

AVANÇOS E DESAFIOS NA ASSISTENCIA À SAUDE DA MULHER: UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA E DE GÊNERO

ACHIEVEMENTS AND CHALLENGES IN WOMEN'S HEALTH CARE: A HISTORICAL PERSPECTIVE AND OF GENDER

MARIA DE LOURDES DA SILVA MARQUES FERREIRA¹, SILMARA MENEGUIN², MARCO ANTONIO MAZZETTO³, MARIA JOSÉ SANCHES MARIN⁴, FERNANDA MOERBECK MAZZETTO⁵, ANDRÉ GALVÃO⁶

1. Enfermeira, Professora Assistente Doutora - Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP; 2. Enfermeira, Professora Assistente Doutora - Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP; 3. Médico Ginecologista, Mestre em Obstetrícia pelo Programa de Pós graduação – Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP, Docente da Faculdade de Medicina de Marília/FAMEMA; 4. Enfermeira, Professor Assistente Doutora – Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA; 5. Mestre em Enfermagem e Doutoranda pelo Programa de Mestrado e Doutorado acadêmico do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP; 6. Enfermeiro, Graduado pelo Curso de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP.

* Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp, Distrito de Rubião Jr, s/n, Botucatu, São Paulo, Brasil. CEP: 38116-070. malusa@fmb.unesp.br

Recebido em 01/03/2016. Aceito para publicação em 19/05/2016

RESUMO

Objetivo: Refletir sobre os avanços e desafios na assistência à saúde da mulher na perspectiva histórica e de gênero. **Método:** Trata-se de um ensaio cujo material foi a literatura existente sobre a temática para ser possível relatar numa perspectiva histórica e de gênero dos avanços e desafios na assistência à saúde da mulher. **Desenvolvimento:** Discutiu-se sobre o programa de assistência integral à saúde da Mulher (PAISM) em 1983, política nacional de atenção integral à saúde da mulher que surgiu em 2004, políticas públicas de saúde da mulher, discriminação, autonomia, violência, feminicídio, lesbofobia e infecções sexualmente transmissíveis. **Considerações finais:** Conclui-se neste ensaio fazendo uma reflexão das conquistas, sobre iniciativas que estão sendo inicializadas e de questões problematizadoras que ainda se apresentam como desafios na área da saúde da mulher.

PALAVRAS-CHAVE: Direitos da Mulher, Saúde da Mulher, Feminismo, Assistência Integral à saúde.

ABSTRACT

Objective: Reflect on advances and challenges in women's health care from a historical and gender perspective. **Method:** It is an essay whose material has been the existing literature on the subject to be able to report from a historical and gender perspective the advances and challenges in the health care of women. **Development:** The country's comprehensive health care policy (PAISM) was discussed in 1983, a national policy on comprehensive health care for women that emerged in 2004,

public policies on women's health, discrimination, autonomy, violence, femicide, lesbophobia and sexually transmitted infections. **Final considerations:** This essay concludes with a reflection of the achievements, initiatives being initiated and problematizing questions that still present themselves as challenges in the area of women's health.

KEYWORDS: Women's Rights, Women's Health, Feminism, Comprehensive Health Care.

1. INTRODUÇÃO

Este ensaio aborda a temática da saúde da mulher que tem sofrido mudanças ao longo da história, com alguns ganhos, muitas perdas e ainda muitos desafios.

A mulher, sempre foi discriminada, por vezes escravizada, maltratada, e ainda hoje, existem muitas mulheres em diferentes lugares do mundo que não tem vez e nem voz. Em diferentes culturas, diferentes discriminações com as mulheres. O que acontece nos países árabes, culturalmente as mulheres são discriminadas e condenadas a não mostrar partes do corpo e, portanto, são vestidas da cabeça aos pés, permitindo-lhes só aparecer os olhos¹. A sociedade patriarcal não oferece à mulher uma referência por meio do qual suas funções domiciliares possam ser divididas e integralizadas na família. Neste tipo de estrutura social patriarcal a vida feminina apresenta necessidade subjetiva, que nem sempre é consciente, passa a ser automática a resposta, como também objetiva, que de fato para ser integrada a este tipo de sociedade, ela deve se doar a família. Este modelo vem

