, possui rubrica própria para desenvolver suas ações, estratégias e programas específicos, em especial, em relação aos serviços de saúde na rede de atenção.

Ao mesmo tempo que avançou o processo de elaboração e construção da PNAISM no SUS, em 2003, com a ampliação dos espaços de participação social no governo Lula, a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) e a convocação de Conferências para Políticas para Mulheres, surgem como novos espaços de participação social das mulheres, o que contribuiu também com os processos de elaboração e monitoramento da PNAISM.

A I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (CNPM), realizada em 2004, teve como tema: ‘Políticas para as Mulheres: um desafio para a igualdade numa perspectiva de gênero’. Seu objetivo central foi propor diretrizes e propostas para a fundamentação do I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (I PNPM), que representou o primeiro conjunto de políticas públicas articuladas em um plano, estruturado em cinco eixos temáticos: i) autonomia e igualdade no mundo do trabalho; ii) educação inclusiva, não sexista, não racista, não homofóbica e não lesbofóbica; iii) saúde das mulheres, direitos sexuais e

direitos reprodutivos ('efetivar o cumprimento do PAISM, segundo os princípios do SUS' foi uma das propostas aprovadas); iv) enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres; e v) participação das mulheres nos espaços de poder e decisão.

Em 2007, realizou-se a II CNPM, com o tema: 'Desafios para a construção da igualdade na perspectiva da implementação do II PNPM e avaliação das ações e políticas propostas no I PNPM'. Em ambos os planos, o capítulo sobre saúde das mulheres expressava as ações e as estratégias estabelecidas pelo movimento feminista e tinha como articulação intersetorial a participação da Cismu/CNS no processo de definição das prioridades, além de representantes do Ministério da Saúde, que, em 2003, passou a ter novamente à frente da área técnica de saúde da mulher gestoras indicadas pelo movimento feminista. Foi criado Comitê de Monitoramento do Plano, com representantes dos ministérios e de conselheiras do CNDM do segmento da sociedade civil. Conforme documento do II PNPM (2008), consta na introdução do capítulo da saúde, no relatório para avaliação:

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a 'Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher', construída a partir da proposição do SUS, respeitando as características da nova política de saúde, em estreita parceria com outros órgãos de governo, marcadamente, a SPM e a Seppir, e com a participação do movimento de mulheres, de mulheres negras e de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, entidades de classe, pesquisadores e estudiosos da área [...]23(75).

E mais adiante, afirma:

No período 2004-2007, o desenvolvimento das ações previstas no capítulo da Saúde do I Plano Nacional de Políticas para Mulheres aponta avanços no sentido de alcançar a integralidade, na promoção de mudanças de paradigmas e de institucionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher23(77).

Em 2011, o tema da III CNPM foi: 'Autonomia e igualdade para as mulheres', e teve objetivo central discutir e elaborar políticas públicas voltadas à construção da igualdade, tendo como perspectiva o fortalecimento da autonomia econômica, social, cultural e política das mulheres, contribuindo para a erradicação da extrema pobreza e para o exercício pleno da cidadania das mulheres. Definiu-se pela não elaboração de novo plano, e, sim, de ações e estratégias, mantendo-se o Comitê de Monitoramento. Em 2016, a IV CNPM, com o tema: 'Mais direitos, participação e poder para as mulheres', cujo objetivo central era discutir estratégias de fortalecimento das políticas para as mulheres e a democratização da participação das mulheres nas diversas esferas institucionais e federativas, acabou sendo atropelada pelo momento político conturbado, pois esta aconteceu entre 10 e 13 de maio de 2016, data em que ocorreu o afastamento da presidenta Dilma Rousseff, o que fez insurgir como lema, na abertura da IV CNPM, a frase: 'Não permitir retrocessos'.

Após as mudanças no governo federal, parte do movimento de mulheres se posicionou por sair do CNDM, e outra parte, por se manter, compreendendo que o Conselho ainda é um espaço de resistência e de controle social para lutar contra os retrocessos e pela manutenção de políticas públicas e suas conquistas inscritas no campo institucional.

Em março de 2016, 30 anos depois da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher (outubro de 1986), foi convocada a II Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, pelo pleno do CNS, com o *slogan* 'Saúde das mulheres: integralidade com equidade'. Foram realizadas conferências municipais ou macrorregionais, estaduais e do Distrito Federal, e conferências livres, que mobilizaram mais de 70 mil pessoas, notadamente mulheres. A etapa nacional aconteceu em Brasília, de 17 a 20 de agosto de 2017, e teve a participação de 1.778 pessoas, sendo 1.205 delegadas/os, que debateram 324 propostas nos quatro eixos temáticos: I – O papel do Estado no desenvolvimento

socioeconômico e ambiental e seus reflexos na vida e na saúde das mulheres; II – O mundo do trabalho e suas consequências na vida e na saúde das mulheres; III – Vulnerabilidades e equidade na vida e na saúde das mulheres; IV – Políticas públicas para as mulheres e a participação social.

