

DESIGUALDADE DE GÊNERO E SAÚDE:

Avaliação de Políticas de Atenção à Saúde da Mulher

THAÍS FERREIRA RODRIGUES*

RESUMO

Pretendo, com este artigo, abordar a avaliação de qualidade da atenção em saúde tomando como referência as reflexões acerca das relações de gênero e sua conexão com a desigualdade. Para tal, busca-se, inicialmente, discorrer sobre a situação das políticas sociais de saúde brasileiras vinculadas à Seguridade Social instalada no país após a Constituição Federal de 1988. Em seguida, buscarei sistematizar as principais contribuições advindas de uma ótica de gênero e mostrar a relevância dessa perspectiva no campo da saúde, principalmente após a implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e, posteriormente, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Demonstrarei também aspectos que norteiam uma dada definição de avaliação de qualidade da atenção em saúde, além de sugerir etapas para uma discussão metodológica com essa temática.

Palavras-chave: Saúde; Gênero; Desigualdade.

ABSTRACT

I intend, with this article, to approach the quality evaluation of attention in health, taking as reference the reflexions about gender relations and its connexion with inequality. To do so, I seek, firstly, to discourse about the situation of Brazilian's social politics about health linked to Social Security settled in the country after the Federal Constitution of 1988. Then, I will seek to systematize the main contributions arisen from a gender perspective and I will demonstrate the relevance of that perspective on the health field, especially after the implementation of " Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)" and, after that, of " Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher". I will also display aspects that guide a given definition of quality evaluation of attention in health, in addition to suggest stages to a methodological discussion with this thematic.

Keywords: Health, Gender, Inequality.

*Mestre em Ciência Política com ênfase em Políticas Públicas pela Universidade Federal Fluminense. Bacharel e Licenciada em Ciências Sociais pela mesma instituição. Email: thaisferreira@id.uff.br.

Introdução

A saúde frequentemente aparece como uma das principais preocupações dos brasileiros e como uma dívida do Estado para com a sociedade. A assistência oferecida por ele, mesmo com as mudanças ocorridas após a Constituição Federal de 1988 e criação do Sistema Único de Saúde (SUS), é sempre motivo de incerteza para a população. Dentre as possíveis causas dessa dificuldade de acesso aos serviços de saúde pode-se destacar o alto índice de desigualdade no país em que questões sociais podem determinar decisivamente a possibilidade de atendimento de qualidade ou até mesmo a condição de saúde.

A desigualdade em saúde pode ser definida como a diferença no acesso a recursos e a fatores que influenciam a saúde, os quais podem alterar por circunstâncias e contexto sociais ou por meio de políticas públicas. Esse tipo de desigualdade é ponderado sob o prisma de grupos sociais em desvantagens, e não sobre indivíduos, sendo a saúde fonte de uma desvantagem adicional a esses grupos menos favorecidos socialmente, como no caso das mulheres¹. Desse modo, a incorporação da categoria gênero na avaliação de políticas de saúde permite mostrar uma nova dimensão da desigualdade social e explicar situações e fenômenos que não teriam visibilidade sem este enfoque².

Este artigo pretende contribuir para o debate atual sobre a avaliação de qualidade da atenção em saúde tomando como referência as reflexões no campo das relações de gênero e sua relação com a desigualdade. O texto busca inicialmente discorrer acerca da situação das políticas sociais de saúde brasileiras vinculadas à seguridade social instalada no país após a Constituição Federal de 1988, para em seguida sistematizar as principais contribuições advindas de uma ótica de gênero e mostrar a relevância dessa perspectiva no campo da saúde, principalmente após a implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e, posteriormente, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Demonstra também aspectos que norteiam uma dada definição de avaliação de qualidade da atenção em saúde, além de sugerir uma discussão metodológica.

Como política pública de provimento obrigatório do Estado brasileiro e direito de cidadania, a análise da saúde deve começar pelo entendimento do que se trata esse tipo de política. Corrobora-se com Souza (2006) ao definir as políticas públicas como um híbrido de definições de autores como Dye, Lynn, Peters e Laswell: o que os governos escolhem ou não fazer, agindo diretamente ou através de delegações, influenciando diretamente a vida dos cidadãos e produzindo efeitos específicos e intencionais. Logo, decisões e análises sobre políticas públicas implicam responder às questões acerca de quais atores sociais estão envolvidos na sua formulação e implementação, quem ganha o que, por que e que diferença faz. Estudadas por campos multidisciplinares, as definições de políticas públicas assumem, em geral, uma visão holística do tema, uma perspectiva de que o todo é mais importante do que a soma das partes e que indivíduos, instituições, interações, ideologia e interesses contam, mesmo que existam diferenças sobre a importância relativa destes fatores³.

De acordo com Magalhães e seus colaboradores, as políticas públicas têm um efeito paradoxal sobre o quadro social brasileiro na medida em que apresentam, em geral, baixa

1 SIQUEIRA, Natália Leão. *Desigualdade em Saúde no Brasil*. 2008 Disponível em: <http://www.ufjf.br/virtu/files/2011/09/DESIGUALDADE-SOCIAL-EM-SA%C3%A9ADE-NO-BRASIL.pdf> Acesso em: 14/12/2015.

2 GAMA, Andréa de Sousa. "Gênero e avaliação da qualidade da atenção em serviços de saúde reprodutiva". In.: BRAVO, Maria Inês; VASCONCELOS, Ana Maria (et. al.). *Saúde e Serviço Social*. 5ª ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012. p.85-104.

