

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER: PROPOSTAS EDUCATIVAS EM FOCO

Ana Paula Bazo Paz

Giovana Ilka Jacinto Salvaro

Resumo: Neste artigo buscamos indicar algumas das possíveis propostas educativas da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). No processo analítico, procuramos nos aproximar de uma proposta metodológica apresentada por Michel Foucault, no que diz respeito ao estudo das condições de emergência de determinados discursos. Dialogamos com os conceitos de gênero e “biopolítica” da população, respectivamente, abordados por Judith Butler e Michel Foucault. Observamos que a criação da PNAISM ocorreu em um contexto mais amplo de luta por direitos relativos à saúde, envolvendo a implementação de um Sistema Único de Saúde no país. Verificamos também que as condições de possibilidades dessa política articulam as produções de determinados sujeitos de direitos e identidades de grupo. A efetivação da mesma demanda, igualmente, ações de promoção e prevenção em saúde, as quais podem ser observadas em propostas educativas, que evidenciam investimentos no controle e regulação dos corpos das mulheres.

Palavras-chave: PNAISM. Proposta educativa em saúde. Gênero. Biopolítica.

COMPREHENSIVE NATIONAL POLICY FOR WOMEN'S HEALTH: EDUCATION PROPOSALS IN SPOTLIGHT

Abstract: In this article we indicate some possible educational proposals of the National Policy for Integral Attention to Women's Health (PNAISM). In the analytical process, we try to approach a methodology proposed by Michel Foucault, regarding the study of the conditions of emergence of certain speeches. We talk to the concepts of gender and "biopolitics" of the population, respectively, discussed by Judith Butler and Michel Foucault. We note that the creation of the PNAISM occurred in a broader context of struggle for rights relating to health, involving the implementation of a Unified Health System in the country. Also verify that the conditions of the policy options articulated production of certain subjects of group rights and identities. The effect of the same action, also for health promotion activities, which can be observed in educational proposals that demonstrate investment in the control and regulation of women's bodies.

Keywords: PNAISM. Health education proposal. Genre. Biopolitics.

POLÍTICA NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD DE LA MUJER: PROPUESTAS EDUCATIVAS EN FOCO

Resumen: En este artículo buscamos indicar algunas de las posibles propuestas educativas de la Política Nacional de Atención Integral a la Salud de la Mujer (PNAISM). En el proceso analítico, procuramos aproximarnos a una propuesta metodológica presentada por Michel Foucault, referente al estudio de las condiciones de emergencia de determinados discursos. Dialogamos con los conceptos de género y “biopolítica” de la población, respectivamente, abordados por Judith Butler y Michel Foucault. Observamos que la creación de la PNAISM ocurrió en un contexto más amplio de lucha por derechos relativos a la salud, involucrando la implementación de un Sistema Único de Salud en el país. Verificamos también que las condiciones de posibilidades de esta política articulan las producciones de determinados sujetos de derechos e identidades de grupo. El efecto de la misma demanda, igualmente, de acciones de promoción en salud, las cuales pueden ser observadas en propuestas educativas, que evidencian inversiones en el control y regulación de los cuerpos de las mujeres.

Palabras clave: PNAISM. Propuesta educativa en salud. Género. Biopolítica.

Introdução

Neste artigo buscamos indicar algumas das possíveis propostas educativas da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Trata-se de uma pesquisa documental, em que reunimos um corpus de análise composto pelo documento que aborda os princípios de diretrizes da PNAISM (Brasil, 2004), pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (Brasil, 1988) e Lei Federal N° 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1990). No processo de análise procuramos nos aproximar da proposta metodológica de Michel Foucault, no que diz respeito ao estudo das condições de emergência de determinados discursos. A partir do que apresenta Foucault (2007, p.31), essa forma de análise do campo discursivo visa “compreender o enunciado na estreiteza e singularidade de sua situação [...] determinar as condições de sua existência, [...] estabelecer suas correlações com os outros enunciados a que pode estar ligado, mostrar que outras formas de enunciação exclui.”