desde a década de 60, em que a mulher assumia o papel de dona de casa, mas neste período o homem era o provedor do sustento de sua família². Assim, como a mulher ficava em casa, era educada para ter filhos e exercer atividades domésticas e de criação de sua prole. Este tipo de estrutura vai até o século XVIII, sendo as mulheres submissas aos seus maridos e obrigadas a se vestirem com roupas longas. Caminhando na evolução histórica, foi somente depois do ano de 1920, que a mulher conseguiu o direito ao voto e ao homem este direito já era concedido esse direito². Mais um registro de desigualdade gênero, evidenciando a incapacidade de a mulher escolher algum governante. A evolução industrial aconteceu em meados deste século, e com ela o desenvolvimento tecnológico e surgimento e crescimento de máquinas, aliada as duas primeiras guerras mundiais e a revolução feminista. Por necessidade de mão obra, as mulheres foram requisitadas para o mercado de trabalho, pois os homens saíram para a guerra. Somente por ter que assumir o lugar dos homens, as mulheres iniciam no mercado de trabalho e nestas oportunidades mostram sua capacidade de exercer cargos importantes, mas a igualdade de gênero ainda era um desafio³.

As argumentações utilizadas neste ensaio são direcionadas sob o olhar da igualdade de gênero em uma perspectiva histórica. A igualdade de gênero ainda hoje é ideário feminino, um ideário de direitos tanto para homens, quanto para mulheres.

Neste sentido este ensaio visa a descrever os avanços e desafios na assistência à saúde da mulher no contexto histórico e da construção de gênero, discutindo as políticas de atenção à saúde da mulher.

E nesta discussão vale lembrar sobre a responsabilidade do Estado Brasileiro ter ratificado os principais tratados internacionais de direitos humanos no âmbito das Nações Unidas, que podem ser aplicados para o contexto dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, tais como: a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (1965), o Pacto Internacional de Direitos Cívicos e Políticos (1966), o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1967), a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (1979), a Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (1984) e a Convenção sobre os Direitos da Criança (1989)⁴.

A importância desta ratificação está a inclusão das mulheres nas questões de direitos humanos em geral, e quando os tratados internacionais destes direitos tornam-se legalmente exigíveis quando os governos os ratificam, assumem o compromisso perante a comunidade internacional de lançar mão de estratégias para a sua implementação em seu território nacional. Neste sentido,

os governos devem assegurar que suas leis, políticas e práticas não estejam em conflito e devem refletir sobre os compromissos assumidos internacionalmente de respeitar, proteger e assegurar a plena realização dos direitos humanos, como o direito à vida, à saúde, à liberdade e segurança das pessoas. E conforme os conflitos de gênero e discriminação da mulher na sociedade, a mulher precisa de leis e políticas que as respeitem e que possam salvaguardar sua vida⁵. Apesar dos avanços, no Brasil e no mundo sobre os direitos humanos persistem as discriminações de gênero e de raça/cor/etnia. Elas se interseccionam e interagem entre si e com outros fatores associados a desigualdades e iniquidades sociais, tais como classe social, região, moradia, trabalho, saúde, situação judicial, idade, condição física, educação, nutrição, saneamento e orientação sexual, dentre outros fatores que as mulheres são discriminadas e tem os seus direitos violados.

Assim este ensaio tem como objetivo refletir sobre os avanços e desafios na assistência à saúde da mulher na perspectiva histórica e de gênero.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um ensaio cujo material foi a literatura existente sobre a temática para ser possível relatar numa perspectiva histórica e de gênero dos avanços e desafios na assistência à Saúde da mulher.

3. DESENVOLVIMENTO

A luta da mulher pela independência teve início com o movimento feminista. Sempre houve muitas reivindicações por parte das mulheres, principalmente das feministas. Aliado a esses movimentos também existiam muitos movimentos sociais. Esses movimentos propiciaram as ações para o Atendimento Primário à Saúde (APS) na década de 80.

Orientado por essas ações da atenção primária é idealizado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983. A formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) surge em consonância com o movimento Sanitário, do país recebendo influencia dessa nova política de saúde cujo ideal era os princípios da integralidade e da equidade da atenção à saúde⁽⁶⁾.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher surgiu em 2004 tendo como objetivo promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres por meio da garantia de direitos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde⁷.