3 SOUZA, Celina. "Políticas Públicas: uma revisão da literatura". In: *Revista Sociologias*. Porto Alegre, ano XVIII, jul/dez 2006.

capacidade de promover equidade e alcançar os segmentos mais pobres e vulneráveis da população. As iniquidades em saúde, por sua vez, não se referem a qualquer tipo de diferenças, mas aquelas que colocam determinados grupos sociais como, por exemplo, os mais pobres, as minorias étnicas e as mulheres em situações persistentes de desvantagem e discriminação, as quais afetam a saúde de modo distinto dos demais grupos sociais. Também é preciso considerar que a ocorrência de doenças em determinados grupos sociais, contribui, por sua vez, para reforçar as vulnerabilidades sociais e econômicas na medida em que impõe condições diferenciadas de conversão da renda e demais recursos disponíveis no âmbito familiar em bem estar⁴.

Para Gama(2012), a discussão sobre as influências socioeconômicas como determinantes da situação de saúde das populações foi ignorada por várias décadas, mas atualmente,

“ainda permanecem muitas reticências para reconhecer que a construção social do feminino e do masculino, o que chamamos de sistemas de gênero, determina a condição social de mulheres e homens e, também, que dada a desigualdade de poder entre eles, o gênero como fator explicativo da situação de saúde das mulheres é da maior importância. Aquino (1995) afirma que as teorias de gênero evidenciam hierarquias e subordinações buscando entender como estas se reproduzem e particularmente, como se articulam com as iniquidades em saúde.”⁵

Fazendo referência a vários estudos, a autora aponta que a saúde das mulheres é afetada consideravelmente pela extensão e qualidade dos serviços de saúde. Esses estudos identificariam maiores iniquidades de gênero nos acessos aos serviços e na forma com que homens e mulheres são tratados pelos sistemas de saúde. As mulheres são as maiores usuárias dos serviços de saúde ⁶, bem como compõem a maior parte dos/das trabalhadores(as) do sistema. Destaca-se que elas frequentam os serviços de saúde não apenas para seu próprio atendimento, mas também para acompanhar crianças e outros familiares, vizinhos e amigos, assim como são, na maioria dos casos, cuidadoras dos mesmos. Entretanto, elas ainda estão pouco representadas.

Pouco cuidado também é dispensado às desigualdades e às diferentes necessidades entre homens e mulheres na definição da qualidade da atenção em saúde, ou seja, aos aspectos de gênero. Em muitos casos as análises utilizam uma pretensa linguagem universal que abarcaria homens e mulheres, ignorando que os atendimentos são diferenciados. No caso das mulheres, os problemas ainda são ressaltados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico. As mulheres vivem mais tempo que os homens, porém adoecem mais frequentemente. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação da sociedade do que com fatores biológicos⁷. Outro ponto importante a se destacar é o modelo masculino de significação da saúde e da doença, sendo casos emblemáticos os processos de medicalização da vida reprodutiva da mulher e as relações hierárquicas entre profissionais de saúde e usuárias. Ao incorporar as relações de gênero, a avaliação em saúde deve levar em conta mudanças nas condições de saúde das mulheres, os aspectos relacionados ao seu lugar social subordinado em relação aos homens, para que se supere a concepção comumente utilizada de avaliação apenas

4 MAGALHÃES, Rosana; BURLANDY, Luciene; SENNA, Mônica de Castro Maia. “Desigualdades sociais, saúde e bem estar: oportunidades e problemas”. In.: *Ciências & Saúde Coletiva* [online] 12(6): 2007, vol.2, n.6, pp.1415-1421.

5 GAMA, *op.cit.*, p.85-104.

6 De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio divulgada pelo IBGE em 2013, viviam no Brasil 103,5 milhões de mulheres, o equivalente a 51,4% da população.

7 MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política nacional de atenção integral à saúde de mulher: princípios e diretrizes*/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

como medida de desvio entre o esperado e o realizado no campo das políticas de saúde.⁸

Seguridade social à brasileira: interpretações acerca do potencial equalizador das políticas sociais

Antes de aprofundar nas questões referentes à avaliação de saúde e gênero torna-se fundamental entender como a saúde enquanto política social componente da Seguridade Social vira direito fundamental e de provimento do Estado e qual a peculiaridade do caso brasileiro em relação a países que adotaram políticas semelhantes. Potyara (2011), retomando Titmuss, alega que a política social não se dá num vácuo teórico, conceitual e ideológico, e nem está isenta de ingerências econômicas e correlações de forças políticas, sendo estas determinantes num contexto movido por mudanças estruturais e históricas.

"A política social está inextricavelmente relacionada ao Estado, governos, políticas (no sentido de politics e de polity) e aos movimentos da sociedade. Em poucas palavras, ela envolve o exercício do poder praticado, concomitantemente, por indivíduos, grupos, profissionais, empresários, trabalhadores, entre vários segmentos sociais que tentam influir na sua constituição e direção (MANNING, 1999 *apud* PEREIRA, 2011:172)"⁹

Sendo assim, a política social tem que lidar com as mais diferentes forças e agentes e disputa por recursos e oportunidade, porém, não deve perder a sua contraditória irredutibilidade a um único domínio, levando sempre em conta as posições desiguais dos cidadãos na estrutura de classes da sociedade. Ao contemplar todas as forças e agentes sociais, comprometendo o Estado, a política social se configura como uma política pública, ou seja, um tipo dentre outros, de política pública. Ambas as designações são *polícies* (políticas de ação), integrantes do ramo de conhecimento denominado *policy science*, contudo, a política social seria uma espécie do gênero política pública (*public policy*).¹⁰

A partir dos anos 1940, após as duas guerras mundiais, principalmente na Europa, o Estado se viu obrigado a assumir a posição de protetor do bem estar dos cidadãos e reconstrutor do âmago social afetado pelos conflitos bélicos dando ênfase na implementação de políticas sociais. Num primeiro momento foram necessárias ações compensatórias por parte do Estado para buscar acesso gratuito e universal à saúde e depois a garantia de uma renda mínima às pessoas mutiladas nos embates, que não possuíam condições de exercer suas atividades laborais. O fortalecimento dos partidos social democratas, a difusão do Fordismo como modelo de organização industrial e uma forte aceitação das propostas Keynesianas foram outros elementos essenciais na construção do conceito de Seguridade Social¹¹. O Estado de Bem Estar Social surgiu como uma adaptação da social democracia¹², quando as ideias da mesma foram colocadas em prática, incorporando aspectos tanto do socialismo quanto do capitalismo. A reforma do capitalismo foi planejada, assim, por meio de regulação estatal e de políticas

8 GAMA, *op.cit.*, pp. 85-104.

9 PEREIRA, Potyara A. P. *Política social: temas & questões*. São Paulo: Cortez, 2011, p.172.

10 *Idem*.