Nessa direção, organizamos a análise em três momentos, a saber: a criação da PNAISM; a produção de sujeitos de direitos por essa política nacional; propostas educativas da PNAISM. Entretanto, de antemão observamos que não se trata de discussões isoladas, mas de uma divisão analítica inter-relacionada, por meio da qual buscamos ressaltar propostas educativas delineadas desde a criação da PNAISM.

A criação da PNAISM

A criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), pelo Ministério da Saúde, no ano de 2004, remete ao processo de criação e

implantação do próprio Sistema Único de Saúde (SUS). Cabe observar que a criação do SUS foi assegurada pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Em consonância com o Art. 196 da Constituição Federal, as condições de possibilidade de tal criação decorrem da concepção de saúde como direito: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A Lei Federal Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu Artigo 1º, que “regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado”, define o SUS: “Art. 4º - o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).” Trata-se então de um sistema regionalizado e hierarquizado, que tem uma direção única, exercida pelas esferas de gestão federal, estadual e municipal, que possuem funções específicas e articuladas entre si.

A Lei nº 8.080 estabelece que a saúde como direito de todos e dever do Estado requer ações que “se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.” (Brasil, 1990). Assim, conforme se apresenta na página da *Internet* do Ministério da Saúde - *Sobre o SUS*, trata-se de um dos “maiores sistemas públicos de saúde do mundo” e “abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo o acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país.”

Como ressaltamos no início do texto, a criação da PNAISM se faz na trajetória da criação e implementação do SUS. É importante esclarecer, no entanto, que o lançamento da PNAISM, no ano de 2004, não representou uma “primeira preocupação” no campo da elaboração de políticas nacionais de saúde para mulheres. Essa política foi inspirada no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e “aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, em 2000” (BRASIL, 2010a, p.20). No ano de 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). (Brasil, 2004, p.16-17).

A criação do PAISM na década de 1980 inaugura uma perspectiva diferenciada no que diz respeito à saúde da mulher, na medida em que, até a década de 1970, sobremaneira, o interesse recaía sobre a saúde da “mulher mãe”. Nessa direção, o PAISM “deveria refletir o conceito de assistência integral à saúde da mulher

preconizado pelo Ministério da Saúde: ações de saúde dirigidas para o atendimento global das necessidades prioritárias desse grupo populacional e de aplicação ampla no sistema básico de assistência em saúde.” (Medeiros e Guareschi, 2009, p.39).

Além de considerar aspectos relativos à dimensão “procriativa”, a proposta de assistência integral à saúde da mulher anunciada pelo PAISM incluía “ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres.” (Brasil, 1984 apud Brasil, 2004, p.17).

A nova proposta de assistência integral à saúde da mulher evidencia novidades no campo das políticas de saúde, as quais, em grande medida, contribuíram para a constituição dos princípios do SUS. A partir da criação e implementação do SUS, no final da década de 1980 e no decorrer da década de 1990, o PAISM é influenciado pela municipalização e pela reorganização da atenção básica, “por meio da estratégia do Programa Saúde da Família.” (Brasil, 2004, p.17). De acordo com considerações apresentadas no texto da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher, no decorrer desse processo, dificuldades e lacunas na atenção à saúde da população foram observadas. A partir da constatação de tais dificuldades e lacunas, verifica-se a necessidade de elaboração de uma política de saúde da mulher que contemple “a atenção a segmentos da população feminina ainda invisibilizados e a problemas emergentes que afetam a saúde da mulher.” (Brasil, 2003 apud Brasil, 2004, p.18).

O documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes” foi elaborado em parceria com setores da sociedade: “em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não-governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional.” (Brasil, 2004, p.05).

O documento da PNAISM mantém questões relativas à assistência integral à saúde da mulher, “clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama”, presentes no PAISM, e inclui demandas de saúde da mulher, conforme lacunas e necessidades identificadas anteriormente.

Dessa forma, a PNAISM se fundamenta nos princípios doutrinários do SUS (integralidade, universalidade e equidade) e na inclusão da discussão de gêneroⁱ, com ênfase no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, no combate à violência doméstica e sexual, “na prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/Aids e de portadoras de doenças crônicas não transmissíveis”. (Brasil, 2004, p.05).