A elaboração deste plano (I PNPM) e a realização da Primeira Conferência Nacional de Política para as Mulheres representou um grande marco no ano de 2004, que foi decretado como o Ano da Mulher no Brasil.

No que diz respeito às políticas públicas, as reivindicações pelos movimentos de mulheres, entre 70 e 80 coincidiam com as demandas expressas pelos movimentos sociais, como forma de extensão da cidadania social e política, participação e acesso a bens e serviços públicos, principalmente, o direito à saúde. Apesar de vários programas, a assistência à mulher foi direcionada por dois programas, Programa Materno-Infantil (PMI) em 1975 e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984. Cada um destes programas foi construído em contextos históricos diferentes, sendo o PMI resultante de uma conjuntura política do período de regime militar e implantado no conjunto das políticas de extensão de cobertura. Já o PAISM foi discutido e implantado no período de transição democrática, permeado por negociação com o movimento de mulheres, muito embora, muitas reivindicações não foram atendidas⁸.

A discriminação ligada às mulheres envolve uma crítica à ação do Estado e à formulação e reformulação de propostas de novas políticas públicas que tenham como foco a mulher em suas reais necessidades. Envolve ainda questões éticas, pois, ambos, seres humanos, não possuem igualdade de direitos, e tampouco igualdade de deveres, pois à mulher é atribuído o cuidado com o lar e os filhos, mesmo em tempos que sai para o mercado de trabalho para ajudar no sustento da família, época diferente de outrora que era destinada a cuidar da casa e de sua prole, pois somente ao homem competia o sustento do lar⁹.

A mulher ao longo da história ganha alguns direitos, inclusive da autonomia para sair de casa e ir ao trabalho e assim ter seu próprio salário, porém ganha também mais serviços, pois as jornadas de trabalho são duplas, fora e dentro de casa e com os filhos. Os papéis anteriormente descritos para homens e mulheres permaneceram mesmo que, em contextos diferentes na atualidade.

A autonomia das mulheres para decidirem sobre seus corpos deveriam permear no espaço de direitos da mulher, no entanto se torna alvo de ataques, quando se trata de aborto, contracepção, violência intrafamiliar, sexual e obstétrica. A respeito da questão da violência, ainda ouvimos comentários machistas e discriminatórios, “também ela não faz o jantar na hora que o marido chega do trabalho”, “também ela saiu com uma saia muito curta” e por aí adiante, como se a violência tivesse explicação e ausência de culpa do agressor. Na condição de violência de direitos da mulher, a mesma passa a ser a vítima e, portanto, ser culpabilizada desta forma, é mais uma forma de violência. À mulher deveria ser-lhe permitida a autonomia da decisão diante de sua necessidade, sendo o controle médico e legal uma contramão dessas necessidades. Nas questões do aborto a legalização deve ser pensada como uma luta não só por autonomia, mas também contra as desigualdades sociais, o ra-

cismo, já que a maioria das vítimas da mortalidade materna é negra e de classe social mais baixa. Continuando na busca dos direitos da mulher a saúde deveria ser pensada como laica, sem interferência religiosa de nenhum tipo. Não dá para discutir a saúde da mulher por um viés da religião, ou de qualquer outra questão, o que de fato existe é uma mulher adulta, juridicamente sujeito de direitos¹⁰.

Neste contexto das lutas femininas por melhores condições de vida e trabalho e direito a voto, o dia 08 de março passa a ser o dia internacional da mulher no final do século XIX nos Estados Unidos.

Quando se pensa no feminismo e em suas mudanças sociais não há como não pensar e reconhecer as contribuições de Simone de Beauvoir, filósofa francesa, que sempre trabalhou com as questões femininas para propiciar que as mulheres fossem reconhecidas e ouvidas, e saíssem da condição do silêncio da memória e da história.