11 WERNECK VIANNA, Maria Lúcia Teixeira. *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Editora Revan, 1998.

12 A social democracia surgiu por meio de partidários do marxismo que acreditavam que a transição para uma sociedade socialista poderia ser feita através de uma revolução democrática ocorrendo uma reforma legislativa do sistema capitalista para que este se tornasse mais igualitário. A diferença da social democracia para outras formas de socialismo seria a crença de que a mudança viria através da ação política e não necessariamente da ação econômica e do determinismo sócio industrial.

que diminuíssem ou eliminassem as injustiças sociais e trouxessem bem estar aos cidadãos.

Dentre os princípios para se caracterizar um Estado de Bem Estar pode-se destacar a concepção de que existem direitos sociais indissociáveis à existência de qualquer cidadão como a liberdade, igualdade e justiça social em termos de oportunidades iguais para todos, além de cobertura de saúde, educação, assistência social, previdência em todos os níveis, ou seja, emergência de sistemas nacionais públicos ou estatalmente regulados por políticas sociais. Sônia Draibe (1989) destaca outras características comuns nas definições de *Welfare State* como a tendência ao Estado de modificar o livre funcionamento do mercado, o princípio de substituição do rendimento em caso de perda temporária ou definitiva de capacidade de obtê-lo, para a prevenção de riscos próprios inerentes à economia de mercado como velhice, doenças, maternidade e a garantia, mesmo que para os excluídos do mercado de trabalho, de uma renda mínima a um nível considerado suficiente para a satisfação das necessidades sociais e culturais essenciais¹³.

"Embora diferentes em abrangência e significado, os conceitos de Welfare State e social security são perpassados por uma simbologia semelhante e clara: a sociedade se solidariza com o indivíduo quando o mercado o coloca em dificuldades. Mais precisamente, o risco a que qualquer cidadão, em princípio, está sujeito - de não conseguir prover seu próprio sustento e cair na miséria - deixa de ser problema meramente individual, dele cidadão, e passa a constituir uma responsabilidade social, pública. O Estado de bem estar assume a proteção social como direito de todos os cidadãos porque a coletividade decidiu pela incompatibilidade entre destituição e desenvolvimento."¹⁴

Autores clássicos como Marx e Engels demonstravam ceticismo em relação ao Estado como provedor de bem estar social. Como elemento da superestrutura, seria um fenômeno transitório quando estivesse ausente a divisão de classes sociais na sociedade comunista que defendiam. O Estado só seria necessário onde uma classe dominante, possuidora dos meios de produção se apropriasse do produto do trabalho da classe trabalhadora, possuindo efeito dominador e de manutenção da estrutura de classes e desigualdade em qualquer regime, não importam as formas de governo que apresente. Logo, somente quando o Estado for superado e substituído por uma sociedade sem classes, conhecer-se-á o bem estar e a segurança para todos só será possível quando existir a propriedade coletiva dos meios de produção, em que, do produto total do trabalho se obtenham os meios para o sustento dos incapazes de trabalhar e para a manutenção de instituições como escolas e hospitais¹⁵.

Clauss Offe (1972), autor fortemente influenciado pelo marxismo, também traz uma interpretação sobre o *Welfare State* crítica e pouco enaltecadora. Para ele, este é essencialmente um fenômeno das sociedades capitalistas avançadas que criaram, inevitavelmente, em sua estrutura, problemas endêmicos e necessidades não atendidas. Dessa forma, o *Welfare State* seria uma tentativa de compensar os novos problemas¹⁶ criados por estas sociedades e a emergência dos Estados de Bem Estar não representaria uma mudança estrutural nas sociedades capitalistas, seria, basicamente, uma resposta funcional a seu desenvolvimento. Lidando não com as necessidades humanas fundamentais, mas sim compensando os novos

13 DRAIBE, Sônia Miriam. "O *Welfare State*" no Brasil: características e perspectiva's. In: ANPOCS. *Ciências Sociais Hoje*, 1989. São Paulo, Vértice e ANPOCS, 1989, p. 13-61.

14 WERNECK VIANNA, *op.cit.*, p.11.

15 PEREIRA, *op.cit.*, p.104-122.

16 Alguns dos problemas sociais gerados pelo desenvolvimento capitalista são a necessidade de moradia para os trabalhadores concentrados pela indústria, necessidade de qualificação permanente da força de trabalho, desagregação familiar, entre outros. Em seu desenvolvimento, o capitalismo destrói formas anteriores da vida social ou mesmo das instituições sociais, o que gera disfuncionalidades que se expressam sob a forma de problemas sociais.

problemas criados com o crescimento industrial. O *Welfare State* representaria, portanto, formas de compensação, um preço a ser pago a tal desenvolvimento.

Mais que funcional, o *Welfare State* seria um desdobramento necessário da dinâmica de evolução das sociedades capitalistas, uma vez que, para o autor, haveria pequena margem para escolhas. A emergência de programas sociais não constituiria um resultado de escolhas, porque as alternativas de políticas são pequenas. Foram as condições econômicas e sociais que determinaram a emergência de *Welfare State* e não opções feitas no campo político. Apesar de existirem padrões ideológicos, eles se mostram implicáveis, pois a margem para políticas alternativas viáveis seria muito pequena para permitir escolhas baseadas em princípios.