A partir dos princípios doutrinários do SUS e das demandas identificadas, a PNAISM busca efetivar ações de promoção, prevenção e tratamento da saúde junto a

grupos historicamente alijados das políticas públicas. Nesse sentido, no tópico que segue, de forma mais específica, vamos tratar da produção de sujeitos de direitos na e pela PNAISM.

A produção de sujeitos de direitos na e pela PNAISM

As questões até aqui apresentadas têm também como intuito pôr em foco condições de possibilidade envolvidas na produção de sujeitos de direitos. Isso inclui questionar concepções naturalizadas e normativas acerca da produção de sujeitos e grupos. Para tanto, retomamos o documento da PNAISM, especificamente, o capítulo intitulado “Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher”, em que são apresentados os sujeitos (mulheres) que a política nacional de saúde deverá atingir.

A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá 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, 2004, p. 63).

Nesse registro e de acordo com considerações anteriormente feitas, é fundamental não esquecer que a “produção/anunciação” de determinados sujeitos de direitos se faz na intenção de incluir “grupos historicamente alijados das políticas públicas”. Trata-se, pois, de uma política que, ao apresentar sujeitos de direitos, mobiliza discursos acerca de práticas excludentes de sujeitos e grupos. Assim sendo, os princípios da universalidade e igualdade de direitos no campo da saúde devem ser vistos como condição para a produção de sujeitos que ora se apresenta. Por universalidade e igualdade, de acordo com a Lei n. 8080 (Brasil, 1990), definem-se: “I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; IV - igualdadeⁱⁱ da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”.

É central ressaltar ainda o princípio da “integralidade de assistência, 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.” Do modo como foram produzidos (e circulam), os princípios de universalidade e igualdade revelam, por um lado, o não acesso (ou acesso restrito) de sujeitos a todos os níveis de assistência; por outro, um acesso que pode ser regulado (e negado) por conta de marcadores de raça/etnia, sexo/gênero, classe, entre outras.

A importância e urgência de uma política de saúde específica para mulheres, baseada em princípios da universalidade, igualdade e integralidade, devem ser compreendidas no percurso de uma trajetória mais ampla de lutas por direitos sociais e culturais. Nesse cenário, cabe observar que lutas por igualdade e diferença podem ser

empreendidas, simultaneamente, por um mesmo grupo social. No que envolve demandas por igualdade e diferença, Nancy Fraser (2001) faz menção à existência de “coletividades ambivalentes”, que podem sofrer injustiças socioeconômicas e não-reconhecimento cultural. De acordo com a autora, reivindicações por reconhecimento socioeconômico se inserem no campo da lutas por igualdade e reivindicações culturais na esfera da diferença, envolvendo demandas de gênero, étnicas, entre outras. No caso de “coletividades ambivalentes”, então, são necessários redistribuição e reconhecimento cultural.

Como vimos em lutas empreendidas por “coletividades ambivalentes”, a produção de uma política de saúde para mulheres, como forma de assegurar a igualdade de direitos em saúde, requer a afirmação de diferenças, tal como apresentado nas diretrizes da PNAISM: “mulheres em todos os ciclos de vida, 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.”

Na produção de sujeitos de direitos pela PNAISM, de acordo com o que discute Joan Scott (2005), podemos observar o “paradoxo da igualdade”ⁱⁱⁱ, em que a busca pela igualdade se faz em nome de mulheres historicamente excluídas de políticas públicas. A legitimidade da afirmação da diferença na luta pela igualdade de direitos pode ser observada pela afirmação de Scott (2005, p.15): como “...princípio absoluto e uma prática historicamente contingente” [a igualdade] “não é a ausência ou a eliminação da diferença, mas sim o reconhecimento da diferença e a decisão de ignorá-la ou de levá-la em consideração.”

Sobre os usos das expressões “paradoxo” e “paradoxo da igualdade”, convém trazer a contextualização produzida por Scott (2005, p.14):

O uso comum emprega “paradoxo” para designar uma opinião que desafia a ortodoxia prevalente, que é contrária a opiniões pré-concebidas. De certa forma, meus paradoxos compartilham de todos esses significados, porque desafiam o que, para mim, parece ser uma tendência generalizada de polarizar o debate pela insistência de optar por isso ou aquilo. Argumentarei, ao contrário, que indivíduos e grupos, que igualdade e diferença não são opostos, mas conceitos interdependentes que estão necessariamente em tensão. As tensões se resolvem de formas historicamente específica e necessitam ser analisadas nas suas incorporações políticas particulares e não como escolhas morais e éticas intemporais.