Em sua obra “o segundo sexo”, Simone de Beauvoir demonstra que a inferioridade feminina não deve ser vista como natural, mas sim construída socialmente, fato que, no entender de Françoise Héritier, Simone já falava sobre a desigualdade de gênero, mas de forma diferente como foi escrita posteriormente. Beauvoir insiste na igualdade entre os sexos e convidava as mulheres a se emanciparem, principalmente por meio da independência econômica¹¹.

O feminismo sempre foi a teoria que buscou legitimar a reivindicação de direitos para as mulheres, sendo que para Simone de Beauvoir, o feminismo se tornou uma consciência crítica e, ao mesmo tempo, transformadora da desigualdade de gênero que ela presenciava. A frase dita por Simone “ninguém nasce mulher, mas se torna mulher” desmascara a invenção histórica que fez padecer “homens” e “mulheres” sob estereótipos em nada relacionados à sua autocompreensão subjetiva. Com essa ideia de Simone surgia o que muitos chamaram de “segunda onda” do feminismo caracterizada justamente pela desmontagem da questão de gênero. Gênero é desenvolvido socialmente, não está associado somente às questões biológicas¹².

Em meio a esses movimentos feministas, ao momento histórico, as questões de saúde da mulher ainda caminhavam na proteção de saúde materno-infantil no Brasil, com a reforma sanitária de Carlos Chagas, na década de 20, desenvolvendo-se em períodos subsequentes por força dos dispositivos legais e programáticos¹³.

A Reforma Sanitária Brasileira foi proposta neste momento de mudanças intensas e necessárias e sempre teve como propósito ser mais do que apenas uma reforma setorial. Almejava-se, desde seus primórdios, que pudesse servir à democracia e à consolidação da cidadania no País¹³.

Dentre as vitórias do movimento sanitário, no que concerne à consagração da saúde como direito universal e dever do Estado e também dos movimentos feministas para que fosse respeitada uma plataforma mínima de mudanças nas concepções sobre o papel da mulher, decorreram mudanças radicais, ainda que no plano formal, nas aceções sobre saúde e sobre a saúde da mulher. A ampliação do conceito de saúde para além do acesso à assistência médico-hospitalar subjacente à criação do Sistema de Seguridade Social e da extensão das fronteiras da saúde da mulher para latitudes e longitudes, nas quais o confinamento da mulher à condição de reprodutora torna-se superado, instalam uma nova ordem nas relações entre Estado, governo e sociedade¹⁴.

Tanto o movimento sanitário como o movimento de mulheres, passou a resistir às pressões e restrições e a buscar avançar proposições para a efetivação do PAISM. Ao tempo que amplia o engajamento dos movimentos sociais envolvidos na luta pela saúde das mulheres às idéias proclamadas pelo PAISM, o movimento feminista passa a se instituir fundamentalmente em organizações não governamentais, profissionalizando a sua atuação militante. Os movimentos feministas passam a atuar, de forma profissional, como parceiras do Ministério da Saúde na produção de materiais educativos e técnico normativos para a atenção e o cuidado à saúde das mulheres. Pode-se afirmar que as feministas não priorizaram nos anos oitenta e noventa a atuação nas instâncias estaduais e municipais de participação e de controle social da saúde das mulheres. O PAISM até a atualidade permanece como norteador das ações no nível teórico, na prática ele não resistiu à fragmentação em programas por agravo ou condição que foram e são sucessivamente criados. Por outro lado, se esta fragmentação de fato ocorre, observa-se também que no momento atual há uma clara difusão de responsabilidades entres os diversos órgãos e áreas do Ministério da Saúde por atuar em saúde das mulheres e isso quer dizer que o tema se tornou transversal⁶.

Entretanto, mesmo com as ações do PAISM, na prática, ainda existem muitos problemas que impedem que as mulheres sintam mudanças concretas na rede de serviços do SUS. Destacam-se nesse contexto as grandes desigualdades de oferta, assim como as ações relacionadas ao climatério/menopausa; às queixas ginecológicas; à infertilidade e reprodução assistida; à saúde da mulher na adolescência; a doenças crônico-degenerativas; à saúde ocupacional; à saúde mental; a doenças infecciosas-contagiosas.

Um dos grandes desafios a ser enfrentado na assistência à saúde da mulher é o fenômeno da violência. E neste sentido, surge o questionamento, qual o papel da equipe de saúde frente a violência!