“A lógica do *Welfare State* não é a realização de algum objetivo humano intrinsecamente válido, mas antes a prevenção de um problema social potencialmente desastroso (...) Esta maneira tecnocrática e absolutamente apolítica de reagir a pressões sociais emergentes condensa o *Welfare State* a um infundável e errático processo de auto adaptação.”¹⁷

Outras possíveis interpretações acerca do surgimento dos Estados de Bem Estar podem ser divididas em dois blocos. Num primeiro, identifica-se que as pressões “de baixo” constituíram fortes determinantes, logo, os sistemas de seguridade social seriam resultado da universalização do voto e da consequente competição partidária que isto promoveu ou mesmo da mobilização e organização operária. O segundo bloco se refere ao comportamento das elites: com a baixa legitimidade democrática do regime, os dirigentes se viram obrigados a adotar medidas de proteção social em resposta à mobilização operária. Porém, alguns autores ressaltam que a força política organizacional da classe operária, expressa em greves e contestações teria induzido o alargamento da proteção, mas teve como contrapartida indesejada um maior controle exercido pelos aparelhos burocráticos sobre os próprios trabalhadores.

“O desenvolvimento do Estado Social é o resultado da interação de três principais fatores: a luta da classe trabalhadora contra a sua exploração; a necessidade do capitalismo industrial em possuir uma força de trabalho cada vez mais produtiva; e o reconhecimento da classe proprietária de que é necessário pagar um preço pela segurança política do regime. Eis, porque, mesmo sendo um resultado da luta operária (...) as políticas de bem estar não deixam de ser um arranjo da burocracia estatal (e, portanto, da classe média que a compõem) a serviço da acumulação e da estabilidade política (SAVILLE, 1996 *apud* PEREIRA, 2011:127).¹⁸”

Por sua vez, as políticas de seguridade social em nível mundial são geralmente analisadas sob duas óticas distintas: a primeira delas é orientada na concepção de Bismarck e a segunda no modelo Beveridgiano¹⁹. Essas duas concepções se distinguem pelo caráter, pela forma de contribuição e pelo financiamento dos sistemas de seguridade social. As primeiras iniciativas de benefícios previdenciários que vieram a constituir a seguridade social no final do século XIX na Alemanha, mais precisamente em 1883, durante o Governo do Chanceler Otto Von Bismarck, foram introduzidas em resposta às greves e pressões dos trabalhadores²⁰. O chamado modelo Bismarckiano é considerado um sistema de seguros

17 OFFE, Claus. “Advanced capitalism and the Welfare State”. In: *Politics and Society*. Vol 4. 1972. pp.479-88.

18 PEREIRA, *op.cit.*, p.127.

19 O termo refere-se a William Beveridge, que apresentou ao governo inglês, em 1942, um documento com cerca de 300 páginas e que ficou conhecido como o *Beveridge Report*, o qual apresentou uma proposta universalizante do seguro social. A inspiração, o *freedom from want*, é parte do movimento pelos direitos humanos básicos que desembocou na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948.

20 O modelo é tido como precursor das políticas sociais mundiais ao introduzir as leis de 1883 (seguro saúde), 1884 (seguro de acidentes) e 1889 (seguro de aposentadoria e invalidez).

sociais, porque suas características assemelham-se as de seguros privados no que se refere aos direitos. Os benefícios cobrem principalmente os trabalhadores, o acesso é condicionado a uma contribuição direta anterior e o montante das prestações é proporcional à contribuição efetuada. Quanto ao financiamento, os recursos são provenientes fundamentalmente da contribuição direta de empregados e empregadores, baseada na folha de salários, em relação à gestão. Parte-se do pressuposto de que cada benefício é organizado em Caixas, que são geradas pelo Estado, com participação dos contribuintes, ou seja, empregadores e empregados²¹.

Em 1942, partindo de outro contexto econômico e político, durante a Segunda Guerra Mundial, foi formulado na Inglaterra o Plano Beveridge que apresentou críticas ao modelo Bismarckiano, vigente até então, e propôs a instituição do *Welfare State*. No sistema Beveridgiano, os direitos têm caráter universal, destinados a todos os cidadãos, incondicionalmente ou submetidos a condições de recursos, mas garantindo mínimos sociais a todos em condições de necessidade. O financiamento é proveniente dos impostos fiscais e a gestão é pública, estatal. Os princípios fundamentais são a unificação institucional e uniformização dos benefícios.

Enquanto os benefícios assegurados pelo modelo Bismarckiano se destinavam a manter a renda dos trabalhadores em momentos de risco social decorrentes da ausência de trabalho, o modelo Beveridgiano tinha como principal objetivo a luta contra a pobreza. As diferenças desses princípios provocaram o surgimento e instituição de diferentes modelos de Seguridade Social nos países capitalistas, com variações determinadas pelas diferentes relações estabelecidas entre o Estado e as classes sociais em cada país. Atualmente, praticamente não existem “modelos puros”. As políticas existentes e que constituem os sistemas de seguridade social em diversos países apresentam as características dos dois modelos, com maior ou menor intensidade.

Um dos pilares de estruturação da seguridade social é sua organização com base na lógica do seguro social. Essa é a lógica que estrutura os direitos da previdência social em praticamente todos os países capitalistas. Em alguns países como França, Inglaterra e Alemanha, a lógica do seguro sustenta também a política de saúde. No Brasil, este modelo estruturou e estabeleceu os critérios de acesso à previdência e saúde desde a década de 1920 até a Constituição de 1988. O princípio é garantir proteção ao trabalhador e a sua família. É um tipo de proteção limitada que garante direitos apenas àquele trabalhador que está inserido no mercado de trabalho ou que contribuir mensalmente como autônomo ou segurado especial à seguridade social²².