A II Conferência Nacional de Saúde das Mulheres consagrou-se como um marco na saúde das mulheres brasileiras por dar visibilidade às diversidades e pluralidades das expressões do feminino: mulheres brancas, negras, quilombolas, de matriz africana, indígenas, ciganas, lésbicas, bissexuais, travestis, transexuais, mulheres com deficiência, mulheres vivendo com HIV e aids, mulheres escarpeladas, mulheres privadas de liberdade, mulheres em situação de rua, mulheres ribeirinhas, pescadoras,

marisqueiras, mulheres trabalhadoras, mulheres jovens, mulheres idosas, profissionais do sexo etc. Reafirmou-se a importância da participação social como processo de mobilização para garantia das conquistas; e entre as resoluções aprovadas, constam: i) a realização de conferências municipais, estaduais e nacional de saúde das mulheres a cada quatro anos; ii) pela implantação de Comissões Intersetoriais de Saúde da Mulher nos conselhos estaduais e municipais de saúde; iii) e pela revisão da PNAISM.

A trajetória descrita anteriormente – do PAISM à PNAISM – expressou também os marcos do processo de democratização do Brasil e os diferentes espaços da participação social das mulheres. Elencaram-se, no *quadro 1*, detalhes sobre a construção do PAISM e, no *quadro 2*, sobre a construção da PNAISM:

Quadro 1. Objetivos, diretrizes e participação social no processo de elaboração e implementação do PAISM – 1983-2000

Diretrizes gerais	Objetivos programáticos	Participação social/control social	Ano
Atendimento das necessidades de todas as mulheres;	Melhorar a Qualidade da assistência ao parto, ampliando a cobertura do atendimento;	Mobilização social do movimento feminista e processo de democratização do País;	1983
Assistência integral; Planejamento familiar.	Aumentar a cobertura do pré-natal com acesso a toda a população; Aumentar os índices de aleitamento materno; Desenvolver atividades de regulação da fertilidade humana, implementando métodos e técnicas de planejamento familiar;	Profissionais de saúde e feministas no Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Direitos das Mulheres (CNDM);	1983/1986
	Implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle do câncer cervicouterino e de mama;	VIII Conferência Nacional de Saúde/ Conferência Nacional de Saúde e Direitos das Mulheres;	1986
	Implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle das doenças sexualmente transmissíveis;	Movimento feminista-Encontro de Itapeperica. CNDM – Carta aos Constituintes;	1988
	Evitar o aborto provocado, mediante a prevenção da gravidez indesejada.	Rede Feminista de Saúde e Direitos Sexuais. Cismu/CNS e conselhos estaduais de saúde. Fórum de Conselhos Estaduais da Mulher;	1993/2000
		IX, X e XI Conferências Nacionais de Saúde.	1992/1996 /2000

Fonte: Ministério da Saúde<sup>24</sup>.

Quadro 2. Diretrizes, objetivos e participação social na elaboração e implementação da PNAISM – 2000-2017

Diretrizes gerais	Objetivos gerais programáticos	Participação social/ controle social	Ano
<p>Humanização e qualidade da atenção. A atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, nos diferentes níveis de atenção à saúde (da atenção básica à alta complexidade). Universal para todas as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades, de faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, em situação de risco, presidiárias, orientação homossexual, com deficiência etc.). A elaboração, execução e avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, raça e etnia. No processo de elaboração, execução e avaliação da política, deverá ser estimulada e apoiada a participação da sociedade civil organizada, em particular do movimento de mulheres. A participação da sociedade civil na implementação das ações de saúde da mulher, no âmbito federal, estadual e municipal requer melhorar e qualificar os mecanismos de repasse de informações sobre as políticas de saúde da mulher e sobre os instrumentos de gestão e regulação do SUS.</p>	<p>Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo o território brasileiro. Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie. Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS.</p>	<p>Cismu/CNS e movimento feminista CNDM Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres (I, II, III, IV) XII, XIII, XIV e XVI Conferências Nacionais de Saúde II Conferência Nacional de Saúde das Mulheres</p>	<p>2000/2017 2003/2016 2004/2007 2011/2016 2003/2007 2011/2019 2017</p>

Fonte: Ministério da Saúde<sup>3-5</sup>.