A equipe de saúde em parceria com outros atores so-

ciais pode realizar práticas educativas direcionadas ao fortalecimento das redes sociais de apoio, à integração entre diferentes gerações, ao empoderamento de crianças e adolescentes como agentes de transformação social, à resolução pacífica de conflitos, ao diálogo familiar, à igualdade de gêneros, à valorização da diversidade, e ao engajamento coletivo na melhoria da qualidade de vida. Compreendendo o direito humano à saúde como acesso universal à prevenção, assistência e recuperação, que se caracterizam não apenas por boa qualidade técnica, mas também por humanização e ética, o desafio passa a ser formação do profissional de saúde. Assim, propõe-se as instituições de ensino superior desenvolvam currículos e programas nos quais a competência técnica, o rigor ético e os valores humanos sejam desenvolvidos de forma plenamente integrada ao longo de toda a formação em saúde¹⁵.

Há diversos avanços a ser destacados, como a criação da Lei Maria da Penha, como um passo importante dado ao enfrentamento à violência contra as mulheres, assim como os novos direitos para as trabalhadoras domésticas¹⁶.

No que se refere aos programas de saúde para as mulheres, o Brasil tem conseguido algumas conquistas importantes para contemplar os direitos de grupos específicos de mulheres em situação de violência, como é o caso das mulheres negras, trabalhadoras rurais, empregadas domésticas, mulheres com AIDS e outras situações que impliquem em maior vulnerabilidade para a mulher.

O Plano Nacional de Políticas para mulheres (I PNPM) de 2013 a 2015 surge como complemento, definindo ações que promovem os direitos das mulheres, buscando a melhoria de suas condições de vida e ampliação do acesso aos meios e serviços para a promoção da saúde integral, reforçando a importância da transversalidade das políticas públicas na promoção de saúde das mulheres¹⁷.

A estruturação do I PNPM, juntamente com a Primeira Conferência Nacional de Política para as Mulheres (I CNPM) foi realizada com a proposta de enfrentar as desigualdades de gênero, considerando a raça e etnia em nosso país, e idealizada em 2002 como parte do compromisso assumido pelo governo federal brasileiro.

E foi nesta primeira Conferência realizada em 2004, Ano da Mulher, a oportunidade para a retomada de pauta para discutir os resultados da avaliação dos problemas da saúde da mulher e as demandas pela plena efetivação do SUS e do PAISM, contando com a participação de cerca de 1.800 delegadas. Na esfera setorial, a 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, que teve como tema: “Saúde: um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos”, produziu um relatório que também recomenda no sub-tema “Saúde e

Gênero” o avanço na implementação da Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), além de alertar para a necessidade de considerar as especificidades, tais como das mulheres negras, lésbicas, profissionais do sexo e indígenas¹⁸.

Visando atender a grupos específicos de mulheres com respeito a orientação sexual, surge o II PNPM destacando-se na atenção às mulheres lésbicas com a implementação do eixo nove, que refere o enfrentamento ao racismo, sexismo e lesbofobia. Além disso, surgiu reafirmando os pressupostos e princípios de políticas para as mulheres, incluindo a igualdade, o respeito à diversidade, a equidade, a autonomia das mulheres, a laicidade do Estado, a universalidade das políticas, a justiça social, a transparência dos atos públicos, a participação, e o controle social¹⁹.

A gravidade da lesbofobia justifica a grande importância da implementação das prioridades dos dois planos nacionais de políticas para mulheres. E, principalmente no II PNPM que desde o seu surgimento buscou produzir iniciativas capazes de confrontar o status quo racista, sexista e lesbofóbico, que confrontem a dimensão ideológica conservadora, a partir de novas propostas emancipatórias e de empoderamento das mulheres de diferentes segmentos e movimentos sociais⁽¹⁹⁾. A II CNPM em continuidade a primeira vêm possibilitando a abertura de novos espaços de participação, maior empoderamento e inclusão das mulheres como novas atrizes sociais em novos cenários na construção e gestão de políticas públicas.

Ao falarmos de avanços e desafios na assistência à saúde da mulher não poderíamos deixar de abordar a violência nas mais diferentes formas.