Desse modo, inspirada no modelo inglês Beveridge, a Constituição Federal de 1988 instituiu a Seguridade Social constituída pelas áreas da saúde, assistência social e previdência social representando uma inflexão na trajetória da política social brasileira ao se colocar saúde e assistência social como direito de cidadania e dever do Estado, assumindo a atribuição de dar uma dimensão de igualdade a um país marcado por desigualdades²³. Todavia, não é novidade afirmar que a seguridade social, como prevista na Constituição não conseguiu ser implementada. Boschetti (2003) argumenta que o fato de terem sido criados ministérios separados para as três áreas e não um Ministério da Seguridade Social como era o esperado contribuiu consideravelmente.

“A permanência de ministérios setorializados e sem articulação entre eles na definição de uma política de seguridade social reforça a fragmentação e independência de cada política. Além de ministérios

21 BOSCHETTI, Ivanete. *Assistência Social no Brasil: um direito entre originalidade e conservadorismo*. 2ª ed. Brasília: GESST/SER/UnB, 2003.

22 _____. *Seguridade social e trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social*. Brasília: Letras Livres/ Editora da UnB, 2006, p.3-6.

23 Laura Tavares Ribeiro Soares no prefácio do livro Saúde e Serviço Social (2012).

específicos, cada uma das políticas possui seus fundos orçamentários próprios e conselhos e conferências também específicos²⁴.”

Analisando as estratégias de bem estar adotadas na área da saúde no Brasil, a autora Maria Lúcia Werneck Vianna (1998) aponta como empecilhos cruciais à implementação exitosa do SUS, enquanto tal, a ausência de um “pacto social” no país, fundamental para que se pudesse realizar políticas sociais inspiradas nos modelos europeus de *Welfare State* e a “americanização” (perversa) da Seguridade Social no país. De maneira geral, os argumentos de Werneck Vianna (1998) são que, no fim da ditadura, durante o processo de redemocratização e nos anos que o sucederam, houve a liberação dos direitos para o benefício daqueles antes excluídos, intencionando instalar aqui políticas universalistas, mas nivelou a seguridade social em níveis muito baixos, o que acabou removendo do sistema público a maior parte dos trabalhadores formais e das classes média e alta. Substituiu o modelo alemão “Bismarckiano” que era seguido por aqui pelo modelo de seguro social americano, extremamente seletivo, em oposição ao modelo inglês “Beveridge” que, teoricamente, inspirou a Constituição de 1988. A perversidade dessas medidas consistiria no fato de que nos Estados Unidos a maioria da população compra a sua proteção no mercado, individualmente ou em grupos de seguros relacionados com a atividade exercida e o sistema público, os chamados *Medicaid* e *Medicare* ficam restritos a uma minoria estimada em 1/5 da população. No caso brasileiro, esses valores são invertidos, esta proposição se refere às pessoas que têm acesso aos seguros privados, enquanto a maioria da população é dependente do sistema público que não comporta a quantidade da demanda e atende, em determinados procedimentos, de forma extremamente precária, comprometendo principalmente o princípio de equidade.

Embora o termo *Welfare State* seja uma expressão comumente utilizada a partir de meados do século XX para denominar o conjunto de políticas sociais adotados com base no modelo fordista-Keynesiano, deve-se destacar, por fim, que esse tipo de Estado possui uma conotação histórica e normativa bastante específica que não podem ser ignoradas. Ao se inspirar nas mesmas e desconsiderar o contexto político, social e econômico extremamente diferenciado existente no Brasil, como por exemplo o alto índice de desigualdade em relação aos países europeus precursores do *Welfare State*, tem-se projetos muito eficientes como modelos, mas complexos de atingirem uma implementação efetiva. O que não quer dizer, obviamente, que alternativas não sejam pensadas para aprimorar o que foi proposto ou que as áreas não tenham atuação em comum, pelo contrário, a assistência social e a saúde tem um histórico comum de busca de humanização do atendimento e enfrentamento das desigualdades

Saúde pública, desigualdade e gênero

Uma das mais importantes políticas sociais, a saúde inspira estudos desde o acentuamento do processo de urbanização das cidades, em que a falta de planejamento e assistência pública, num primeiro momento, criou uma relação direta dos problemas de saúde com a pobreza dos grupos socialmente desfavorecidos. No entanto, para Carvalho e Buss (2012), a pauta sobre saúde pública e vida social vem desde o século XVIII ganhando espaço. Para além de regulações pontuais no período de guerras ou inovações na gestão das cidades visando ao abastecimento e ao escoamento de dejetos, ocorridas em períodos

24 BOSCHETTI, Ivanete. *Assistência Social no Brasil: um direito entre originalidade e conservadorismo*. 2ª ed. Brasília: GESST/SER/UnB, 2003, p.25.

anteriores, as políticas públicas para a saúde desenvolveram-se, de maneira organizada e sistemática durante a consolidação dos Estados Nacionais, quando a população passou a ser considerada um bem do Estado. Pode-se dizer que é nesse momento que o cuidado público com a saúde começa e se desenvolve como política de proteção contra riscos sociais e ambientais, muito mais do que como política de assistência²⁵.

Desde então, criou-se uma tradição de estudos, relacionando saúde, condições de vida (pobreza) e ambientes sociais e físicos. Especialmente desde o início da industrialização nos países ocidentais, tem sido reportada por autores, uma literatura “social” sobre saúde e doença, pautada na tese de que desigualdades no campo social e econômico geravam desigualdades no campo da saúde. O médico e filósofo George Rosen, em seu livro *História da Saúde Pública* (1994), traça um panorama ao longo dos séculos documentando a associação da saúde pública com o processo de industrialização da Europa Ocidental, principalmente Inglaterra, França e Alemanha, registrando a estreita relação entre o desenvolvimento do capitalismo (industrialização e urbanização) e o desenvolvimento da saúde pública, tentando minorar os malefícios à saúde provocados pelo desenvolvimento capitalista. Logo, pobreza e más condições de vida podem ser encaradas como as principais causas de doença.