No período de 1983 a 2000, destacou-se no processo uma participação social direta do movimento feminista com o Estado e sua inserção na gestão para a construção do PAISM, fortalecida pelo período de democratização e mobilização social, em especial, no período Constituinte. A participação em instância do controle social institucionalizado tem força maior pelo CNDM e Conferências Nacionais de Saúde.

No processo de articulação para a elaboração da PNAISM, que teve seu marco institucional a partir de 2004, a ampliação dos espaços de participação institucionalizada (CNDM e CNS) e a articulação intersectorial (SPM e Ministério da Saúde) foram fundamentais para a priorização da saúde da mulher na agenda governamental. Constatou-se, ainda, uma forte

participação feminista nas conferências de políticas para as mulheres, articulada com protagonismo da Cismu/CNS e Conferências Nacionais de Saúde. Em entrevista à Revista do CNS, o ministro da Secretaria Geral da Presidência da República, Gilberto Carvalho, fez um balanço do período de 2003 a 2011, destacando que:

A grande transformação provocada pelas conferências e conselhos é o reconhecimento de que a participação em fóruns e espaços públicos é um processo de construção democrática. [...] Cada conferência é única: reflete de maneira representativa as posições e demandas da sociedade em um certo momento, [...] uma certa conjuntura histórica<sup>24(4)</sup>.

## Considerações finais

Ao longo desse período – do PAISM à PNAISM e da RSB ao SUS –, o movimento feminista teve uma trajetória de participação social que vai das ruas, às conferências internacionais, à gestão, ao controle social institucionalizado (conselhos de saúde e de direitos das mulheres) até às conferências de saúde e de políticas para as mulheres, buscando ampliar direitos e implantar políticas públicas voltadas para as mulheres.

Essa trajetória da participação social dos movimentos de mulheres na luta pela saúde das mulheres demonstra um processo com forte protagonismo da mobilização social autônoma e da participação institucionalizada por dentro do Estado.

Esse protagonismo do movimento feminista na saúde das mulheres, suas conquistas e suas contradições no âmbito da institucionalidade do Estado, tanto na gestão quanto nos conselhos de direitos e conselhos de saúde, ganha maior expressão nos momentos de enfrentamento com o Estado, tanto no período do final dos anos 1980 quanto no momento mais recente, com a retomada de manifestações de rua e a realização da II Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, apesar das adversidades para a mobilização social.

Entretanto, vale destacar que a participação social nos espaços institucionalizados como os conselhos de direitos das mulheres e conselhos de saúde mostraram-se como locus importante para o monitoramento e implementação da política, bem como desempenharam papel preponderante e decisivo na elaboração, na implementação e no monitoramento.

A trajetória da PNAISM se mistura e se fortalece também com o processo de construção do SUS, de consolidação da saúde como direito de todos e dever do Estado e com a caminhada do movimento sanitário brasileiro, desde a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) até o SUS.

A agenda do movimento feminista apresentada ao longo desse período de construção

e implementação da PNAISM expressou-se também como exemplo pioneiro de inscrição de marco teórico referencial, trazido pela sociedade civil ao Estado, como a integralidade da atenção à saúde, o conceito de gênero e o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos.

A disputa democrática entre Estado e sociedade civil expressou-se ao longo do período de forma diversa. Nos momentos de mais diálogo com o Estado, há uma certa acomodação da mobilização social, em contrapartida a uma participação na gestão e no controle social institucionalizado, priorizando esses espaços como o locus da interlocução. Nos períodos de menos diálogo com o Estado, ou mesmo de rompimento, acontece um maior protagonismo dos movimentos de mulheres nos espaços e fóruns autônomos e não institucionalizados, ou na participação como representantes da sociedade civil nas Conferências Nacionais de Saúde e de políticas para as mulheres.

Encontrar o equilíbrio entre a radicalidade transformadora da participação social do movimento feminista nos espaços e fóruns da sociedade civil e a participação social nos espaços de controle social institucionalizado e de gestão talvez seja o caminho para avançar na implementação da política e, ao mesmo tempo, garantir que não haja retrocessos às conquistas institucionalizadas. A retomada das ruas para garantir que as conquistas na saúde das mulheres não sofram retrocessos expressa-se também na ampliação e no fortalecimento dos espaços de controle social, assim como na articulação com outros setores da sociedade civil. A defesa da democracia e a defesa do SUS integram a luta pela defesa da PNAISM.