A violência doméstica e familiar é um fenômeno que atinge mulheres de diferentes classes sociais, origens, regiões, estados civis, escolaridade e etnias. Ainda que seja um fenômeno reconhecidamente presente na vida de milhões de brasileiras não existem dados oficiais para demonstrar a amplitude desta problemática²⁰.

Violência é reconhecida como fenômeno sociocultural, em sua origem e repercussões, e quase sempre concebida como atinente à segurança pública e ao judiciário. Reconhecê-la como uma questão também da Saúde, portanto, não é algo fácil e a precedência histórica de sua abordagem pelas Ciências Humanas e Sociais reforça esse ponto de vista²¹.

De fato, é cronologicamente mais tardia a tomada da violência como objeto do campo da Saúde, em particular da violência contra as mulheres, a qual é frequentemente apontada como estranha aos escopos da atuação profissional, não obstante serem os danos físicos ou mentais consequentes à violência reconhecidos pelos profissionais como de suas competências. Ademais, na Saúde, é a Saúde Coletiva a que mais se aplica ao problema, buscando, para tal, referências em sua base interdiscipli-

nar²²

Os desafios são, portanto, de construção na saúde, de um conhecimento interdisciplinar e que resulte em articulação com as práticas do campo. Como reconhecidamente grandes desafios, estão a implementação de leis já existentes, como especificamente a Lei Maria da Penha trouxe avanços, mas ainda é preciso a total implementação e neste sentido é preciso avançar nas políticas públicas visando uma melhoria na assistência à mulher em situação de violência doméstica¹⁸.

Pesquisa sobre violência no Brasil, coordenada pela técnica de Planejamento e Pesquisa do Instituto Leila Posenato Garcia, em 2013, mostrou que, entre 2009 e 2011, o Brasil registrou 16,9 mil feminicídios, quando se trata de mortes de mulheres por conflito de gênero, especialmente em casos de agressão por parceiros íntimos. Esse número indica uma taxa de 5,8 casos para cada grupo de 100 mil mulheres²³.

No que se refere à promoção da igualdade, na evolução histórica e a compreensão e respeito quanto à diversidade de gênero ainda é um grande desafio a ser enfrentado.

Sem esta articulação do conhecimento interdisciplinar, o conhecimento produzido não gera tecnologia de ação correspondente, restando o campo sem propostas de assistência aos casos ou de prevenção e promoção da saúde, isto é, desempenhos técnicos de base científica para os profissionais sobre a violência.

Na transversalidade de gênero, envolve o desenvolvimento de homens e mulheres, elementos essenciais como a interdisciplinaridade e intersetorialidade na criação de serviços especializados para que a estruturação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres seja melhorada em sua eficácia²⁴.

Na atualidade muitos desafios já foram resolvidos, mas falta resolver muitas demandas levadas ao serviço de saúde. Por exemplo, e a descoberta da correlação do HPV no desenvolvimento da doença possibilita juntamente com a realização do exame de papanicolau, a promoção da saúde e prevenção do câncer de colo uterino. Entretanto, ainda falta a realização do exame de captura híbrida específico para o HPV, visto que há muitos estudos e muitos países que já o realizam em concomitância com o citopatológico.

É preciso empoderar as mulheres e promover a equidade de gênero em todas as atividades sociais e de economia para garantia do efetivo fortalecimento da economia e melhoria da qualidade de vida de mulheres.

A mudança de atitude é fundamental, para a diminuição dos casos das doenças sexualmente transmissíveis nas mulheres. A rejeição à relação sexual não consensual, evitar o abuso das bebidas alcoólicas antes de uma relação sexual (perderá a noção do autocontrole e certamente, terá relação sexual sem camisinha e até uma prática sexual indesejada), evitar a prática do sexo anal

não consensual (existem mulheres que não gostam de sexo anal e terminam aceitando, com medo de perder o parceiro), a decisão de usar camisinha em vez de usar os outros métodos anticoncepcionais como a pílula e injeções hormonais (os homens geralmente convencem as mulheres a usarem os métodos hormonais que previnem apenas a gravidez, mas não previnem as DST), são atitudes que contribuem para uma vida²⁵.