A partir do Relatório sobre a situação da população mundial (2002)²⁶, pode-se afirmar que o número de mulheres que vivem em situação de pobreza é superior aos homens, trabalham mais horas que os homens e, em média, metade do seu tempo é gasto com atividades não remuneradas, o que diminui o acesso a bens sociais como os serviços de saúde. Sendo assim, levando em consideração as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres na sociedade brasileira, que impactam fortemente nas condições de saúde das últimas, a inclusão no debate das questões de gênero devem ser consideradas como um dos determinantes na formulação das políticas sociais e programas de governo.

As elaborações sobre gênero se baseiam, essencialmente, na ruptura, principalmente a partir dos movimentos de mulheres dos anos 1970, com a visão dominante que considerava a condição feminina como natural e determinada pela biologia, para ser contextualizada socialmente, encarada como uma construção social e histórica²⁷. Gênero, além de elemento constitutivo das relações sociais, é alimentando com base em símbolos, normas e instituições que definem modelos de masculinidade e feminilidade e padrões de comportamento determinados para homens e mulheres, além de influenciar na subjetividades de cada sujeito. Delimita campos de atuação para cada sexo e serve de suporte à formulação de leis e suas formas de aplicação. Para Scott (1989)²⁸, o gênero é uma construção social sobreposta a um corpo sexuado, uma forma primeira de significação de poder.

Corrêa (1994) sintetiza alguns conteúdos-chave que as iniciativas pautadas nas relações de gênero contribuem:

25 CARVALHO, Antônio Ivo de Carvalho; BUSS, Paulo Marchiori. “Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção”. In.: GIOVANELLA, Lígia; SCOREL, Sarah [et. al.] (orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. pp.121-142 .

26 RELATÓRIO sobre a situação da população mundial. 2002. Disponível em: <www.unfa.org>. Acesso em: 14/12/2015.

27 De acordo com autoras feministas como Carole Pateman, a separação da vida privada e doméstica das mulheres em relação ao mundo público dos homens foi constitutiva do liberalismo patriarcal desde meados do séc. XX. Porém, interpretações feministas questionaram tal construção alegando que “o pessoal é político”, pois as circunstâncias pessoais são estruturadas por fatores públicos, por leis sobre estupro e aborto, pelo status de “esposa”, pelas políticas de atenção às crianças e atribuição de benefícios da previdência, e a divisão sexual do trabalho na casa e no local de trabalho. Dessa forma, as questões “pessoais” só podem ser resolvidos por meio político e ação política. (PATEMAN, Carole. “Críticas feministas à dicotomia público/privado”. In.: MIGUEL, Luis F.; BIROLI, Flávia (orgs.). *Teoria política feminista: textos centrais*. Vinhedo, Editora Horizonte, 2013).

28 SCOTT, Joan. *Gênero: uma categoria útil para a análise histórica*. Recife: SOS Corpo, 1989.

- a) Desfazem o corpo como destino;
- b) Recolocam a questão dos afetos e paixões no contexto contemporâneo, associado ao princípio organizativo da intersubjetividade;
- c) Decifram símbolos e representações normativas bem como organizações e instituições que estruturam e reproduzem as relações de gênero;
- d) Articulam a antiga tensão entre o público e privado na medida em que a palavra de ordem "o privado é político" redimensionou tanto as experiências femininas como as análises referentes ao campo feminista e as colocadas nas chamadas teorias gerais²⁹.

As desigualdades de gênero tendem a aprofundar outras desigualdades sociais e, em função da organização social das relações de gênero, mulheres e homens estão expostos a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte. Ao discorrer sobre saúde reprodutiva da mulher, a autora Andréa Gama (2012) ressalta que o conceito de gênero traz importantes contribuições na discussão das esferas sociais como trazer aspectos socioculturais e emocionais implicados nos processos de saúde-doença, em que as diversas formas de dominação conferem particularidades ao adoecimento das mulheres. Além de defender que a perspectiva de gênero é propositiva no sentido de sugerir modelos de mudança cultural que desconstruam as iniquidades, operacionalizados por meio de políticas, programas, planos que facilitem ou abram espaço ao empoderamento das mulheres e que modifiquem os estereótipos masculinos e femininos, diminuindo as atuais hierarquias e abrindo possibilidades para que homens e mulheres tenham uma vida mais igualitária.

A atenção integral à saúde da mulher no SUS

Após anos de exclusão de grande parte da população brasileira dos serviços básicos de saúde e de um período de ditadura militar que só agravou a desigualdade social, tem-se um novo momento na saúde pública com a aprovação da Constituição de 1988 em que o Estado passa a ser obrigado a prover saúde para todos através do Sistema Único de Saúde (SUS) que possui como principais diretrizes a universalidade, integralidade e equidade, como dito anteriormente. Porém, além de problemas relacionados à falta de financiamento específico para que os ideais do SUS fossem colocados em prática, logo no início dos anos 1990 adotou-se no país políticas econômicas de caráter neoliberal, o que comprometeu, decisivamente, a reestruturação da saúde pública em termos práticos. No interior do país, nas regiões mais afastadas e nas periferias dos grandes centros as deficiências no atendimento de saúde e as condições precárias de vida continuaram sendo promotoras de pobreza.

Entretanto, algumas medidas foram pensadas, no auge das discussões da reforma sanitária e colocadas em prática junto à implantação do SUS, para que grupos socialmente desfavorecidos tivessem políticas voltadas para suas especificidades, como o caso do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Ressalta-se que antes do surgimento do programa as políticas públicas de atenção à mulher traduziam-se na focalização do grupo materno-infantil, priorizando a intervenção sobre os corpos das mulheres-mães, de maneira a assegurar que os corpos dos filhos fossem adequados às

29 CORRÊA, Sonia. *Gênero: reflexões conceituais, pedagógicas e estratégicas*. Recife: SOS Corpo, 1994. (Mimeo), p.23.

necessidades da reprodução social. Todavia, em 1983, foi anunciada a formulação do PAISM como promessa de uma nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher, fundamentado no conceito de “atenção integral à saúde das mulheres” (AISM). Esse conceito implicava o rompimento com a visão tradicional sobre o tema que centralizava o atendimento às mulheres nas questões relativas à reprodução, além de incluir o planejamento familiar dentre suas ações, contemplando, assim, a possibilidade de controle da reprodução.