Ora, se a afirmação de diferenças é condição em lutas de gênero e pela igualdade de direitos, é central refletir um pouco mais sobre os sujeitos de direitos da PNAISM, especialmente, no que remete à interface identidades de grupo e representação política. Nessa tarefa, tendo em vista as reflexões já apresentadas e as parcerias envolvidas na elaboração do documento da PNAISM (movimentos sociais de mulheres, sociedades

científicas, pesquisadores da área, organizações não-governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional), parece interessante trazer contribuições de teorias feministas.

Segundo Judith Butler (2003, p.17), na teoria feminista, a categoria mulheres se apresenta como uma identidade definida, “... que não só deflagra os interesses e objetivos feministas no interior do próprio discurso, mas constitui o sujeito mesmo em nome de que a representação política é almejada.” Butler (2003, p.23), no entanto, problematiza o emprego da categoria mulheres quando “... só alcança estabilidade e coerência no contexto da matriz heterossexual.” Nesses termos, corpos, gêneros e desejos são naturalizados, inteligíveis a partir de um sistema binário, o qual estabelece a ordem compulsória do sexo/gênero/desejo.

A autora questiona o caráter imutável do sexo e demonstra que se trata igualmente de uma construção social, e que não se justifica a definição de gênero como uma interpretação cultural do sexo. Como um meio discursivo/cultural, o sexo alude à produção de um sexo natural pré-discursivo, assegurando certa estrutura binária – masculino e feminino (Butler, 2003). Por sua vez, o gênero produz o sexo e, especificamente, é um mecanismo por meio do qual são naturalizados o masculino e o feminino (Butler, 2006). Logo, conforme Butler (2006), o gênero é um “ato performativo”, na medida em que produz, reitera normas e regula a inteligibilidade cultural dos corpos. Tais considerações são centrais para compreender que o “regulamento do gênero”, como operação do poder^{iv}, normaliza e produz a inteligibilidade de corpos.

O gênero é uma identidade tenuamente construída no tempo, instituído num espaço externo por meio de uma *repetição estilizada de atos*. O efeito do gênero se produz pela estilização do corpo e deve ser entendido, consequentemente, como a forma corriqueira pela qual os gestos, movimentos e estilos corporais de vários tipos constituem a ilusão de um eu permanentemente marcado pelo gênero. Essa formulação tira a concepção do gênero do solo de um modelo substancial da identidade, deslocando-a para um outro que requer concebê-lo como uma *temporalidade social* constituída. (Butler, 2003, p.200).

Cabe perguntar, então, em que contexto o uso de determinada categoria encontra legitimidade? Do mesmo modo que problematiza o uso de determinados conceitos, Butler parece destacar o fato de que a produção das mulheres como “sujeito do feminismo” se faz no contexto em que a promoção de certa visibilidade política é fundamental. E nessa direção, “os domínios da ‘representação’ política e linguística estabelecem *a priori* o critério segundo o qual os próprios sujeitos são formados, com o resultado de a representação só se estender ao que pode ser reconhecido como sujeito.” (Butler, 2003, p.18). Assim, em um contexto de luta, a categoria mulheres deve ser entendida como condição para a construção de determinada identidade política.

Na política de saúde em análise, a produção de determinados sujeitos e identidades de grupo – “mulheres negras, indígenas, trabalhadoras rurais, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras” - asseguram a representação de mulheres, que, historicamente, tiveram direitos negados. Nesse sentido, “as identidades de grupo [que trazem distinções de raça/etnia, gênero, sexualidade, classe, entre outras] são um aspecto inevitável da vida social e da vida política, e as duas são interconectadas porque as diferenças de grupo se tornam visíveis, salientes e problemáticas em contextos políticos específicos.” (Scott, 2005, p.18).