## Colaboradores

Souto K (0000-0002-6137-3914)\* e Moreira MR (0000-0003-3356-7153)\* contribuíram para concepção, planejamento da pesquisa, levantamento e análise dos dados, e escrita. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Silveira PS, Paim JS, Adrião KG. Os movimentos feministas e o processo da Reforma Sanitária no Brasil: 1975 a 1988. *Saúde debate*. 2019; 43(8):276-291.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Centro de Documentação. Textos Básicos. Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ações Programáticas. Brasília, DF; 1985.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes. Série Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF; 2011.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Relatórios do Conselho Nacional de Saúde. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 1987, 2004, 2008 e 2012. [acesso em 2020 ago 21]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>.
5. Brasil. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos; Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres (SNPM). Relatórios das Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres. [Brasília, DF]: Ministério da Mulher; 2019. [acesso em 2020 ago 21]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/conferencias/conferencias>.
6. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Relatórios das reuniões da XXV, XXVII, e XXVIII da Comissão Intersetorial da Saúde da Mulher (CISMU/CNS). [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 2004 e 2006. [acesso em 2020 ago 21]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>.
7. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Ata da 163ª reunião do Conselho Nacional de Saúde. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 2006. [acesso em 2020 ago 21]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/2006/Ata163.doc>.
8. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Seminário Nacional de Atenção à Saúde, Gênero e Saúde da Mulher durou três dias e mobilizou representantes de todos os estados. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 2007. [acesso em 2020 ago 21]. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2007/saudedamulher.htm](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/saudedamulher.htm).
9. Osís MJMD. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 1998; 14(1):25-32.
10. Costa AM. Participação Social na conquista das políticas de saúde para as mulheres no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2009; 14(4):1073-1083.
11. Cisne M, Gurgel T. Feminismo, Estado e Políticas Públicas: desafios em tempos neoliberais para a autonomia das mulheres. *SER Social*. Brasília, DF. 2008; 10(22):69-76.
12. Pitanguy J. O Movimento Nacional e Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos. In: Giffin K, Costa SH, organizadoras. *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 19-38.
13. Marx K, Engels F. A origem da família, da propriedade privada e do Estado. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira S.A.; 1975.
14. Foucault M. *História da Sexualidade, 3: o cuidado de si*. São Paulo: Graal; 2007.
15. Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educ. Real*. 1990; 20(2):5-22.
16. Rago M. Epistemologia feminista, gênero e história. In: Pedro J, Grossi M, organizadores. *Masculino, Feminino, Plural*. Florianópolis: Mulheres; 1998. p. 1-17.
17. Costa AM, Aquino EL. Saúde das Mulheres na Reforma Sanitária Brasileira. In: Costa AM, Merchán-Hamann E, Tajer D, organizadores. *Saúde, Equidade e Gênero*. Brasília, DF: Editora da UNB; 2000. p. 181-202.
18. Costa AM, Bahia L, Conde D. A Saúde da Mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação,

- implantação e avaliação de políticas para as mulheres no Brasil. *Saúde debate*. 2007; 31(75/76/77):13-24.
19. Costa AM, Guimarães MCL. Controle social uma questão de cidadania: saúde é assunto para mulheres. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; 2002.
  20. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Relatórios do Conselho Nacional de Saúde. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 2011. [acesso em 2020 ago 21]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>.
  21. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Carta da XIV Conferência Nacional de Saúde à sociedade brasileira. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 2012. [acesso em 2020 ago 21]. Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/14cns/docs/04\\_dez\\_carta\\_final.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/14cns/docs/04_dez_carta_final.pdf).
  22. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório da XVI Conferência Nacional de Saúde. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 2019. [acesso em 2020 ago 21]. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/16cns/Relatorio\\_16CNS.pdf](https://conselho.saude.gov.br/16cns/Relatorio_16CNS.pdf).
  23. Brasil. Presidência da República, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. II Plano de Políticas para as Mulheres. [Brasília, DF]: Plano Nacional; 2008. [acesso em 2020 ago 21]. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/planonacional\\_politicamulheres.pdf](http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/planonacional_politicamulheres.pdf).
  24. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. As contribuições das Conferências e Conselhos na Construção de Políticas Públicas no Brasil. *CNS em Revista*. 2011 [acesso em 2020 ago 21]; 1(2):1-16. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/revistas/miolo\\_edicao02.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/revistas/miolo_edicao02.pdf).

---

Recebido em 30/08/2020  
Aprovado em 13/07/2021  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve