UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES

MARIANA DE GEA GERVASIO

**SAÚDE DA MULHER NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS E
GESTORES DE SAÚDE DE CORUMBATAÍ**

SÃO PAULO
2015

MARIANA DE GEA GERVASIO

**Saúde da mulher na perspectiva dos profissionais e gestores de
saúde de Corumbataí**

Dissertação apresentada à Escola de Artes, Ciências e Humanidades, da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências do Programa de Pós-Graduação em Mudança Social e Participação Política.

Versão corrigida contendo as alterações solicitadas pela comissão julgadora em 27 de Fevereiro de 2015. A versão original encontra-se em acervo reservado na Biblioteca da EACH/USP e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD), de acordo com a Resolução CoPGr 6018, de 13 de outubro de 2011.

Área de concentração:

Saúde Coletiva

Orientadora:

Profa. Dra. Elizabete Franco Cruz

**São Paulo
2015**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO

(Universidade de São Paulo. Escola de Artes, Ciências e Humanidades. Biblioteca)

Gervasio, Mariana De Gea

Saúde da mulher na perspectiva dos profissionais e gestores de saúde de Corumbataí / Mariana De Gea Gervasio ; orientadora, Elizabete Franco Cruz. – São Paulo, 2015

152 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Mudança Social e Participação Política, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo
Versão corrigida

1. Saúde da mulher - Brasil. 2. Saúde da mulher - Corumbataí (SP). 3. Saúde pública - Corumbataí (SP). 4. Relações de gênero. 5. Assistência à saúde - Corumbataí (SP). 6. Política de saúde - Corumbataí (SP). 7. Humanização da assistência. I. Cruz, Elizabete Franco, orient. II. Título

CDD 22.ed. – 362.1980981

Nome: Mariana De Gea Gervasio

Título: Saúde da Mulher na Perspectiva dos Profissionais e Gestores de Saúde de Corumbataí

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Mudança Social e Participação Política da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Profa. Dra. Elizabete Franco Cruz

Aprovada em 27 de Fevereiro de 2015

Banca Examinadora

Profa. Dra. Amália Suzana Kalckmann

Instituto de Saúde

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Profa. Dra. Cláudia Medeiros de Castro

Escola de Artes, Ciências e Humanidades

Universidade de São Paulo

Profa. Dra. Jacqueline Isaac Machado Brigagão

Escola de Artes, Ciências e Humanidades

Universidade de São Paulo

Às mulheres de Corumbataí...

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço à minha querida orientadora Bete, que me recebeu de braços abertos e me deu liberdade. Juntas, construímos um caminho e compartilhamos experiências, teorias, reflexões e afetos.

À querida professora e amiga Jac, que desde a graduação oferece apoio e inspiração. Pelas contribuições no processo do mestrado, fundamentais para meu desenvolvimento acadêmico.

À querida professora Claudia, pelas conversas e inspirações sobre Saúde Coletiva e caminhos e pelas colaborações no exame de qualificação.

À Glauce, pela cumplicidade, carinho e amizade, com quem pude dividir angústias e reflexões sobre o caminho da pós-graduação, do profissional e da vida.

À Nati Salim, pelo apoio e atenção. Pela sensibilidade e delicadeza.

À professora Dulce, pelas conversas, acolhimento e receptividade com que me recebia nos diversos momentos do meu processo do mestrado.

À professora Nádia, pela força e segurança que transmite, principalmente nas questões profissionais.

À minha família, em especial a minha mãe e meu pai, por apoiarem minhas escolhas nos momentos tão ímpares da vida de recém-formada, mesmo enveredando por caminhos que não os tradicionais...

Ao Léo, pelo amor e carinho durante todo o percurso do mestrado e pelos tantos “leva e traz” em dias, noites e até madrugadas. E também à sua família, por me receber com tanta ternura. Estudar em outra cidade tem suas dificuldades.

Ao Kaissar Kasseb e ao Lauro Kasseb, pela tarde repleta de conversas sobre a história de nossa querida cidade.

À Secretaria da Saúde de Corumbataí, em especial Camila e Vanessa, pessoas que abriram as portas do Centro de Saúde para que eu pudesse desenvolver essa pesquisa.

À minha tia Maria do Carmo, por me ajudar a tecer alguns caminhos...

À DRS de Piracicaba, na pessoa da Elaine, por me receber de forma tão solícita.

Aos profissionais e as gestoras entrevistadas, colaboradores/as desse trabalho.

Aos meus colegas do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva, Relações de Gênero e Mudanças Sociais e das aulas compartilhadas durante todo meu processo de aprendizagem. As discussões foram muito importantes para desenvolver conceitos e reflexões.

*Sonhei e fui, sinais de sim,
Amor sem fim, céu de capim,
E eu olhando a vida olhar pra mim.*

*Sonhei e fui, mar de cristal,
Sol, água e sal, meu ancestral,
E eu tão singular me vi plural.*

*Sonhei e fui, num sonho à toa,
Uma leoa, água de Goa,
E eu rogando ao tempo:
- Me perdoa
E eu rogando ao tempo:
- Me perdoa*

*Sonhei pra mim, tanta paixão,
De grão em grão, verso e canção,
E eu tentando nunca ouvir em vão.*

*Sonhei, senti, sol na lagoa
Céu de Lisboa, nuvem que voa,
E um país maior que uma pessoa.*

*Sonhei e vim, mares de Espanha,
Terras estranhas, lendas tamanhas,
E eu subi sorrindo essa montanha.
E eu subi sorrindo essa montanha
[...]*

Compositores: Lenine, Ivan Santos e Bráulio Tavares

GERVASIO, M. D. G. **Saúde da Mulher na Perspectiva dos Profissionais e Gestores de Saúde de Corumbataí**. 2015. 152f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo.

RESUMO

A saúde da mulher é um campo em constante construção. Desde meados da década de 80, existem políticas públicas que adotam a perspectiva da saúde integral das mulheres. Entretanto, recorrentemente ainda encontramos desigualdades de gênero no atendimento às mulheres e concepções de saúde que circunscrevem a saúde da mulher à esfera reprodutiva. Este trabalho tem por objetivo estudar as práticas e as ações de saúde da mulher no município de Corumbataí e entender como essas práticas dialogam com a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). A presente pesquisa se fundamenta no campo da Saúde Coletiva com foco na Saúde da Mulher e nos estudos das Relações de Gênero. Estabelece intersecções e recebe inspiração da obra de Michel Foucault e de autores que trabalham com pós-estruturalismo e construcionismo. A abordagem qualitativa foi aplicada nesse estudo, utilizando a técnica de entrevista semiestruturada como principal método de produção de informação. A análise das entrevistas foi organizada segundo a árvore de temas, conforme propõe Spink (2010). Os resultados foram organizados em dois eixos principais: *O sistema e ações de saúde em Corumbataí*; e *Diálogo das ações de saúde com a PNAISM*. As entrevistas nos deram pistas sobre o modo como se materializam as ações de saúde da mulher na cidade de Corumbataí. A saúde da mulher ainda é vista, predominantemente sob a ótica da reprodução, priorizando práticas ligadas ao ciclo reprodutivo. Temáticas como violência contra a mulher, pluralidades identitárias, relações de gênero e direitos sexuais e reprodutivos, apresentam fragilidades na forma como se engendram no sistema. Salientamos a importância de operar no sentido de oferecer mais visibilidade às questões de gênero e integralidade, incorporando tais pautas nas práticas e nas ações de saúde como forma de iniciar um debate e de desenhar políticas municipais que trabalhem com este tema.

Palavras-chave: Saúde da Mulher, Saúde Coletiva, Relações de Gênero, Integralidade, Humanização

GERVASIO, M. D. G. **Women's Health in the Perspective of Health Professionals and Managers from Corumbataí city.** 2015. 152f. Dissertation (Master's degree in Sciences) – School of Arts, Sciences and Humanities, University of São Paulo, São Paulo.

ABSTRACT

Women's health is a field under constant development. Since the mid-80s there are public policies based on an integral view of women's health. However, we recurrently find gender inequalities in women's care and health concepts that circumscribe women's health to the reproductive sphere. The aims of this dissertation were to lead a study on care practices and women's health activities in Corumbataí city and to understand how these health practices dialogue with the National Policy of Integral Attention to Women's Health (PNAISM). This research is based on Public Health field focused in Women's Health and on studies of gender relations. It establishes intersections and It was inspired by Michel Foucault's work and other post-structuralist authors. The qualitative approach was applied in this study. The semi-structured interview method was used as the main tool to collect information. The data analysis was organized according to subject tree model proposed by Spink (2010). The results were grouped into two main areas: The Health system and practices in Corumbataí; and The dialogue with the PNAISM. The interviews gave us clues about how women's health actions are implemented in the city of Corumbataí. Women's health is still being seen predominantly from the perspective of reproduction. Themes, such as violence against women, plurality, identity, gender relations and sexual and reproductive rights show weaknesses in the way that how they engendered in the system. We stress the importance of working towards providing more visibility on gender issues and integrality in health care; and the importance of incorporating those perspectives in health practices and care as a way to start a debate and formulate municipal policies that work based on this theme.

Key-words: Women's Health; Public Health; Interpersonal Relations; Integrality in Health; Humanization of Assistance

GERVASIO, M. D. G. **Salud de la Mujer en la perspectiva de los profesionales sanitarios y los gestores Corumbataí**. 2015. 152f. Tesis (Maestría en Ciencia) - Escuela de Artes, Ciencias y Humanidades de la Universidad de São Paulo, São Paulo.

RESUMEN

Salud de la mujer es un campo en constante construcción. Desde mediados de los 80 que hay políticas públicas que abarcan todos los aspectos de la perspectiva de la salud de las mujeres, sin embargo, con frecuencia todavía encontrar las desigualdades de género en la atención a las mujeres y los conceptos de salud que circunscriben la salud de las mujeres a la esfera reproductiva. Este trabajo tiene como objetivo estudiar las prácticas y actividades de salud de las mujeres en el municipio de Corumbataí y cómo estas prácticas diálogo con la Política Nacional de Atención Integral de Salud para la Mujer (PNAISM). Esta investigación se basa en el ámbito de la salud pública con un enfoque en la salud y los estudios de las relaciones de género de las mujeres. Establece intersecciones y recibir inspiración de la obra de Michel Foucault y los autores que trabajan con el post-estructuralismo y el construccionismo. El enfoque cualitativo se utilizó en este estudio, el uso de una técnica de entrevista semi-estructurada como el principal método de producción de información. El análisis de datos se organizó bajo los temas de los árboles, según lo propuesto por Spink (2010). Los resultados se dividieron en dos áreas principales: El sistema y acciones de salud Corumbataí; y el Diálogo de las acciones de salud con PNAISM. Las entrevistas nos dieron pistas sobre cómo materializar las actividades de salud de las mujeres en la ciudad de Corumbataí. Salud de la mujer sigue siendo visto predominantemente desde la perspectiva de la reproducción, priorizando las prácticas relacionadas con el ciclo reproductivo. Cuestiones tales como la violencia contra la mujer, la identidad pluralidades, relaciones de género y los derechos sexuales y reproductivos, tienen debilidades en la forma en que engendran en el sistema. Hacemos hincapié en la importancia de trabajar para ofrecer más visibilidad cuestiones de género y la integridad, la incorporación de esas directrices y prácticas en el cuidado de la salud como una forma de iniciar un debate y dibujar las políticas municipales que adoptan efectivamente una perspectiva integral de la salud y el diálogo con la PNAISM.

Palabras-clave: Salud de la Mujer; Salud Pública; Relaciones Interpersonales; Integralidad en Salud; Humanización de la Atención.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Mapa do Estado de São Paulo apresentando as cidades com menos de 5.000 habitantes; em destaque, a cidade de Corumbataí.....	16
Figura 2 - A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde	31
Figura 3 - Foto da antiga estação de trem de Corumbataí - Fonte: Estações Ferroviárias . Disponível em http://www.estacoesferroviarias.com.br/c/corumbatai.htm . Acesso em: 26 ago. 2013.....	62
Figura 4 - Pirâmide Populacional feita pela autora baseada nos dados do IBGE 2010	63
Figura 5 - Mapa da região de Corumbataí - Fonte: Google Maps. Acesso em: 09 ago. 2013.....	64
Figura 6 - Saneamento, Caderno de Informações de Saúde, Secretaria Executiva, Ministério da Saúde	66
Figura 7 – Reprodução - Mapa da Região da DRS X de Piracicaba.....	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DataSUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DNCR	Departamento Nacional de Criança
DRS	Departamentos Regionais de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HumanizaSUS	Política Nacional de Humanização
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PA	Pronto Atendimento
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento

PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
PSMI	Programa de Saúde Materno Infantil
RAS	Redes de atenção à Saúde
REHUNA	Rede de Humanização do Parto e Nascimento
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SPM/PR	Secretaria de Políticas para Mulheres/Presidência da República
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1. O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL NA PERSPECTIVA DA SAÚDE COLETIVA.....	21
1.1.HISTÓRICO SOBRE O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO	21
1.2.O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	27
2. BREVE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER	34
2.1.A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER	42
2.1.1. <i>Integralidade e humanização</i>	46
3. RELAÇÕES DE GÊNERO E SAÚDE	52
3.1.BREVE HISTÓRICO DO CONCEITO DE GÊNERO	52
3.2.RELAÇÕES DE GÊNERO E SAÚDE	56
4. CONHECENDO CORUMBATAÍ	61
4.1.A CIDADE DE CORUMBATAÍ	61
4.2.ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE LOCAL	67
5. CAMINHOS METODOLÓGICOS.....	72
5.1.DE MORADORA A PESQUISADORA – O PROCESSO DA PESQUISA	76
5.1.1. <i>Revisitando um local</i>	77
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	79
6.1.SISTEMA E AÇÕES DE SAÚDE EM CORUMBATAÍ.....	79
6.2.DIALOGO COM O PNAISM	94
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	109
8. REFERÊNCIAS	112
APÊNDICE A – OBJETIVOS E ESTRATÉGIAS DO PNAISM.....	122
APÊNDICE B – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	125
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	126
APÊNDICE D - ROTEIRO DA ENTREVISTA	127
APÊNDICE E – INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE DAS MULHERES EM CORUMBATAÍ	132
ANEXO 1- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	137
GALERIA DE FOTOS	140

INTRODUÇÃO

Meu interesse por estudar a Saúde da Mulher, seus significados e seus desdobramentos surgiu durante o curso de graduação. Na época do vestibular, escolhendo entre os mais diversos cursos me deparei com a Graduação em Obstetrícia, que despertou de imediato o meu interesse.

Ao decorrer do curso, comecei a conhecer novas concepções de saúde, de assistência e de cuidado (NARCHI et al., 2013). Assim, durante toda a graduação desenvolvi uma formação pautada no modelo de atenção à saúde baseada em conceitos da Saúde Coletiva, conceitos e ideias de saúde que extrapolam o momento gravídico puerperal da vida de uma mulher. Já no segundo semestre do curso de Obstetrícia, comecei a estudar políticas públicas e outros temas relacionados à saúde integral. Foi o início do meu interesse por esse tema.

Nasci e passei toda minha infância e juventude em Corumbataí, município do interior do Estado de São Paulo. Apesar de morar em São Paulo durante a graduação, sempre me questionava quanto à realidade de minha cidade natal no que diz respeito à saúde nesse contexto. Meu desejo era entender e poder, de alguma forma, contribuir para a prática da saúde na cidade.

Todo o imenso carinho que tenho pela cidade e o potencial que o município apresenta me incentivaram a desenhar esse projeto, com a intenção de contribuir para a saúde das mulheres – e dos homens – que, como eu, vivem na cidade de Corumbataí.

De acordo com o último levantamento realizado através do site Cidades Paulistas¹, que utiliza a base de dados do SEADE, existem por volta de 167 municípios com menos de 5.000 habitantes no Estado de São Paulo. Corumbataí ocupa a 122ª posição em números crescentes.

¹ Disponível em: <http://www.cidadespaulistas.com.br/prt/cnt/mp-cid-x-hab-1.htm>. Acesso em: jan. 2013.

Figura 1: Mapa do Estado de São Paulo apresentando as cidades com menos de 5.000 habitantes; em destaque, a cidade de Corumbataí

Este trabalho pretendeu estudar as políticas e ações de saúde da mulher de Corumbataí. Com esse estudo, buscamos entender de que forma ocorre o diálogo entre as políticas municipais de atenção à saúde da mulher do município de Corumbataí e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Espera-se que este trabalho possa contribuir para o fortalecimento da política de atenção à saúde da mulher no município de Corumbataí.

As práticas de saúde direcionadas à saúde da mulher são regidas pelo modelo biomédico e, em sua maioria, não consideram as particularidades das mulheres. Trabalham apenas a questão da reprodução quando relacionada à gestação, desvalorizando as especificidades de caráter sexual e reprodutivo (COELHO et al., 2009) e outras questões que não as gineco-obstétricas.

Preconceitos, estereótipos e padrões relacionados às questões de gênero como a violência doméstica e o abuso de poder do homem sobre a mulher interferem no atendimento integral à mulher, visto que no momento em que surgem demandas com essas características, a dimensão técnica ainda prevalece no atendimento por parte dos profissionais (COELHO et al., 2009). A mulher é novamente reduzida à dimensão biológica, sem que haja contextualização ou

problematização daquele atendimento. Os profissionais atuam somente sobre aquela “dor de cabeça” ou “dor abdominal” quando, na verdade, a mulher está sofrendo violência sexual (VIEIRA, 2009).

Ao pesquisar sobre saúde da mulher e integralidade, não é raro encontrar estudos sobre a questão da violência de gênero e da violência doméstica. O exercício da integralidade costuma aparecer nesse contexto como prática de fortalecimento e de incentivo para os profissionais, ao assumir que a mulher é muito mais do que um útero que gesta uma criança. Dessa forma, observa-se um avanço na discussão do campo dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, contemplando as pluralidades e diversidades das mulheres atendidas (FREITAS, 2009).

Entretanto, ao mesmo tempo em que ocorre avanço em algumas áreas, na prática, a assistência não é realizada dessa maneira. Existe uma dificuldade em conseguir assistir à mulher em todas as etapas de sua vida. Pensando em situações complexas, a dificuldade fica ainda maior (FREITAS, 2009).

No que diz respeito à saúde da mulher, é notável o número de artigos relacionados à questão da humanização do atendimento no ciclo gravídico puerperal. Isso decorre das práticas e da lógica de assistência à mulher durante esse período, que muitas vezes acaba reduzida a um mero útero. Tal lógica normatiza e padroniza certo tipo de assistência que não é capaz de individualizar e relativizar o atendimento (DINIZ, 2005).

Ao mesmo tempo em que encontramos expressivo número de estudos que objetivam analisar as práticas humanizadas no contexto do parto e nascimento, percebemos uma grande tendência de humanização em toda rede através da Política Nacional de Humanização, conhecida como HumanizaSUS (FORTES, 2004). Esta política visa a humanizar as práticas e as relações de saúde através do vínculo, da responsabilização e do reconhecimento da autonomia do sujeito. Há também estudos que articulam a humanização com a assistência em saúde de um modo geral, entre as práticas de atenção primária (TEIXEIRA, 2005) e assistência hospitalar (BONFADA, 2012; DESLANDES, 2004).

O presente trabalho se fundamenta nos campos da Saúde Coletiva, Saúde da Mulher e nos estudos das Relações de Gênero. Apresenta também intersecções

com o repertório do construcionismo, através dos procedimentos metodológicos e dos estudos de Michel Foucault e de autores do pós-estruturalismo.

Dessa forma, busco construir conhecimento na perspectiva de como o diálogo entre as práticas de saúde se articulam com a política de atenção à saúde mulher, refletindo sobre pontos críticos e salientando as potencialidades, sempre tendo como foco as mulheres e seus direitos.

O diálogo com o trabalho de Foucault e autores construcionistas e pós-estruturalistas, ainda que não aprofundado neste trabalho, nos orienta a não ter a pretensão de formular verdades universais ou apresentar modelos ideais e perfeitos de atenção, uma vez que não é este o papel da ciência, das pesquisas. As práticas de saúde se constroem no cotidiano, na relação indivíduo-indivíduo a partir de um conjunto emaranhado de relações de saber e poder.

Para isso, é importante salientar considerações sobre a produção científica e os “regimes de verdade” de Foucault (2013, p. 53). Foucault entende que os discursos (e outras formas de enunciados) constituem um sistema de saber-poder, onde a verdade:

[...] é deste mundo; ela é produzida nele graças a múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentados de poder. Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua ‘política geral’ de verdade: isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que tem o encargo de dizer que funciona como verdadeiro. (FOUCAULT, 2013, p. 52)

Foucault (2013) entende que em nossa sociedade, a “economia política” da verdade é sustentada principalmente no discurso científico e também é objeto de debate político (p. 52). Sendo assim, o campo da ciência é constantemente tensionado pelos saberes e poderes que dele dependem e que nele se reproduzem. No caso dessa dissertação, podemos entender que no campo da Saúde da Mulher, os saberes tidos como “verdades” (mais valorizados) são os saberes vindos da academia, aqueles produzidos pelas entidades científicas. Para exemplificar, Maria Simone V. Schwengber (2006) busca em sua tese entender como se dá a educação de corpos grávidos. Ela tensiona o campo do controle dos corpos e a ciência. Os especialistas são elementos que aparecem fortemente atrelados a esse “controle”,

de forma a desvalorizar o conhecimento “popular” ou o conhecimento das avós nesse contexto (pág. 41). Podemos dizer que nesse campo há uma disputa em jogo: qual dos “regimes de verdade” deve ser tensionado? O saber das “curiosas” ou o saber institucional, muitas vezes representado pela universidade e pela instituição? Nesse momento, entra em cena a questão do poder, pois a “verdade” está intimamente relacionada com o mesmo. Assim, o “regime de verdade” se constitui pela relação saber-poder e pelos tensionamentos políticos que os mesmo produzem.

Portanto, procuro refletir sobre o campo da Saúde da Mulher, da Saúde Coletiva e dos Estudos de Gênero procurando novos olhares, novas possibilidades, “encontrar outros caminhos, rever e problematizar os saberes produzidos e os percursos trilhados por outros” (PARAÍSO, 2012, p. 25).

Nesta perspectiva, busco parâmetros nas metodologias pós-críticas apresentadas por Paraíso (2012), onde:

[...] os pressupostos nos fazem olhar e encontrar caminhos diferentes a serem seguidos, possibilidades de transgressões em metodologias e procedimentos que supomos fixos, dados, não modificáveis. Podemos com esses pressupostos deixar-nos guiar pelas novas maneiras de compreender, ver, dizer, sentir e ouvir [...]. Com tais aprendizagens ficamos armados/as, emocionados/as, encorajados/as. Uma coragem necessária para [...] encontrarmos saídas contra o aprisionamento e a fixidez de sentidos, os essencialismos, o “é isso” ou o “deve-se fazer assim.” (PARAÍSO, 2012, p. 32)

Tais referenciais me serviram de inspiração, de horizonte mais amplo para este trabalho que tem como centro o campo da saúde da mulher.

O objetivo da pesquisa foi estudar as políticas de assistência à saúde da mulher no município de Corumbataí e a articulação destas com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).

Objetivos específicos foram descrever como o sistema de atenção à saúde da mulher está organizado e identificar as ações de saúde da mulher implementadas no campo da gestão municipal e nos serviços de saúde; e estudar de que modo as ações de saúde do município dialogam com as diretrizes da PNAISM, especialmente no que se refere à assistência integral e à humanização da saúde da mulher.

No decorrer do próximo capítulo, busco apresentar o campo da Saúde Coletiva, contextualizando o sistema de saúde no Brasil, discorrendo sobre a história do SUS e sua configuração.

No capítulo 2, apresento o campo da Saúde da Mulher, trazendo um panorama sobre como as políticas de atenção integral à saúde da mulher foram se engendrando no sistema de saúde, principalmente nas últimas décadas.

No capítulo 3, trago algumas reflexões sobre o campo dos estudos de gênero. Realizo um breve relato sobre o desenvolvimento teórico do conceito de gênero, apontando a seguir para a relevância da perspectiva dos estudos de gênero no campo da saúde.

Depois, apresento o capítulo 4 “Conhecendo Corumbataí”, em que procuro resgatar algumas características e aspectos da cidade que julgo importantes para que o/a leitor/a possa, de alguma maneira, se familiarizar com a cidade. Levanto, inclusive, algumas questões referentes à forma como o sistema de saúde está organizado.

Após essa breve apresentação da cidade, introduzo no capítulo 5 os procedimentos metodológicos, revelando a forma como foi desenvolvida a pesquisa. A entrevista semiestruturada foi a técnica escolhida para a produção de informação. Foram realizadas 8 entrevistas com profissionais e gestores de saúde, com enfoque em três linhas: *Questões do cotidiano do serviço*; *Visão macro-conceitual dos entrevistados sobre os temas do estudo (atenção integral à saúde, humanização, PNAISM)*; e *A saúde da mulher em Corumbataí*, destacando a descrição e a organização do sistema de saúde e sua relação com a rede de saúde, tanto municipal quanto regional. Na análise das entrevistas, foi utilizada a árvore de temas de Spink (2010) para a organização das informações.

Finalmente, apresento os resultados e discussão, desenvolvendo os dois principais eixos do trabalho: *A descrição e a organização das ações de saúde da mulher em Corumbataí* e *A articulação das ações de saúde com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Concluo com as considerações sobre o estudo.

1. O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL NA PERSPECTIVA DA SAÚDE COLETIVA

1.1. HISTÓRICO SOBRE O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

No Brasil, até final do século XIX, o conceito de saúde ainda era fortemente influenciado pela perspectiva da teoria miasmática, que defendia que as doenças eram decorrentes de odores, de gases ou de resíduos provenientes do solo ou da atmosfera. Essa teoria se tornou bastante popular a partir da Idade Média. As medidas de combate a doenças eram restritas ao campo sanitário, com foco, por exemplo, no controle de corpos, do ar, da água. Tal postura explicita as análises de Foucault, que afirmava que a medicina representava um “controle político-científico do meio” (2013, p. 163). Assim, é importante salientar que nessa visão de saúde-doença o sujeito é visto como um receptáculo.

Foi só a partir do início do século XX, com os cientistas Emílio Ribas em São Paulo e Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro, que surgiram os primeiros esforços para introduzir a teoria bacteriológica como modelo de saúde, o qual pretendia ser efetivado pelas campanhas sanitárias através de leis, códigos e decretos. Foi também nessa época que surgiram os primeiros institutos de pesquisa, laboratórios e serviços sanitários. Quem pensava as políticas de saúde eram os próprios funcionários públicos, em sua grande maioria no domínio estadual (MERHY E QUEIRÓS, 1993). Porém, as ações ainda mantinham um caráter altamente vertical e eram focadas nos indivíduos.

A teoria bacteriológica se baseia na ideia de que um agente etiológico pode causar a doença, e que esta é combatida através de vacinas e remédios. As chamadas “políticas de saúde” eram ações voltadas principalmente para o controle da população, através de campanhas de vacinações, declarações obrigatórias de doenças e epidemias e um mapeamento dos lugares considerados mais ou menos insalubres para a população (FOUCAULT, 2013, p. 167). Sem uma definição clara

sobre o processo saúde-doença e sendo influenciadas por cada um dos modelos explicativos, as doenças eram combatidas com algumas ações de caráter sanitário articuladas com campanhas vacinais, que tinham o foco nos processos biológicos. Quem determinava as campanhas e ações eram principalmente os médicos.

Essa corrente da saúde pública no Brasil ficou conhecida como “médico-sanitária”. O conhecimento, que se tornava cada dia mais hegemônico, valorizava as ações sanitárias e centradas na figura do médico (MERHY E QUEIRÓS, 1993). Num momento em que o campo da ciência também estava em disputa, os processos biológicos foram ganhando poder. O entendimento do processo saúde-doença ainda baseava-se predominante na teoria da unicausalidade.

Ao centrar o olhar na patologia para o estudo das lesões do organismo, o discurso da medicina definiu uma opção coerente com o desenvolvimento da biologia (...). Firmou-se no pensamento médico a hegemonia do orgânico. A racionalidade científica na medicina estruturou a explicação dos fenômenos com base no estudo de mudanças morfológicas, orgânicas e estruturais. (CZERESNIA, 1997, p. 61)

Assim como o modelo positivista de ciência que valoriza principalmente os processos biológicos, o modelo da unicausalidade centra o conhecimento nesses processos, desconsiderando as relações sociais, culturais e políticas do processo de saúde. Tanto as políticas públicas de saúde quanto a prática médica resultante desse processo possuem características essencialmente curativistas e biologicistas.

Dessa forma, desde o início do século XX, mas principalmente a partir da década de 1940, torna-se mais valorizada a assistência individual centralizada no atendimento pelo médico. A partir dos anos 1960, essa diferença se radicaliza no interior das políticas e instituições, acarretando na prática um modelo fragmentado e desorganizado e favorecendo a miséria e péssimas condições de saúde (MERHY E QUEIRÓS, 1993). Esta concepção de saúde não leva em consideração questões de cunho social e cultural, focando seu atendimento num processo de cura e não de prevenção.

Outro fator que exerceu grande influência sobre o modelo biomédico fortalecendo-o ainda mais foi o relatório Flexner, na década de 50, no pós-guerra. Já havia uma grande valorização desse padrão de saúde, com ações focadas apenas na doença. Mas depois da 2ª Grande Guerra Mundial, assim como na economia e nos modos de consumo, muitos países tomaram como modelo o estilo de vida

americano, o que para a saúde pública resultou em uma concepção minimalista de políticas públicas que valorizava ações verticalizadas, pontuais e centradas no indivíduo. Essa corrente teve grande influência até as décadas de 60 e 70 (MERHY E QUEIRÓS, 1993).

A ideia da saúde como algo planejado surgiu somente a partir de 1968, quando novos elementos foram incorporados em sua análise. Com base na teoria de Leavell e Clark, surge o modelo de explicação multicausal. Esse modelo se apoia na “tríade ecológica”: o ambiente, o agente e o hospedeiro. Nesse entendimento, o desequilíbrio nas regulações do sistema resultaria em uma doença. Apesar de incorporar o ambiente em sua análise do processo saúde-doença, esse modelo ainda é fortemente influenciado pelo modelo biomédico (ALMEIDA FILHO E ROUQUAYROL, 2002; PUTTINI et al., 2010)

Foi também na década de 60 que se discutiu pela primeira vez um modelo diverso de saúde, frisando a implementação de serviços permanentes e municipalização da atenção à saúde. No entanto, essa proposta foi derrotada e deu-se início ao projeto de privatização da saúde, com foco nos profissionais médicos e nas instituições hospitalares (MERHY E QUEIRÓS, 1993).

Dessa forma, podemos dizer que as políticas de saúde durante a primeira metade do século XX até meados das décadas de 1960 e 1970 tinham um caráter vertical, com suas ações sanitárias centradas na figura do médico e foco na cura da doença. O grande modelo tanto reprodutor quanto estimulador desse processo ficou conhecido como modelo biomédico.

Já no final da década de 1970, início dos anos 80, inicia-se o Movimento da Reforma Sanitária e da Saúde Coletiva. Foi um movimento muito importante enquanto processo político, pelo que propôs novas concepções de saúde, modelos de atenção e formas de vivenciar os sujeitos, além de influenciar um modelo com tendência reformadora (MERHY E QUEIRÓS, 1993). Um dos grandes atos do movimento foi lutar pela inserção do texto “saúde como direito de cidadania e dever do Estado” na Constituição Federal de 1988. Esse foi um grande passo, pois trouxe legitimidade jurídica ao ponto e provocou avanços na discussão sobre a relevância das políticas de saúde no país (VASCONCELOS E PASCHE, 2006).

O Movimento da Reforma Sanitária propôs a perspectiva da Saúde Coletiva, que tem como foco ações centradas no sujeito, em todo o seu contexto sócio-histórico e cultural (PUTTINI et al., 2010), com assistência multiprofissional e num campo interdisciplinar.

No final da década de 1980, mais precisamente em 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS). A partir desse momento, a organização da atenção à saúde foi modificada, à medida que essa nova estrutura buscava sustentar e organizar as políticas de saúde no país tendo como base a coordenação e integração das ações de saúde desenvolvidas desde o âmbito federal até o municipal, passando pelo estadual. O que isso significa? Essa estruturação, amparada pela Constituição Federal de 1988, possibilitou uma maior articulação de políticas e de ações em saúde nas três esferas do governo, buscando atender de forma funcional às demandas de saúde (VASCONCELOS E PASCHE, 2006). O SUS não é apenas um serviço assistencial; é um sistema muito mais complexo, com ações que também englobam promoção e prevenção à saúde (VASCONCELOS E PASCHE, 2006). Além de garantir o direito à saúde a todos os cidadãos no Brasil, os princípios e diretrizes do SUS complementam o direito à saúde em harmonia com ideais de bem estar social. Busca também uma “racionalidade organizativa” de seus serviços, ao trazer princípios doutrinários como a universalidade, a integralidade e a equidade (VASCONCELOS E PASCHE, 2006).

Dessa forma, vemos como também o conceito de saúde vai mudando no decorrer do século XX. No início do século, as políticas de saúde se apresentavam como verticais, de caráter higienista. Nos anos 40, 50 e 60, as políticas se concentravam em ações centralizadas na cura, olhando para o indivíduo como o principal responsável por sua saúde. A partir dos anos 70, com o movimento social lutando por melhorias na atenção, surge um novo conceito de saúde, pautado em ideias de saúde centradas no sujeito, apontando para questões de vulnerabilidade social.

Ainda há muitas outras visões e conceitos de saúde em disputa no campo, visto que a valorização do campo biomédico (e do modelo) é uma realidade. Não é o objetivo entrar no detalhamento de cada um dos conceitos de saúde, até porque são muitos e não estamos em busca de uma “verdade”. O objetivo é mostrar os

principais campos históricos que continuam produzindo (e tensionando) questões que interferem na prática e no dia a dia das ações de saúde. Quando pensamos na saúde a partir do campo da Saúde Coletiva, significa que buscamos olhar através de lentes que vão para além do processo biológico (biomédico), sobrepondo, recortando e adicionando outros aparatos a essa investigação, como os processos culturais, sociais, históricos, geracionais, de gênero e de raça/etnia, para estudar os processos de saúde.

As origens da Saúde Coletiva (SC) no Brasil têm início no diálogo com as construções teóricas, nos anos 1950. Foi a partir dessa época que projeto preventivista começou a ser amplamente discutido, tanto no Brasil quanto no mundo. Nesse momento a discussão era mais voltada para questões pedagógicas do ensino da saúde do que para questões práticas. Entretanto, esse primeiro momento foi fundamental devido ao surgimento dos primeiros departamentos de medicina preventiva e social, que futuramente foram os berços dos primeiros estudiosos da saúde coletiva (NUNES, 2006).

Foi só a partir da década de 1970 que se iniciou o processo de estruturação formal do campo da saúde coletiva. O movimento social de saúde coletiva teve grande atuação durante a ditadura militar, momento em que as desigualdades sociais e das condições de saúde estavam aumentando. Foi também nesse contexto que as Ciências Sociais e Humanas ganharam mais de destaque na área da saúde. Sérgio Arouca teve grande influência sobre a medicina social e o campo da saúde. (NUNES, 2006).

Nesse momento histórico, inúmeros fatores contribuíram para o pensamento organizado de forma estratégica dos anos 1980 (NUNES, 2006, p. 25). Nunes (2006) destaca o documento da OPAS intitulado *Formulación de Políticas de Salud* e a Declaração de Alma-Atá como pontos que reverberam o movimento da Saúde Coletiva.

Ainda nesse período começa a ser incorporada a perspectiva da construção teórica-conceitual, através de “pesquisas sociais, epidemiológicas sobre os determinantes econômicos da doença e do sistema de saúde, associada à discussão de propostas alternativas ao sistema de saúde vigente” (NUNES, 2006, p. 25).

Esse momento foi de grande relevância para o fortalecimento do campo da saúde coletiva. O movimento teórico (NUNES, 2006), em conjunto com o movimento social – aqui entendidos como o Movimento da Reforma Sanitária –, deu os primeiros passos rumo ao novo modelo de atenção e organização da saúde. A VII Conferência Nacional de Saúde e a VIII Conferência Nacional de Saúde (1979 e 1986, respectivamente) representam a materialização do campo da Saúde Coletiva, tendo seu ápice (naquele momento) na conquista do Sistema Único de Saúde, em 1988 (NUNES, 2006).

Esses parágrafos iniciais sinalizam – ainda que brevemente – o caráter relevante da Saúde Coletiva para a saúde pública no Brasil.

Ainda sobre a Saúde Coletiva, situo esses saberes no campo de estudos teóricos e práticos. Devido à dificuldade de definição de um “campo multiparadigmático, interdisciplinar, formado pela presença de tipos distintos de disciplinas que se distribuem em um largo espectro que se entende das ciências naturais às ciências humanas...” (NUNES, 2006, p. 28), parece ser uma alternativa pensar esse campo na forma de “mosaico” (NUNES, 2006). Assim, a Saúde Coletiva pode ser melhor entendida se incorporada em três núcleos de saberes, sendo eles: a Epidemiologia, as Ciências Humanas e Sociais e Políticas, Planos e Gestão (BOSI, 2012).

O enfoque qualitativo no campo da Saúde Coletiva ainda enfrenta muitos desafios. A pesquisa qualitativa nesse campo é “marcada pela interdisciplinaridade, nutrida por vários referenciais e por conceitos complexos e interconectados, oriundos de teorias densas, de várias nuances” (BOSI, 2012, p. 579)

Assim, entendo que o diálogo deve ser privilegiado, buscando, a partir dos conceitos que norteiam a prática da Saúde Coletiva, trabalhar com todas as dimensões que permeiam o cotidiano, sejam elas quais forem.

1.2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O SUS é regulamentado pela Constituição Federal de 1988, pelas constituições estaduais e também pelas leis orgânicas dos municípios. As principais leis federais são a Lei nº 8.080 e a nº 8.142, ambas de 1990. As normas operacionais, Normas Operacionais Básicas (NOB) e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) representam mecanismos de regulação que visam a concretizar, principalmente, a diretriz da descentralização dos serviços de saúde, ou seja, a municipalização e regionalização da gestão, serviços e assistência (LEVICOVITZ, 2001). Porém, há uma crítica ao excesso normativo infra-legal dessas normas, devido à extensividade e detalhismo com que são elaboradas. Visto que o Brasil é um país de tamanho continental e com grandes desigualdades, a uniformidade que essas portarias apresentam não considera as diferenças entre as realidades que compõe municípios e estados, o que dificulta sua implementação (PASCHE, 2003).

O SUS incorpora também conceitos e ideias de saúde que garantem, no campo dos direitos, acesso à saúde a toda população, concepção que antes não havia.

São três os princípios e diretrizes que norteiam o sistema de saúde brasileiro.

A **Universalidade** garante acesso à saúde a todos os cidadãos/ãs, sem discriminação - anteriormente, o acesso à saúde pública era diferenciado às pessoas que não tinham vínculos previdenciários (VASCONCELOS E PASCHE, 2006).

A **Integralidade** é um termo polissêmico (MATTOS, 2004), mas podemos entendê-lo basicamente como ver as necessidades de saúde do sujeito de forma ampliada, com várias dimensões. Os serviços de saúde devem se organizar de acordo com os níveis de atenção (hierarquização) e pela distribuição geográfica (regionalização)².

² Falo deste item especificamente no capítulo 4.1.1 Integralidade e Humanização.

Já a **Equidade** garante acesso a todos/as, principalmente aos “grupos sociais mais vulneráveis”, já que os mesmos enfrentam maiores instabilidades perante as desigualdades sociais enfrentadas (VASCONCELOS E PASCHE, 2006).

O Sistema Único de Saúde é um sistema universal, ainda em processo de construção. Seus princípios organizativos são baseados na regionalização e na hierarquização dos serviços, na descentralização do poder e na participação popular. Há ainda grandes problemas na organização do sistema (PAIM et al., 2011), por exemplo, o déficit de importância para a atenção básica e sobrecarga dos demais níveis de atenção. No Brasil ainda impera a cultura que valoriza muito o atendimento especializado em detrimento do atendimento primário, da atenção básica e da promoção à saúde, com forte apelo biomédico. A regionalização e a descentralização buscam articular os serviços e os tipos de atenção oferecidos (nível primário, nível secundário ou terciário) em redes que se aliam à população residente naquela região. A descentralização busca atender a população de maneira mais adequada: teoricamente, quando o município passa a ser responsável pelo sistema de saúde, ele consegue identificar da melhor maneira quais são os principais problemas de saúde e, assim, obter ações mais efetivas. A participação social também faz parte da estrutura e organização do sistema, atuando através dos Conselhos e das Conferências de Saúde.

Apoiados pela perspectiva da descentralização e universalização do atendimento foram criados os Postos de Atenção Básica que originaram a ESF – Estratégia Saúde da Família e o PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde, introduzindo um dos maiores programas desse tipo no mundo (MERHY E QUEIRÓS, 1993).

Uma vez que o objetivo desta dissertação é dar ênfase a uma área específica do desenvolvimento do trabalho, e não adentrar em todos os elementos que compõe o SUS, dou enfoque à atenção básica dentro da perspectiva das redes de atenção à saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica, instituída em 2006 (Portaria MS/GM nº 648) e revisada em 2011 (Portaria MS/GM nº 2.488), adota uma conceituação abrangente de Atenção Básica, como elemento norteador de políticas orientadas para a estruturação do sistema:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2011a, pág 3)

Muito mais do que uma política que visa conduzir profissionais e serviços na esfera da atenção básica, a Política Nacional de Atenção Básica orienta novos pressupostos de como materializar essa assistência na prática do dia a dia.

Mendes (2010) afirma que os sistemas de saúde não conseguem se adaptar a questões como o “envelhecimento da população, transição epidemiológica e inovação tecnológica” com a mesma frequência que os mesmos se configuram na sociedade, acarretando um contexto de crise e fragmentação no sistema de saúde (MENDES, 2010, p. 2299).

Dessa forma, Mendes entende que:

Os sistemas fragmentados caracterizam-se pela forma de organização hierárquica; a inexistência da continuidade da atenção; o foco nas condições agudas através de unidades de pronto-atendimento, ambulatorial e hospitalar; a passividade da pessoa usuária; a ação reativa à demanda; a ênfase relativa nas intervenções curativas e reabilitadoras; o modelo de atenção à saúde, fragmentado e sem estratificação dos riscos; a atenção centrada no cuidado profissional, especialmente no médico; e o financiamento por procedimentos. (MENDES, 2010, p. 2299)

Mendes (2011) tece uma crítica em relação à nomenclatura utilizada para referenciar a atenção primária à saúde.

Nos sistemas fragmentados de atenção à saúde, vige uma visão de uma estrutura hierárquica, definida por níveis de “complexidades” crescentes, e com relações de ordem e graus de importância entre os diferentes níveis, o

que caracteriza uma hierarquia. Essa concepção de sistema hierarquizado vige no SUS. O sistema público brasileiro de atenção à saúde organiza-se, segundo suas normativas, em atenção básica, atenção de média e de alta complexidade. Tal visão apresenta sérios problemas teóricos e operacionais. Ela fundamenta-se num conceito de complexidade equivocado, ao estabelecer que a atenção primária à saúde é menos complexa do que a atenção nos níveis secundário e terciário. Esse conceito distorcido de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, a uma banalização da atenção primária à saúde e a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que exigem maior densidade tecnológica e que são exercitadas nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde. (MENDES, 2011, p. 50)

Gil (2006) demonstra que há tensionamentos nas nomenclaturas utilizadas para se referir à Atenção Primária à Saúde e à Atenção Básica. Tais tensionamentos envolvem a dimensão histórica dos sentidos dos conceitos. No estudo, utilizarei ambas as nomenclaturas para designar as mesmas atividades.

Mendes (2011) realizou uma revisão bibliográfica na qual nos mostra avaliações de sistemas de saúde que apresentaram bons resultados configurados no sistema com base em Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Dessa maneira, ele propõe o uso da organização em RAS baseada nos seguintes pilares: “economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção” (MENDES, 2011, p. 71).

Mendes define as Redes de Atenção à Saúde:

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população. (MENDES, 2010, p. 2300)

Em relação à economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso, Mendes (2011) afirma ser necessário configurar elementos de alta especialidade concentrados em polos de referência. Os centros de atenção primária devem estar mais dispersos, em mais contato com os usuários, com foco também na qualidade do serviço oferecido.

Sobre a integração horizontal e vertical, Mendes associa esses termos às teorias econômicas, vinculando a integração vertical ao desenvolvimento de

atividades dentro do mesmo serviço; já a integração horizontal ocorre quando há articulação com outros serviços, podendo ou não ser de outros níveis (MENDES, 2011).

Outro elemento constituinte das RAS é o processo de substituição, uma forma de permuta de serviços e ações de saúde no serviço e entre os diferentes serviços, objetivando melhorias na atenção. Baseia-se na demanda e nas necessidades de saúde da população, com foco também em menores custos. Na prática, isso significa estudar casos e propor atendimentos mais efetivos para a população.

Figura 2 - A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde

Reprodução de Mendes 2011

A densidade tecnológica é um ponto importante para se compreender o funcionamento das RAS em níveis de atenção à saúde. Nesse sistema de organização, não há níveis hierárquicos como na pirâmide e o que define a articulação entre os níveis de atenção são as tecnologias e serviços oferecidos. Nesta perspectiva, cada serviço/unidade está interligado com o outro, formando uma rede que apresenta uma horizontalidade na importância dos serviços/unidades. Isso viabiliza a criação de caminhos interconectados de acordo com a necessidade do usuário, não fixados em um determinado fluxo de atenção (MENDES, 2011, p. 83).

Há uma crítica frente à concepção normativa do SUS, que estimula o conceito fixo, baseado no fluxo de atendimento entendido através de pirâmide. Nesse sentido, a questão da densidade tecnológica é traduzida como complexidade, em contraposição à ideia de simplicidade da atenção básica. Esta última demandaria

menor investimento (monetário e intelectual) dos gestores e profissionais. Em vista disso, Mendes propõe romper com o modelo piramidal para começar a trabalhar com redes, confrontando a ideia de verticalização e rigidez do sistema anterior. Nesse modelo, a APS é o centro da atenção, pois é aquela que mais fica em contato com o usuário, sendo mais distribuída (MENDES, 2010; 2011).

De acordo com Mendes (2010, 2011) e OPAS (2011), a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção são os elementos que constituem as RAS.

Para começar a pensar na população, é necessário primeiro pensar a questão da territorialidade. Assim, da mesma forma que a Estratégia Saúde da Família propõe, os conceitos de população e território na RAS prestam-se para o conhecimento mais efetivo dos usuários e as famílias que estão atendendo (MENDES, 2011, p. 85).

A estrutura operacional das RAS revela as tessituras materiais e imateriais da realidade do sistema. Como já dito, o centro da rede é a APS, o centro de comunicação do sistema. A atenção ambulatorial ou hospitalar secundária ou terciária são os chamados pontos de atenção secundários. Quem fornece apoio para a rede são os sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de informação e sistemas de teleassistência. Para que tudo isso se materialize, é necessário um sistema que faça a interlocução, que é realizada pelos registros eletrônicos em saúde, sistemas de acesso regulados à atenção, sistemas de transporte em saúde e sistema de governança da rede de atenção à saúde, que é responsável pela organização e gestão das RAS (OPAS, 2011).

Os modelos de atenção são a forma como os sistemas de organização são operados. Esse funcionamento é pensado a partir da articulação do usuário com a rede, num contexto amplo e singular, cujo propósito é oferecer o serviço de maneira a colocar o usuário, suas necessidades e os diferentes tipos de intervenções sanitárias e intervenções do sistema de saúde no foco do atendimento. Para exemplificar melhor, Mendes (2010 e 2011) separou os modelos de atenção focados em condições crônicas e condições agudas. Sua crítica ao sistema tradicional de saúde se dá pelo fato de que o mesmo não consegue acompanhar as mudanças

contextuais e ainda opera numa lógica de atenção focada no atendimento de situações agudizadas.

Para o atendimento de doenças crônicas, a OMS preconizou 3 frentes de atuação: o nível micro, composto por indivíduo e família; o nível meso, em que se localizam as organizações de saúde e a comunidade; e o nível macro, com as políticas de saúde. Assim, subentende-se um sistema que seja mais articulado e complexo, que busca uma maior integralidade do sistema com o usuário. Uma vez que as doenças crônicas necessitam de um suporte que vai além da intervenção biomédica, esse sistema envolve também “ações de promoção da saúde e de prevenção, cuidado, reabilitação e palição das condições de saúde e, buscando uma atenção contínua que engloba cuidados primários, secundários e terciários, sistemas de apoio e sistemas logísticos” (OPAS, 2011, p. 22).

Para a atenção de condições agudas, as RAS propõem modelos que se baseiam no tempo de resposta para atender a determinada situação, fortalecendo medidas de triagem de pessoas com as necessidades de urgências e emergências (OPAS, 2011, p. 23).

2. BREVE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER

O exercício de pensar que o que está dito é o que não é – ou seja, não são mais apenas mamas, colo e gestação – faz com que isso continue a ser a principal referência das práticas em saúde para mulheres. O corpo como um construto social é atravessado por múltiplos discursos, por meio de operações de classificação, agrupamento e diferenciação, práticas de significação que funcionam em determinados regimes de verdade e que marcam determinadas formas de ser mulher e de ter cuidados com a saúde e com o corpo feminino. O corpo, como marca da diferença das mulheres, está marcado como um corpo que reproduz. (MEDEIROS E GUARESHI, 2009, p. 36)

Historicamente, o campo da saúde da mulher foi orientado e dirigido exclusivamente à questão da maternidade. Entre os séculos XIX e XX, as principais ações de saúde voltadas à família eram baseadas na nutrição infantil e possuíam caráter higienista e disciplinador. No âmbito familiar, a mulher era a responsável pela saúde da criança (OSIS, 1994). Nessa época, a maternidade era muito valorizada pelas autoridades e profissionais da saúde. A mulher sustentava um importante papel social enquanto mãe e era responsabilizada pela diminuição da mortalidade infantil e nutrição. Esses discursos eram proferidos pelas autoridades médicas e científicas da época (OSIS, 1994).

De acordo com Maria José Martins Duarte Osis:

As primeiras preocupações oficiais com a saúde das mulheres, traduzidas em leis e decretos, vieram a público no final da primeira e início da segunda década desse século [XX], na forma de legislação trabalhista e sempre associada com a proteção à maternidade e à infância. (OSIS, 1994, p. 23)

A preocupação com os direitos trabalhistas das mulheres era uma forma de garantir o bom desenvolvimento fetal/infantil. Buscava-se, portanto, alguns direitos para as mulheres, porém com o foco sobre seus filhos.

O primeiro órgão do governo a trazer ações (políticas) voltadas à saúde materna infantil foi o Departamento Nacional da Criança (DNCR), criado em 1940. O trabalho, desenvolvido pelo DNCR para a saúde materna, visava à puericultura, gravidez e principalmente amamentação, focando em atividades de educação e normas de higiene para mães e crianças com o objetivo central de redução da

morbidade e mortalidade infantil (OSIS, 1994, p. 28). Podemos perceber o quanto esse contexto era normativo e que, embora houvesse uma preocupação com a mortalidade infantil, esta era vista como responsabilidade da família, principalmente da mãe.

Foi somente a partir da segunda metade do século XX que a discussão sobre políticas de saúde se consolidou. Os debates sobre o crescimento populacional e o papel do Estado na saúde – da mulher – tornaram-se mais frequentes (VILLELA E MONTEIRO, 2005). Até a década de 1960, a mulher era vista como “receptáculo” para o bebê e os programas de atenção à saúde estavam voltados apenas para o bem-estar materno com foco no feto (LEITE E PAES, 2009). Ao final dos anos 60 e começo dos 70, o pensamento neomalthusiano de controle da natalidade para fins econômicos (GALVÃO, 1999) passa a incorporar a política mundial. O controle da natalidade na busca para o desenvolvimento enxerga a mulher como geradora. As ações verticais de planejamento familiar que surgem dessa corrente de pensamento pautam-se nos discursos de base econômica (VILLELA E MONTEIRO, 2005; GALVÃO, 1999; OSIS, 1998).

Os programas de controle de natalidade também atuavam através de medidas intervencionistas, desconsiderando a mulher na tomada de decisões sobre o próprio corpo. Entre eles, destacou-se o programa da Benfam, com ações como esterilização permanente de mulheres sem seu consentimento e a “liberação” de anticoncepcionais com altíssima dosagem hormonal. A atuação desse programa restringiu-se a locais subdesenvolvidos (OSIS, 1998; COSTA, 2009).

Dessa forma, podemos dizer que as políticas de saúde da mulher priorizavam já desde o início a maternidade, naturalizando e centralizando o processo reprodutivo na figura da mulher/mãe (BADINTER, 1985 apud SCHWENGBER, 2006). A centralização da atenção na assistência reprodutiva – principalmente no início do século, quando o foco era essencialmente as crianças – reproduz um modelo de olhar sobre a saúde que reduz a complexidade do processo biológico.

Observa-se também como a figura da mulher evolui nos discursos: de uma “simples” carregadeira de bebês para a pessoa central no debate sobre o controle social.

Ao final dos anos 70, o Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI) é criado. Diferentemente das mulheres de classe média-alta que podiam usar o sistema de saúde privado, as mães das camadas mais baixas contam com o pré-natal como única forma de ter acesso à assistência de saúde (VILLELA E MONTEIRO, 2005). Essa “conquista” das mulheres (pobres em sua maioria) à saúde não veio à toa. A criação do PSMI naquele momento político e social do Brasil e do mundo reflete o discurso de controle social e de controle da natalidade. Para um maior monitoramento, era necessário que o programa atingisse o maior número de mulheres possível. O programa de pré-natal garantia esse acesso. Ainda não há discussão sobre a saúde da mulher de fato, mas surgem os primeiros questionamentos sobre a forma como essa saúde é colocada na pauta das políticas (controle populacional como ferramenta para o desenvolvimento) (VILLELA E MONTEIRO, 2005).

Cabe salientar aqui a questão do controle da fecundidade e contracepção no exercício da sexualidade das mulheres. No início da década de 1960, as mulheres começam a questionar e a romper com determinados “papeis” a elas atribuídos, como a obrigação de exercer a maternidade. Começam a trabalhar fora, a se tornar independentes dos homens e a buscar mais espaço como sujeitos, da mesma maneira que passam a ter mais controle sobre a contracepção através do advento das pílulas. Dessa forma, a vida sexual deixa de ter a maternidade como resultado e obrigação e passa a significar escolha e desejo – para as mulheres que tinham acesso. Esse cenário passa a ser um local de tensionamento político: de um lado, as escolhas das mulheres, e de outro, alguns discursos de controle, como a questão do controle de natalidade frente a um problema social. Como resultado dessa nova conjuntura social, tornam-se necessárias políticas de acesso a métodos contraceptivos (COSTA, 2009).

Nessa mesma época, inicia-se um processo de medicalização e hospitalização exacerbada da maternidade diante de um cenário de altas taxas de mortalidade infantil, associada à diarreia, desnutrição e desmame precoce (LEITE E PAES, 2009). Nesse período, surgem também os primeiros movimentos sociais organizados tendo como pauta a saúde como direito, como dito anteriormente.

Assim, o movimento organizado de mulheres fortalece a concepção de que a mulher deve ser vista como um “sujeito de direitos” e que deve participar do processo de construção das agendas políticas (VILLELA E MONTEIRO, 2005). Num momento de efervescência política e valorização de debates, principalmente voltados para os direitos e liberdade de exercer os direitos sexuais e reprodutivos, o movimento social de mulheres luta em busca de um processo de democratização dos sujeitos, fortalecendo pautas e discursos não hegemônicos como, por exemplo, a questão dos direitos reprodutivos (grande repercussão dentro do movimento feminista naquela época) e dos direitos sexuais (debate mais atual, abrangendo os movimentos gay, lésbico e feminista) (ÁVILA, 2003). Desses pressupostos teóricos e técnicos, o movimento feminista e outros movimentos sociais começaram a tensionar a agenda política para que a saúde da mulher fosse contemplada de maneira integral, atentando a outras necessidades em saúde que não apenas a maternidade (VILLELA E MONTEIRO, 2005).

Nesse sentido, surge na década de 1980 o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), um conceito avançado, com olhar integral à saúde da mulher e ações amplas de saúde, acompanhadas de projetos educativos que enfatizam a atenção preventiva e curativa e a relação corpo e saúde, com a ideia de *empowerment* (GALVÃO, 1999). Entre as pessoas que articulam esse programa estão Ana Maria Costa (médica), Maria da Graça Ohana (socióloga), Anibal Faúndes e Osvaldo Grassioto (médicos ginecologistas obstetras) (OSIS, 1998). Um fato muito importante é a presença no programa de mulheres ligadas fortemente ao movimento social organizado de mulheres, além das contribuições do olhar de uma socióloga dentro do conjunto. Os próprios médicos que fizeram parte da criação do PAISM já desenvolviam ações “integrais” e de cunho de saúde reprodutiva em seus locais de trabalho desde a década de 1970 na UNICAMP. Eram, portanto, sujeitos com histórias que já se desenrolavam para um outro olhar, futuramente chamado de “olhar integral” (OSIS, 1998). Na prática, a luta pela criação do PAISM significou uma luta pelos direitos das mulheres, pelo direito ao olhar de forma inteira e não apenas para o útero e para as mamas. Foi um movimento que também alcançou o reconhecimento da mulher como sujeito de direitos.

Cabe salientar a influência de duas vertentes na estruturação do PAISM: a primeira relacionada à saúde, onde o ideal de integralidade interagiu com o

movimento de reforma sanitária, resultando na mudança na forma de olhar e pensar as políticas de saúde; a segunda vertente relacionada às concepções de mulheres defendidas pelo movimento feminista (COSTA, 2009).

O PAISM foi pioneiro em suas diretrizes e objetivos, uma vez que já naquela época tratava de saúde reprodutiva, embora com outro nome. Utilizava-se de ferramentas e planos de ação que envolviam outros aspectos da reprodução além do lado biológico, trabalhando com ações de educação em saúde através de cartilhas e textos. O termo “saúde reprodutiva” só foi surgir depois de quase 10 anos de implantação do PAISM, em conferências internacionais (GALVÃO, 1999). Aqui cabe salientar alguns pontos. Há pesquisadores que afirmam não ter existido um olhar integral sobre as mulheres, ou seja, que o PAISM não teria acontecido de fato. Porém, penso que os aparatos linguísticos e culturais performam os conceitos e os ideais de determinadas épocas. Assim, vejo a mudança no nome de “materno infantil” para “saúde integral da mulher” como um posicionamento político muito forte que tensiona o campo da construção das políticas e, mais do que isso, influencia também nas ações e nas práticas de saúde. A “saúde materna-infantil” ainda não se afastou das nomenclaturas do campo da saúde da mulher. Por outro lado, outros termos vêm surgindo e ganhando espaço, como a ideia de direitos sexuais e direitos reprodutivos (BRIGAGÃO, 2010, p. 59).

No final dos anos 1980, mais precisamente em 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado baseado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde. E é a partir dos anos 1990 que se iniciam os processos de estruturação do SUS. Por ser um projeto de proporções e ideias inovadoras para o sistema vigente, sua implementação a nível federal, estadual e municipal foi – e ainda é – um desafio. Dessa forma, o pouco do PAISM que já estava implantado ficou desarticulado, fragmentado e incorporado de forma descontínua, resultando principalmente na dificuldade em lidar com questões da sexualidade; portanto, sem o olhar integral previsto pelo PAISM (VILLELA E MONTEIRO, 2005; COSTA 2009).

A década de 1990 foi marcada pelas lutas dos movimentos organizados de mulheres, criando importantes redes para o fortalecimento dos direitos sexuais e reprodutivos. Em 1991, foi criada a Rede Feminista de Saúde e Direitos

Reprodutivos e em 1993, a ReHuNa, Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. Na pauta dos movimentos estava a revalidação dos pressupostos da saúde integral à mulher. Em 1997, uma portaria do Ministério da Saúde regulamenta a esterilização voluntária de mulheres e homens, estabelecendo critérios como aconselhamento por uma equipe multidisciplinar e a obrigatoriedade de um período de 60 dias entre a manifestação e o ato cirúrgico. Dois anos mais tarde, em 1999, ocorre uma mudança e uma nova portaria estabelece que a esterilização de mulheres fica proibida durante o período do parto ou aborto e em até 42 dias após, exceto em casos necessários com indicação clínica (BERQUÓ, 2003).

A partir de 1995, o governo federal passa a rearticular as políticas de saúde da mulher no SUS (VILLELA E MONTEIRO, 2005), porém de forma muito fragmentada e com foco no ciclo reprodutivo ainda mais evidente. Continuam faltando ações relacionadas ao climatério, menopausa e às diversas queixas ginecológicas (COSTA, 2009).

No início dos anos 2000, é lançado pelo Ministério da Saúde o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), buscando a melhoria na assistência à mulher durante gestação e nascimento e também introduzindo novos recursos para o custeio da assistência (SERRUYA et al., 2004). Uma das grandes críticas a esse programa era a valorização da mulher apenas enquanto reprodutora. O grande esforço e os recursos empregados se justificavam na defesa de que o programa viabilizaria um aumento efetivo da qualidade da assistência ao pré-natal e nascimento e melhoria do índice de mortalidade materna. Porém, por mais que ainda faltem estudos qualitativos para comprovar a efetividade das consultas, o começo do programa se apresentou com uma grande falha nas consultas de puerpério. Apesar da valorização financeira para as consultas de puerpério, que representavam o pagamento adicional de R\$40,00 por mulher que realizasse o acompanhamento de pós-parto, as consultas de puerpério ainda eram muito desvalorizadas, dificultando o retorno da mulher no serviço de saúde. A pequena valorização das consultas de puerpério na prática pode indicar um viés de gênero e a crítica feminista pode ser aqui bem colocada (SERRUYA, CECATTI e LAGO, 2004).

Os anos 2000 foram marcados por ações que contribuíram para a garantia dos direitos, mantendo, contudo, uma grande distância entre as políticas e as práticas de saúde e de direitos. Em 1º de janeiro de 2003 foi criada a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR) com status de ministério, cujo objetivo era formular, coordenar e articular políticas que promovessem a igualdade entre homens e mulheres (BRASIL, 2005b). As ações do Programa Nacional de Políticas para Mulheres foram definidas a partir dos debates ocorridos na I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, em 2004. Os eixos incluíam diversos temas, como educação, moradia, autonomia, igualdade no trabalho e enfrentamento contra a violência. Na área da saúde, o tema foi apresentado como “Saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos” (BRASIL, 2005b).

O ano de 2004 é declarado o Ano da Mulher através da Lei nº 10.745 de 2003, com o objetivo de promover iniciativas que consolidassem a igualdade e a justiça na inserção das mulheres na sociedade brasileira. Também em 2004 é lançada a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), elaborada em parceria com diversos atores sociais, incluindo o movimento social organizado de mulheres, movimento negro, de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadoras, organizações não-governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacionais (BRASIL, 2011b). A Política retoma os fundamentos do PAISM, visando melhorar e ampliar o acesso das mulheres ao sistema de saúde, reduzir a morbimortalidade e ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011b). Transformado em Política Nacional, a Atenção Integral à Saúde da Mulher dá um salto qualitativo com a implementação de planos, programas, ações e atividades, alcançando assim uma maior representatividade.

Apesar de historicamente a saúde da mulher ser voltada para a área reprodutiva, o Brasil sempre teve índices muito altos de mortalidade materna. Em 2004, visando à mudança desse quadro, o governo federal assinou um protocolo de intenções para reduzir as mortalidades materna e neonatal nas 27 unidades da federação e nos mais de 5.500 municípios do Brasil. Trata-se do chamado Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, com ações e

especificidades voltadas principalmente para a população negra, grupo que mais sofre com as desigualdades no atendimento materno (BRASIL, 2005a).

Em 2004, também é lançada a Política Nacional de Humanização, mais conhecida como HumanizaSUS (BRASIL, 2004).

Em 2005, é publicada a norma técnica Atenção Humanizada ao Abortamento, que desmistifica a abordagem e o processo de atenção para mulheres nos serviços de saúde. Publicação dirigida a profissionais de saúde, foi elaborada em parceria com setores do governo e especialistas nacionais.

Ainda em 2005, é criada a Política Nacional de Atenção Obstétrica, que estabelece alguns princípios para a atenção à gestação, parto e puerpério, focalizando nas ações de humanização. “Na Política, a prática humanizada é relacionada aos procedimentos e rotinas comprovadamente benéficos e ao exercício da autonomia das mulheres” (SALIM, 2014, p. 54), direcionando as ações para práticas baseadas em evidências científicas centradas na mulher. Isso demonstra um “grande avanço para a assistência obstétrica” (SALIM, 2014).

Em 2011, foi criada a Rede Cegonha através da Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011. Tem como objetivo assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, além do direito à criança ao nascimento seguro e desenvolvimento saudável. A Rede Cegonha é um programa do governo federal que visa fortalecer os direitos ao planejamento reprodutivo e ao ciclo gravídico puerperal, fomentando um novo modelo de atenção à saúde da mulher. O programa sofre críticas pelo fato de ainda ter um foco apenas na questão reprodutiva, mesmo depois de quase 20 anos do PAISM.

Tendo em vista a disparidade que a realidade brasileira apresenta em relação à saúde da mulher, trabalhar com o olhar integral ainda é um desafio que mobiliza várias iniciativas políticas, práticas e pesquisas, requerendo muita reflexão acerca do tema.

2.1. A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher representa, numa esfera macro, o que as políticas, normas, diretrizes e linhas de cuidado devem abranger referentes à saúde da mulher numa esfera micro, sejam elas ações municipais, regionais, estaduais ou mesmo federais. De acordo com Farah:

Política pública pode ser entendida como um curso de ação do Estado, orientado por determinados objetivos, refletindo ou traduzindo um jogo de interesses. Um programa governamental, por sua vez, consiste em uma ação de menor abrangência em que se desdobra uma política pública. (FARAH, 2004, p.47)

Um dos principais objetivos da PNAISM é garantir a atenção integral à mulher, contemplando ações de saúde da mulher em todas as faixas etárias, respeitando as especificidades e necessidades de cada grupo de mulheres (negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, de orientação homossexual, mulheres em situação de prisão, com deficiência, dentre outras), tendo sempre como tema transversal a perspectiva de gênero, raça e etnia para orientar a elaboração e a execução dos trabalhos³.

Sobre a atenção integral, a PNAISM entende como:

[...] um conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde [...] o atendimento à mulher a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas [...] para os prestadores de serviço, no estabelecimento de relações com pessoas singulares, seja por razões econômicas, culturais, religiosas, raciais, de diferentes orientações sexuais, etc. O atendimento deverá nortear-se pelo respeito a todas as diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais. Esse enfoque deverá ser incorporado aos processos de sensibilização e capacitação para humanização das práticas em saúde. (BRASIL, 2011b, p. 64)

³ O documento não menciona, mas julgo ser importante incorporar a dimensão da transexualidade quando se faz referência à saúde da mulher. Essa dimensão aparece no documento do Plano Nacional de Políticas para Mulheres (2013-2015).

A Política prevê também o atendimento baseado nos princípios da humanização, buscando a reafirmação da saúde como direito da população com o compromisso assumido pelos profissionais e gestores.

A participação da sociedade civil organizada também é um fator importante. É responsabilidade da Política prever ações que o incentivem, buscando com isso uma maior articulação com o movimento de mulheres para atualizar as demandas.

Os objetivos da PNAISM são:

- ❖ Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.
- ❖ Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.
- ❖ Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011b, p. 67)

Analisar as políticas públicas, independente da área, requer um exercício de reflexão sobre diversos parâmetros, como os jogos de poder ali instituídos no desenvolvimento ou na implementação da política, os atores, contexto, etc.

Para fazer uma breve descrição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, utilizarei como referência Sampaio e Araújo Jr. (2006) que, baseados em outros autores, trabalharam com a análise de políticas públicas na área de HIV/AIDS. Segundo eles, para analisar uma política pública devemos atentar aos elementos que a estruturam e aos discursos oficiais e não oficiais da política e do contexto, já que esses fundamentos são também influenciados por questões políticas, ideológicas e sociais (SAMPAIO E ARAÚJO JR, 2006).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher foi inspirada no PAISM e aprovada no Conselho Nacional de Saúde no ano de 2000. Assim como todas as políticas do SUS, segue as diretrizes de equidade, universalidade e integralidade, interagindo com as três esferas de governo (BRASIL, 2010). No Brasil, apesar da existência de uma proposta de visão integral da saúde da mulher desde meados da década de 80, ainda é muito comum encontrar desigualdades de gênero no atendimento e ver a saúde da mulher reduzida à esfera reprodutiva, principalmente à gravidez e ao parto. Pouco se trabalha com questões

contraceptivas, sendo muitas vezes estimuladas esterilizações definitivas em detrimento de métodos contraceptivos, que demandaria um maior envolvimento da equipe de saúde. Dessa forma, a Política Nacional surgiu como mais um meio para reivindicar maiores ações no que se refere à saúde da mulher.

A Política Nacional contempla diversas ações, desde a atenção mais básica, através da Estratégia Saúde da Família, até ações mais complexas, como nos hospitais de alta tecnologia. No apêndice I, listo os Objetivos Específicos e Estratégias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

A perspectiva feminista teve muita influência em todo o desenvolvimento da Política. Seus principais valores se fundamentam no direito da mulher sobre seu corpo, vista de maneira integral. Contudo, ainda há muitas tensões em campo principalmente em relação ao aborto, uma vez que se trata de uma prática pouco discutida na esfera política como problema de saúde pública no Brasil⁴, sendo considerado crime quando não realizado nas condições previstas em lei (caso de estupro, em casos de fetos anencéfalos e quando a gravidez oferece algum tipo de risco de vida para a mulher). Não só a falta de debate político como a condição estigmatizada do aborto reflete na vida das mulheres. As mulheres que chegam em situação de abortamento ao serviço são frequentemente maltratadas, o que se expressa na qualidade do atendimento ou na falta de assistência. Por medo da repressão, muitas mulheres não procuram o serviço de saúde e acabam em situações de calamidade (MONTEIRO, ADESSE E LEVIN, 2009). Assim como o aborto, pouco discutido tanto na saúde quanto nas leis, os direitos sexuais e reprodutivos constantemente aparecem em segundo plano. Isto é uma contradição, visto que os direitos sexuais e reprodutivos não visam somente à mulher, mas sim todos os sujeitos da sociedade, buscando garantir direitos mínimos para que a sexualidade e a reprodução sejam exercidas de maneiras saudáveis e prazerosas.

Como já mencionado, o movimento feminista teve grande influência no desenvolvimento e no ideário norteador da Política, colocando em pauta questões nunca antes debatidas. É importante ressaltar que não podemos falar apenas da PNAISM, uma vez que muitos dos elementos previstos da PNAISM foram herdados

⁴ Apesar da pouca visibilidade na esfera política, o aborto é amplamente discutido no campo da saúde.

do PAISM da década de 80. Muito embora algumas questões tenham ficado apenas no papel, a importância do movimento feminista foi muito grande no desenvolvimento desse projeto.

Assim como o aborto, outras questões sofrem tensionamentos durante todo o tempo. Mesmo depois de quase 30 anos da implementação do PAISM, vemos claramente o quão dificultoso continua tirar o foco da saúde da mulher do ciclo gravídico puerperal e pensar nas outras áreas. Haja vista o surgimento, após a PNAISM, de uma política intitulada Rede Cegonha que, apesar de prever uma atenção humanizada e de respeito à mulher, carrega em seu nome uma redução da maternidade ainda infantilizada. Isso mostra como as forças atuantes nas políticas são tensionadas constantemente.

Marta Farah (2004) analisa como as questões de gênero aparecem nas políticas públicas e nos programas governamentais em várias áreas. A Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing em 1995, foi um marco para o planejamento da agenda sobre as questões da mulher na área da saúde. A referência foi a implantação efetiva do PAISM (FARAH, 2004). A criação da PNAISM reflete um momento de valorização do programa transformado em política, com o objetivo de superar o ideário da saúde materno-infantil.

No texto da Política, vemos que a PNAISM tem como foco:

[...] atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras) (BRASIL, 2011b, p. 63).

Paz e Salvaro (2011) apontam como a nomeação de sujeitos e de determinados grupos asseguram direitos e visibilidades a “mulheres, que, historicamente, tiveram direitos negados”, o que reflete em uma maior possibilidade de incorporação dos princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS

Ao analisar políticas e programas, Farah (2004) mostra como a incorporação do tema “gênero” nem sempre corresponde à prática que resulta na diminuição das desigualdades de gênero. Em alguns programas analisados, há uma reiteração dessas desigualdades. Portanto, é preciso atentar ao fato de que, além de incluir a

temática de gênero como perspectiva de orientação para a política, é preciso estimular a materialidade das propostas, objetivando reduzir a desigualdades entre os sujeitos.

O texto da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher destaca a importância da perspectiva de gênero na formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde para as mulheres. Entretanto, sabe-se que esses processos não são lineares e que os cenários e os atores dificilmente são os mesmos nos três processos. É preciso contextualizar. A inclusão da abordagem de gênero e da integralidade é imprescindível numa política pública comprometida com a transformação das desigualdades e a construção de uma sociedade mais igualitária e justa para mulheres e homens, de todas as classes, todas as raças e todas as gerações (SOUTO, 2008, p. 179).

2.1.1. Integralidade e humanização

A integralidade faz parte das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), promulgado em 1988 através da Lei 8.080. É um termo polissêmico que, além de princípio constitucional, é também bandeira de luta, significando valores e ideais de saúde (MATTOS, 2004; COELHO et al., 2009).

Legalmente, a integralidade é “entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. Em outras palavras, é um atendimento específico para cada sujeito, que busca articular as ações e serviços em todos os níveis de complexidade da atenção. Na prática, o conceito foi tomando diversos significados e dimensões, visando à valorização e o reconhecimento prático do SUS. Juntamente com os conceitos de humanização, equidade e universalidade, a integralidade é muito valorizada na saúde (MATTOS, 2004).

Mattos (2004) nos mostra um conceito de integralidade baseado numa tríade de sentidos. Primeiramente, refere-se a um conjunto de características de políticas de saúde, abrangendo políticas públicas que articulam assistência com prevenção, da maneira mais ampla possível. Dito de outra forma, o conceito pressupõe entender as necessidades do sujeito de forma ampliada, contextualizando de modo adequado as ofertas de saúde para, através dessa prática, compor os projetos terapêuticos por meio de um diálogo (profissional e usuário). Em segundo lugar, baseia-se na forma

como os serviços de saúde estão organizados, ou seja, os serviços devem se organizar em redes intersetoriais constituídas de acordo com os níveis de atenção (hierarquização) e distribuição geográfica (regionalização). E por último, relaciona-se aos atributos das práticas de saúde (MATTOS, 2004).

O conceito de integralidade é o mais complexo e talvez o que traz os resultados menos evidentes, ao contrário dos outros dois princípios do SUS. Diferentemente do que acontece com a universalidade e a equidade, a integralidade fica obscurecida justamente por envolver essa polissemia de sentidos (MATTOS, 2004).

Dessa forma, a integralidade busca repensar a maneira de fazer saúde, os locais e a atuação do profissional, valorizando outros tipos de saberes (BONFADA et al., 2012) e buscando uma integração equilibrada entre as tecnologias leve, leve/dura e dura na assistência ao usuário e usuária (MERHY, 2000) para oferecer maior suporte no acolhimento/vínculo (BONFADA et al., 2012).

Além do relacionamento profissional-usuário, deve-se levar em consideração o relacionamento profissional-profissional, buscando uma interação multiprofissional entre os diversos atores da saúde, estimulando relações mais democráticas no espaço de trabalho (BONFADA et al., 2012).

Alguns determinantes, como a formação profissional voltada para o modelo biologicista da medicina hegemônica e o modelo neoliberal de organização do sistema de saúde, limitam a assistência baseada no modelo integral (BONFADA et al., 2012).

Aproximando o debate da integralidade com a saúde da mulher, Patrícia Medeiros e Neuza Guareschi (2009) trazem uma reflexão bastante oportuna sobre a integralidade: quais sentidos o conceito de integralidade reverbera na produção do sujeito-mulher ou no campo da saúde da mulher?

Apesar da integralidade como marca dos conceitos de saúde, as questões biológicas ainda imperam nos discursos e na assistência à saúde, marcando o corpo da mulher. A não problematização e historicidade de conceitos e práticas no campo da saúde da mulher apontam para a criação de outros “sujeitos universais”. O conceito de integralidade busca incorporar a questão da violência contra a mulher

nas práticas de saúde. A partir disso, quais são os sujeitos-mulheres que estão sendo produzidos? Para as autoras, há uma tendência muito forte de pensar a mulher como a sofredora, uma “cidadã que precisa ser tutelada pelo Estado”. Portanto, devemos atentar para os tipos de discursos produzidos e operados nas práticas de saúde que têm nos capturado.

Além da integralidade, outro conceito-chave para a compreensão da saúde é a humanização. Esta se insere na pauta do campo da saúde através do movimento de mulheres, reivindicando, principalmente, melhorias na atenção ao parto (DESLANDES, 2004), e do movimento de saúde mental, através da luta antimanicomial, contra castigos corporais e por uma renovação no relacionamento entre profissionais e pacientes (REIS, MARAZINA E GALLO, 2004).

Os dois movimentos foram muito importantes para o estabelecimento e reconhecimento da humanização em saúde. Ainda hoje, acontecem alguns embates conceituais referentes à palavra humanização: vários debates filosóficos foram estruturados no meio acadêmico – e fora dele – para fazer pensar sobre o que é humanizar a saúde.

Em relação à saúde da mulher, Diniz (2005), pesquisadora da humanização na atenção ao parto, nos mostra as contradições existentes na palavra humanização e os diversos sentidos que ela representa. Utilizado desde o início do século passado, o conceito de humanização do parto era atrelado ao controle do processo de parturição, visto como um sofrimento tanto para a mãe quanto para o bebê. Assim, o uso de narcose e fórceps para aliviar e poupar a mulher daquele sofrimento era justificado como uma prática “humanizada” (DINIZ, 2005). Com o tempo, esse modelo entrou em desuso, mas a mulher continuou sendo “processada” em seu atendimento, participando cada vez menos do seu processo de parturição. Ainda hoje é comum encontrar hospitais que trabalham com a lógica do pré-parto, parto e pós-parto em salas separadas, e com o modelo em que as mulheres vivenciam “o parto (agora conscientes) imobilizadas, com as pernas abertas e levantadas, o funcionamento de seu útero acelerado ou reduzido, assistidas por pessoas desconhecidas” (DINIZ, 2005).

Juntamente com o movimento internacional de atualização das práticas obstétricas e da saúde da mulher, que trouxe o questionamento de práticas muitas

vezes invasivas, surge no Brasil o movimento de humanização do parto. Um de seus expoentes foi o movimento de mulheres lutando pelo empoderamento e autonomia da mulher para decidir a respeito dos procedimentos sobre seu corpo. O movimento apregoa um discurso contra a violência obstétrica, termo recém-utilizado que diz respeito à violência vivida no período do ciclo gravídico puerperal. Estudos recentes mostram que 1 em 4 cada mulheres no Brasil dizem ter sofrido violência obstétrica (VENTURI JR, AGUIAR E HOTIMSKY, 2011).

Benevides e Passos (2005) discutem em seu artigo como a questão da dimensão das políticas públicas e a relação de poder interferem e agem no sentido da humanização, utilizando-se de Michel Foucault para repensar essas relações num campo de gestão. Afirmam que recolocar a humanização na pauta da saúde é reavivar o movimento da saúde coletiva. Defendem também que é necessário contextualizar a “relação entre produção de saúde e produção de sujeitos”, o que acontece numa rede entre atenção, gestão e subjetividade (BENEVIDES E PASSOS, 2005).

Deslandes nos mostra que o conceito de humanização não é muito claro e se assemelha mais a uma prática ou uma diretriz do que a um suporte teórico/técnico (2004). Ele nos mostra alguns significados associados à humanização, sendo eles: a humanização como oposição à violência, expressa na forma de tratar o sujeito como não sendo capaz de discernir ou tomar decisões, ou seja, não reconhecendo a visão do doente, do sujeito em relação a sua própria saúde; a humanização como a “capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando avanços tecnológicos com bom relacionamento”, tendo o fator humano como estratégico nesse atendimento; a “humanização como melhoria das condições de trabalho do cuidador”, com equipes de trabalho saudáveis, multiprofissionais e democráticas; e por último, a “humanização como ampliação do processo comunicacional”, entre sujeito e profissional, entre os diversos profissionais e também entre instituição e profissionais (DESLANDES, 2004).

O conceito-chave da humanização, segundo Deslandes (2004), é reconhecer o outro como um sujeito singular e digno. Nesse sentido, “a palavra deve ter um lugar relevante no cotidiano institucional”. A objetividade positivista dificulta esse relacionamento/encontro entre profissional e usuário, já que valoriza uma

“neutralidade e exterioridade” frente ao objeto em questão. O objeto, no caso, seria a doença. Assim, pessoa doente fica fora do atendimento e o foco recai apenas sobre a doença, sem a consideração do sujeito como ser integral.

Dessa forma, a humanização também infere pensar na lógica da cultura organizacional do serviço e na lógica dos atores, na medida em que os mesmos podem influenciar as regras e fortalecer uma nova cultura de atendimento, com “ações centradas na ética, no diálogo e na negociação dos sentidos e rumos da produção de cuidados em saúde” (DESLANDES, 2004). Corroborando esse pensamento, Benevides e Passos (2005) afirmam que a humanização do SUS será possível através de um “processo de subjetivação que se efetiva com a alteração dos modelos de atenção e de gestão em saúde, isto é, novos sujeitos implicados em novas práticas de saúde”. Esse pensamento também é sustentado por Reis, Marazina e Gallo (2004), quando afirmam que o grande desafio é pensar e operar a dimensão prática do atendimento (o relacionamento), e ir além da tecnociência biomédica.

Cabe também salientar algumas considerações acerca do paradoxo da humanização. Através de um estudo em uma maternidade na região sul do país, Torquinst (2003) problematizou o ideário da humanização do parto chamando a atenção para um conjunto de “regras” que buscam concretizar um determinado modelo de atenção, indagando sobre a questão dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos e sobre as diferenças culturais e sociais das mulheres usuárias do sistema de saúde (TORQUINST, 2003).

Dessa forma, Torquinst nos leva à reflexão sobre como acontece a prática dentro da instituição que é considerada humanizada. Aqui, cabe ressaltar a importância histórica do movimento de mulheres e a relevância do discurso da humanização dentro do movimento e no campo da Saúde da Mulher, mais especificamente da ginecologia e da obstetrícia, onde a humanização acaba sendo referida a um conjunto de práticas sustentadas pela medicina baseada em evidências.

Torquinst também se utiliza de Foucault para refletir sobre a instituição e a forma como ela está desenhada, voltada para uma rotina cujo principal objetivo é padronizar e normatizar a assistência – “hierarquia e divisão do trabalho, seu afã

pela observação, pelo registro, pelo esquadrinhamento de mentes e de corpos” (2003, p. 421).

Desse modo, mostra como a prática humanizada também pode ser frequentemente normativa e padronizada, enfatizando a fraqueza da questão sociocultural nas relações construídas entre profissionais e usuárias. A normalização do papel da mulher também é debatida no referido artigo, em que a autora discute a posição da mulher enquanto mãe e todas as prerrogativas que a maternidade lhe impõe (TORQUINST, 2003).

A autora chama a atenção para a maneira como diferentes conceitos e ideias são utilizados. Em relação à “humanização” especificamente, o discurso tecido aparece cheio de amarras. O que se propõe de fato é muito mais a normatização de um processo do que a oferta de uma opção que coloque o usuário/sujeito como centro da atenção à saúde. Dessa forma, temos a reprodução de um sistema apenas com um discurso diferente.

Nas políticas de saúde, o termo humanização apareceu no ano 2000 com a Política Nacional de Humanização (PNH), o HumanizaSUS, que buscava inserir ações transversais de humanização na saúde, buscando diminuir a dicotomia entre os princípios do SUS e a prática cotidiana (SALIM, 2014). Natalia Salim (2014) destaca que há ainda “despreparo” tanto por parte da gestão quanto dos profissionais em lidar com a dimensão subjetiva dos usuários nos serviços de saúde.

3. RELAÇÕES DE GÊNERO E SAÚDE

3.1. BREVE HISTÓRICO DO CONCEITO DE GÊNERO

O conceito de gênero surgiu a partir da década de 1960. Para contextualizar o processo de construção do termo dentro do movimento feminista, recorro a algumas estudiosas, principalmente do campo da História.

A história do movimento feminista é constantemente referida pelas “ondas” de lutas que marcaram sua construção ao longo do tempo. De acordo com Maria Joana Pedro (2005), a primeira onda do movimento feminista surgiu ao final do século XIX, tendo como principal pauta os direitos políticos, sociais e econômicos. Ficou conhecido como “movimento sufragista” (LOURO, 2011; PINTO, 2003)⁵.

A segunda onda do movimento feminista surgiu após a Segunda Guerra Mundial. A principal bandeira de luta levantava as questões de direito ao corpo e ao prazer e combatia a ideia de subordinação da mulher ao homem (PEDRO, 2005). Nesse momento, cabe destacar que o Brasil também vivia um período de luta contra a ditadura militar, influenciada, como o resto do mundo, pelos ideais marxistas. Dentro da luta contra a ditadura os ideais feministas encontraram tensionamentos que envolviam a liberdade individual das mulheres (PINTO, 2003).

No campo das construções teóricas e das reflexões, as feministas intelectuais da segunda onda inauguram os chamados “estudos da mulher” (LOURO, 2011), com a intenção de dar mais visibilidade ao movimento. O surgimento da categoria “Mulher” em oposição ao universal “Homem” marca os primeiros anos de lutas e reflexões feministas. O objetivo era demarcar, em nome da diferença, os sujeitos homem e mulher (PEDRO, 2005).

⁵ Antes de prosseguir, considero importante sinalizar que, embora tenha escolhido fazer um recorte para situar e contextualizar o movimento feminista, lembro que a História nunca é linear e muito menos fixa. Minha intenção (como a de várias outras autoras) é, de maneira geral, situar o/a leitor/a sobre as principais tendências que de uma forma ou de outra tiveram influências sobre os momentos (ondas) do movimento feminista. Os movimentos sociais são dinâmicos, heterogêneos e, novamente, não possuem uma linearidade fixa como preveem os textos acadêmicos.

Nesse momento, há duas principais vertentes no movimento feminista: as igualitaristas, que buscavam um patamar de igualdade com os homens principalmente na esfera pública, muitas delas seguidoras de Simone de Beauvoir e de sua premissa maior de que “não se nasce mulher, torna-se mulher”; e as “diferencialistas”, com o discurso de que a diferença biológica, ou seja, o útero e os órgãos genitais que sustentam a luta contra a dominação masculina, buscando, assim, uma “feminização do mundo” (PEDRO, 2005).

O movimento feminista ainda se utilizava da categoria “Mulher” para buscar explicar e lutar contra as desigualdades sociais vivenciadas pelas mulheres. Em dado momento, as feministas norte-americanas, em sua maioria “negras, índias, mestiças, pobres e trabalhadoras” (PEDRO, 2005, p. 82), começaram a tecer críticas em relação a essa categoria universal “Mulher” que havia sido criada (PEDRO, 2005), visto que refletia as orientações de uma mulher branca de classe média, em geral escolarizada. Elas argumentavam que não havia uma “Mulher” mas “Mulheres” e que as formas de subordinação e de opressão não são as mesmas e nem em mesmo grau para todas (PEDRO, 2005). A partir de então, prevalece a noção de “Mulheres”.

Após a problematização do universal “Mulher” e para “fugir” do determinismo biológico, o conceito de gênero emergiu com mais força dentro dos estudos feministas (LOURO, 2011, p. 26), como uma “virada epistemológica” (MEYER, 2010, p. 15). As feministas anglo-saxãs emprestaram da gramática a palavra “gênero” para designar a organização social da relação entre os sexos (SCOTT, 1990), buscando com isso uma nova representação “desligada” de funções ou características biológicas. O sentido de gênero é incorporado, sustentando as diferenças entre os sexos nas marcas sociais, culturais e históricas.

Joan Scott teve grande contribuição para o desenvolvimento desse conceito, pelo que levantou outras questões na análise de gênero (Pedro, 2005). Uma das grandes dificuldades do movimento feminista foi romper com a perspectiva biológica que havia por trás do gênero. Nesse sentido, Scott coloca que:

O uso do “gênero” coloca a ênfase sobre todo um sistema de relações que pode incluir o sexo, mas que não é diretamente determinado pelo sexo nem determina diretamente a sexualidade. (Scott, 1990, p.7)

Linda Nicholson (2000) nos mostra como o gênero foi usado pelo movimento feminista:

[...] na verdade ela é usada de duas maneiras diferentes, e até certo ponto contraditórias. De um lado, o "gênero" foi desenvolvido e é sempre usado em oposição a "sexo" para descrever o que é socialmente construído, em oposição ao que a biologicamente dado. Aqui, "gênero" é tipicamente pensado como referencia a personalidade e comportamento, não ao corpo; "gênero" e "sexo" são, portanto compreendidos como distintos. De outro lado, "gênero" tem sido cada vez mais usado como referencia a qualquer construção social que tenha a ver com a distinção masculino/feminino, incluindo as construções que separam corpos "femininos" de corpos "masculinos". Esse último uso apareceu quando muitos perceberam que a sociedade forma não só a personalidade e o comportamento, mas também as maneiras como o corpo aparece. (NICHOLSON, 2000, p.9)

Nicholson (2000) aponta a ruptura com a ideia do sexo como uma dificuldade teórica do fundacionalismo biológico. Nesse contexto, Mariano (2005), baseada nos estudos de Joan Scott, defende que o pós-estruturalismo é uma perspectiva que pode trazer suporte teórico ao conceito de gênero, entendendo que essa teoria é capaz de problematizar categorias tidas como naturais, como homem e mulher.

Percebemos que os referenciais teóricos utilizados oferecem subsídios para as interpretações de como gênero pode ser usado atrelado ou não a uma perspectiva biológica. A ideia de que as relações de gênero marcam e produzem o corpo pode ser melhor compreendida se pensada a partir da perspectiva pós-estruturalista e da teoria da performatividade de gênero de Butler (PEDRO, 2005).

No presente estudo, operamos com o conceito de gênero dentro dos estudos culturais e pós-estruturalistas. Dessa forma, entendemos que:

O conceito de gênero investe, de forma enérgica, contra a lógica essencialista que acredita numa mulher e num homem universais e trans-históricos. (LOURO, 2000, p. 15)

Baseada em Butler (2013), acredito que estamos cercados por uma matriz heteronormativa, que centraliza e dualiza as relações de gênero e sexualidade, produzindo uma lógica que atrela regras e normas praticamente fixas dentro do sistema de gênero.

Para nos ajudar a pensar contra a "lógica essencialista" (LOURO, 2011), o trabalho de Jacques Derrida nos convida a desenvolver essa temática a partir da perspectiva da desconstrução, cujo exercício pode ser a reflexão sobre

[...] o processo sobre o qual feminilidades e masculinidades são construídas e pela reflexão de que nada existe a priori a depender de uma diferença sexual. A desconstrução convida para o rompimento do olhar binário, das referências dominantes e para uma leitura que não sustenta identidades fixas, imutáveis e universais. (CRUZ et al, no prelo)

Ou seja, buscar a desconstrução “faz perceber que a oposição é construída e não inerente e fixa” (LOURO, 2011, p. 36). A ideia central no texto de Louro sobre a questão da lógica dicotômica é a tentativa de mostrar como o pensamento binário supõe uma “única e permanente forma de relação entre os dois elementos”, isto é, entre os elementos masculino e feminino. Assim, justamente como fizeram as feministas americanas ao tensionarem a categoria “Mulher” pelo fato de existirem muitas formas de opressão e de submissão, trazer o conceito de desconstrução para pensar as relações de gênero opera no sentido de mostrar que não existe uma “relação de via única”, sendo que o “poder se exerce em várias direções” (LOURO, 2011, p. 37).

Ao operar com o conceito de gênero composto pelas noções de desconstrução e de relações de saber/poder/verdade, tal como propôs Scott (1990), percebemos o quanto a matriz heteronormativa argumentada por Butler (2013) pode ser determinante e, acima de tudo, reducionista para as diversas identidades e o quanto podemos perder de pluralidades tentando enquadrar identidades de gênero ou sexualidades dentro de “categorias vazias” (SCOTT, 1990, p. 28). Romper com esse olhar é visualizar as pluralidades existentes dentro de cada sujeito, com seus desejos, sentimentos, subjetividade e contradições.

Deste modo, pensamos na categoria gênero como elemento multifacetado e complexo, não constituindo apenas relações sociais entre mulheres e homens. Pensamos na categoria gênero na dimensão do sujeito, que é interpelado também por questões de raça, idade, classe, práticas sociais (VILLELA, 2009; CRUZ et al., no prelo).

3.2. RELAÇÕES DE GÊNERO E SAÚDE

No Brasil, as pesquisas na área da saúde começaram a incorporar a questão de gênero principalmente a partir da década de 1990 (AQUINO, 2006; ARAÚJO et al., 2011). No campo dos estudos de gênero, há uma heterogeneidade em relação ao uso do termo, tanto relacionado à sua epistemologia quanto à própria utilização da palavra (ARAÚJO et al., 2011; CRUZ et al., no prelo). Na área da saúde, em decorrência da questão lexical do termo “gênero” nas línguas latino-americanas, o mapeamento do conceito deve ser mais cauteloso, pois pode aludir também à ideia de classificação, um conceito mais biológico (AQUINO, 2006).

Há diferentes correntes teóricas que se utilizam do conceito de gênero para abordar as relações humanas na saúde. Algumas o utilizam em oposição a “sexo”, ao se referir ao contexto cultural ao invés do biológico. Outras utilizam a palavra gênero como uma categoria empírica e não como categoria de análise. Outras análises sobrepõem a dimensão relacional, desconsiderando as relações de poder implicadas nas relações de gênero, tal como proposto por Joan Scott (ARAÚJO et al., 2011).

Dessa forma, estudos mostram que os ideários normativos referentes ao gênero se reproduzem nos serviços através das falas de profissionais, relacionando a mulher à esfera domiciliar, como mãe, esposa e dona-de-casa, reproduzindo e invisibilizando questões de gênero propriamente ditas, como, por exemplo, a violência contra a mulher, ou exercendo práticas controladoras referentes à sexualidade da mulher (SCHRAIBER, 2005).

A mulher, e principalmente seu corpo, ainda são vistos demasiadamente pela ótica da biologia, com foco em aspectos objetivos e marcando o corpo na perspectiva reprodutiva. Portanto, para desnaturalizar essa concepção materna do corpo feminino faz-se necessário o debate do conceito de gênero entendido na perspectiva pós-estruturalista (GUARESCHI et al., 2007; SCHWENGBER; 2006).

Outro ponto importante em que o debate sobre gênero pode ajudar é a questão da saúde das prostitutas. Aquino et al. (2010) nos trazem uma reflexão

acerca da inserção das prostitutas nas políticas de saúde no início do século e sua exclusão na atual Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher.

Em uma outra pesquisa, Regina Vargas mostra como o ensino da chamada medicina social e das humanidades se concentra apenas nos anos iniciais dos cursos de medicina, mostrando que há pouco espaço para outras perspectivas, senão o modelo biomédico. Além do foco nesse modelo, é praticamente inexistente a problematização de gênero, acarretando fortemente numa formação marcada pelos estereótipos da mulher dentro de suas funções de mãe e reprodutora, uma vez que até mesmo as ementas das disciplinas de saúde da mulher não conseguem se dissociar do enfoque infantil (VARGAS, 2012). Em diálogo com essa pesquisa, no ano de 2014 tornaram-se públicas denúncias de estupros realizados dentro da Faculdade de Medicina da USP, sendo as vítimas e os agressores alunos dessa faculdade. O caso logo tomou grandes proporções e uma audiência pública foi realizada para discutir o acontecido. Porém, foram poucas as ações concretas tomadas como medidas corretivas, o que impediu uma repercussão mais ampla, além daquela no meio dos movimentos sociais (notícia dos estupros) e novamente é possível perceber a fragilidade da problematização de gênero na formação de profissionais de saúde.

Em sua revisão dos estudos de gênero no campo da saúde coletiva, Aquino (2006) também nos mostra como as metodologias qualitativas compõem a maioria dos estudos de gênero no âmbito das ciências sociais (Aquino, 2006), reverberando novamente o fato de a análise de gênero estar circunscrita numa esfera fora do campo da saúde tradicional. Há dificuldade de pensar que os aspectos biológicos como questões que também passam por regulação de saber-poder (AQUINO, 2006).

Meyer et al. nos mostram como profissionais de saúde reproduzem o ideário cultural sobre homens e mulheres no que se refere à questão do HIV, trazendo como marcas comuns as figuras da “mulher sem vergonha” e do “traidor responsável” (MEYER et al., 2004).

Essas concepções de gênero refletem no atendimento oferecido, marcando lugares, pessoas, estilos. Há uma universalização dos sujeitos, não atentando para as especificidades e direitos de cada um.

A partir desse contexto no campo da saúde, é criada, de modo muito relevante, a constituição dos direitos sexuais e reprodutivos.

O termo “direitos reprodutivos” foi mencionado pela primeira vez no I Encontro Internacional de Saúde da Mulher realizado em Amsterdã, em 1984. Foi organizado por entidades que lutavam por questões referentes ao aborto, contracepção e esterilização. Nesse encontro, as feministas norte-americanas adotaram o termo “direitos reprodutivos” para desenvolver questões mais abrangentes sobre a pauta reprodutiva que o termo “saúde da mulher” não conseguia englobar (CORREIA E ÁVILA, 2003). Mas foi somente a partir da Conferência do Cairo, em 1994, que o conceito de direitos reprodutivos recebeu destaque mundial ao ser incorporado pela ONU e reafirmado na IV Conferência Mundial sobre a Mulher em 1995, sendo fortalecido também pelo movimento dos direitos humanos.

A definição dos direitos reprodutivos no documento do Cairo prevê:

[...] os direitos de reprodução abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos e em outros documentos de acordos. Esses direitos se baseiam no reconhecido direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de seus filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais alto padrão de saúde sexual e de reprodução. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos. (CAIRO, 1994, p. 62)

A discussão sobre os direitos sexuais tem uma história um pouco diferente. Foi abraçada principalmente pelo movimento de gays e lésbicas, que buscavam maneiras de problematizar as desigualdades de gênero. A incorporação do conceito dos “direitos sexuais” não foi livre de tensionamentos; pelo contrário, o termo foi proposto em meio a vários conflitos. Diferentemente dos direitos reprodutivos, que afetam basicamente as mulheres, os direitos sexuais denotam um conceito complexo, claro e mais abrangente, pelo que envolvem vários atores.

Assim, de acordo com a OMS, os direitos sexuais

[...] abarcam os direitos humanos que já são reconhecidos em leis nacionais, documentos internacionais de direitos humanos e outras declarações acordadas. Eles incluem os direitos de todas as pessoas, livre de coerção, discriminação e violência, para: a obtenção do mais alto padrão de saúde sexual, incluindo acesso a cuidados e serviços de saúde sexual e reprodutiva; procurar, receber e conceder informação relacionada à sexualidade; educação sexual; respeito pela integridade corporal, escolher

seus parceiros; decidir ser ou não sexualmente ativo; ter relações sexuais consensuais; casamento consensual; decidir se, não, ou quando ter filhos; e buscar satisfação, vida sexual saudável e prazerosa. O exercício responsável dos direitos humanos requer que todas as pessoas respeitem os direitos dos outros. (OMS, apud CORREA et al., 2006)

A legitimidade dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil e o fortalecimento da saúde como direito foi resultado do movimento da reforma sanitária e do movimento feminista. O fato de estar previsto na constituição de 1988 ajudou a incorporar a compreensão da saúde vista como direito (CORREIA E ÁVILA, 2003).

Segundo Correia e Ávila, vislumbrar os direitos sexuais e reprodutivos na saúde é também um ato político:

À luz do conceito de “direitos reprodutivos e sexuais”, o aborto e a homossexualidade deixam de ser crime, o parto e a contracepção deixam de ser questões estritamente médicas, a mortalidade materna deixa de ser um problema epidemiológico (ou tragédia pessoal). Num contexto como o brasileiro, em que se ampliam gradativamente o “sentimento” e as práticas da cidadania (do direito de ter direitos), essa nova maneira de nomear domínios, até então pensados como circunscritos à natureza, ao pecado, à vontade divina ou ao poder dos médicos, é fundamental para alterar representações, práticas e relações de poder e normas. (CORREIA E ÁVILA, 2003, p. 27)

Romper com a perspectiva biológica que esta arraigada nas questões de saúde implica ter o olhar voltado para a pauta dos direitos sexuais e reprodutivos. Isso acarreta também romper com determinados olhares sobre gênero e sexualidade que culturalmente aparecem nos discursos dos profissionais de saúde.

Alguns estudos mostram que o campo da saúde reproduz as desigualdades de gênero – questão das mulheres e como elas são vistas, ou mesmo a influência dos padrões individuais de gênero no atendimento e na implantação das políticas de saúde das mulheres (SCHRAIBER, 2012). Schraiber salienta também que a autoridade técnico-científica operada pelos profissionais de saúde funciona como uma máscara, fortalecendo a resistência a tratar de temas sociais complexos, como violência contra a mulher, questões de saúde reprodutiva e sexualidade, e tornando o reconhecimento dos direitos humanos e sociais nos serviços de saúde um verdadeiro obstáculo.

De acordo com Rezende (2011):

A característica fundamental do campo da Saúde Coletiva é a transdisciplinaridade, enquanto uma área de conhecimento que entrecruza saberes de diversas áreas – como ciências sociais e humanas,

epidemiologia, políticas e outras – para a produção de conhecimento sobre as questões que envolvem a saúde, compreendendo a saúde como um estado amplo de bem-estar, seja ele físico, social, ambiental, psíquico, etc. Envolve, portanto, discussões acerca das condições psicossociais de vida dos sujeitos, o que motiva o diálogo entre essas diversas áreas. A ampliação de estudos sobre a saúde das mulheres e seus determinantes, incluindo outras dimensões de suas vidas e compreendendo os desdobramentos possíveis das desigualdades de gênero para sua saúde, confirma sua característica multi e transdisciplinar, ampliando por consequência, as intervenções na saúde das populações. (REZENDE, 2011, p. 34)

Acreditamos, portanto, que essa articulação entre gênero, saúde, direitos sexuais e direitos reprodutivos é fundamental no campo da saúde coletiva.

4. CONHECENDO CORUMBATAÍ

As informações contidas nesse capítulo foram obtidas a partir de conversas, observações do cotidiano e dados públicos, utilizando principalmente a base de dados do DataSUS.

Primeiramente, trago um breve relato sobre a história da cidade. Conto como foi criada, como se desenvolveu e algumas curiosidades que, enquanto moradora da cidade, acredito que sejam bem marcantes.

Depois, apresento um pouco da organização local da saúde com alguns dados básicos, com a finalidade de identificar e contextualizar a cidade. Por fim, mostro alguns dados estatísticos e epidemiológicos.

4.1. A CIDADE DE CORUMBATAÍ

A origem do nome da cidade já anuncia uma de suas principais características. Corumbataí significa em língua indígena “rio de corimbatá”. Corimbatá é um peixe típico da região, que dá também o nome ao rio que cruza a cidade: o rio Corumbataí. Os primeiros registros da cidade de Corumbataí datam de 1824, ainda como um bairro pertencente à cidade de Rio Claro. Mas foi a partir de 1884, com a inauguração da estação de trem que ligava Rio Claro a São Carlos, que o povoado de Corumbataí começa a se desenvolver. Com as glebas de terras cedidas pelo Governo do Estado, Francisco da Costa Alves e alguns comerciantes locais da época fundam o primeiro povoado de Corumbataí, grafado na época “Corumbatahy”.

Figura 3 - Foto da antiga estação de trem de Corumbataí

Fonte: Estações Ferroviárias . Disponível em
<http://www.estacoesferroviarias.com.br/c/corumbatai.htm>. Acesso em: 26 ago. 2013.

Em 1900, a cidade começa a tomar forma e a crescer a partir da construção de um núcleo residencial. Através de um estímulo do governo, muitos imigrantes chegaram à cidade em busca de terra e trabalho. Os principais imigrantes que fizeram parte do processo de colonização da cidade foram os italianos, alemães, poloneses, espanhóis, lituanos e russos.

A partir do ano de 1905, foi elaborado um projeto para a futura povoação, o que promoveu o seu desenvolvimento. Em 1910, Corumbataí contava com duas praças, uma olaria e uma serraria. Em 1920, o povoado já tinha acesso à energia elétrica, cinema e um clube recreativo.

Até o início dos anos 1960, a principal atividade econômica da cidade era a atividade agrícola. Corumbataí era um importante produtor de batatas do interior paulista. Segundo relato de moradores, a cidade já figurou em 2º lugar na produção de batatas do Estado de São Paulo. A produção era tão expressiva que deu origem a uma famosa festa, o “Baile da Batata”, que em 2014 completou sua 42ª edição. Outras culturas como café, algodão, arroz e alho também assumiram grande importância no município. Atualmente o setor que mais movimenta a economia da cidade é a prestação de serviços, seguida pela agropecuária e depois pela indústria, segundo dados do IBGE (2010).

Até a década de 60, Corumbataí chegou a ter por volta de 12.000 habitantes, principalmente em decorrência da atividade agrícola. Porém, com a chegada de uma

grande industrial de leite e com a recém-inaugurada indústria automobilística na região do ABC perto da capital paulista, muitos moradores foram tentar a vida na cidade grande. Como o custo para manter as diversas lavouras superava o custo com o gado, a economia foi migrando da atividade agrícola para a agropecuária. Isso gerou desemprego e colaborou ainda mais para que as pessoas fossem tentar a vida em outras cidades. Assim, a população da cidade foi diminuindo, atingindo a média de hoje.

O primeiro estabelecimento de saúde na cidade foi uma farmácia, inaugurada em 1949. A assistência à saúde era realizada principalmente por benzedeiras, que se utilizavam de conhecimentos populares e chás para oferecer cuidado. Havia um médico disponível, que morava na cidade vizinha e era chamado em casos muito graves. Em 1960, a cidade construiu um “posto de saúde” e passou a contar com um médico residente na cidade.

Corumbataí é considerada um município de pequeno porte. De acordo com o Censo realizado em 2010, possui uma população de 3.874 habitantes, dentre esses 1.974 homens e 1.900 mulheres. A população distribui-se pela zona urbana, com 2.093 habitantes, e zona rural, com 1.781 habitantes (IBGE, 2010).

A pirâmide etária de Corumbataí, como pode ser observada na próxima imagem, apresenta uma pequena base mais estreita, que vai de 0 a 9 anos, e depois inicia um alargamento, dos 10 a 14 anos, até mais ou menos a faixa dos 40 até 44 anos. A partir dos 45 anos, as faixas começam a se estreitar. A proporção entre homens e mulheres se mantém bem estável.

Figura 4 - Pirâmide Populacional feita pela autora baseada nos dados do IBGE 2010

Fonte: IBGE 2010

Corumbataí está localizada, de acordo com a divisão administrativa de saúde, na região de Piracicaba, e faz divisa com as cidades de Rio Claro, Itirapina, Analândia, Leme e Santa Cruz da Conceição.

Figura 5 - Mapa da região de Corumbataí - Fonte: Google Maps. Acesso em: 09 ago. 2013

Embora o setor de serviços seja hoje o que mais move a economia, a cidade não absorve um grande número de empregados, o que promoveu o aumento no número de pessoas trabalhando em outras cidades (principalmente em Rio Claro – cidade mais próxima a oferecer recursos) nos últimos anos. Uma das principais fontes de emprego na cidade é a Prefeitura Municipal e uma grande empresa privada que realiza a montagem de cestas básicas. Esta mesma empresa é responsável pela vinda de muitos migrantes de outras regiões do país à cidade em busca de emprego, fato que alterou um pouco as características da população e também influenciou a construção de novos bairros – em algum deles, a presença dos migrantes é notavelmente maior do que em outros. Essa inserção populacional tende a repetir desigualdade similar àquela que acontece em grandes cidades como São Paulo, onde os migrantes ocupam as periferias das cidades.

Outra característica populacional é a existência de “moradores de temporada”, pessoas que trabalham em outras cidades, geralmente na capital, mas voltam à cidade nos finais de semana, feriados e férias.

Comparada com outras cidades da região, como Cordeirópolis, Ipeúna, Itirapina, Rio Claro e Santa Gertrudes, alguns moradores dizem que Corumbataí “parou no tempo”. Um fato que marcou o município foi a implantação no ano de 1998 do pedágio na Rodovia Washington Luiz (SP-310), principal via de acesso passando por Corumbataí, que liga a cidade a Rio Claro e a São Carlos. O acontecimento transformou a rotina da cidade, pois fez com que muitos caminhões que utilizavam a SP-310 começassem a desviar da praça do pedágio passando por dentro do município de Corumbataí, prejudicando as condições de uso da vicinal municipal que liga Rio Claro a Corumbataí. A implantação do pedágio foi pouco questionada pela população do município, que sofre até hoje com a péssima condição das estradas, palco de muitos acidentes. O pedágio aumenta também significativamente a dificuldade de locomoção e acesso a Rio Claro, o que prejudica muito o desenvolvimento da cidade devido à dependência dos corumbataienses da cidade vizinha⁶.

A cidade possui duas linhas de ônibus intermunicipais. Ambas atendem a cidade de Rio Claro e se distribuem em 8 horários de segunda a sexta e 6 horários aos finais de semana e feriados. Fora as linhas intermunicipais, a prefeitura de Corumbataí oferece aos trabalhadores transporte gratuito para Rio Claro e aos estudantes (principalmente de ensino superior), transporte público para Rio Claro, Araras e São Carlos, possibilitando acesso a cursos de graduação, especialização ou qualquer outro curso de aperfeiçoamento. Para atender seus munícipes, Corumbataí possui uma creche, uma escola de educação infantil, uma de ensino fundamental e uma de ensino médio, todas da rede pública. A taxa de analfabetismo na cidade no ano de 2010 foi estimada em 7,03% (SEADE, 2010).

De acordo com o SEADE (2010), o abastecimento de água na cidade atinge 99,85% dos domicílios particulares permanentes urbanos e 96,75% do esgoto sanitário é “recolhido”. Em relação à coleta de lixo, Corumbataí possui um projeto inovador que recebeu um prêmio estadual. Trata-se do Programa “Coleta Seletiva

⁶ Fontes: Jornal Cidade. Disponível em: <http://www.jornalcidade.net/rioclaro/seguranca/seguranca/25499-Consulta-popular-em-Corumbatai-pede-pedagio-em-vicinal>. Acesso em: 15/09/2014
Blog Corumbataí. Disponível em: <http://corumbatai.blogspot.com.br/2011/07/vicinal-corumbatai-rio-claro-tera.html>. Acesso em: 15/09/2014
Jornal Globo. Disponível em: <http://g1.globo.com/sp/sao-carlos-regiao/noticia/2012/07/estrada-que-liga-corumbatai-rio-claro-oferece-risco-aos-motoristas.html>. Acesso em: 15/09/2015

de Lixo”, implantado em dezembro de 1994 com duração até o dia de hoje. O programa é responsável pela coleta de 99,70% de todo o lixo produzido na cidade (SEADE, 2010). Segundo o IBGE, o abastecimento de água em todos os domicílios está na faixa de 53%, a rede geral de esgoto é de 45% e a coleta de lixo é em torno de 52%. O comparativo entre as duas estatísticas nos faz levantar algumas questões. É possível, por exemplo, que o SEADE tenha avaliado somente os domicílios urbanos, enquanto o IBGE tenha avaliado todos os domicílios.

Figura 6 - Saneamento, Caderno de Informações de Saúde, Secretaria Executiva, Ministério da Saúde

Fonte: IBGE 2010

As opções de lazer são escassas. Como já mencionado, na década de 1920, Corumbataí possuía uma sala de cinema e um clube recreativo, entretenimentos de que infelizmente não mais dispõe. As opções para a juventude são alguns bailes, festas particulares, jogos de futebol aos domingos e algumas festas do calendário oficial da cidade. Muitos jovens buscam lazer e diversão em outras cidades da região.

4.2. ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE LOCAL

O Centro de Saúde Il Antenor Chiossi de Corumbataí está localizado na região central da cidade. Possui característica mista, contando com serviços de Pronto Atendimento (PA) e ambulatório.

Atualmente, se encontra em construção uma nova unidade de saúde em outro bairro (mais periférico), que será uma Unidade Básica de Saúde com Estratégia Saúde da Família. O serviço de saúde será dividido: o pronto atendimento ficará na região central e o ambulatório migrará para esse novo local, com os atendimentos de clínico geral, ginecologia e obstetrícia e pediatria.

O novo prédio ofertará os serviços enquadrados no atendimento básico – clínica médica, pediatria e ginecologia –, além de atividades de saúde preventiva. A unidade da região central deverá manter os plantões para os casos de pronto atendimento e também as especialidades médicas não previstas na atenção básica, como dermatologia, cardiologia e outros.

Atualmente, as especialidades oferecidas no segmento ambulatorial do Centro de Saúde são: ginecologia/obstetrícia, pediatria, clínico geral, dermatologia, cardiologia e urologia (este último apenas 1 vez ao mês). Também são oferecidos serviços de: odontologia (no Centro de Saúde e na Escola Municipal), psicologia e fisioterapia. O serviço conta com um médico plantonista de segunda a sexta das 7h às 19h e de sábado das 8h às 17h.

O Centro de Saúde possui: sala de vacina, curativo, medicação, inalação, observação e farmácia. Existe apenas uma equipe de enfermagem, composta por 3 enfermeiras e 5 auxiliares que se dividem para atender tanto ambulatório quanto PA.

Duas pessoas que ocupam cargos de gestão: a Secretária de Saúde e a Coordenadora de Saúde, ambas com formação superior na área da saúde. Ao todo, o sistema de saúde do município possui em torno de 66 funcionários em seu quadro, dentre eles médicos (13), enfermeiras (5), auxiliares (10), dentistas (3), fisioterapeutas (2), psicóloga (1), farmacêutica (1), incluindo auxiliares de consultório dentário, escriturárias, recepcionista, assistente de ação social, motoristas, serventes e merendeiras.

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o município de Corumbataí possui o seguinte quadro de profissionais:

Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas - Corumbataí – SP					
Dez/2009					
Categoria	Total	Atende ao SUS	Não atende ao SUS	Prof/1.000 hab	Prof SUS/1.000 hab
Médicos	15	15	-	3,6	3,6
-Anestesista	-	-	-	-	-
-Cirurg. Geral	-	-	-	-	-
-Clínico Geral	7	7	-	1,7	1,7
-GinecoObstetra	1	1	-	0,2	0,2
-Médico Família	-	-	-	-	-
-Pediatria	1	1	-	0,2	0,2
-Psiquiatra	-	-	-	-	-
-Radiologista	-	-	-	-	-
Cirurg.dentista	3	3	-	0,7	0,7
Enfermeiro	3	3	-	0,7	0,7
Fisioterapeuta	2	2	-	0,5	0,5
Fonoaudiólogo	-	-	-	-	-
Nutricionista	-	-	-	-	-
Farmacêutico	1	1	-	0,2	0,2
Assist. social	1	1	-	0,2	0,2
Psicólogo	1	1	-	0,2	0,2
Aux. Enfermagem	10	10	-	2,4	2,4
Téc. Enfermagem	-	-	-	-	-
Fonte: CNES. Situação da base de dados nacional em 10/04/2010.					
Nota: Se um profissional tiver vínculo com mais de um estabelecimento, ele será contado por cada vínculo.					

Tabela 1 - Recursos Humanos - Adaptação

A assistência à atenção de saúde primária é realizada principalmente por médicos, sendo a enfermagem responsável apenas por alguns procedimentos básicos, como administração de medicamentos, curativos e alguns cuidados gerais.

A maioria das consultas é realizada por médicos. Na área de ginecologia e obstetrícia, a assistência é realizada por um médico, com consultas em determinados dias na semana. O profissional atende desde os casos mais simples até os de média complexidade, realizando coletas de colpocitologia, acompanhamento de pré-natal até cauterizações agendadas. As gestantes também são atendidas dessa forma, em determinados dias. Fora essas especialidades, há plantões de clínicos gerais durante o dia, no período de segunda a sábado, e a possibilidade de consultas agendadas com especialistas, como dermatologista, pediatra, urologista, entre outros.

Como Corumbataí é dependente de serviços de saúde de outras cidades, há um sistema específico de ambulâncias para o transporte de usuários. São ao todo 10 motoristas, divididos entre as viagens agendadas (geralmente de segunda a sexta) e os plantonistas.

Além do serviço do Centro de Saúde (foco do trabalho), existem outros equipamentos de saúde no município, como o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), composto por uma enfermeira (segunda a sexta, 7h às 17h), 4 auxiliares e 4 motoristas (ambos 12x36), que atende toda a região de saúde, principalmente as cidades de Itirapina e Analândia. Também sob administração da Secretaria de Saúde do município existe a Casa do Idoso, que atende idosos de segunda a sexta, das 8h às 16h, com uma enfermeira, uma auxiliar, uma servente e uma merendeira. A cidade possui também dois serviços de saúde oferecidos na escola municipal, com uma dentista e uma fonoaudióloga.

O sistema de saúde do município se insere num contexto mais amplo. O SUS é organizado de modo que todos os níveis de gestão e organização do sistema estejam interligados, a começar pelo Ministério da Saúde, órgão federal que normatiza, estipula e organiza a nível nacional as ações, programas, metas e objetivos. Depois do Ministério da Saúde, cabe aos Estados definirem suas políticas e modos de gerir a saúde através das secretarias estaduais de saúde. No Estado de São Paulo, foram criados através do Decreto Diário Oficial do Estado nº 51.433 de 28 de dezembro de 2006 os Departamentos Regionais de Saúde, que têm por objetivo articular e coordenar as ações propostas pela Secretaria da Saúde no contexto regional e, dessa forma, fomentar uma maior articulação entre os municípios que compõem a região.

Cada Departamento é formado por Colegiados Gestores. Corumbataí se situa no Colégio Gestor de Rio Claro, juntamente com Analândia, Santa Gertrudes, Itirapina, Ipeúna e Rio Claro. Esse colegiado abrange 239.207 pessoas e é subordinado ao Departamento Regional de Saúde X, de Piracicaba, que contempla outros colegiados, como de Araras, Limeira e de Piracicaba, englobando 860.712 pessoas.

O sistema de saúde está estruturado segundo seus níveis de atenção, regionalização e hierarquização. Conforme o documento do Ministério da Saúde, a Cartilha Entendendo o SUS, de 2007, o município é o principal responsável pela saúde pública de seus munícipes e a atenção primária à saúde deve funcionar como porta de entrada no serviço de saúde. Acontece que nem todas as cidades, aliás, apenas a minoria possui serviços de saúde que atendam em todos os níveis, ou seja, a atenção primária, secundária e terciária, aqui entendidas como UBS, ambulatórios e hospitais (resumidamente). Para que toda a população possa usufruir do sistema de saúde de forma integral, é preciso que os municípios e regiões estabeleçam pactos, negociações e acordos para que todas as pessoas tenham acesso a todos os níveis de atenção. É o que chamamos de sistema referenciado. Teoricamente, a regionalização e os pactos formam o que chamamos de rede de atenção. Na prática, essas redes apresentam por vezes muitos buracos. Entendendo que esse processo depende de pessoas, gestores e é também altamente influenciado pela política, a articulação do serviço em rede é um compromisso que os gestores devem assumir com a sua população.

Assim, em uma cidade que conta apenas com um Centro de Saúde que atende atenção primária à saúde e algumas especialidades ambulatoriais, é necessário que o atendimento específico, constituído de outras especialidades ambulatoriais ou hospitalares, seja referenciado em outra cidade. Por questões logísticas, a cidade mais próxima que oferece esse tipo de serviço é geralmente a referência. Por exemplo, a cidade de Corumbataí não possui uma máquina para o exame de ressonância magnética, mas Rio Claro (que faz parte do Colegiado Gestor da DRS) a possui, sendo a cidade mais próxima a oferecer esse serviço. Assim, o usuário é referenciado para essa cidade. Não é preciso, portanto, que o usuário seja referenciado imediatamente para a capital São Paulo, pois acarretaria mais custos de transporte. Ao mesmo tempo, determinados exames são realizados apenas em determinadas cidades, o que demanda eventualmente que o usuário seja

referenciado para cidades que não fazem parte necessariamente do Colégio Gestor ou mesmo da DRS.

Outras informações sobre saúde da mulher podem ser encontradas nos apêndices. Não temos como foco desenvolver a análise dessas informações, mas escolhemos referenciá-las de modo a complementar a visão sobre a saúde no município.

Figura 7 – Reprodução - Mapa da Região da DRS X de Piracicaba

Fonte: Proposta de Elaboração do Plano Regional Saúde do Idoso DRS X – 2010/2011 – Elaine Mara Pereira Zanatta

5. CAMINHOS METODOLÓGICOS

Multiplicamos as diferenças para fazê-las proliferar. Em síntese, multiplicamos para que tudo que é enunciado no material de investigação com o qual trabalhamos em nossas diferentes pesquisas não fique paralisado, fixo, permanente, ou se torne “é”. Na operação do multiplicar, quando vemos o “é” em operação, perguntamos em seguida: será? Usamos o “e” que justapõe, soma e acrescenta sentidos. (PARAÍSO, 2012, p. 39)

Pensando nos estudos de Foucault e com base na perspectiva pós-estruturalista, tenho em mente que a produção dessa dissertação, além de tensionar alguns campos, especificamente o campo da saúde da mulher, está inserida nos aparatos culturais que produzem “verdades”. Por isso, sinalizo que a mesma não tem a pretensão de esgotar o tema ou achar responder todas as questões do campo. Meu intuito é apresentar algumas problematizações agregadoras de sentidos que contribuam para uma possível leitura da saúde da mulher em Corumbataí.

Organizei o meu estudo dentro da metodologia qualitativa, tendo como referência perspectivas construcionistas (SPINK, MEDRADO E MELLO, 2014), que buscam o aprofundamento em determinado tema, valorizando particularidades, subjetividades e significados (VICTORA et al., 2000).

A escolha da ferramenta para a produção de informação para essa pesquisa foi a técnica de entrevista semiestruturada, que, de acordo com Aragaki et al. (2014), deve ser compreendida como um “processo dialógico”, no qual as relações de poder, a reflexividade, a dialogia e o posicionamento devem aparecer como conceitos fundamentais durante sua elaboração, desenvolvimento e posterior análise (ARAGAKI et al., 2014).

Nesta perspectiva, não há uma neutralidade do pesquisador, nem dados prontos que possam ser coletados e descritos. Parte-se da premissa de que o pesquisador é também um produtor, como aponta Aragaki e colaboradores (2014):

Dessa maneira, destacamos que não ‘colhemos’ as informações como se elas estivessem por aí, prontas, acabadas e esperando que alguém as recolha, sem a participação ativa de quem entrevista. Ela é coproduzida em

ato, estando, portanto, a reflexividade presente desde o momento da escolha da entrevista como ferramenta. (ARAGAKI et al, 2014, p. 58).

A entrevista como instrumento para produção de informação em pesquisa deve observar alguns aspectos como:

[...] objetivo (finalidade), o enquadre (tipo), a presença ou ausência de diferentes materialidades, as relações de poder que estão sempre presentes, assim como o local e o contexto histórico e social em que a entrevista ocorrerá (ARAGAKI et al., 2014, p. 59)

As autoras também indicam que a produção da informação através da entrevista está entremeada por várias questões. O objetivo da pesquisa deve estar claro para que se possa desenvolver um roteiro de entrevista suficientemente bom para a coleta de respostas. Por isso, optamos pelo roteiro semiestruturado, que consiste em um roteiro norteador – baseado nos objetivos da pesquisa – que permite um aprofundamento quando necessário. Nessa técnica de entrevistas, é possível acrescentar perguntas ou investigar alguma questão que não esteja contemplada no roteiro, mas que no decorrer da entrevista desponte como de importância ao estudo (ARAGAKI et al., 2014).

Segundo Aragaki et al. (2014), existem dois extremos de entrevistas: o inquérito, com caráter de averiguação, buscando uma “verdade”; e as conversas. As autoras defendem que as entrevistas se assemelham mais a conversas, visto que “na entrevista a centralidade está em entender aquilo que o interlocutor/a sabe, diz, pensa e/ou sente em relação a determinado assunto” (ARAGAKI et al., 2014, p. 65). Entendendo dessa forma, não buscamos uma “verdade” (SPINK, 2010), como já dito anteriormente. Para nós, a “verdade” é um conjunto de relações entre saber e poder. Portanto, buscamos “articular e brincar” saberes encontrados em campo (Paraíso, 2012). Para isso, podemos dispor dos mais variados tipos de informações sobre o objeto em questão.

Em nossa pesquisa, além das entrevistas semiestruturadas utilizamos também observações, anotações em diários de campo, conversas, encontros, vivências, textos, publicações, documentos de políticas, tudo o que julgamos ser útil para construir novos saberes em torno do nosso objeto/campo de pesquisa (PARAÍSO, 2012).

Antes de iniciar as entrevistas, eu me apresentava, realizava a leitura do TCLE e fazia uma breve apresentação da pesquisa. O projeto passou por análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Artes, Ciências e Humanidades, atendendo as recomendações éticas relativas às pesquisas com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde, conforme previsto na resolução 466/12.

Foram realizadas 8 entrevistas com profissionais e gestores de saúde. A seguir, apresento os/as participantes do meu trabalho, as pessoas que foram entrevistadas.

Participantes	Cargo e formação	Idade	Cidade em que mora	Tempo no serviço/cargo
A	Articuladora da Saúde da Mulher – DRS, enfermeira. ⁷	47 anos	Piracicaba	1 ano
B	Secretária da Saúde, farmacêutica.	39 anos	Rio Claro (natural de Corumbataí)	1 ano
C	Coordenadora de Saúde, dentista.	32 anos	Corumbataí	10 anos
D	Enfermeira – 40 horas	45 anos	Rio Claro	14 anos
G	Fisioterapeuta – 20 horas	56 anos	Pirassununga	14 anos
H	Médico clínico geral – 20 horas	31 anos	São Carlos	2 anos
E	Médico ginecologista e obstetra – 20 horas	35 anos	Piracicaba	40 dias
F	Psicóloga – 20 horas	34 anos	Rio Claro	7 anos

Tabela 2 - Descrição dos/as participantes da pesquisa

Optamos por identificar os entrevistados num primeiro momento através de letras (A,B,C,D,E,F,G,H) para oferecer ao leitor/a uma possibilidade mais ampla de visualização dos sujeitos. Para a apresentação das falas, a sequência será outra. Para diferenciar as gestoras e os/as profissionais, utilizaremos G1, G2 e G3 para as gestoras e P1, P2, P3, P4 e P5, para os profissionais de saúde. Lembrando que a sequência da tabela não é a mesma sequência da apresentação das falas dos entrevistados. Por questões de sigilo, optamos por retirar qualquer fragmento que identifique o sujeito através de seu discurso, como, por exemplo, termos ou colocações pessoais. Quando necessário para a coesão do discurso, substituímos os termos e os colocamos entre colchetes ([]).

⁷ Única entrevistada que não trabalha no município de Corumbataí. Trabalha no Departamento Regional de Saúde (DRS) de Piracicaba.

O roteiro das entrevistas constitui-se de três linhas gerais: o bloco de questões práticas, que visam responder questões de caráter prático, do cotidiano do serviço; o bloco global, que busca entender a visão macro-conceitual dos entrevistados sobre os temas do estudo (atenção integral à saúde, humanização, PNAISM); e por fim, um bloco específico, sobre a realidade de Corumbataí, que busca a descrição e a organização do sistema de saúde e sua relação com a rede de saúde, tanto do município, quanto da rede regional. Conforme a entrevista fluía, outras questões eram adicionadas ao roteiro, tanto por parte da pesquisadora, quanto por parte dos/as próprios/as entrevistados/as.

Para a análise das entrevistas, usei como inspiração o trabalho de Spink (2010). Ela propõe para a organização das informações a árvore de temas, que visa sistematizar os dados de forma a “dar visibilidade ao encadeamento de repertórios nos trechos que nos parecerem ser mais ilustrativos dos fenômenos em estudo” (SPINK, 2010, p. 41).

O desenvolvimento da análise se consistiu de sucessivas leituras das entrevistas transcritas. Logo após a leitura reflexiva de cada entrevista foram elencados os temas. A árvore seguiu uma organização de temas que foram definidos posteriormente à leitura de todas as entrevistas. Logo, ficaram desenhados em dois grandes eixos:

- Temas que respondem diretamente ao objetivo específico I, mais estruturais e organizacionais, que descrevem o modo de funcionamento do serviço, e;
- Temas que buscam ilustrar as questões do objetivo específico II.

Esse material foi riquíssimo, cheio de nuances e matizes. Não me foi possível esgotar as possibilidades de leitura que o material permitia. Optei por organizar a análise de forma a responder as perguntas do estudo.

5.1. DE MORADORA A PESQUISADORA – O PROCESSO DA PESQUISA

A escolha por desenvolver a pesquisa em minha cidade natal surgiu de uma conversa com minha orientadora enquanto preparávamos um material para um curso. Quando tivemos a ideia, fiquei imensamente feliz e começamos a desenvolver o projeto.

A única certeza que eu tinha era de que eu queria estudar a Saúde da Mulher no campo da Saúde Coletiva. A partir daí, iniciei o meu caminho descobrindo, pensando e procurando por onde eu deveria seguir. Foi frequentando o grupo de pesquisa que amadureci minhas ideias e meus conceitos. Decidimos, por fim, entrevistar profissionais e gestores da saúde sobre a saúde da mulher no contexto da cidade de Corumbataí. Pensamos nos gestores e nos profissionais, pois gostaria de conhecer e de me aproximar do sistema e a sua organização, investigando sobre a forma como podem influenciar nas questões práticas das políticas de saúde, uma vez que não existem muitos estudos que analisam essa temática a partir do olhar do profissional e do gestor (VARGAS, 2012). E assim sucedeu a escolha pelos sujeitos da pesquisa.

A princípio, iria entrevistar apenas as gestoras e os profissionais de saúde de Corumbataí. Porém, no decorrer do processo e em meio a tantas conversas sobre o projeto, consegui contato com a pessoa responsável pela Saúde da Mulher do Departamento Regional de Saúde X de Piracicaba, região de saúde da qual Corumbataí faz parte.

A escolha dos profissionais atendeu aos requisitos da formação em nível superior e que prestasse assistência direta às mulheres. A princípio, pensamos entrevistar pelo menos um representante de cada formação. O município de Corumbataí possui um único Centro de Saúde e os profissionais que atendem no local são: médicos generalistas e especialistas, enfermeiras, dentistas, psicóloga e fisioterapeutas, que prestam assistência diretamente na unidade. Foram entrevistados 5 profissionais (enfermeira, médico ginecologista e obstetra, médico clínico geral, fisioterapeuta e psicólogo). Nas categorias que tinham mais de um

representante, optou-se pelo profissional com mais tempo de serviço. Não foi possível entrevistar o representante dos dentistas, por conta da agenda de trabalho.

5.1.1. Revisitando um local

A aproximação com o campo foi relativamente simples. Como sou moradora e usuária do sistema de saúde da cidade, já sabia com quem eu deveria ter o primeiro contato, falar sobre meu projeto e pedir a autorização. Sendo assim, não encontrei muitas dificuldades para entrar em campo.

Antes de entrar na área da saúde propriamente dita, entrei em contato com dois senhores, Kaissar Kassab e Lauro Kassab, que têm muito a contar sobre Corumbataí. O primeiro, inclusive, está escrevendo um livro sobre a história da cidade. Esses foram meus primeiros contatos e a minha primeira entrada em campo.

Já no Centro de Saúde, meu primeiro contato foi com a Secretária da Saúde, para quem eu apresentei meu projeto e expliquei minha pesquisa. Ela me forneceu algumas informações sobre a organização do serviço e dos funcionários, e sobre a rede de atenção à saúde de Corumbataí de forma geral. Também acertamos alguns detalhes, por exemplo, a autorização para realizar as entrevistas com os profissionais em horário de trabalho, no próprio local.

Meu segundo contato no Centro de Saúde foi com a Coordenadora de Saúde, que teve como objetivo definir a agenda de entrevista com os profissionais. Algumas agendas de entrevistas aconteceram através do intermédio da coordenadora e outras foram através de contato direto com o profissional.

Minha entrada na DRS X de Piracicaba foi através de um contato informal. Realizei a primeira aproximação via telefone e a segunda já com a entrevista.

A segunda etapa foi composta pelas entrevistas, pela entrada em campo para produzir as informações da pesquisa. Foi um momento de intensa reflexão. Meu diário de campo (caderno com anotações e pensamentos) me fez companhia durante todo o percurso das entrevistas.

A maioria das entrevistas foi agendada com o mínimo de uma semana antecedência, salvo três casos em que houve imprevistos e as entrevistas foram agendadas durante a mesma semana de realização. Todas foram conduzidas no ambiente de trabalho, em salas de atendimento, com horário reservado exclusivamente para a entrevista. Esses horários foram predominantemente no período vespertino, uma vez que o movimento de usuários é sempre mais baixo do que no período matutino. As entrevistas foram gravadas em aparelho específico de áudio e transcritas posteriormente. O tempo de duração dos encontros variou conforme a fala da pessoa, com duração de no mínimo 40 minutos e no máximo duas horas. Em algumas entrevistas, pelo fato de terem sido realizadas em ambiente de trabalho, foram comuns interrupções como telefone ou funcionários com algum tipo de demanda.

Como já dito, o diário de campo foi meu companheiro por todo o período em que estive em campo. Foi uma ferramenta de grande apoio, principalmente na fase pós-entrevistas e análise. Foi nesse espaço que pude anotar sentimentos, reflexões e ideias que contribuíram para entender um pouco do contexto de cada entrevista e de cada momento que passei no decorrer da pesquisa.

Entrar no serviço de Corumbataí como pesquisadora foi uma grande experiência. Enquanto moradora da cidade e usuária do sistema, pude perceber com outros olhos algumas questões cotidianas de usuária, mas com o pensamento em questões da pesquisa. Vivenciei uma mistura de sentimentos enquanto pesquisadora e usuária do serviço. A postura “passiva” da época quando frequentava o campo como usuária transformou-se em “ativa” ao revisitá-lo como pesquisadora. Isso me fez pensar sobre a questão dos usuários enquanto sujeito de direitos. Há um peso grande no posicionamento “ativo” do usuário, no sentido de cobrar os seus direitos e de se colocar perante a autoridade do profissional e do gestor da área da saúde.

Conforme já nos alertaram Aragaki et al. (2014), a entrevista é um “processo dialógico”, permeado por diversos fatores como relações de poder, relacionamentos e reflexividade. Dessa forma, entendo que a minha presença no serviço enquanto moradora da cidade, usuária do sistema de saúde e agora pesquisadora também interferiu na produção de afetos, sentimentos e pensamentos.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Buscando responder aos objetivos, organizamos a apresentação dos resultados seguindo os objetivos específicos. Nesse primeiro momento, procuro apresentar o modo como o sistema de atenção à saúde da mulher está organizado no município de Corumbataí e quais são as principais ações implementadas nesse campo. Cabe ressaltar que, por ser um município de pequeno porte e possuir apenas um único serviço de saúde, às vezes a organização da saúde da mulher acaba fazendo parte e ao mesmo tempo constituindo a organização geral, de modo que, ao descrevê-la, acaba-se por descrever também todo o sistema.

Posteriormente, destacamos como ocorre o diálogo entre as ações de saúde da mulher no município e os princípios, diretrizes e objetivos da Política Nacional.

6.1. SISTEMA E AÇÕES DE SAÚDE EM CORUMBATAÍ

Parte do meu objetivo inicial – apresentar e descrever como o sistema está organizado – já foi anunciado no capítulo 4. No momento, complemento àquelas informações de forma mais detalhada, tendo como referência principalmente as entrevistas, o diário de campo e o processo de pesquisa.

Como já enunciado, o município de Corumbataí é um município de pequeno porte, com menos de 4 mil habitantes. Seu sistema e suas ações de saúde estão concentrados principalmente no Centro de Saúde, que é uma unidade de atendimento mista. De acordo com o Ministério da Saúde, uma Unidade de Saúde Básica, de característica mista, é

[...] destinada a prestar atenção básica e integral à saúde, de forma programada ou não, nas quatro especialidades básicas [clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia], podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais, com unidade de internação, sob

administração única. A assistência médica deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista⁸.

Em decorrência da característica mista do Centro de Saúde, profissionais e gestores apontam uma dificuldade dos usuários em diferenciar o ambulatório do pronto atendimento:

E os pacientes não entendem que Ambulatório é uma coisa, Pronto Atendimento é outra, entendeu. A gente acaba tentando educar, mas eles não entendem. (G1)

A maioria dos médicos que trabalham aqui acaba fazendo isso, um dia de plantão, um dia de ambulatório. Então, a população confunde um pouquinho. (P4)

No momento em que foi desenvolvido o estudo, estava em construção uma nova unidade de saúde na cidade. Trata-se de uma Unidade Básica de Saúde equipada com a Estratégia Saúde da Família (ESF). No discurso dos entrevistados, o “novo posto” denota mudança, uma nova política de atendimento com foco na promoção da saúde. O conceito que permeia a Estratégia de Saúde da Família como componente fundamental para a concretização da Atenção Primária à Saúde dentro da RAS (Rede de Atenção à Saúde) mostra que essa busca por um novo modelo de atenção é legítimo. A ESF é um modelo que oferece possibilidades para que essas ações se concretizem (GIOVANELA et al., 2009). Superar o desafio da fragmentação do atendimento, que, segundo relatos, é vivenciada hoje, é um desafio que pode ser superado, conforme mostra o estudo de Giovanela et al. (2009). Mas não podemos esquecer os obstáculos que permeiam esse processo.

Paim e colaboradores (2011) mostram que o acesso aos serviços especializados é um dos principais obstáculos a ser em ultrapassados pela atenção básica, administração municipal e pela regulamentação desses serviços. Entretanto, observamos, a partir das falas dos entrevistados, que a cidade não apresenta demanda reprimida, atendendo a maior parte dos pedidos de exames e de consultas. Ao contrário do que acontece em Rio Claro, onde há relatos de que se demora muito para conseguir realizar um exame de ultrassom, por exemplo.

No atendimento de casos de câncer, a “regulação informal” é bastante nítida. Segundo a DRS, a RAS 14, de Piracicaba, é autossuficiente para a maioria dos casos de câncer. Contudo, os usuários do serviço de saúde da cidade de Corumbataí que são diagnosticados com câncer utilizam os serviços de outras

⁸ Fonte: DataSUS. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm. Acesso em: 15/09/2014.

regiões de saúde, sendo atendidos em Barretos, Jaú, Bauru, cidades pertencentes a outras RAS. Observa-se assim um paradoxo na regulação, na maneira como o município se organiza na atenção à saúde. Tem-se a impressão de que a regulação informal parece ser mais efetiva do que a regulação formal, organizada pelo Estado. Essa diferença pode acontecer porque, diferentemente da forma de financiamento da atenção básica que referencia e recebe por usuário/morador, alguns serviços especializados que são referência recebem também por produtividade. Assim, tais serviços atendem outros usuários além daqueles da região, o que aumenta o financiamento. Este fato pode ser exemplificado através da fala de uma gestora:

Porque se ele não atendesse por produção, dentro do teto dele ele não ia atender você, entendeu? [...] Então tudo que é produção é mais fácil... (G2)

O paradoxo da regulação acontece no momento em que o município organiza sua atenção à saúde de forma alternativa à organização formal de planejamento do Estado, que é a “regulação formal”. Porém, a regulação “informal” é mais eficiente, proporcionando um acesso melhor àquela população:

A gente, dependendo da situação, tem uma facilidade maior para exames do que até Rio Claro. E todos os exames que a gente pediu até agora que era fora da rotina, eu não tive nenhum problema em conseguir, entendeu... Porque é sempre exceção, você não vai pedir o diferente sempre, é uma vez ou outra que você vai precisar. (P3)

Nesse sentido, a regulação informal permite um maior acesso dos usuários. Entretanto, isso nos mostra uma fragilidade do sistema, posto que essa regulação acontece através de pessoas e não por meio de um sistema oficial.

Como Unidade Mista, a Secretaria Municipal de Saúde de Corumbataí busca dividir as atividades do Centro de Saúde em Atenção Básica, com o atendimento ambulatorial de todas as especialidades médicas oferecidas no município e com o Programa Saúde na Escola; e em Pronto Atendimento, com as urgências e emergências que possam aparecer.

O atendimento à emergência, urgência e casos graves, acontece de duas maneiras: diretamente pelo SAMU ou através do Centro de Saúde. Durante o período em que a unidade de saúde está aberta ao público (das 7 às 19h), o usuário tem a opção de procurar direto o pronto atendimento desse serviço. Durante a noite, existe a possibilidade de entrar em contato com o motorista de plantão, para que seja levado ao serviço de Rio Claro. A outra porta de entrada – a mais “correta”,

segundo alguns dos entrevistados – é, em caso de emergência, ligar para o SAMU. A Central de Regulação desse serviço situa-se em Rio Claro. A partir de lá, o médico responsável realiza a triagem e verifica o tipo de transporte necessário (ambulância mais equipada ou mais simples – a viatura da unidade de Corumbataí é uma ambulância de suporte básico de vida, com auxiliar de enfermagem e socorrista. Se for um caso grave, é enviada ambulância com suporte avançado de vida, composta também por médico e enfermeiro).

Há relatos de que alguns dos moradores confundem esse serviço e chegam a dirigir-se diretamente à unidade do SAMU (localizada numa região central da cidade) pedindo socorro para alguma intercorrência, principalmente durante o período noturno, quando o Centro de Saúde não está aberto. Há casos em que os usuários telefonam para a própria unidade solicitando ajuda e, dependendo do caso, são orientados a telefonarem para o SAMU. O serviço não tem comunicação direta com o SAMU. Qual o sentido disso para o usuário? Em sua concepção, esse é mais um serviço de saúde. Então, por que não pode procurá-lo diretamente?

Uma das gestoras sinalizou a importância do SAMU enquanto porta de entrada para algumas doenças. Um estudo realizado no Rio de Janeiro, em 2012 (O'DWYER E MATTOS, 2012), corrobora essa informação, indicando que o SAMU é muitas vezes utilizado como porta de entrada no sistema de saúde. A grande maioria dos atendimentos corresponde a problemas cardiovasculares. Assim, podemos pensar sobre qual seria o papel do SAMU dentro do sistema de saúde, principalmente se o problematizarmos através da ótica das RAS - Redes de Atenção à Saúde e da forma como o sistema está organizado. Nas entrevistas, mencionou-se o fato de o SAMU ser porta de entradas de algumas doenças que podem complicar na atenção secundária ou terciária, como uma pressão alta ou um descontrole de glicemia. Geralmente essas doenças entram por lá, mas não voltam para o acompanhamento da atenção básica.

Segundo as palavras de uma das gestoras:

O maior contato deles é quando eles pegam uma ocorrência e tem que trazer [...] para o Centro de Saúde, só que assim, não tem nem um aviso prévio [...] eles chegam e aí a gente vai saber que chegou, entendeu? Aí o pessoal do Centro de Saúde vai ficar sabendo, mas tem pouca relação, pouca comunicação. (G3) [entre o SAMU e o Centro de Saúde de Corumbataí].

Isso acontece porque o SAMU é regulado por um órgão específico, a Central de Regulação, que controla todo o atendimento das bases do SAMU da região. A base de Corumbataí atende além da cidade outros 4 municípios da região. A única relação direta entre o SAMU e a Secretaria de Saúde é o vínculo empregatício dos funcionários: os funcionários do SAMU são originalmente funcionários públicos que foram remanejados para essa atividade quando o SAMU foi inaugurado.

Em Corumbataí, diante da indagação sobre a especificidade da atenção à saúde da mulher, fui informada que há um acúmulo de trabalho que não permite uma avaliação dessa especificidade:

Porque a gente não é só saúde da mulher, a gente é saúde do homem, da criança, da vacina, de tudo, então o que me falta mesmo é o tempo. (P2)

Além de não haver separação de funções referentes a esses segmentos – como acontece em outros lugares, onde cada profissional ou cada equipe é responsável por determinado tema/assunto, como, por exemplo, saúde da mulher ou saúde do idoso ou da criança –, não há também uma articulação (oficial e não oficial) entre os profissionais de forma a permitir ao serviço pensar políticas e ações para determinados grupos.

No município, não há o desenho para políticas específicas a segmentos da população. Entretanto, na prática do serviço alguns profissionais ficam com a responsabilidade de oferecer algumas ações de saúde específicas. Novamente um paradoxo, visto que não há diretrizes nem uma relação de equipe.

A mesma falta de integração acontece com os grupos de gestante e de planejamento reprodutivo. Embora seja uma atividade de educação em saúde voltada para um determinado grupo, não é uma ação que integra toda a equipe de profissionais e gestores. É uma atividade referenciada a apenas uma pessoa, como se a responsabilidade fosse apenas dela:

*mas eu não sei de mais nada dessa parte [...] outra coisa que eu não sei nada também” (P2)
Ela [pessoa responsável pelo grupo] poderia tá explicando melhor (G1);*

Com relação ao modo como o serviço se organiza nesse cenário, as ações são mais pontuais (campanhas) e atendem mais demandas propositivas. Questões podem ser levantadas. Uma delas é em relação ao serviço: as ações de saúde no município são mais propositivas do que responsivas em relação à demanda dos

usuários. Isto é, ao mesmo tempo em que não há uma divisão de segmentos (saúde da mulher, do idoso, da criança), o que poderia levar a uma maior integração tanto de equipe quanto de práticas, no momento em que são realizados determinados programas, ações ou campanhas, apenas os profissionais diretamente envolvidos tomam a responsabilidade e sabem responder sobre as ações.

Então a gente continua atendendo a população só quando a população vem buscar, a gente não tá fazendo promoção e prevenção. Tá fazendo, faz algumas coisas pontuais, consegue fazer algumas campanhas, tudo o que vem de cima para baixo, mas o de baixo para cima nunca sai nada (G2)

Outro aspecto que parece afetar a população é o cenário da desistência. Não há a propositura de uma busca ativa, com caráter responsivo, para compreender os motivos da desistência.

Vários fios estão entremeados nessa discussão sobre demanda, acesso e oferecimento de ações. Temos a fala de um profissional:

Então, a desistência é muito grande, vem uma ou duas vezes e não vem mais. (P1)

A partir dessa fala, podemos pensar em duas dimensões: se de fato não há demanda reprimida ou se essa ausência de demanda pode significar também as desistências. Essa forma de organização do serviço que não realiza a busca ativa pode, de alguma maneira, contribuir para essa dimensão de que o serviço atende a todas as demandas?

Em relação à qualidade da assistência, um elemento que inicialmente não estava previsto no roteiro se destacou em várias entrevistas: a dimensão da farmácia como elemento que marca a qualidade da atenção à saúde.

*Então eu acho que a gente tem um tratamento muito diferenciado, eu tenho medicação aqui que não é padronizada do SUS, **quem entra na farmácia nossa fica babando, médico que entra fica babando** [...] Então eu acho assim, a população devia conhecer outros lugares... (P2)*

*E eu vendo a farmácia, **eu percebi que você tendo uma farmácia tão boa naquele jeito, então o resto deve funcionar.** (P3)*

*Você vê, a farmácia eu acho que é excelente daqui, **todo mundo fala, né, a quantidade de medicamento que tem aqui.** (P1)*

*Aqui, não, aqui você tem a farmácia aqui, não sei se você, se entra no escopo aí da investigação, **mas a farmácia aqui é muito bem, pra ser uma farmácia popular,** né. Então você tem o acesso a medicações muito mais fácil do que a cidade grande. (P4)*

Essa dimensão da farmácia como indicadora da qualidade de saúde da população ou do que é ofertado no serviço é relevante para o atendimento da população, para a garantia do acesso aos medicamentos. Contudo, é importante observarmos também outras dimensões. Vieira afirma que a dimensão da qualidade não deve ser mensurada apenas pelo número de medicamentos ofertados ou da disposição de um serviço de farmácia de qualidade, mas também pela qualidade da orientação e do acompanhamento, além das ações de educação em saúde. Acrescenta também a importância do trabalho em equipe para definição de um projeto terapêutico individual (VIEIRA, 2007). Assim sendo, apenas “possuir” medicamentos constitui uma visão tênue de qualidade de saúde.

Faz parte de suas atribuições da assistência a promoção da saúde, principalmente através da disposição de um serviço de farmácia com qualidade (e neste aspecto incluem-se a orientação e o acompanhamento farmacêutico) e da educação em saúde, de fácil acesso à população.

De acordo com os entrevistados, não existe uma diretriz específica para a saúde da mulher. Uma indicação das ações que devem ser desenvolvidas em relação à saúde da mulher consta no Plano Municipal de Saúde.

O Plano Municipal de Saúde a que tive acesso é referência para o período de 2007 a 2012 e foi fornecido pela Coordenadora da Saúde. Fiz uso dele como instrumento para auxiliar na análise das informações. De acordo com o documento, “o Plano de Saúde deve ser a expressão das políticas, dos compromissos e das prioridades de saúde numa determinada esfera de gestão. É a base para execução, o acompanhamento e a gestão do sistema de saúde” (p. 2). O Plano Municipal é constituído por 6 eixos. Dentre eles, o único eixo que orienta ações específicas para a saúde da mulher é o Eixo 4 – Redução da Mortalidade Materna e Infantil. Chamou a atenção o Eixo 5 – Controle de Riscos, Doenças e Agravos Prioritários no Município, que tem como ação estratégica reduzir a morbimortalidade de HIV/AIDS, a transmissão vertical do HIV e a transmissão de outras DST – “incentivar ações que estimulem a adoção de práticas seguras no tocante à prevenção da sífilis e do HIV junto às mulheres, da anticoncepção ao aleitamento”.

Embora as diretrizes constantes nesse documento apresentem ações direcionadas para outras especificidades da vida da mulher com vistas a reduzir a

mortalidade materna, como o estímulo aos exames preventivos de câncer ou o trabalho com desigualdades sociais, o referencial que norteia essas diretrizes trata a mulher apenas como mãe. Em todos os trechos que fazem alguma referência à saúde da mulher, o sentido é relacionado à maternidade. Dessa forma, podemos ver como o ideário da maternidade para as mulheres é forte e está bem presente nos discursos dos profissionais e gestores. Sempre que questionados sobre saúde da mulher, os principais elementos levantados são aqueles referentes a práticas relacionadas ao pré-natal, parto e puerpério. Assim, usando as palavras de Dagmar E. Meyer, vemos como os

Mecanismos e estratégias de poder/saber que, nas culturais ocidentais modernas, permitem definir e apresentar a maternidade como se esta fosse uma essência monolítica e ahistórica, inserida na anatomia, fisiologia e psique da mulher. (MEYER, 2004)

Esse sentido da maternidade como inerente à condição feminina também contraria os princípios e diretrizes da PNAISM.

Apesar da existência do Plano Municipal, os profissionais entrevistados não atribuem a ele um sentido de orientação em suas práticas de saúde. As pistas fornecidas pelas entrevistas revelam que as ações de saúde são mais “informais” dependendo das demandas que surgem e das disponibilidades pessoais.

Não há uma diretriz que norteia o atendimento, embora apareça no discurso das gestoras um conceito de saúde muito forte baseado nas ideias de promoção, prevenção e fortalecimento da atenção básica.

É diferente se fosse lá numa Unidade Básica, que depois que o paciente saiu da consulta a própria enfermagem pode acolher: ‘Olha, pediu exame, o que o senhor vai fazer?’ Ter esse segmento, não é por falta de vontade, é porque não dá. O serviço é muito amarrado, muito misturado, não dá pra se fazer esse tipo de atendimento. Elas não têm uma enfermagem só pros atendimentos agendados e uma enfermagem só pro Pronto Atendimento. Elas têm que se virar nos 30 e fazer tudo. (G3)

As ações de saúde são planejadas de acordo com um calendário anual e as atividades acontecem principalmente na forma de campanhas. Ao final de cada ano, a equipe gestora desenvolve o cronograma das atividades da cidade com base no calendário das atividades da Secretaria de Saúde do Estado, por exemplo, a campanha do Outubro Rosa (Campanha de prevenção do Câncer de Mama), o Fique Sabendo (Campanha de prevenção), Semana do Idoso (uma semana com atividades e palestras para esse público) e Campanha do Papanicolau (durante um

mês uma enfermeira fica responsável por realizar coletas de papanicolau em livre demanda).

Segundo as entrevistas, as principais ações voltadas à saúde da mulher identificadas no município de Corumbataí são:

- Acompanhamento de pré-natal, com a grande maioria das consultas realizadas pelo médico;
- Coleta de Papanicolau: no ano de 2014 foi desenvolvida uma campanha para a realização desse exame pela enfermeira. A ação teve grande sucesso. A partir desse momento, foi solicitado que a enfermeira ficasse disponível para a realização desse exame sempre que fosse possível;
- Grupos de gestantes, que acontece uma vez por mês. A cada mês, um profissional diferente é convidado a palestrar;
- Grupos de planejamento familiar, que acontecem de acordo com a demanda (às vezes a cada dois ou três meses). A enfermeira e a psicóloga são as responsáveis por esse grupo, cujo objetivo principal é reorientar sobre os métodos de planejamento familiar, principalmente definitivos, após o/a usuário/a já sido consultado/a pelo médico. Os grupos são divididos entre homens e mulheres, sendo as mulheres a grande maioria.

O sentido de trabalho em equipe para os profissionais e gestores é muito difuso, impreciso. De forma geral, não há reuniões em equipe entre os profissionais para discussão de casos ou relatos de atendimento. Há reuniões por setores (enfermagem, farmácia, agendamento) para discussão de assuntos gerais. Quando perguntados sobre trabalho em equipe, percebe-se que o sentido atribuído relaciona-se muito com a formação do profissional. Por exemplo, a enfermeira se refere ao trabalho em equipe de uma forma bem ampla, englobando motoristas, funcionárias da limpeza, etc.; isso reflete de alguma maneira o seu próprio trabalho, que é gerenciar as atividades de uma forma mais ampla. Já para os médicos entrevistados, o trabalho em equipe aparece muito atrelado a funções médicas, com um sentido de procedimento de trabalho, organização; mencionam, por exemplo, a administração de medicamentos, algum curativo, organização dos exames de urina, sangue, atividades que dependem da equipe de enfermagem para que sejam desenvolvidas. O sentido do trabalho em equipe também é materializado na questão

estrutural. As salas da fisioterapia e da psicologia estão localizadas no subsolo do prédio do Centro de Saúde. Essa localização física reverbera um sentido prático da integração da equipe. As falas dos entrevistados nos mostram como existe diferença entre o “lá em baixo” e o “lá em cima”. Isso sinaliza uma falta de integração não só com a equipe, mas com o Centro de Saúde de uma forma geral.

Severo et al. (2010) apontam que:

A ausência de reflexão e diálogo nas equipes multiprofissionais favorece a repetição de lógicas embasadas na separação entre as disciplinas e seus diferentes objetos de estudo e intervenção. Esta prática gera no trabalhador e, consequentemente no usuário, sentimentos de dissociação e desagregação, pois o discurso é da integralidade, mas a prática é fragmentada e fragmentadora de processos e de sujeitos. (SEVERO et al, 2010, p. 1687)

Uma das gestoras locais afirmou que há um *gap* na assistência à mulher em seu ciclo de vida. No serviço, é mais comum a presença de crianças e idosos do que pessoas adultas. No caso das mulheres, segundo as entrevistas, há um “fluxo”: a mulher engravida, começa a frequentar o serviço de saúde, o filho nasce e a criança passa a ser foco do atendimento. Nesse momento, a mulher/mãe já teve que voltar a trabalhar, de forma que as crianças são levadas normalmente pelas avós ao serviço. Quando atingem a adolescência, as crianças de então param de frequentar o serviço, retornando em idade mais avançada. Isso significa que se a mulher não está grávida ou não é de uma idade mais avançada, geralmente não frequenta o serviço de saúde.

Aqui, eu atendo uma população mais... o extremo, na verdade, ou criança ou mais pessoas idosas (P4).

A gente atende a criança. A gente não chega no adolescente, a gente acaba chegando um pouco no adulto. Pouco. Aí, você pega a mulher na gestação. Aí, você acaba perdendo um pouco a mulher. Aí você acaba pegando ela um pouco quando ela tá idosa. Então, você vê que perde muito. Você não tem uma continuidade, né. Então, a criança, ela não, não fica no sistema. Depois que ela [a criança] vai pra adolescência, ela se perdeu no sistema (G1)

Nesse contexto do município, alguns elementos como a fragilidade do trabalho em equipe multidisciplinar, o caráter misto da unidade e o plano municipal de saúde que prevê ações pontuais acabam colocando o planejamento de ações da saúde num segundo plano. Segundo os sentidos percebidos das entrevistas, essa característica mista da unidade é um dos principais elementos que contribuem para a falta de oportunidades. Com isso, a população fica prejudicada.

Esses mesmos elementos (falta do trabalho em equipe, a fragilidade do plano municipal e a característica do serviço) resultam ou são traduzidos pelos profissionais como falta da integralidade do atendimento à mulher em todas as fases do ciclo de vida.

O sistema de saúde do município é vinculado a vários outros cenários e sistemas. Um desses cenários é a interlocução com as redes de saúde regionais. Tais redes parecem ter maior articulação com o município apenas em alguns momentos.

Em relação ao atendimento de DST/AIDS, parece não haver comunicação. A rede de referência para Corumbataí é o serviço especializado em Rio Claro. Na fala de um dos profissionais entrevistados, percebe-se uma falta de articulação entre o serviço de referência e o serviço de atenção básica da cidade. A existência de mulheres soropositivas é tida como um “agravante”: os entrevistados entendem que esse tipo de problema deve ser tratado diretamente em Rio Claro, que é a referência. Corumbataí teria como responsabilidade fazer a prevenção e prover cuidados referentes a remédios. Também percebemos um tabu no que se refere ao assunto DST/AIDS: as pessoas não comentam, é sempre um assunto em “off”, que deve ser mantido em discrição. Pelo que pudemos perceber essa temática é trabalhada unicamente através da campanha do Fique Sabendo. Dessa forma, é possível observar uma quebra na rede de atenção à saúde. Fica evidente a necessidade de buscar meios para se trabalhar um assunto tão transversal e tão global quanto a dimensão das DST e principalmente do HIV, uma doença que atinge todas as faixas etárias.

Para a assistência ao pré-natal e parto, a principal referência é a Santa Casa de Rio Claro, que faz parte da rede. Ainda que seja muito comum a mulher fazer o pré-natal com o médico do Centro de Saúde, existem casos em que o acompanhamento do parto, geralmente cesárea, é feito particular ou via convênio.

Em relação às patologias, principalmente aquelas relacionadas à ginecologia, o sistema está organizado para identificar o mais rápido possível qualquer alteração em exames. A partir daí, a mulher com a suspeita patológica é “convocada” a iniciar uma investigação e, se necessário, encaminhada ao serviço de referência. Caso

seja realmente encaminhada, ela deixa de ser “paciente” da unidade, retornando apenas se nenhuma alteração for diagnosticada.

Na rede municipal, foram quatro os equipamentos mais citados e que têm alguma relação com a saúde. A Casa do Idoso tem uma característica singular. Na gestão anterior, esse equipamento era administrado diretamente pelo gabinete do prefeito, passando, na administração atual, aos cuidados da Secretaria de Saúde. Na Casa do Idoso ficam uma enfermeira e uma auxiliar de enfermagem, que são responsáveis pelos principais cuidados prestados aos idosos (um total de 5 idosos atendidos). Nesse local, conforme os relatos, não são realizadas ações de saúde no sentido de promoção ou de um acompanhamento mais específico. São principalmente administrados medicamentos e realizados curativos. O médico visita o local uma vez por mês. Quando a enfermeira percebe que um idoso precisa de um atendimento mais específico, ela entra em contato diretamente com a enfermeira do Centro de Saúde, que agenda uma consulta médica. Uma vez por semana o fisioterapeuta vai até o local e realiza algumas atividades com os idosos. O transporte dos idosos é responsabilidade da Secretaria de Educação (que, por conta dos alunos da zona rural, possui mais recursos de transporte).

A relação da Saúde com a Ação Social é “bem forte”, segundo uma gestora. Entretanto, esse vínculo aparece mais por meio de ações pontuais:

A gente recorre com frequência à assistente social por causa de alguns problemas relacionados à saúde aqui. (G3)

Tais “problemas relacionados à saúde” foram exemplificados nas seguintes situações: algum idoso que é maltratado, alguma pessoa acamada que precisa de cuidados, alguma criança que necessita de um leite, etc. Essas questões aparecem na saúde e o encaminhamento para ação social é feito. O caminho inverso também acontece: a ação social identifica em alguma situação de vulnerabilidade uma questão que precisa do atendimento à saúde; esta questão é encaminhada para o atendimento no Centro de Saúde, que por sua vez fará a triagem desse atendimento para o lugar apropriado.

O Conselho Tutelar tem relação direta com a Saúde no momento em que é necessária alguma intervenção com as crianças, principalmente. As principais

intervenções são identificadas na escola, relacionadas a um déficit pedagógico ou situações de violência, as quais aparentam ser bastante comuns.

Na área da educação, o Centro de Saúde desenvolve o Programa Saúde na Escola desde 2013. De acordo com o site do Ministério da Saúde, as ações desenvolvidas nesse programa são: Avaliação Antropométrica, Verificação da Situação Vacinal, Saúde Bucal, Saúde Ocular, Saúde Auditiva, Desenvolvimento de Linguagem, Identificação de Possíveis Sinais Relacionados às Doenças Negligenciadas e em Eliminação⁹. Além desse programa, existem algumas ações pontuais, como “palestras” voltadas aos adolescentes, principalmente às meninas, visando à prevenção da gravidez. Na escola também funciona um consultório odontológico, aparato muito comum dentro das escolas há algumas décadas. Em outros municípios da região, esses consultórios foram retirados da escola há muitos anos. Segundo um dos participantes da pesquisa, “[...] não é interessante tirar [o consultório da escola]” (G1), entretanto, refere também que as ações desenvolvidas nesse consultório com as crianças são pontuais e acabam não refletindo na promoção da saúde bucal, uma vez que sem a presença das mães a orientação não surte a eficácia esperada.

Você tem que pegar a mãe e falar ‘bem, você tem que fazer seu filho escovar o dente, você tem que escovar o dente dele’. E a mãe não vai na escola, você vai lá, pega a criança, fecha buraco, fecha buraco, fecha buraco e não tem resultado. (G1)

Aqui, é interessante notar o papel da mulher enquanto mãe na responsabilidade da saúde.

Em relação à rede municipal, duas gestoras apontaram em suas falas a palavra “intersectorialidade” e a importância de desenvolver ações que interliguem os setores. Porém, esse tipo de atividade não acontece. As duas falas foram no sentido de estimular esse processo, o que vai de encontro com a ideia das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Na rede intermunicipal, há um problema muito sério em relação aos atendimentos por conta da territorialidade:

⁹ Fonte: Portal da Saúde. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/concurso_pse_tabela_componente1.pdf. Acesso em: 21 nov. 2014.

A gente percebe assim, os municípios não aceitam, né. Se é município nosso, eles vêm pra cá. Se vai pra Leme, eles não aceitam, porque é, é nosso. Então, eles acabam vindo de qualquer forma pra cá. [...] A gente acaba pegando até Ferraz [bairro de Rio Claro], pega gente que nem é nosso e acaba atendendo aqui. (G1)

Até porque vem bastante gente de fora, não adianta falar pra você que não vem, porque vem. E não tem como a gente impedir, porque eles vêm com comprovante de residência. (G3)

Outra contradição da forma como o sistema se organiza aparece na territorialização dos usuários. Isso significa que o município deve atender “somente” os usuários cadastrados no seu território, ou seja, o seu município. Corumbataí possui uma área territorial muito extensa, com domicílios rurais que distam mais de 1h do Centro de Saúde, próximos de outras cidades. Ocorre que, em decorrência da territorialização, os outros municípios não atendem os moradores de Corumbataí que não estejam referenciados, uma vez que a atenção básica é de responsabilidade do município. Além disso, a maioria dos usuários não recebe um atendimento baseado nos princípios da promoção à saúde, o que enfoca o atendimento nos casos de pronto atendimento. Já Corumbataí possui uma política interna com uma lógica um pouco diferente. Enquanto outros municípios não atendem os corumbataienses, a nossa cidade oferece atendimento aos moradores de Ferraz e de Ajapi (bairros de Rio Claro), e talvez de outras localidades sem nenhum problema aparente. Há, contudo, muitos tensionamentos, conforme relatos de duas gestoras.

A cidade aparece como ponto determinante na prática de saúde. Um dos profissionais atribui um sentido contraditório à saúde em relação à cidade, dizendo que

O acesso a qualquer coisa da saúde é mais fácil [em cidade pequena] do que numa cidade grande. O contraponto negativo do tamanho da cidade. Qualquer coisa que demanda um pouquinho mais de recursos, você tem que transferir também. (P4)

O mesmo profissional diz que a impressão que tem é de que “aqui tudo é mais fácil” (P4).

A questão do transporte ocupa um lugar que merece certo destaque quando se pensa a saúde na cidade de Corumbataí. Como a cidade é de pequeno porte, a maior parte dos atendimentos no nível secundário e todos os atendimentos de nível terciário acontecem em outras cidades. A grande maioria dos atendimentos ocorre em Rio Claro, e outros tantos se dividem por várias cidades do Estado de São Paulo e, por vezes, até em outros Estados:

A gente transporta pra todos os lugares que marca a consulta, todos. (G1)

Comentando sobre o transporte, um dos profissionais levantou uma questão:

[...] o transporte machuca. Horas e horas dentro de uma viatura é cansativo, endurece, faz a pessoa ficar doente (P5).

É muito interessante pensar dessa forma. A saúde não acontece apenas dentro do consultório ou dentro do hospital. Ela está em todo o serviço, ela está no transporte, ela está na qualidade das estradas por onde passa aquele transporte, ela está no tempo de espera.

De forma geral, percebe-se que o transporte de usuários da saúde recebe um “suporte interessante”. Contudo, não existe uma logística no agendamento e organização das viagens. Elas são organizadas um dia antes pelo setor de agendamento. Como comentado por uma das gestoras municipais, o ideal seria que o transporte fosse mais adequado, em forma de vans (a maioria é por ambulância, com maca atrás), buscando maior conforto para os usuários:

Eu acho que o transporte aqui até que é bem estruturado, né. Dificilmente, um paciente vai 3 horas da manhã e volta 10 horas da noite. Procura-se dividir mais, encaixar num mesmo horário, para que a pessoa não fique muito tempo fora, não sofra com isso. Então, eu acho [...] é dado um suporte interessante de transporte. O que a gente precisaria, talvez, é adequar as conduções, que hoje são tudo ambulância, têm só duas van. Talvez, se a maioria fosse em forma de van, que a pessoa não tem que ir lá atrás, sentada perto da maca, ali, fechado, talvez seria um pouco mais cômodo. (G3)

A saúde da mulher já vem historicamente com políticas e ações estruturadas. As gestoras, de uma forma geral, dizem que é mais organizada do que outros programas, dizendo que “*ainda é privilegiado*” (G2) e “*tem mais recursos*” (G1), porém apontam que “*não é o ideal*” (G3).

As entrevistas sinalizam para um sentido da centralidade da figura do médico no serviço, sendo as principais ações de saúde as consultas médicas em si. Mesmo as principais atividades desenvolvidas por outros profissionais (psicologia e fisioterapia) são também ações permeadas pelas consultas médicas. Esse exemplo reforça o modelo biomédico centralizado na figura do médico.

6.2. DIALOGO COM O PNAISM

Pretendemos problematizar como as ações de saúde do município dialogam com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). De modo geral, percebemos uma fragilidade das ações de saúde em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

A maioria dos profissionais não conhece a PNAISM. Um dos entrevistados a confundiu com a Política da Saúde da Mulher com a Política de Atenção Básica e outra pessoa não sabia descrever as ações. Um desconhecimento de modo geral. A organização do sistema para o atendimento das demandas das mulheres é previsto através do atendimento das questões de cunho reprodutivo e voltadas para a maternidade.

Algumas práticas dialogam com a Política, mas não são desenvolvidas de acordo com as diretrizes. Percebe-se que essas ações são realizadas mais por questões históricas do que necessariamente pelo fato de constarem no texto da política.

Nesse momento, pretendemos problematizar como as ações de saúde do município dialogam com as diretrizes da Política Nacional de Atenção integral à Saúde da Mulher (PNAISM). A seguir, apresentamos alguns segmentos de populações de mulheres que foram temas nas entrevistas e destacamos algumas questões.

Mulheres da zona rural

Em relação ao atendimento de mulheres, as/os entrevistadas/os, em geral, não percebem nenhuma diferença entre as moradoras da zona rural e as moradoras da zona urbana. Entretanto, levantam a questão do acesso como um ponto importante do atendimento e da atenção à saúde e mostram como isso pode afetar na saúde.

*Hoje, eu particularmente não consigo enxergar essa diferença. Pelo menos pra mim não é clara. Eu acho que a informação é muito simples, aqui o acesso é fácil também, né, **pega na fazenda, vai a ambulância**, então, eu não noto no dia a dia daqui... difícil... acaba até perguntando, por exemplo, quando a gente vai fazer um controle de pressão,*

alguma coisa que a gente manda, “ah, não, ó, quero que passe quatro vezes na semana pra medir a pressão”, aí acaba tendo uma certa dificuldade da mulher lá da zona rural, da pessoa da zona rural. Mas, tirando isso, em termos de informação, em termos de comparecimento, não vejo diferença. (P4)

O transporte, apesar de conseguir, ele é lento mesmo, né, não é rápido. Então, isso tem, sim. É uma coisa que se percebe. (P4)

Acho que a zona rural é bem participativa, assim, procura bastante, acho que é bem atendida também. Acho que dificilmente alguma família não tem acesso aqui. A maioria vem com o transporte escolar. Eles vêm... tanto que nas férias diminui a procura pela unidade. Mas também a gente põe, dependendo do caso, transporte próprio nosso. (G3)

Morar na zona rural, para alguns entrevistados significa ter um comparecimento mais assíduo. Em decorrência da dificuldade de frequentar o serviço de saúde, elas aderem ao tratamento. Na visão de um dos entrevistados:

*Elas vêm com o ônibus de escola, vêm de ônibus, vêm de carro, isso daí, elas não tem problema para vir. Eu acho que elas fazem tratamento melhor do que da zona urbana. [...] Eu acho que porque o pessoal da zona urbana tem mais acesso, fala: ‘ah, qualquer coisa eu vou pro posto’ [...] eles fazem viu, fazem direitinho. **Porque sabe da dificuldade que é de tá vindo para cá e eles perderem um dia, porque quem depende do trabalho do sítio essas coisas, perder um dia para eles é complicado, né, quem vive de tirar leite, essas coisas, ou quem tem granja, essas coisas, é complicado...** (P2)*

Como comentado anteriormente, é muito interessante a dimensão que o transporte ocupa na saúde, pelo fato de ser uma cidade muito dependente desse serviço. Após a realização da coleta de informações em campo, fui chamada para acompanhar um plantão¹⁰. Nesse dia, a questão do transporte tornou a emergir. Talvez seja algo corriqueiro no cotidiano do serviço, que passe despercebido, mas me chamou muito a atenção a forma como o serviço do plantonista é solicitado. Na maior parte do tempo do plantão, o motorista fica em trânsito com os usuários, com as mais diferentes demandas: levar funcionária para entregar medicamento controlado; buscar idosos para realizar curativo; buscar e levar gestante que mora na zona rural; buscar e levar puérpera com filho e marido para tirar os pontos da cesariana. Nesse momento, talvez em decorrência do desenvolvimento da pesquisa, emergiu outra questão: o tempo de espera. Quais seriam os sentidos que esse tempo de espera pode acarretar para os usuários? O que fazer com esse tempo? Como organizá-lo? Como otimizar esse tempo de espera?

A Política Nacional prevê alguns objetivos para a saúde da mulher trabalhadora do campo, através de ações de vigilância e atenção à saúde. Entretanto, quando perguntados sobre as mulheres da zona rural, a maioria dos

¹⁰ No decorrer do processo da pesquisa, prestei um processo seletivo e fui chamada para trabalhar em um plantão, para cobrir uma folga.

entrevistados disse não haver diferença; no máximo, disseram que tais mulheres seriam mais “simples”. É interessante pensar na vida dessa mulher que vive na zona rural. É possível que haja diferenças entre a mulher do campo e a mulher da cidade por conta das diferenças nos afazeres cotidianos, o que pode ter implicações na prática de saúde. Conhecer um pouco mais quem são as mulheres e como é o seu dia a dia pode ajudar a pensar uma saúde mais carregada de sentido.

Adolescentes e gravidez

Os entrevistados atribuíram um sentido negativo à gravidez na adolescência, o que fica expresso nas falas:

Cada vez mais essas crianças estão ficando grávidas mais cedo, né, era para ficar grávida mais tarde, tempo de estudar, de viajar, tempo de fazer um monte de coisa e elas tão ficando tão novas... (P2)

*E mostrar que uma criança que engravida precocemente, **ela perde a vida dela** (P5)*

A maioria das falas aponta para a ideia de que o número de adolescentes grávidas está aumentando. Contudo, dados do DataSUS mostram que não houve um aumento significativo no número de adolescentes grávidas nos últimos 10 anos. Por exemplo, em 2007 tivemos um pico de 14 adolescentes grávidas na faixa dos 15 aos 19 anos. Já em 2012, o número de casos para essa faixa caiu para 10.

Nascimento por residência da mãe. Por Idade da mãe e Ano do nascimento - Corumbataí - Período: 2002-2012												
Idade da mãe	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
10 a 14 anos	-	1	-	2	-	-	-	-	1	1	-	5
15 a 19 anos	6	3	7	8	13	14	8	11	8	9	10	97
20 a 24 anos	14	8	18	16	12	7	7	14	16	17	8	137
25 a 29 anos	5	11	9	9	6	9	15	15	16	8	18	121
30 a 34 anos	3	7	8	8	8	10	6	7	4	10	10	81
35 a 39 anos	3	3	2	1	3	5	3	1	4	6	5	36
40 a 44 anos	1	-	-	-	-	1	1	1	-	-	-	4
Total	32	33	44	44	42	46	40	49	49	51	51	481
Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC												

Tabela 3 - Adaptada pela autora

No geral, as adolescentes (e os adolescentes) não frequentam o serviço de saúde. O acesso ao serviço de saúde se dá quando as moças engravidam e permanece só até os primeiros anos de vida do bebê.

*[Elas frequentando o serviço?] Não. Percebo só quando tá grávida mesmo. [...]
Infelizmente, mas é verdade. (G1)*

Cruz e colaboradoras (2009) trazem uma reflexão a respeito da gravidez na adolescência, problematizando alguns fios desse contexto. As autoras nos levam a pensar sobre os sentidos da gravidez na adolescência para as “meninas” e para os “meninos”. Levantando questões a partir de um documentário, o desenho do artigo nos leva a questionar aspectos que frequentemente são ignorados quando falamos de gravidez na adolescência. Elas apontam que somos repetidamente capturados por uma lógica de que gravidez na adolescência é algo negativo. A própria Política Nacional tem como objetivo

Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e **adolescentes**, no âmbito da atenção integral à saúde” (BRASIL, 2011b, pág.69.).

A materialidade que a prática em saúde proporciona leva-nos a uma reflexão. Não seria mais proveitoso trabalharmos as questões de planejamento reprodutivo através da ótica dos direitos sexuais e reprodutivos, como uma forma de autocuidado e de autonomia do sujeito, ao invés de pensar políticas e estratégias que tem como plano de fundo o controle dos corpos?

Pensando dessa forma, nos cabe problematizar: depois de identificado o “aumento” do número de adolescentes grávidas, ou depois de constatado que elas procuram o serviço de saúde após engravidarem, quais as ações e estratégias poderiam ser pensadas para que o acesso ao serviço de saúde ocorra de forma cotidiana e voltado para a promoção à saúde ao invés de mera prevenção?

A escola aparece como figura fundamental para trabalhar com os/as adolescentes a questão da gravidez na adolescência, sexualidade e DST/AIDS, sendo invocada várias vezes nas entrevistas. A parceria com a escola parece ser um bom caminho, pelo que viabiliza a realização de palestras e outras ações. Entretanto, percebe-se que de algum modo esse assunto ainda é tabu no município. Ouvi um relato de que os pais dos/as alunos/as manifestaram insatisfação ao saberem que os/as filhos/as estavam participando dessas palestras (sobre

sexualidade, gravidez e DST). Desde então, a participação dos alunos nesses eventos está sujeita a uma autorização assinada pelos pais.

Lésbicas, negras e soropositivas

De forma geral, não há programas ou ações voltadas para grupos de lésbicas, negras e soropositivas. Pelas falas dos entrevistados, as mulheres nunca levantaram essas condições como demanda nem os profissionais perceberam questões específicas para esse segmento, sendo, portanto, temas não problematizados no serviço.

No que se refere às mulheres soropositivas, entende-se que esse tipo de problema deve ser tratado diretamente em Rio Claro, que é a referência. Corumbataí tem como responsabilidade somente fazer a prevenção e oferecer cuidados referentes a remédios. Percebe-se que o assunto DST/AIDS continua um tabu.

No decorrer das entrevistas, percebi um leve desconforto nos momentos em que a pauta voltava-se para esses grupos específicos. Na grande maioria dos casos, os entrevistados afirmaram não haver preconceito. Vale lembrar que esse é um tema muito recorrente nas políticas. Existem, inclusive, políticas específicas para esses grupos.

Sobre a saúde das mulheres negras, temos o documento Atenção à Saúde das Mulheres Negras (Brasil, 2005), que aponta a desigualdade social reverberando diretamente a assistência à saúde. A ocorrência de óbitos que tem como causa a hipertensão arterial em mulheres grávidas é muito maior em negras do que em brancas, por exemplo, sem mencionar outras situações de saúde em que a raça/etnia aparece como um marcador influente nos índices de mortalidade. Outro fator importantíssimo que deve ser levado em consideração na análise é o quesito “cor” nos formulários e documentos oficiais. É muito comum o não preenchimento desses dados. O profissional deve ser estimulado a preencher corretamente e a solicitar ao usuário a autodeclaração, uma vez que esses documentos servem como base de dados e possibilitam uma futura avaliação sobre determinadas circunstâncias (BRASIL, 2005). Segundo dados do IBGE, mesmo sendo a minoria,

mulheres autodeclaradas pardas e pretas constituem 26% da população de mulheres de Corumbataí. Portanto, independente do número, há de se pensar como as desigualdades sociais são engendradas nesse contexto.

Sobre as mulheres homossexuais, o Ministério da Saúde reconhece que “no geral, os textos e ações sobre violência contra a mulher não abordam as especificidades das mulheres lésbicas” (BRASIL, 2011b). Contudo, é preciso um cuidado específico com essas mulheres, visto que geralmente estão à margem do serviço de saúde e são desconsideradas em seus aspectos sexuais e reprodutivos. É necessário pensar políticas e estratégias que englobem essas especificidades. Apesar do reconhecimento das questões de saúde referente às mulheres lésbicas, o documento da PNAISM prevê o atendimento ginecológico com base na saúde de forma geral e não em sua orientação sexual (heteronormatividade), trazendo como tópicos: estímulo para prevenção do câncer de colo de útero e mama; vulnerabilidade à exposição de DST/AIDS; direito à maternidade voluntária; profissionais capacitados para o atendimento. Entretanto, não aparecem objetivos específicos em que Ministério contemple ações voltadas para mulheres que fazem sexo com mulheres.

Com relação às mulheres portadoras de HIV/AIDS, o Ministério da Saúde já produziu vários documentos abordando essa temática (BRASIL, 2003). Dentro da PNAISM, o tema consta nos objetivos específicos. Além disso, foi criado o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST (BRASIL, 2007), um plano intersetorial com diretrizes que buscam trabalhar com as várias esferas da vida de mulher, incluindo questões de direitos sexuais e reprodutivos e direitos humanos.

Mulheres idosas

Não há nenhum programa ou ação específica para mulheres idosas. Existe a Casa do Idoso, que desenvolve ações pontuais apenas quando identificado algum ponto. Um dos entrevistados apontou o Grupo da Terceira Idade, organizado pelo Fundo Social de Solidariedade de Corumbataí, como um elemento importante de

ações pela saúde das mulheres idosas. Nesse grupo, são desenvolvidas atividades recreativas coordenadas pela primeira dama da cidade.

Ao pensarmos a saúde da mulher de forma integral, devemos considerar as especificidades abordadas por essa temática. A Política Nacional apresenta três ações específicas voltadas para a atenção integral à mulher na terceira idade:

- Incluir a abordagem às especificidades da atenção à saúde da mulher na Política de Atenção à Saúde do Idoso no SUS;
- Incentivar a incorporação do enfoque de gênero na Atenção à Saúde do Idoso no SUS (2011)

Como apontado por uma entrevistada, pensar a saúde não significa necessariamente pensar ações diretas no campo técnico da saúde.

Para alguns entrevistados, a dimensão social é muito importante na relação com a saúde. Nesse sentido, uma profissional destacou como pertinente pensar estratégias de recreação para auxiliar na promoção da saúde. No caso de Corumbataí, as ações específicas para a saúde da mulher idosa são pontuais, através de campanhas na Semana do Idoso (desenvolvida anualmente). Fora do campo da saúde, são desenvolvidas atividades recreativas voltadas para o público idoso.

Em relação à atenção à saúde da mulher no climatério, no Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa (BRASIL, 2008), consta:

Embora os autores se refiram ao climatério como sendo um fenômeno biopsicossocial, historicamente o enfoque maior tem sido dado aos fatores biológicos, aos sinais e sintomas, inclusive referindo o climatério algumas vezes como uma síndrome ou um período patológico e anormal. (BRASIL, 2008, p. 25)

Em Corumbataí também não foram identificadas ações para a saúde das mulheres no climatério. Portanto, acredito que a dimensão biopsicossocial poderia subsidiar o desenvolvimento de propostas que possibilitem pensar a saúde da mulher nesse período.

Violência contra a mulher

O tema da violência contra a mulher despontou nas entrevistas como algo incomum, como casos pontuais e não muito frequentes:

Olha, foi uma surpresa, porque assim, a gente vê lá fora e acha que não vai acontecer aqui [...] Essa foi a única vez que eu vi, porque eu nunca tinha visto aqui. (P2)

Aqui não... A gente já atendeu alguma coisa [em outro serviço], mas você tem uma inibição muito das mulheres ainda, para denunciar ainda esse tipo de coisa [...] É lógico que a violência contra a mulher é muito maior do que se tem notícia, e principalmente que se tem registro, mas você tem todos esses limitadores, entendeu... Então é muito difícil você ter um número exato dessa situação. (P3)

Ah, então, teve... tem algumas situações, tipo a mulher às vezes briga com o marido, chega até sofrer alguma agressão física mesmo e acabava chamando a ambulância e pedindo socorro e vem parar aqui. (G3)

[pausa e suspiro]... eu não me lembro, não me recordo se eu vivenciei. Não me recordo. Pode até ter sido. Porque é tanta coisa que a gente acaba passando. Mas pode até ter sido, sim, ter acontecido. Mas, se acontece, a gente tem todo um, um processo, assim, de tá encaminhando ela, de tá assistindo ela, né. É assim, é assim, no momento, né, a gente acaba chamando a, toda a polícia, aquelas coisas, né. E, depois, eu acredito que o médico acaba encaminhando pro psicólogo, né, que a gente tem na unidade. Não, a gente teve, sim, casos de meninas. (G1)

[breve silêncio] ... contra a mulher, não. Só contra criança. E aí, quando isso acontece, né, aí eu comunico ao Conselho Tutelar e aí a gente encaminha... Com a saúde? [breve silêncio]... ah, é, assim... é lógico que isso, futuramente, né, a sequela, aí, na verdade, não sequela, o que pode, o psicológico da pessoa realmente, ela vai ter que trabalhar aí pro resto da vida. (P1) (que foi realizado assistência pelo profissional, grifo nosso)

Esse conjunto de falas nos leva a pensar que a violência contra a mulher seja realmente muito pontual. Entretanto, em meio a alguns discursos, surge uma pista de que a violência contra a mulher não seria, afinal, algo tão incomum. Seria apenas um assunto pouco explorado pelo sistema de saúde de Corumbataí.

Já, já, aqui inclusive. Não é raro. Então... não, geralmente é agressões mesmo, né. Violência doméstica. [...] é comum aí você atender vítimas de agressão. Geralmente, agressões leves, né. Graças a Deus, nunca atendi nenhuma agressão mais forte. Mas não é raro, é uma coisa super comum mesmo, comum. [...] Olha, chegam de todas as formas. Tem mulher que já chega até... tem mulher, aqui, aqui mesmo, eu já atendi pessoas que já sofreram violência crônica aí, já, rotineira. (P4)

O atendimento oferecido às mulheres se restringe a um atendimento técnico e assistência direta para aquele trauma ou dor. No máximo, encaminha-se a vítima para o serviço de psicologia, como acontece em outros locais, conforme Coelho et al. (2009) já apresentaram. Não há uma ação específica ou direcionada, pensando no acolhimento da mulher. Isso se demonstra nas falas a seguir:

Olha eu to aqui, mas e quando ela estiver na casa dela a noite e eu tiver na minha casa, quem é que vai dar suporte pra ela?! Eu não vou poder sair da minha casa para vir aqui... (P1)

Não tem. Trabalha? Trabalha assim, tá sendo atendida? Tá! É... tá sendo encaminhado pros testes? Tá... Novamente eu te falo, tá fazendo assistência, e depois? Encaminha pro juizado? Encaminha para a polícia? Para a cadeia pública? Da saúde da mulher, o que tiver, mas não tem ainda um grupo constituído, estudando a questão da violência (G2) (grifo meu)

Pensando na mesma linha de acolhimento, outro profissional sinaliza uma questão muito importante na temática da violência contra a mulher, com sensibilidade e atenção. Entretanto, fica claro que nenhum tipo de assistência ou cuidado com mulheres em situação de violência é efetivamente realizado:

***Dar uma qualidade de vida.** Mostrar pra essa pessoa subjugada que ela é muito importante. Fazê-la acreditar cada vez mais na vida. Fazer com que ela possa combater esse mal e que esse mal não crie raízes, que seja decepado. Que ela vá a uma polícia, que ela vá a uma delegacia da mulher. Que os profissionais que a atendam não se omitam e vá, e falem, nem que for autoridade e tal, que esteja aqui, tem que ser. (P5)*

Estudos apontam a violência contra a mulher como uma questão muito recorrente no cotidiano dos serviços. Porém, existe uma dificuldade de os profissionais lidarem com o assunto (SCHRAIBER et al., 2002; SCHRAIBER et al., 2007; D'OLIVEIRA et al., 2009). Os serviços de saúde são os locais onde as mulheres recebem o “atendimento médico daquelas lesões especificamente” (P4). Entretanto, conforme disse o entrevistado P5, não existem trabalhos, ações ou programas que estimulem a dimensão social da violência contra a mulher.

Como podemos pensar qual o papel da rede de saúde nesses casos? Seria essa invisibilidade para a violência contra a mulher uma invisibilidade de gênero? Como trabalhar uma temática tão dura, tão fechada e tão arraigada nos discursos sócio, históricos e culturais?

A violência contra a mulher é um tema que com frequência tem sido incorporado nas políticas públicas, apresentando até mesmo uma legislação específica (Lei Maria da Penha), conquistada apenas recentemente (2005). A notificação para esse tipo de violência tornou-se compulsória e universalizada para todos os serviços de saúde a partir da publicação da Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011¹¹. É, inclusive, pautada pela PNAISM, através de algumas ações específicas, como:

- Organizar redes integradas de atenção às mulheres em situação de violência sexual e doméstica
- Articular a atenção à mulher em situação de violência com ações de prevenção de DST/AIDS
- Promover ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual

¹¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº104, de 25 de janeiro de 2011. Aprova a universalização da notificação compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências.

Castro, Lago e Batista (2014) realizaram um mapeamento dos serviços de saúde que atendem mulheres em situação de violência doméstica e sexual no Estado de São Paulo. De acordo com esse mapeamento, os serviços reconhecem a violência contra a mulher, entretanto não há um atendimento adequado, quando se avalia acesso, divulgação ou recursos disponíveis à população. Não foi cadastrado nenhum serviço que ofereça o aborto legal na região da DRS de Piracicaba. Dessa forma, salientamos a importância de pensar as redes de atenção à mulher em situação de violência e sua materialidade na medida em que uma rede fortemente estruturada pode oferecer mais cuidado, “uma vez que é pela porta da saúde que muitas mulheres buscam atenção e proteção” (CASTRO, LAGO E BATISTA, 2014, p. 12). Dessa forma, pensar nas tessituras que engendram essa temática é um ponto fundamental no combate à violência contra a mulher. Mais do que um “combate”, é necessário fortalecer também as mulheres para que essa possibilidade se materialize.

Dar visibilidade às desigualdades de gênero não significa acabar com a violência e outras formas de preconceito. Entretanto, possibilita romper com o binarismo construído social e historicamente. Dessa forma, é preciso que haja políticas e incentivo para ao menos o debate sobre o tema seja suscitado.

Gênero, Direitos Sexuais e Reprodutivos

Quando questionados sobre as questões de gênero referente às práticas de saúde, a maioria dos entrevistados não identificou a relevância dessa temática. A fala de um profissional chamou atenção:

Eu acho que nos grandes centros sim, mas nas pequenas cidades é mais difícil, né... Eu acho que você tem algumas prioridades, que é a prioridade número 1 que é a saúde da mulher de maneira geral, e mas eu não sei até que ponto conseguiria conciliar essa situação de você pensar na saúde da mulher de maneira geral e ramificar isso em situações de gênero... (P3)

Essa fala nos traz pistas sobre como as relações de gênero podem ser problematizadas na área da saúde. Por exemplo, num primeiro momento, ele traz a questão da cidade como fator importante para a produção de saúde, alegando que o tamanho do município pode interferir na forma como se produz ou se organiza a

saúde. Depois, diz que a prioridade é “a saúde da mulher de maneira geral”, o que nos leva a pensar que ele está se referindo à saúde integral, olhando para a mulher como um todo em todas as fases de sua vida. Porém, logo em seguida, levanta o aspecto da “ramificação”, como se “a saúde de maneira geral” não incorporasse a temática de gênero.

A literatura nos mostra as possibilidades de incorporação da temática de gênero, seja na saúde, na educação ou em qualquer área, pensando de forma transversal, que pode acarretar em outras visões e abrir novas possibilidades (SCHRAIBER, 2005; VILLELA, 2009; MEYER et al., 2004).

Tal perspectiva pode ser uma oportunidade para a materialização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que busca, desde o PAISM, incorporar a noção de gênero nas práticas de saúde da mulher, procurando romper com o paradigma materno reprodutor que a mulher carrega historicamente pelo fato de possuir um corpo capaz de gestar.

As questões de direitos sexuais e direitos reprodutivos aparecem muito atreladas a questões de gênero, quando pensamos na dimensão sociocultural que esses temas carregam. Portanto, faz-se necessário problematizar essas questões, já que, em grande parte, é na área da saúde que são fortemente incorporadas. Por exemplo, quando perguntados sobre os direitos sexuais e reprodutivos, a questão da qualidade da vida sexual não aparece no discurso. Sobre a assistência, pontuam: “ser ensinada, então, ela sabe, ela procura o ginecologista com muito mais frequência” (P4). Qual a qualidade da assistência ofertada à mulher no que refere a um atendimento com vistas à integralidade? Os outros elementos que compõem as diretrizes da Política Nacional Estarão estão englobados nas ações de saúde da mulher?

Desnaturalizar conceitos de gênero possibilita pensar na forma como se pratica a saúde. Bombardear a mulher com campanhas, ações e programas na saúde não significa integrá-la ao sistema de saúde. Tal sistema está arquitetado de forma que é difícil desvencilhar a imagem da mulher como cuidadora de sua saúde (e da família), com foco na esfera reprodutiva. Suas políticas estão voltadas para uma politização da maternidade e do cuidado, como apontado por alguns estudos (SCHWENGBER, 2006).

A integralidade e a humanização

Um ponto que merece destaque e que está articulado com os objetivos do trabalho são os sentidos que a integralidade e a humanização apresentam nos discursos. O sentido da integralidade aparece de maneira ampla nos discursos dos profissionais e gestores.

*Eu mudaria eu ter mais tempo, o ter mais tempo para conversa, acho que isso é fundamental, porque quando elas sentam na cadeira, e a gente tem que preencher a papelada, eu vejo um ponto de interrogação sentado conversando comigo [...] **Mas o que mata do sistema é o tempo**, eu não ter esse tempo para tá conversando com ela, para falar assim: você tem alguma dúvida? O que que você quer me perguntar? Pergunta que agora o momento é seu! (P2) [grifo nosso]*

*Mas, na prática é difícil você fazer isso [...] **Você acaba sendo obrigado a fazer uma coisa muito direcionada mesmo**, né. Então, deixa a desejar em termos de atender de forma integral, de forma coordenada, isso com certeza. [...] Eu acho que é difícil em qualquer situação mesmo, né. Eu acho difícil você conseguir esse tipo de [assistência]. Nem cidade pequena, nem cidade grande, nem convênio, eu acho que é muito difícil você chegar nesse grau de excelência aí, que é o certo, né. (P4) [grifo nosso] [destaque nosso – trocamos a palavra sem interferir no sentido com objetivo de não identificar o profissional]*

Nessas falas, percebemos a integralidade entendida como olhar para a mulher, ouvi-la. Entretanto, isto aparece como um ideal não viável, inalcançável. Nem sempre os profissionais de saúde refletem sobre o modo como o tempo é organizado e administrado nos serviços.

*É isso que eu falei, isso ainda falta, **falta atenção integral**. Falta bastante né. [...] Vou dar um exemplo: tinha que fazer um curativo diário, de repente esse curativo sumiu, desapareceu, não veio mais fazer. Ninguém falou ‘aí, aquele curativo sumiu, não veio mais. O que aconteceu, sarou, não sarou, piorou?’ Aí, só voltou a se falar daquele curativo quando tinha piorado, **que aí o próprio paciente procurou**, né. Então isso eu acho que falta. (G3) [grifo nosso]*

*Teria que tá melhorando, sim, essa, essa parte, assim, **do retorno dela**. [...] a gente vai até um ponto, né. A gente... esse exercício de, dela voltar a gente começou esse ano. Eu consigo, em alguns casos, pegar essa paciente e ver ela voltando. Em alguns casos, a gente não consegue ainda. (G1)*

Essas gestoras comentam a falta da atenção integral, relacionando-a com a promoção à saúde e com olhar para o sujeito de uma maneira a perceber não só as questões biológicas, mas vê-la em sua integralidade. O sentido de como o sistema de saúde está organizado – apresentando uma fragilidade no que se refere ao retorno do usuário – também pode ser pensado a partir das falas:

*E até na saúde mesmo das mulheres, a gente faz distribuição de anticoncepcional todo mês, tem uma serie de mulheres que vão pegar o anticoncepcional no posto e **quem conversa com elas**? O que ela tá sentindo, como que ela tá tomando? De que forma ela tá tomando? Não, ela só vem, passa na farmácia, pega o anticoncepcional e vai embora (G2) [grifo nosso]*

[...] multidisciplinar, tá muito difícil também, né... você vê que se contrata os profissionais, cada profissional fica dentro do seu quadradinho, fazendo a sua assistência, então eu tenho o fisioterapeuta, vai lá e faz massagem, eu tenho dentista que vai lá e cuida da boca! Eu tenho a enfermeira que dá uma olhada geral, [...] e aí eu tenho o psicólogo se eu tiver algum problema de endoidar, e a equipe quando se reúne para discutir o ser? Né, o paciente enquanto um todo? Nunca! (G2)

Outra gestora comenta sobre a qualidade do atendimento oferecido às mulheres, sobre como as informações são passadas e como a equipe trabalha a dimensão da integralidade no relacionamento profissional-usuário.

Os três sentidos da integralidade destacados por Mattos (2004) (características das políticas de saúde; organização do serviço; e atributos das práticas de saúde) são perceptíveis nas falas dos/as entrevistada/os.

O sentido da integralidade como conjunto das características de políticas de saúde aparece bem frágil. As ofertas de saúde não são bem contextualizadas. Percebe-se que os profissionais identificam por parte da/o usuária/o a necessidade de tempo a mais de conversa, de atendimento. Entretanto, defende-se que, “como o sistema é assim”, não há muito a ser feito. Fica latente a dificuldade do profissional de lidar com isso no cotidiano, de pensar em maneiras de modificar esse quadro.

A organização do serviço e das redes de saúde também aparece nesse contexto como fator que dificulta a prática da integralidade. Qual é a lógica de organização do serviço? Essa lógica trabalha com as necessidades da/o usuária/o? Por que o retorno para o serviço de saúde é tão difícil? Será que o serviço está organizado de forma que o retorno seja facilitado? Estas são algumas questões que levanto ao pensar a dimensão da integralidade.

Por último, mas não menos importante, podemos pensar sobre os atributos das práticas de saúde, sobre a forma como a equipe trabalha a multidisciplinaridade envolvendo a/o usuária/o em todo o contexto do atendimento.

A busca por mais tempo de atendimento, a ausência de conversa durante a assistência, a referência e a contrareferência do usuário são elementos que nos trazem pistas sobre a forma como a integralidade se materializa no cotidiano do serviço de saúde.

Sobre a questão da prática e da maneira como se opera o sentido da integralidade, Bonfada (2012) problematiza questões referentes à organização do

sistema, na medida em que percebe a grande hegemonia do modelo biomédico, que dificulta o reconhecimento da/o usuária/o como eixo central da organização do sistema. A partir disso, podemos perceber que a mudança, ou seja, a essência da integralidade entendida em seu sentido mais amplo, “extrapola um desejo individual”, sendo necessária também uma dedicação por parte dos profissionais, gestores e próprios usuários no eixo das políticas, na instituição e na incorporação do sentido da integralidade (BONFADA, 2012).

O conceito da humanização aparece de forma mais intrincada nos discursos das/os entrevistadas/os. Enquanto uns se referem à humanização como “paparico”:

*Eu acho que existe sim, **a gente paparica**, cuida assim muito bem da gestante, existe um cuidado assim, ah tem viu, diferenciado viu Mariana [...] olha eu acho que não só para as gestantes... Para tudo viu... Eu acho que existe o atendimento diferenciado para tudo. (P2)*

... outros atribuem à humanização um sentido “duvidoso”.

*Existem situações onde a humanização do atendimento é esquecida? Existem. **Mas hoje se coloca numa necessidade premissa, uma primeira importância a humanização do atendimento.** Primeiro a importância é a vida do paciente, se der para fazer humanizado, ótimo, se der para fazer um pouco humanizado beleza, se tiver que fazer para salvar a vida do paciente tem que salvar, entendeu... Ai de uma maneira geral [...] de urgência, emergência... Né, fala, ah não, o acompanhante tem que tá junto com o paciente, mas pô! Se o paciente tá morrendo, tá toda uma bagunça dentro da sala de emergência, o acompanhante tem que estar lá dentro mesmo vendo tudo aquilo e às vezes até atrapalhando? Não sei... Acho que não. (P3)*

Já para outros, a humanização se materializa na forma de uma escuta qualificada, ou como um direito:

*Eu sempre penso o seguinte. Eu imagino eu deitado na cama, precisando de alguém. Eu gostaria de ser muito bem tratado. E, se eu gostaria de ser muito bem tratado, **eu tenho que tratar a pessoa o máximo, do máximo do que eu posso tratar e com todo o respeito.** (P5)*

Analisando duas entrevistas, percebemos algumas contradições entre as expectativas de gestores e de profissionais diante de uma proposta de oficina de humanização. Uma funcionária diz que primeiro é preciso humanizar os funcionários. Uma gestora pontua a questão da aceitação dos funcionários como um obstáculo à implementação de uma política de humanização:

*Ah, eu acho tão lindo essa palavra, humanização [...] eles falam de tanto curso de humanização, veio o pessoal da DRS falar de humanização do SUS, mas não falam nem de humanização do sistema, aqui do atendimento, quanto mais do SUS, né, então eu acho assim, **acho que primeiro tem que humanizar os funcionários.** (P2) [grifo nosso]*

*Então, foi feito a primeira oficina. Assim, a gente [...] 50% de aceitação, 50% de não. **Tipo, não aceitação dos funcionários: ‘aqui não serve pra nada pra mim’.** Isso tem mesmo. (G1) [grifo nosso]*

Quais são os sentidos da humanização para quem realiza a oficina e para quem a recebe? O que as pessoas esperam? Quais são as expectativas? O que significa a “humanização dos funcionários”? Qual o sentido da fala desse profissional quando diz que “primeiro tem que humanizar os funcionários”? Qual é a necessidade do trabalhador? Sobre essas reflexões, Regina Benevides e Eduardo Passos (2005) nos apontam algumas pistas:

A discussão da humanização no campo da saúde não pode se fazer sem que consideremos a maneira como o tema está intrinsecamente ligado ao processo de constituição do SUS no Brasil [...] Falar, portanto, de saúde pública ou saúde coletiva é falar também do protagonismo e da autonomia daqueles que, por muito tempo, se posicionavam como “pacientes” nas práticas de saúde, sejam os usuários dos serviços em sua paciência diante dos procedimentos de cuidado, sejam **os trabalhadores eles mesmos, não menos passivos no exercício de seu mandato social.** (Benevides e Passos, 2005, p. 563 e 566) [grifos nossos]

Conforme os autores, a humanização em parceria com o “SUS que dá certo” é possibilitada quando os sujeitos, sejam eles usuários ou trabalhadores, se tornam “autônomos e protagonistas” de suas práticas de saúde. Ao mesmo tempo em que o próprio sistema favorece o desenvolvimento de novas práticas, como previsto pela Política Nacional de Humanização, é também o elemento que, pela maneira como está organizado social e culturalmente, cria obstáculos para esse processo. Quando o profissional e gestor apontam para um processo no qual a humanização aparece como elemento fortemente tensionado na prática e nos discursos, é necessário revisitar com outros olhares todas as esferas que compõem o serviço de saúde.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desse trabalho, acredito que foi possível compreender um pouco mais sobre o campo da saúde da mulher no município e suas relações com a PNAISM. As entrevistas nos deram pistas sobre o modo como se materializam as ações de saúde da mulher.

Corumbataí possui uma unidade de saúde com característica mista, e as ações de saúde acontecem principalmente através de campanhas. Há uma dificuldade em trabalhar questões do âmbito da atenção básica, principalmente aquelas relacionadas à promoção à saúde.

A saúde da mulher ainda é vista predominantemente sob a ótica da reprodução, com foco em ações no contexto reprodutivo e com forte apego às características “tidas como femininas”.

No âmbito da PNAISM, a maioria dos entrevistados não conhecia a Política Nacional nem pontos importantes, como a violência, a questão de gênero e os direitos sexuais e reprodutivos. Essas temáticas ainda apresentam muitas fragilidades na forma como se engendram no sistema.

Observamos também que há um envolvimento afetivo com o trabalho e expectativas de melhoria e aperfeiçoamento. A criação do novo espaço de saúde é um exemplo disso.

A partir desses aspectos, salientamos a importância de operar no sentido de oferecer mais visibilidade às questões de gênero, incorporando-as nas práticas e nas ações de saúde como forma de iniciar um debate e de desenhar políticas que trabalhem com essa e outras temática como raça/etnia e geração. Tal incorporação, engendrada em debates mais amplos sobre o modo como o serviço se organiza, poderia levar ao desenvolvimento de ações de saúde que melhor contemplem a humanização e especialmente a integralidade.

Com relação à produção da dissertação, posso sinalizar que o exercício de análise e construção do texto é um movimento constante de reflexão sobre as capturas cotidianas que nos engendram.

Os repertórios e os artefatos culturais permitem pensarmos a dimensão da cidade como elemento fundamental na forma como a saúde se materializa. Frente a isso, gostaria de suscitar algumas reflexões. Quais são os sentidos que a cidade provoca na saúde? Morar em Corumbataí ou morar em São Paulo afeta diretamente a saúde? A partir de qual perspectiva podemos trabalhar com as potencialidades que cada cidade oferece? Apenas o comparativo não é capaz de modificar realidades. É preciso operar de forma positiva, buscando trabalhar com o melhor que cada cidade tem a oferecer e perseguir os obstáculos de forma a superá-los.

Há que se reconhecer os avanços conceitual e prático pelos quais as políticas de atenção à saúde da mulher passaram nos últimos anos. Entretanto, o exercício de reflexão deve ser constante. Não propomos esgotar o assunto, nem tão pouco temos a pretensão de apresentá-lo como verdade. Buscamos, a partir dessa pesquisa, estimular e fomentar uma visão sobre os tantos discursos produzidos sobre saúde da mulher. Primeiro, devemos desconstruir ao reconhecer que o campo da saúde é entremeado por jogos de poder/saber/verdade, relações de gênero e fatores socioculturais e históricos. Segundo, devemos refletir sobre quais práticas e quais ações estamos produzindo para as mulheres usuárias dos serviços de saúde.

Quando iniciei o processo de elaboração desse trabalho, tinha muitas incertezas sobre quais seriam os sentidos que essa dissertação desenharia no cotidiano do serviço de saúde. Essas incertezas continuam, porém, penso que muito além do que apontar falhas ou buscar respostas, talvez seja necessário mudarmos nossas perguntas. Muitas vezes as perguntas que elaboramos falam daquilo que já sabemos, partem de lugares que tomamos como inquestionáveis. Algo como se nossa reflexão não pudesse ir além do espelho de nós mesmos (dos saberes que conhecemos e diante dos quais nos assentamos).

Quiçá pudéssemos atravessar esses “espelhos”. Nesse sentido, Elizabete Franco Cruz, me ajudou na reflexão, apontando alguns caminhos:

E por isso que a única resposta que me proponho a tecer é aquela que começa com o convite a mudarmos as perguntas. Quem sabe aprofundar

as perguntas, atravessar os espelhos, transitar entre os espaços, rompendo binarismos, a rigidez das identidades, atravessando os jogos de poder/saber/verdade (CRUZ, 2005, p. 233)

Em vista disso, não tenho o anseio de solucionar problemas, pois sei que o cotidiano é permeado por muitas relações de saber/poder/verdade, relações interpessoais, relações políticas e, mais do que isso, por complexos desafios que se apresentam para se pensar a saúde da mulher de maneira integral com o enfoque de gênero. Acredito que nós, enquanto profissionais da saúde, devemos focar o sentido que produzimos na vida das pessoas, nos sentidos que produzimos nos encontros com os usuários.

Os sujeitos entrevistados, colaboradores dessa pesquisa, são muito mais do que profissionais e gestores que trabalham em uma pequena cidade do Estado de São Paulo. Eles são sujeitos de suas próprias vidas, com suas próprias histórias, seus próprios sentidos. Através das entrevistas, pude conhecer não somente o seus pensamentos sobre a saúde da mulher, mas também conhecê-los como pessoas. Alguns em maior, outros em menor intensidade, mas com a certeza de um encontro. E foram a partir desses encontros que pude produzir esse trabalho. Assim, fica o convite para novos encontros, a fim de que possamos descobrir novos sentidos para a saúde, para a vida.

8. REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUARYOL, M. Z. **Introdução à epidemiologia**. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica, 2002.

AQUINO, E. M L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. spe, 2006. DOI: 10.1590/S0034-89102006000400017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400017&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 dez. 2014.

AQUINO, P. S., XIMENES L. B., PINHEIRO A. K. B. Políticas públicas de saúde voltadas à atenção à prostituta: breve resgate histórico. **Enfermagem em Foco**, v. 1, n. 5, p.18-22, 2010.

ARAGAKI, S. S. et al. Entrevistas: negociando sentidos e coproduzindo versões de realidade. In: SPINK M. J. et al. (Org.). **A produção de informação na pesquisa social**: compartilhando ferramentas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. Disponível em: <http://maryjanespink.blogspot.com.br/2014/07/lancamento-do-livro-producao-de.html>. Acesso em: 29/08/2014.

ARAUJO, M. F.; SCHRAIBER, L.B.; COHEN, D. D. Penetração da perspectiva de gênero e análise crítica do desenvolvimento do conceito na produção científica da Saúde Coletiva. **Interface (Botucatu)**, v. 15, n. 38, 2011. DOI: 10.1590/S1414-32832011005000039. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000300015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 dez. 2014. Publicado eletronicamente antes da versão impressa em: 2011 set. 30.

ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cad. Saúde Publ.**, v. 19, p. S465-S469, 2003. Suplemento 2.

BENEVIDES, R.; PASSOS E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&. Acesso em: 10 out. 2013.

BERQUÓ, E.; CAVENAGHI S. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. **Cad. Saúde Publ.**, v. 19, p. S441-S453, 2003. Suplemento 2.

BONFADA, D et al. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 2, p. 555-560, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&. Acesso em: 10 out. 2013.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990. Seção I, p. 18055.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS/SUS**. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa**. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras**. Brasília, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2011b.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Saúde da mulher: um diálogo aberto e participativo**. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/AIDS entre mulheres**. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST**. Brasília, 2007.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social NOB/SUAS**. Brasília, 2005b.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, 2005c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). In: _____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488/GM de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). In: _____. Brasília, 2011a.

BRIGAGÃO, J. I. M. A Mulher como Sujeito: Direitos Sexuais, Reprodutivos E Políticas na Área de Saúde: Gênero e as Políticas de Saúde. In: ABREU, M. A. (Org.). **Redistribuição, reconhecimento e representação**: diálogos sobre igualdade de gênero. Brasília: Ipea, 2011. 222 p.

BUTLER, J. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”. In: LOURO, G. L. (Org.). **O Corpo Educado**: pedagogias da sexualidade. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013. p. 151-172. Tradução de Tomaz Tadeu da Silva

CAIRO. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**. Cairo, 1994. Versão não oficial em português. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>. Acesso em: 15/09/2014

CAPRA, A. O modelo biomédico. In: _____ **O Ponto de Mutação**. 26. reimp. São Paulo: Cultrix, 2006. p. 116-55.

CASTRO, C. M.; LAGO, T. D. G.; BATISTA, K. B. C. Mapeamento dos serviços de saúde que atendem mulheres em situação de violência doméstica e sexual no SUS/SP: conhecer para dar visibilidade e ampliar o acesso. Boletim do Instituto de Saúde. V. 15, n. 1, p. 06-12, 2014.

COELHO, E. A. C. et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 13, n. 1, p. 154-160, 2009. Disponível em: http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20091/ARTIGO%2019.pdf. Acesso em: 10 out. 2013.

CORREA, S.; ALVES, J. E. D.; JANNUZZI, P. M. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: CAVENAGHI, S. (Org.). **Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro: ABEP; Brasília: UNFPA, 2006.

CORREA, S.; ÁVILA, M. B. Direitos Sexuais e Reprodutivos – Pauta Global e Percursos Brasileiros. In: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo & Vida**: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Editora Unicamp, 2003.

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1073-1083, 2009.

CRUZ, E. F. **Espelhos d'AIDS**: infâncias e adolescências nas tessituras da AIDS. 2005. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

_____. et al. Gênero, Saúde e Educação: um convite à mudança social. No prelo.

CZERESNIA, D. **Do Contágio à Transmissão**: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 26. ed. São Paulo: Graal, 2013.

GALVÃO, L. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: GALVÃO, L.; DIAZ J. (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, Population Council, 1999, p 165-179.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Publ.**, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.

GUARESCHI, N. et al. O aborto e as políticas de atenção integral à saúde da mulher. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 2, n. 1, 2007.

LEITE, A. C. N. M. T.; PAES, N.A. Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, v.16, n. 3, p.705-714, 2009.

LEVCOVITZ, E et al. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LOURO, G. L. **Currículo, gênero e sexualidade**. Porto, Portugal: Editora Porto, 2000.

LOURO, G. L. **Gênero, sexualidade e educação**: uma perspectiva pós-estruturalista. 12 ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

MARIANO, S. A. O sujeito do feminismo e o pós-estruturalismo. **Rev. Estud. Fem.**, v. 13, n. 3, 2005. DOI: 10.1590/S0104-026X2005000300002. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2005000300002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 dez. 2014.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Publ.**, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&. Acesso em: 10 out. 2013.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MERHY, E. E.; QUEIRÓS, M. S. Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. **Cad. Saúde Publ.**, v. 9, n. 2, p. 177-184, 1993.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. **Interface: Comunic., Saúde e Educ.** v. 6, p 109-16, 2000.

MEYER, D. E. et al. 'Mulher sem-vergonha' e 'traidor responsável': problematizando representações de gênero em anúncios televisivos oficiais de prevenção ao HIV/AIDS. **Revista Estudos Feministas**, v. 12, n. 2, p. 264, 2004.

MEYER, D. E. Educação, saúde e re-produção de diferenças e desigualdades de gênero: problematizando representações de mulheres e mães em políticas sociais. In: ANPEd Sul – Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul, 5., 2004, Curitiba. **Artigo**. Curitiba: ANPEd, 2004. p. 12.

_____. Gênero e educação: teoria e política. In: LOURO, G. L.; FELIPE, J.; GOELLNER, S. V. (Org.). **Corpo, gênero e sexualidade**: um debate contemporâneo na Educação. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MONTEIRO, M. F. G.; ADESSE, L.; LEVIN, J. Mulheres Negras e a Mortalidade Materna no Brasil. In: Seminário de mortalidade materna e direitos humanos no Brasil. São Paulo. **Apresentação**. São Paulo: Cebrap, 2009.

NICHOLSON, L. Interpretando o gênero. **Rev. Estud. Fem.**, v. 8, n. 2, p. 09-41, 2000. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2000000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 dez. 2014.

O'DWYER, G.; MATTOS, R. A. O SAMU, a regulação no Estado do Rio de Janeiro e a integralidade segundo gestores dos três níveis de governo. **Physis**, v. 22, n. 1, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312012000100008&lng=pt&nrm=isso. Acesso em: 15/09/2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS**: construindo as redes de atenção no SUS – Contribuições para o debate. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 113 p.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Publ.**, v. 14, p. 25-32, 1998. Suplemento 1.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, p. 1778-1797, 2011.

PARAÍSO, M. A. Metodologias de pesquisa pós-críticas em educação e currículo: trajetórias, pressupostos, procedimentos e estratégias analíticas. In: MEYER, D. E.; ALVES, M. (Org.). **Metodologias pós-críticas em educação**. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2012.

PASCHE, D. F. et al. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**. v. 20, n. 6, 2006.

PAZ, A. P. B.; SALVARO, G. I. J. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Propostas Educativas em Foco. **Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)**, número monográfico, p. 121-133, 2011.

PEDRO, J. M. Traduzindo o debate: o uso da categoria gênero na pesquisa histórica. **História**, v. 24, n.1, p. 77-98, 2005.

PINTO, C. R. J. **Uma história do feminismo no Brasil**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003. 119 p.

PUTTINI, R. F.; PEREIRA JUNIOR, A.; OLIVEIRA, L.R.. Modelos explicativos em Saúde Coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 753-767, 2010.

REIS, A. O. A.; MARAZINA, I. V.; GALLO, P. R. A humanização na saúde como instância libertadora. **Saúde Soc.**, v. 13, n. 3, p. 36-43, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&. Acesso em: 15/09/2014

REZENDE, P. S. **A atenção à saúde das mulheres: Integralidade e gênero. Estudo etnográfico em uma unidade de PSF em Salvador**. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

ROHDEN, F. Sexualidade e gênero na medicina. In: SOUZA N. A.; PITANGUY, J. (Org.). **Saúde, corpo e sociedade**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006. p. 157-180.

SALIM, N. R. **Contextos de Nascimento: Experiências, Sentidos e Práticas de Cuidado**. 2014. Tese (Doutorado em Obstetrícia) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. 261 p.

SAMPAIO, J, ARAÚJO, J. R. J. L. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em AIDS. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 6, n. 3, p. 335-346, 2006.

SCHRAIBER, L. B. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. In: VILELLA, W.; MONTEIRO, S. (Org.). **Programa Saúde da Família em questão**. Rio de Janeiro: ABRASCO; Brasília: UNFPA, 2005.

_____. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2635-2644, 2012.

SCHWENGBER, M. S. V. **Donas de Si?** A educação de corpos grávidos no contexto da Pais & Filhos. 2006. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

SCOTT, J. W. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. Recife: SOS Corpo, 1991. Tradução de Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Publ.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, 2004.

SOUTO, K. M. B. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. **SER Social**, v. 10, n. 22, p. 161-182, 2008.

SPINK, M. J.; MEDRADO, B.; MÉLLO, R. P. Vinte e cinco anos nos rastros, trilhas e riscos de produções acadêmicas situadas. In: SPINK M. J. et al.

(Org.). **A produção de informação na pesquisa social**: compartilhando ferramentas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. Disponível em: <http://www.bvce.org/LivrosBrasileirosDetalhes.asp?IdRegistro=262>. Acesso em: 22/08/2014.

SPINK, M. J. O conhecimento como construção social. In: _____. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010.

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cad. Saúde Publ.**, v. 19, p. S419-S427, 2003. Suplemento 2.

VARGAS, R. B. A. **A saúde integral das mulheres e a educação médica: uma ponte por construir**. 2012. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W.S et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 2006.

VENTURI, J. R. G.; AGUIAR, J. M.; HOTIMSKY, S. N. A violência institucional no parto em maternidades brasileiras: uma análise preliminar de dados da pesquisa de opinião pública – Mulheres Brasileira e Gênero nos Espaços Público e Privado. In: 7. COBEON. Belo Horizonte. **Resumo**. Belo Horizonte, ABENFO-MG, 2010.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. V; HASSEN, M. H. A. **Pesquisa qualitativa em saúde; uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000, 136 p.

VILELLA, W.; MONTEIRO, S. Atenção à Saúde das Mulheres: Historicizando Conceitos e Práticas. In: _____. (Org.). **Programa Saúde da Família em questão**. Rio de Janeiro: ABRASCO; Brasília: UNFPA, 2005.

Apêndice A – Objetivos e Estratégias do PNAISM

Objetivos Específicos e Estratégias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	
OBJETIVOS	AÇÕES
Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST:	➤ fortalecer a atenção básica no cuidado com a mulher;
	➤ ampliar o acesso e qualificar a atenção clínico-ginecológica na rede SUS.
Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde	➤ ampliar e qualificar a atenção ao planejamento familiar, incluindo a assistência à infertilidade;
	➤ garantir a oferta de métodos anticoncepcionais para a população em idade reprodutiva;
	➤ ampliar o acesso das mulheres às informações sobre as opções de métodos anticoncepcionais;
	➤ estimular a participação e inclusão de homens e adolescentes nas ações de planejamento familiar.
Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes	➤ construir, em parceria com outros atores, um Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal;
	➤ qualificar a assistência obstétrica e neonatal nos estados e municípios
	➤ organizar rede de serviços de atenção obstétrica e neonatal, garantindo atendimento à gestante de alto risco e em situações de urgência/emergência, incluindo mecanismos de referência e contra-referência
	➤ fortalecer o sistema de formação/capacitação de pessoal na área de assistência obstétrica e neonatal
	➤ elaborar e/ou revisar, imprimir e distribuir material técnico e educativo;
	➤ qualificar e humanizar a atenção à mulher em situação de abortamento;
	➤ apoiar a expansão da rede laboratorial;
	➤ garantir a oferta de ácido fólico e sulfato ferroso para todas as gestantes;
	➤ melhorar a informação sobre a magnitude e tendência da mortalidade materna
Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual	➤ organizar redes integradas de atenção às mulheres em situação de violência sexual e doméstica
	➤ articular a atenção à mulher em situação de

	<p>violência com ações de prevenção de DST/aids</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ promover ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual
Promover, conjuntamente com o PN-DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/aids na população feminina	<ul style="list-style-type: none"> ➤ prevenir as DST e a infecção pelo HIV/aids entre mulheres ➤ ampliar e qualificar a atenção à saúde das mulheres vivendo com HIV e aids
Reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina	<ul style="list-style-type: none"> ➤ organizar em municípios pólos de microrregiões redes de referência e contra-referência para o diagnóstico e o tratamento de câncer de colo uterino e de mama ➤ garantir o cumprimento da Lei Federal que prevê a cirurgia de reconstrução mamária nas mulheres que realizaram mastectomia ➤ oferecer o teste anti-HIV e de sífilis para as mulheres incluídas no Programa Viva Mulher, especialmente aquelas com diagnóstico de DST, HPV e/ou lesões intra-epiteliais de alto grau/câncer invasor
Implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero	<ul style="list-style-type: none"> ➤ melhorar a informação sobre as mulheres portadoras de transtornos mentais no SUS ➤ qualificar a atenção à saúde mental das mulheres ➤ incluir o enfoque de gênero e de raça na atenção às mulheres portadoras de transtornos mentais e promover a integração com setores não-governamentais, fomentando sua participação nas definições da política de atenção às mulheres portadoras de transtornos mentais
Implantar e implementar a atenção à saúde da mulher no climatério	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ampliar o acesso e qualificar a atenção às mulheres no climatério na rede SUS
Promover a atenção à saúde da mulher na terceira idade	<ul style="list-style-type: none"> ➤ incluir a abordagem às especificidades da atenção à saúde da mulher na Política de Atenção à Saúde do Idoso no SUS; ➤ incentivar a incorporação do enfoque de gênero na Atenção à Saúde do Idoso no SUS
Promover a atenção à saúde da mulher negra	<ul style="list-style-type: none"> ➤ melhorar o registro e produção de dados; ➤ capacitar profissionais de saúde; ➤ implantar o Programa de Anemia Falciforme (PAF/MS), dando ênfase às especificidades das mulheres em idade fértil e no ciclo gravídico-puerperal; ➤ incluir e consolidar o recorte racial/étnico nas ações de saúde da mulher, no âmbito do SUS; ➤ estimular e fortalecer a interlocução das áreas de saúde da mulher das SES e SMS com os

	movimentos e entidades relacionados à saúde da população negra.
Promover a atenção à saúde das trabalhadoras do campo e da cidade	➤ implementar ações de vigilância e atenção à saúde da trabalhadora da cidade e do campo, do setor formal e informal;
	➤ introduzir nas políticas de saúde e nos movimentos sociais a noção de direitos das mulheres trabalhadoras relacionados à saúde
Promover a atenção à saúde da mulher indígena	➤ ampliar e qualificar a atenção integral à saúde da mulher indígena
Promover a atenção à saúde das mulheres em situação de prisão, incluindo a promoção das ações de prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/aids nessa população	➤ ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde das presidiárias
Fortalecer a participação e o controle social na definição e implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres	➤ promover a integração com o movimento de mulheres feministas no aperfeiçoamento da política de atenção integral à saúde da mulher.

Apêndice B – Autorização para realização da pesquisa

PREFEITURA MUNICIPAL DE CORUMBATAÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO DE SAÚDE II- ANTENOR CHIOSSI
AVENIDA 3, Nº. 321 – CENTRO
FONE (19) 3577-1216 FAX (19) 3577-1376
E-MAIL: saude@corumbatai.sp.gov.br

DECLARAÇÃO:

Eu, Camila Zanchetta Lemes, portadora do RG: [REDACTED], Secretária Municipal de Saúde de Corumbataí/ SP, declaro estar ciente e autorizo a realização da pesquisa *Saúde da Mulher na perspectiva dos gestores e profissionais de saúde em Corumbataí*, envolvendo funcionários e gestores vinculados a essa instituição.

Corumbataí, 05 de junho de 2014.

Camila Zanchetta Lemes
Secretária Municipal de Saúde de Corumbataí/SP
Portaria Municipal nº 5.645/2013

Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Mariana De Gea Gervasio, por meio deste termo de consentimento livre e esclarecido, a(o) convido a participar como voluntária(o) da pesquisa de mestrado intitulado “*Saúde da Mulher na perspectiva dos gestores e profissionais de saúde em Corumbataí/SP*”, vinculada ao Programa de Pós Graduação em Mudança Social e Participação Política (ProMuSPP) da Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH) da Universidade de São Paulo (USP).

O objetivo da pesquisa é conhecer as ações de saúde da mulher no município de Corumbataí e a articulação destas com a política de assistência PNAISM.

Asseguro que os usos das informações aqui oferecidas estão de acordo com todas as exigências éticas estabelecidas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, estipulados pela Resolução 466/12.

Sua colaboração se fará de forma voluntária, anônima, por meio de entrevista presencial gravada em aparelho de áudio e aplicada por mim, após o consentimento dado por este termo assinado. Você poderá falar abertamente o que desejar compartilhar sobre sua história pessoal, prática profissional ou qualquer outro assunto relacionado à temática da pesquisa.

Este documento será emitido em duas vias, uma via ficará com a pesquisadora e a outra com a/o participante. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e sua orientadora. As informações coletadas neste estudo são confidenciais.

Você não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. Entretanto, este estudo pode trazer informações importantes sobre as políticas e ações da saúde da mulher tanto no contexto local quanto global, o que poderá trazer benefícios futuros para a formação, teoria e prática de profissionais e gestores envolvidos na área.

Por se tratar de uma pesquisa que utiliza a fala como forma de produção de dados, apresenta riscos mínimos à saúde, e você tem o direito de se retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo qualquer ou sofrer quaisquer tipos de problema ou constrangimento. Sempre que quiser informações poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável ou Comitê de Ética da EACH.

Eu, _____, concordo em participar desse estudo, respondendo a uma entrevista. Fui devidamente informada(o) e esclarecida(o) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Corumbataí, ____ de _____ de 2014.

Participante

Pesquisadora

Contato de esclarecimento:

Pesquisadora: Mariana De Gea Gervasio - Tel. (19) 9 9264-8894 – mariana.gervasio@usp.br

Orientadora: Elizabete Franco Cruz - Tel. (11) 9 8213-2443 – betefranco@usp.br

Comitê de Ética EACH: Luís Fernando S. Moraes, Tel. (11) 3091-1046 – e-mail: cep-each@usp.br

Apêndice D - Roteiro da entrevista

❖ Dados de identificação – TODOS

- Idade, formação, quanto tempo de formado, quanto tempo de trabalho, escala de trabalho, naturalidade.

❖ GESTORAS (Secretária da Saúde, Coordenadora de Saúde, Articuladora da Saúde da Mulher/DRS):

1. Há articulação com a rede? Como os equipamentos de saúde do município (da região) se relacionam? Como a rede de saúde se relaciona com os outros componentes da seguridade social oferecidos no município (assistente social, escola, ONG)
2. Como é a articulação com o DRS (com o município)? Dar exemplo em um caso concreto, por exemplo, a mulher descobriu um câncer no intestino.
3. Quais são os problemas dessa articulação? Nesse caso, do câncer, qual é o fluxo que esse atendimento deve seguir? Tem fila? Tem prioridade? Quem estabelece?
4. Como é o transporte? Quem faz? Qual a logística? Quem agenda? Quantas ambulâncias? Número de pessoas transportadas? Número de homens e mulheres?
5. E nos casos graves? Como é feito o primeiro atendimento de emergência? Tem UTI móvel?
6. O que você acha do atendimento a saúde das mulheres em Corumbataí? (DRS: Você conhece o município de Corumbataí? O que você acha do atendimento?)
7. Existem programas específicos voltados à saúde da mulher? Quais? Você acha que poderia existir outros? Quais?
8. Você conhece o PNAISM, a Política Nacional de Assistência à Saúde da Mulher? Você acha que as ações do município/região contemplam as diretrizes da Política Nacional? Existe alguma diretriz do município?

9. Como você a questão da assistência à saúde integral e a humanização no município/região?
10. E sobre as mulheres que moram na zona rural? Como é a articulação delas com a rede de saúde do município? Você percebe alguma diferença? Você sabe qual é a forma de acesso que elas têm? Existe alguma ação específica para esse público? Elas vêm ao serviço?
11. Existe algum programa voltado para gravidez na adolescência? Ou para a saúde das adolescentes e jovens, por exemplo, sobre sexualidade, DSTs?
12. E sobre as mulheres lésbicas, negras e soropositivas? Você já ouviu algum tipo de demanda referente a essa população?
13. Você já vivenciou algum caso de violência contra a mulher? Se sim, o que aconteceu? Como foi? Onde encaminhou? Você acha que esses casos têm a ver com a saúde?
14. Na sua prática, você acha que a questão dos direitos sexuais e reprodutivos e a questão de gênero estão contempladas nas ações de saúde?

Questões específicas da Casa do Idoso (Município):

15. Quantas pessoas são atendidas? Por que foi criada? Qual a relação da Casa do Idoso enquanto equipamento de saúde? Quais são as ações de saúde? Há algum tipo de programa específico para saúde da mulher?

SAMU e Saúde na Escola:

16. Como aparece a questão da saúde da mulher nos outros equipamentos? Por exemplo, no SAMU, na Casa do Idoso e na Saúde da Escola? Alguma questão específica da saúde da mulher?
17. O que você mudaria no modo como o sistema está organizado? Você acha que a política contempla todos os segmentos da população? O que você acha que poderia mudar ou melhorar em relação ao atendimento à mulher?
18. De modo geral, qual a sua opinião sobre o atendimento de saúde das mulheres em Corumbataí?
19. Tem mais alguma questão, informação ou alguma ideia que você gostaria de acrescentar?

❖ PROFISSIONAIS

➤ Específicas para o **médico ginecologista e obstetra**:

1. Conte-me um pouco sobre seu trabalho. Horários, como são organizados os plantões que você atende? Principais casos?
2. Quais são as principais demandas e queixas das mulheres na área ginecológica?
3. Quais são os principais exames? E os resultados? Como funciona? Chegam direto pra mulher ou vem para o serviço/profissional? Quando precisa de encaminhamento, como funciona? Geralmente vai para onde? Continua vindo aqui? Quais são os principais exames ginecológicos? E com que frequência eles são recomendados?
4. Na parte de obstetrícia, como é o acompanhamento de pré-natal? Quais são os principais exames? Até que IG fica aqui? Como é a ponte com o hospital? A mulher escolhe? Quem escolhe? Manda prontuário?
5. O que você acha do atendimento a saúde das mulheres em Corumbataí?
6. Você conhece o PNAISM, a Política Nacional de Assistência a Saúde da Mulher? Você acha que as ações do município/região contemplam as diretrizes da política nacional? Sim, não...?
7. Como você a questão da assistência à saúde integral e a humanização no município?
8. Existe algum programa voltado para gravidez na adolescência? Ou para a saúde dos adolescentes e jovens, por exemplo, sobre sexualidade, DSTs?
9. E sobre as mulheres que moram na zona rural? Como é a articulação delas com a rede de saúde do município? Você percebe alguma diferença? Você sabe qual é a forma de acesso que elas têm? Existe alguma ação específica para esse público? Elas vêm ao serviço?
10. E sobre mulheres idosas, lésbicas, negras e soropositivas, alguma vez você já ouviu algum relato de usuária pedindo alguma informação? Você já ouviu algum tipo de demanda referente a essa população?
11. Você já atendeu casos de violência contra a mulher? Se sim, o que aconteceu? Como foi? Onde encaminhou? Você acha que esses casos têm a ver com a saúde?

12. Na sua prática, você acha que a questão dos direitos sexuais e reprodutivos e a questão de gênero estão contempladas nas ações de saúde?
13. O que você acha que poderia mudar ou melhorar em relação ao atendimento à mulher?
14. De modo geral, qual a sua opinião sobre o atendimento de saúde das mulheres em Corumbataí? O que você acha que poderia mudar ou melhorar em relação ao atendimento à mulher?
15. Tem mais alguma questão, informação ou alguma ideia que você gostaria de acrescentar?

➤ **Demais profissionais (enfermeira, psicóloga, fisioterapeuta, médico clínico geral):**

1. Conte-me um pouco sobre seu trabalho, seus horários, principais casos, rotina.
2. Como é o trabalho em equipe aqui? Você faz ações de assistência e educação em saúde? Planejamento reprodutivo?
3. O que você acha do atendimento à saúde das mulheres em Corumbataí?
4. Na sua área, quais são as principais queixas e demandas das mulheres? Na média, você sabe me dizer quantas mulheres e quantos homens você atende na semana?
5. Você conhece o PNAISM, a Política Nacional de Assistência a Saúde da Mulher? Você acha que as ações do município/região contemplam as diretrizes da Política Nacional? Sim, não...?
6. Como você vê a questão da assistência à saúde integral e a humanização no município?
7. Existe algum programa voltado para gravidez na adolescência? Ou para a saúde dos adolescentes e jovens, por exemplo, sobre sexualidade, DSTs?
8. E sobre as mulheres que moram na zona rural? Como é a articulação delas com a rede de saúde do município? Você percebe alguma diferença? Você sabe qual é a forma de acesso que elas têm? Existe alguma ação específica para esse público? Elas vêm ao serviço?

9. E sobre mulheres idosas, lésbicas, negras e soropositivas, alguma vez você já ouviu algum relato de usuária pedindo alguma informação? Você já ouviu algum tipo de demanda referente a essa população?
10. Você já atendeu casos de violência contra a mulher? Se sim, o que aconteceu? Como foi? Onde encaminhou? Você acha que esses casos têm a ver com a saúde?
11. Na sua prática, você acha que a questão dos direitos sexuais e reprodutivos e a questão de gênero estão contempladas nas ações de saúde?
12. O que você acha que poderia mudar ou melhorar em relação ao atendimento à mulher?
13. De modo geral, qual a sua opinião sobre o atendimento de saúde das mulheres em Corumbataí? O que você acha que poderia mudar ou melhorar em relação ao atendimento à mulher?
14. Tem mais alguma questão, informação ou alguma ideia que você gostaria de acrescentar.

Apêndice E – Informações sobre Saúde das Mulheres em Corumbataí

Há muitas questões não elucidadas a serem examinadas nas tabelas apresentadas. Embora não seja o objetivo aqui, escolhi demonstrá-las para uma breve reflexão. É interessante notar como a rede é muito importante no atendimento ao usuário. Como Corumbataí só possui um serviço de atendimento primário à saúde, todos os outros serviços de média e alta complexidade inevitavelmente se encontram em outras cidades. Dessa forma, creio ser de grande relevância estudar e entender como a rede de saúde e as políticas do município se organizam.

De acordo com o Gráfico 1, as principais causas de óbito classificadas de acordo com o Capítulo CID 10 e separadas por sexo são as causadas por doenças do aparelho circulatório, tanto para homens quanto para mulheres. A segunda causa de óbito mais comum entre as mulheres é por sinais, sintomas e achados anormais, com 18% de todos os falecimentos. Isso que pode dificultar uma avaliação mais concreta, necessitando de uma maior investigação. Em seguida aparecem as neoplasias, correspondendo a 13% do total de mortes de mulheres nesse período. Para os homens, esse quadro é um pouco diferente, já que 15% das mortes são por causas externas, 14% de óbitos por sintomas, sinais e achados anormais, seguido por doenças do trato respiratório.

Gráfico 1 - Óbitos p/Residência por CID-10 e Sexo - Corumbataí, período 2002-2012 – elaborado pela autora a partir de dados oficiais. Fonte: Data SUS

Ao separarmos os óbitos por faixa etária e sexo, no período de 2002 a 2012, 40% das mulheres morreram com mais de 80 anos, com taxa decrescente até a faixa dos 20 aos 29 anos, com 13%. Em comparação à mortalidade masculina, os homens apresentaram uma proporção de mortalidade mais elevada a partir da faixa dos 20 aos 29 anos, se mantendo até os 60 aos 69 anos. As taxas masculinas e femininas se mantêm próximas dos 70 aos 79 anos.

Já os óbitos por causas externas (Gráfico 2) correspondem a 10% e 15% da mortalidade de mulheres e homens respectivamente. Do total de mortalidade, a mortalidade por causas externas entre as mulheres é maior entre os 80 anos e mais, com 40%. Na faixa dos 40 aos 49 anos, corresponde a 30% de todas as mortes de mulheres. Com os homens, a maior taxa se concentra nas faixas mais jovens, de 40 a 49 anos (42%), 30 aos 39 anos (25%) e 20 a 29 anos (13%), correspondendo à média nacional do panorama de mortalidade por causas externas.

Gráfico 2 - Óbitos por Causas Externas - Faixa etária e sexo - Corumbataí, período 2002-2012. Elaborado pela autora a partir de dados oficiais. Fonte: DataSUS

No ano de 2012 foram coletados 370 exames citopatológicos cérvico-vaginais em Corumbataí (Tabela 6). Apenas 1 mulher não havia coletado exame anteriormente. Esse fato pode demonstrar duas coisas: que as mulheres de Corumbataí são frequentadoras e realizam regularmente esse tipo de exame, ou que são sempre as mesmas mulheres que realizam esse exame, sem novas procuras. Pode ainda ter ocorrido um erro grave de falha no preenchimento desses dados.

Exame Citopatológico Cérvico-Vaginal e Microflora - Quantidade de Exames por Unidade de Coleta e Citopatológico anterior - Corumbataí, Período: Jan-Dez de 2012				
Unidade de Coleta	Não	Não sabe	Sim	Total
Corumbataí	1	1	368	370

Tabela 4 - Fonte: DataSUS. Tabela elaborada pela autora

A figura a seguir mostra que no período de janeiro a dezembro do ano de 2012 a faixa etária que mais realizou o exame foi a dos 25 aos 29 anos, seguida pela dos 40 aos 44 anos.

Figura 8 - Fonte: DataSUS

Sobre os 368 exames que tinham coleta anterior, na próxima tabela, percebemos que apenas 3 apresentavam o tempo do último preventivo realizado em um ano. Os outros 365 exames estavam em branco ou foram ignorados no preenchimento.

Exame Citopatológico Cérvico-Vaginal e Microflora - Quant. Exames por Município/Unidade de Coleta e Tempo do Último Preventivo - Corumbataí -Período: 2012			
Unidade de Coleta	Ignorado/Branco	1(Um) ano	Total
Corumbataí	365	3	368

Figura 9 - Fonte: DataSUS

Em relação à mamografia, a maior concentração de exames está na faixa dos 40 aos 39 anos.

Figura 10 - Fonte DataSUS

Desses exames, 25 mulheres o realizaram pela primeira vez.

Exame Mamografia - Quant Exames por Mun Residência e Exam Clín Ant - Corumbataí - Período: 2012			
Mun Residência	Sim	Nunca Examinadas	Total
Corumbataí	133	25	158

Figura 11 - Fonte: DataSUS

Anexo 1- Parecer do Comitê de Ética

ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS
E HUMANIDADES - EACH/USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Saúde da Mulher na perspectiva dos gestores e profissionais de saúde em Corumbataí

Pesquisador: Mariana De Gea Gervasio

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 32448314.4.0000.5390

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 835.168

Data da Relatoria: 15/09/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto apresentado é consistente e relevante na área da Saúde da mulher e também na área social, envolve a assistência integral e a humanização do serviço prestado à mulher em uma cidade.

Objetivo da Pesquisa:

Estudar a política de assistência à saúde da mulher no município de Corumbataí e a articulação destas com as práticas de saúde;

Descrever como o sistema de atenção à saúde da mulher está organizado e identificar as ações implementadas no campo da gestão municipal e nos serviços de saúde. Estudar de que modo às ações implementadas no município dialogam com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, especialmente no que se refere à assistência integral e a humanização da saúde da mulher.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto explicita que haverá risco mínimo de ordem psicológica.

Endereço: Av. Arlindo Béttio, nº 1000

Bairro: Ermelino Matarazzo

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-1046

CEP: 03.828-000

E-mail: cep-each@usp.br

ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS
E HUMANIDADES - EACH/USP

Continuação do Parecer: 835.168

Os benefícios: problematizar o diálogo de como as práticas de saúde se articulam com as políticas de atenção à saúde da mulher no sentido de construir outros olhares sobre essa temática, contribuindo para o fortalecimento da política de atenção à saúde da mulher, possibilitando novos olhares e outras perspectivas para essa temática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considera-se relevante o projeto para a saúde da mulher, visto que irá verificar a existência de ações que se referem à saúde da mulher na Cidade de Corumbataí e verificar como essas ações estão integradas com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, especialmente no que se refere à assistência integral e a humanização da saúde da mulher.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados, inclusive a carta de autorização da Secretaria Municipal de Corumbataí.

Recomendações:

Todas as recomendações foram atendidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do atendimento às recomendações do CEP, consideramos o projeto com parecer favorável à aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Arlindo Bértio, nº 1000

Bairro: Ermelino Matarazzo

UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 03.828-000

Telefone: (11)3091-1046

E-mail: cep-each@usp.br

ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS
E HUMANIDADES - EACH/USP

Continuação do Parecer: 835.168

SAO PAULO, 17 de Outubro de 2014

Assinado por:
Rosa Yuka Sato Chubaci
(Coordenador)

Endereço: Av. Arlindo Bétio, nº 1000

Bairro: Ermelino Matarazzo

CEP: 03.828-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-1046

E-mail: cep-each@usp.br

Galeria de Fotos

Foto 1 – Principal entrada da cidade

Foto 2 - Fachada da Prefeitura Municipal de Corumbataí

Foto 3 – Igreja e Coreto na Praça Central

Foto 4 – Centro Comunitário Urbano de Corumbataí

Foto 5 – O Rio Corumbataí

Foto 6 – Vista da cidade – Bairros: Jardim Jóia e parte da região central ao fundo

Foto 7 - Vista da cidade – Bairros: Vale do Sol II e Olívio Mina

Foto 8 - Vista da Avenida 1, principal avenida da cidade

Foto 9 – Detalhe da Avenida 1 com a Rua 6

Foto 10 - Centro de Saúde de Corumbataí

Foto 11 – Vista da Avenida 3

Foto 12 – Ginásio de Esportes

Foto 13 – Detalhe do Pesqueiro Municipal