Então, com base nas discussões teóricas mobilizadas, em relação à PNAISM, podemos pensar que a produção de determinados sujeitos de direitos, como membros de grupos historicamente excluídos, apresenta-se como possibilidade de se fazer cumprir os princípios da universalidade e da igualdade. Eis o desafio!

Propostas educativas da PNAISM

As Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher contemplam questões relativas à educação, com ênfase na veiculação de informações voltadas à promoção e prevenção em saúde. O processo educativo em saúde, neste caso, está atrelado à própria formação e prática do profissional de saúde, que devem ser norteadas pelo “princípio da humanização^v”. A prática e formação do profissional devem contribuir “para reforçar o caráter da atenção à saúde como direito, que melhorem o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, ampliando sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida.” (Brasil, 2004, p.64).

A promoção da saúde e a prevenção de doenças que afetam mulheres e homens, em todas as faixas etárias, envolvem ações educativas individuais e coletivas. No terreno da saúde da mulher, em sentido mais amplo, “a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher contempla ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento dos principais agravos e problemas de saúde que afetam as mulheres, como câncer de colo do útero, câncer de mama, gravidez de alto risco, violência contra a mulher, dentre outros.” (Brasil, 2009, p.340). Em tal perspectiva, entre outras, no âmbito da atenção básica (postos de saúde, centros de saúde, unidades de Saúde da Família, entre outros), são efetivadas medidas para a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde. (Brasil, 2009).

Entre outros aspectos, em consonância com os princípios do SUS, a PNAISM objetiva intervir em questões relativas à atenção obstétrica e neonatal, ao planejamento familiar, à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/AIDS, redução da morbimortalidade por câncer na população feminina. As práticas que decorrem de tais objetivos, a partir de suas especificidades, incluem a

elaboração e/ou revisão, impressão e distribuição de material técnico e educativo. (Brasil, 2004).

Os objetivos citados permitem dizer de propostas educativas que se delineiam nas bases da promoção e prevenção em saúde. No cenário da “saúde da mulher”, tais propostas podem ser pensadas como investimentos que dão a ver uma “biopolítica da população”, na direção apresentada por Michel Foucault (2006). Em uma perspectiva histórica, especialmente a partir do século XVII, Foucault (2006) cita o desenvolvimento de duas formas de poder sobre a vida: com caráter disciplinador, o primeiro centrou-se no corpo como máquina; por volta da metade do século XVIII, na forma de uma biopolítica da população, o poder centrou-se no corpo-espécie, em termos de controle e regulação da vida e da morte. No âmbito dos investimentos sobre o corpo vivo, Foucault (2006, p.152) observa que “problemas de natalidade, longevidade, saúde pública, habitação e migração”, entre outros, passaram a integrar “o terreno das práticas políticas e observações econômicas.”

Trata-se da “era de um biopoder”, com investimentos no controle das populações. Desse modo, Foucault (2006, p.155) ressalta que “o homem ocidental aprende pouco a pouco o que é ser uma espécie viva num mundo vivo, ter um corpo, condições de existência, probabilidade de vida, saúde individual e coletiva, forças que se podem modificar, e um espaço em que se pode reparti-las de modo ótimo.”

Como exemplo, vamos fazer referência a uma proposta educativa possível de ser lida no que diz respeito à prevenção do câncer na população feminina. Até a década de 1980, como já discutido anteriormente, as ações de atenção à saúde da mulher estavam centradas no período gravídico-puerperal; questões voltadas ao controle de câncer de colo de útero e de mama eram tratadas pontualmente. A partir do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 1984 apud Brasil, 2010, p.7), medidas de prevenção e detecção precoce do câncer do colo do útero foram abordadas com a publicação de manuais técnicos e orientação a estados e municípios. (BRASIL, 2010b).

Na década de 1990, as ações de controle do câncer no Brasil estabelecem-se sob a coordenação do Instituto Nacional do Câncer (INCA), e em relação, especificamente, ao câncer de colo de útero, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Controle do Câncer Cérvico-Uterino (PNCCU). Em 1996, o Ministério da Saúde, em ação conjunta com o INCA, realiza o Projeto Piloto do “Programa Viva Mulher”, em quatro municípios e um estado, visando o controle do câncer do colo do útero e de mama. Esse projeto piloto culminou na 1ª Campanha Nacional de Rastreamento, através do exame Papanicolaou, e no período de 1999 a 2001, as ações do “Programa Viva Mulher” foram expandidas aos 27 estados, através de convênio que possibilitou estruturação das coordenações estaduais (Brasil, 2010b, p. 7).

As ações de controle dos cânceres de colo de útero e mama também são contempladas na PNAISM, que têm como um dos objetivos específicos reduzir a mortalidade por câncer na população feminina, a partir de uma organização de

municípios polos de microrregiões redes de referência e contra-referência para o diagnóstico e o tratamento de câncer de colo uterino e de mama, de uma garantia de cumprimento da Lei Federal que prevê a cirurgia de reconstrução mamária nas mulheres que realizaram mastectomia, e da oferta do 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 (Brasil, 2004, p.70-71).

No entanto, nesse mesmo documento, discute-se que não basta simplesmente existir a oferta dos exames preventivos na rede básica de saúde; é necessário, também, “mobilizar as mulheres mais vulneráveis a comparecerem aos postos de saúde e implementar os sistemas de referência para o que for necessário encaminhar” (Brasil, 2004, p.48). Ressalta-se ainda, que “no Brasil observa-se que o maior número de mulheres que realizam o exame Papanicolaou está abaixo de 35 anos de idade, enquanto o risco para a doença aumenta a partir dessa idade”. (Brasil, 2004, p.48).

Diante de tais pontuações e a partir de questões teóricas abordadas tanto por Foucault, no que se refere à “biopolítica” da população, quanto por Butler, que evidencia o “regulamento de gênero” também como uma forma de disciplinar e vigiar, é possível sugerir que propostas educativas em saúde mobilizadas pela PNAISM se fazem no/pelo controle e regulação de modos de vida. Nessa direção, os investimentos educativos na prevenção de doenças sugerem a manutenção de certa normatização e normalização do corpo das mulheres.

Considerações Finais

Ao longo do texto, em grande medida, procuramos observar que a criação da PNAISM ocorreu em um contexto mais amplo de luta por direitos relativos à saúde. Trata-se de uma trajetória que envolveu a criação e efetivação de um Sistema Único de Saúde no país. Nesse processo, a criação de uma política de saúde específica para mulheres demandou, necessariamente, a produção de determinados grupos de mulheres como sujeitos de direitos. Por sua vez, a produção de sujeitos de direitos dá a ver práticas excludentes de sujeitos e grupos, as quais deverão ser superadas pela efetivação de políticas de saúde que, em um mesmo gesto, deem conta da igualdade e diferença.

A afirmação de diferenças pela produção de determinada identidade política, portanto, é condição de possibilidade em um contexto de luta pela igualdade de direitos.

Na PNAISM, especificamente, a produção de determinados sujeitos e identidades de grupo – “mulheres negras, indígenas, trabalhadoras rurais, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras” – objetivam assegurar a representação de mulheres, que, historicamente, tiveram direitos negados.

A efetivação dessa política demanda, igualmente, ações de promoção e prevenção em saúde, as quais podem ser observadas em propostas educativas. Podemos

verificar, especificamente, em campanhas envolvendo a prevenção do câncer na população feminina, o delineamento de propostas educativas que evidencia investimentos no controle e regulação dos corpos das mulheres. Entretanto, faz-se necessário considerar que essa política de saúde visa assegurar os princípios da universalidade e igualdade, estando fundamentada na produção e captura de determinados sujeitos de direitos. Em outros termos, significa dizer que a política produz os sujeitos que representa e sua efetivação requer necessariamente o controle, a normatização e normalização de corpos.