O PAISM foi divulgado oficialmente pelo Ministério da Saúde em 1984 através do documento denominado: “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática”.

“As diretrizes gerais do Programa previam a capacitação do sistema de saúde para atender às necessidades da população feminina, enfatizando as ações dirigidas ao controle das patologias mais prevalentes nesse grupo; estabeleciam também a exigência de uma nova postura de trabalho de equipe de saúde em face do conceito de integralidade do atendimento; pressupunham uma prática educativa permeando todas as atividades a serem desenvolvidas, de forma que a “clientela” pudesse apropriar-se dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre sua saúde.”³⁰

Dessa forma, a atenção à mulher passaria a ser integral, clínico-ginecológica e educativa, voltada ao aprimoramento do controle pré-natal, parto e puerpério, abordagem das demandas apresentadas desde a adolescência até a terceira idade, controle das doenças transmitidas sexualmente, dos cânceres cérvico-uterino e mamário e ao auxílio para concepção e contracepção. A rede básica de serviços deveria ser viabilizada pela integração, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, além de estabelecer que todas as atividades previstas no PAISM fossem adotadas em conjunto³¹.

Visto com ressalva por alguns grupos de mulheres, comunidade acadêmica e categoria médica pela suspeita de que não passaria de uma tentativa de disfarce do governo para agir no controle de natalidade, além de problemas na implementação inerentes a todo o sistema público de saúde no país, o PAISM não foi implementado efetivamente passados mais de 30 anos. Porém, mantém sua importância na medida em que foi crucial para superar a concepção das mulheres somente como parideiras e o cuidado da saúde passou a ser concebido para além da atenção pré-natal, parto e puerpério.

Com o intuito de aprimorar o PAISM e atender às demandas de vários setores da sociedade como o movimento das mulheres negras, de trabalhadoras rurais e de mulheres lésbicas que não se sentiam completamente contempladas com o programa anterior, o Ministério da Saúde lançou em 2004 o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes”, tratando, inclusive, de temas até então pouco tratados como indicação de atendimento em caso de abortamento inseguro.

“Este documento incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente

30 OSIS, Maria José Martins Duarte. “Paism: um marco na abordagem de saúde reprodutiva no Brasil”. In.: *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14 (Supl. 1): 1998. pp.: 25-32.

31 A partir da proposição do SUS, o processo de implantação do PAISM foi influenciado pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e pela reorganização da atenção básica através do Programa Saúde da Família.

alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades.³²

Sendo assim, as principais questões, além das citadas acima, ao se pensar em avaliação referente à atenção integral à saúde da mulher passam a ser como os órgãos competentes lidam com a mortalidade materna, assistência em anticoncepção, saúde das mulheres adolescentes, saúde da mulher no climatério/menopausa, saúde mental das mulheres, doenças crônicas degenerativas e câncer ginecológico, saúde das mulheres lésbicas, saúde das mulheres negras, saúde das mulheres indígenas, saúde das mulheres residentes e trabalhadoras na área rural, saúde da mulher em situação de prisão e como são desenvolvidas atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente. O documento não traz abordagens referentes à saúde da mulher transexual, mas qualquer avaliação mais recente teria que trazer também esse questionamento para análise.

Avaliação de qualidade de programas de saúde voltados à saúde da mulher: proposta de metodologia qualitativa

A saúde é constantemente analisada e avaliada em seus mais diversos programas, numa gama de propostas metodológicas tanto da ciência política quanto do serviço social e da medicina social e áreas afins. No entanto, independente do método escolhido, entende-se que a avaliação de uma política social deve inseri-la na totalidade e dinamicidade da realidade, fruto de históricas e contraditórias relações entre Estado e sociedade em diferentes contextos. E, principalmente, reconhecer que esse tipo de política tem um papel imprescindível na consolidação do Estado democrático de direito e deve ser entendida e avaliada como um conjunto de programas, projetos e ações que universalizam direitos, reduzem desigualdades e propiciam equidade³³.

Ao analisar programas de atenção integral à saúde da mulher como promotores de diminuição de iniquidades a variável qualidade da atenção aparece como um indicador da consistência do modelo de desenvolvimento econômico adotado no país. Autores como Avedis Danobedian (1991)³⁴ definem a qualidade de uma ação em saúde como uma propriedade de ou um juízo sobre alguma unidade definível da atenção. Propõe três dimensões para aproximar-se da avaliação de qualidade, por intermédio da estrutura, processo e resultados. Outros distinguem a qualidade dos serviços da qualidade da atenção em saúde. Quem se refere à qualidade dos serviços, normalmente refere ao modo como os formuladores ou gestores de políticas ou programas de saúde revertem seus recursos em serviço. A tendência, então, é enfatizar os componentes estruturais. Já aqueles que se referem à qualidade da atenção centram suas análises no que realmente se provém nos serviços, destacando os seus aspectos institucionais e privilegiando a dimensão de processo³⁵.

A qualidade de atenção considerada aqui é aquela que promove e garante os níveis de saúde integral ou bem estar integral das mulheres. Partindo de uma noção de saúde integral, a qualidade da atenção deve estar vinculada aos aspectos sociais, psicológicos, biológicos, sexuais, ambientais e culturais. Será de boa qualidade a atenção que conseguir

32 MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política nacional de atenção integral à saúde de mulher: princípios e diretrizes*/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.5.

33 BOSCHETTI, Ivanete. *Avaliação de políticas, programas e projetos sociais. In.: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. s/d, p.4-6.*

34 DONABEDIAN, Avedis. *La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación.* Ediciones científicas La Prensa Mexicana, 1991.

35 GAMA, *op.cit.*, p. 85-104.

agregar estes aspectos nas circunstâncias concretas de cada demanda. Isto implica, também, superar o enfoque biologicista com que o modelo médico dominante aborda a saúde.

O proposto se aproxima a Deslandes (1997)³⁶ que sugere uma perspectiva dialética na área da análise organizacional e Gama (2012) que incorpora indicadores próximos à uma ótica de gênero. Assim como os autores citados, deve-se destacar a importância da análise das estruturas e do funcionamento institucional para a compreensão da dinâmica do serviço. Ao analisar esses dois pontos, entende-se que estrutura e funcionamento não são realidades fixas e formais, mas resultado de atividades e relações dos sujeitos envolvidos, logo, repleta de contradições que precisam ser levadas em consideração na totalidade que o serviço representa.

Para tal, as seguintes etapas aparecem como recomendações metodológicas adequadas:

1 - Análise detalhada de atuação do serviço ou ação que se pretende analisar. Fase descritiva e de extensa análise bibliográfica a fim de conhecer os objetivos institucionais, os programas, as normas técnicas e operacionais de atendimento às situações em estudo, a legislação vigente, os dados estatísticos, as estratégias e dinâmicas de atendimento, as características da população, recursos disponíveis, existência de infraestrutura física e humana e a frequência de utilização ou cobertura. Além disso, o desempenho dos (as) trabalhadores (as) de saúde deve ser relacionado com a atenção recebida pelas mulheres, em específico. A categoria acesso também deve ser avaliada, pois a expansão do acesso aos serviços de saúde tem sido um dos principais objetivos das políticas de saúde no Brasil e uma das principais reclamações da população. Ao verificar o acesso em saúde, pode-se determinar se as mulheres contam com facilidades ou dificuldades para acessar o sistema e os serviços oferecidos e se sofrem algum tipo de constrangimento na atenção.

2- Comparação entre o que está proposto no projeto institucional do serviço e as políticas públicas que compõem a área de atuação. Nesta etapa da pesquisa a análise deve se pautar nas racionalidades técnicas e políticas que sustentam o projeto institucional e as possíveis contradições nele inseridas. Em relação à assistência à saúde da mulher, os objetivos, diretrizes e princípios relacionados são aqueles contidos no PAISM e na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e de outras legislações sanitárias direcionadas a esse grupo ou que levem em conta as relações de gênero (GAMA, 2012:98-100)³⁷.

3- Conhecimento empírico do que se avalia. O trabalho de campo se mostra essencial para conhecer o cotidiano do serviço ou ação de saúde prestada, atentando-se para a ação concreta dos atores envolvidos, o contexto laboral, os relacionamentos e desigualdades de poder existentes entre eles. A satisfação de usuários(as) e funcionários(as) pode ser medida a partir da presença do pesquisador no campo. Essa variável vem sendo considerada um componente importante na análise da qualidade do cuidado por prover informações confiáveis e adequadas sobre a opinião do público em relação aos serviços oferecidos, permitindo seu aprimoramento.

4- Análise final e propostas. Fase final de confecção do relatório/diagnóstico que resulta da articulação entre os conhecimentos teóricos e os problemas empíricos encontrados com o objetivo de propor ações técnicas e políticas, além de compartilhar o conhecimento produzido com os sujeitos sociais empenhados no mesmo propósito.

36 DESLANDES, Suely F. "Concepções em pesquisa social: articulações com o campo de avaliação em serviços de saúde". *Caderno Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, jan./mar. 1997. pp.: 103-07.

37 GAMA, *op.cit.*, p. 85-104.

Considerações finais

Ao longo deste trabalho discutiu-se acerca da desigualdade de gênero persistente na sociedade brasileira que acaba contribuindo para que a situação de saúde das mulheres, principalmente aquelas em situação de vulnerabilidade social, fique prejudicada. A opção por destacar um programa governamental pautado pela perspectiva de gênero como o PAISM e seus desdobramentos posteriores demonstra que, apesar dos problemas enfrentados, é o Estado quem deve enfrentar essa situação oferecendo políticas de qualidade que atendam as demandas das mais diferentes mulheres encontradas na sociedade brasileira. Assim como Pereira (2011)³⁸, ao identificar excrescências sociais e estudá-las, espera-se aprofundar e expandir conhecimento para condená-las e agir contra elas. Para tal, foram propostas etapas metodológicas, com destaque para o trabalho de campo, para que junto à população estudada também se enfrente a situação, demonstrando, assim, que o trabalho não se resume a escrita e publicação.

Contudo, apesar de reconhecer que, ainda que de forma embrionária, algumas políticas têm levado em conta a perspectiva de gênero, sendo, inclusive, formuladas a partir das demandas das mulheres e por mulheres, é preciso destacar que temos hoje mais ideias (ou ideais) do que prática. Seja por má-fé, má-gestão, dificuldades de implementação, falta de financiamento ou pré-requisitos para que políticas inspiradas em outros países sejam adequadas a nossa realidade e tantos outros motivos, a questão que se coloca é se as políticas sociais brasileiras já são feitas para não “darem certo” mesmo, afinal, as necessidades do capital ainda são mais preponderantes que as necessidades sociais.

Por fim, reitera-se que a atenção privilegiada às mulheres é extremamente necessária, seja por seu papel na família, por sua presença decisiva nos assuntos ligados à moradia e ao bairro ou ainda pela presença expressiva de mulheres entre a população pobre, logo, o impacto será sentido na sociedade como um todo. Programas como o PAISM a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher tem em seus princípios e diretrizes potencial de empoderamento das mulheres, fazendo com que as mesmas passem a ter condições de tomar decisões sobre seu próprio cotidiano, contribuindo para que possam se impor enquanto cidadãs detentoras de direitos.

38 PEREIRA, *op.cit.*.