Referências

- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. (2010a). *Saúde da mulher: um diálogo aberto e participativo*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde Recuperado em 04 de maio de 2011, de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_da_mulher_um_dialogo_aberto_part.pdf.
- Brasil. Instituto Nacional de Câncer. (2010b). *Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo*. Rio de Janeiro: INCA. Recuperado em 05 de maio de 2011, de www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Livro_DARAO_uterio.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. (2009). *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. (3a. ed.). Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Recuperado em 29 de junho de 2010, de <http://www.portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004). *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Recuperado em 28 de junho de 2010, de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Polit_Nac_At_In_Saude_Mulher_Princ_Diretr.pdf.
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Recuperado em 04 de junho de 2010, de [http://www.planalto.gov.br/..](http://www.planalto.gov.br/)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2007). “*Entendendo o SUS*”. Recuperado em 12 de abril de 2011, de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_entendendo_o_sus_2007.pdf.
- Brasil. (1990). *Lei Federal N° 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Recuperado em 10 de abril de 2011, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

- Brasil. (2009). Ministério da Saúde. *Sobre o SUS*. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1395. Acesso em: 10 abr. 2011.
- Butler, J. (2003). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Butler, J. (2006). *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (2007). *A arqueologia do saber*. (7a.ed.) Rio de Janeiro: Forense Universitário.
- Foucault, M. (2006). *História da Sexualidade 1. A vontade de saber*. (17a. ed.). Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Fraser, N. (2001). Da redistribuição ao reconhecimento? Dilemas da justiça na era pós-socialista. Em J. Souza (Org.). *Democracia hoje: novos desafios para a teoria democrática contemporânea*. (pp. 245-282). Brasília: Ed. UNB.
- Medeiros, P. F. e Guareschi, N. M. F. (2009). Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. *Revista Estudos Feministas*, 17 (1), 31-47.
- Scott, J. (1989). *Gênero: uma categoria útil para a análise histórica*. Tradução de Maria Betânia Ávila e Cristine Dabatt. Recife: SOS Corpo.
- Scott, Joan W. (2005). O enigma da igualdade. *Revista Estudos Feministas*, v.13 (1), 11-30.

Dados das autoras:

Ana Paula Bazo Paz: UNIBAVE - Santa Catarina - Brasil.

Contato: apbazo@uol.com.br.

Giovana Ilka Jacinto Salvaro: UNIBAVE - Santa Catarina - Brasil.

Contato: giovanailka@gmail.com

Fecha de recepción: 07/04/2011

Fecha de revisión: 13/05/2011

Fecha de aceptación: 23/05/2011

Notas

ⁱ No documento da PNAISM, o gênero é definido de acordo com Joan Scott (1989): “o gênero é uma construção social sobreposta a um corpo sexuado [...] uma forma primeira de significação de poder”. No decorrer do artigo, vamos dialogar com conceitos de gênero elaborados por outras autoras.

ⁱⁱ No que diz respeito ao campo da saúde pública, é importante considerar a circulação do conceito de “equidade”. A ideia de equidade, em saúde pública, requer ações para diminuir desigualdades injustas, persistentes e que são passíveis de mudanças. Não se trata de conceber os diferentes grupos como iguais, nem diminuir as diferenças culturais ou biológicas, mas sim diminuir desigualdades no acesso e no uso dos serviços de saúde. Portanto, o que se deseja por meio da busca da equidade em saúde é reduzir as desigualdades entre os grupos, incluindo aquelas decorrentes das peculiaridades culturais, socioeconômicas, de gênero e de etnia.” (BRASIL, 2010a, p.08).

ⁱⁱⁱ Sobre limites implicados na efetivação da “igualdade” como princípio fundamental, cabe um breve retorno histórico: “Na época da Revolução Francesa, a igualdade foi anunciada como um princípio geral, uma promessa de que todos os indivíduos seriam considerados os mesmos para os propósitos de participação política e representação legal. Mas a cidadania foi conferida inicialmente somente para aqueles que possuíam uma certa quantia de propriedade; foi negada para aqueles muito pobres ou muito dependentes para exercerem o pensamento autônomo que era requerido dos cidadãos.” (SCOTT, 2005, p.15).

^{iv} Butler (2006) faz referência ao pensamento de Michel Foucault para evidenciar que um “regulamento” não apenas “regula”, mas, também, dentro das formas modernas de poder, disciplina e vigia.

^v “Humanizar e qualificar a atenção em saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos. A atenção humanizada e de boa qualidade implica no estabelecimento de relações entre sujeitos, seres semelhantes, ainda que possam apresentar-se muito distintos conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero.” (BRASIL, 2004, p.59).