4. CONCLUSÃO

Apesar dos avanços obtidos até agora, segundo as representações dos movimentos de mulheres, a efetiva implantação da PNAISM ainda é um desafio, principalmente naquelas regiões do país onde há maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Conclui-se neste ensaio fazendo uma reflexão das conquistas, sobre iniciativas que estão sendo inicializadas e de questão problematizadoras que ainda se apresentam como desafios na área da saúde da mulher.

REFERÊNCIAS

- [01] Jacó-Vilela AM, Sato L orgs. Diálogos em psicologia social [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2012. 482 p.
- [02] Sardenberg CM.B, Costa A A A. 2010. Contemporary Feminisms in Brazil: Achievements, Shortcomings, and Challenges. In: A. Basu (ed.), *Women's Movements in the Global Era: The Power of Local feminisms*. Boulder, Co.: Westview.
- [03] Boniatti AO, Velho AS, Pereira A, Pereira BB, Oliveira SM. Evolução da mulher no mercado contábil Rev gestão e desenvolvimento em contexto – GEDECON. 2014;2(1):19-27.
- [04] Ventura M. Direitos reprodutivos no Brasil. 2. ed. Brasília: UNFPA, 2004. 196 p.
- [05] Monteiro MFG, Zaluar A. Violência contra a mulher e a violação dos direitos humanos. *Reprod Clim* 2012; 27 (3): 91-71. DOI: 10.1016/j.recli.2012.11.001.
- [06] Osis MJMD. País: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil *Cad. Saúde Pública*. 1998; 14(1):25-32.
- [07] Medeiros PFD, Guareschi MNF. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. *Rev. Estud. Fem*. 2009; 17(1):31-47.
- [08] Farah MFS. Gênero e políticas públicas Gênero e políticas públicas. *Estudos Feministas*, 2004;12 (1): 47-71.
- [09] Alves JED, Corrêa S. Igualdade e desigualdade de gênero no Brasil: um panorama preliminar, 15 anos depois do Cairo, Igualdade e desigualdade de gênero no Brasil. 122-231. Este texto foi escrito para o Seminário Brasil, 15 anos após a Conferência do Cairo, da Abep, realizado em 11 e 12 de agosto de 2009, em Belo Horizonte.
- [10] Parenti EO, Nascimento RO, Viera LJES. Enfrentamento da violência doméstica por um grupo de mulheres após a denúncia *Rev. Estud. Fem*.2009;17(2):446-65.
- [11] Beauvoir S. O segundo sexo de Beauvoir Ed Nova Fronteira.1949. 936p.
- [12] Santos MG, Beauvoir S. Não se nasce mulher, torna-se mulher. *Sapere – convite ao pensar*. Sapere Aude. 2010; 1(2): 108-22.
- [13] Paiva C HA; Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde*. 2014; 21(1):15-35.
- [14] Noronha JC & Pereira TR. Princípios do sistema de saúde brasileiro. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013: 3: 19-32.
- [15] Pashe DF. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. *Interface. Comunicação em saúde e educação*. 2009;13(1):.701-8.
- [16] Hermann,L M. Maria da Penha - Lei Com Nome de Mulher - Violência Doméstica e Familiar. Ed. Servanda, 2007.
- [17] Grosz DM. Previdência da república. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. II PLANO NACIONAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES Princípios da Política Nacional para as Mulheres
- [18] Guizardi FI, Pinheiro R, Mattos RA, Santana AD, Matta G, Gomes MCPA. Participação da Comunidade em Espaços Públicos de Saúde: uma Análise das Conferências Nacionais de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva* 2004; 14(1): 15- 39, 2004.
- [19] Alvarez AS. Feminismos e antirracismo: emismos e antirracismo: emismos e antirracismo: entaves e intersecções. Entrevista com Luiza Bairros, ministra da Secretaria de Políticas de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir) Igualdade Racial (Seppir). *Estudos Feministas*. 2013; 20(3): 836-50.
- [20] Garcia LP, Duarte AC, Freitas LRS, Silva GDM. Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. *Cad. Saúde Pública*.2016; 32(4):1-11.
- [21] Graciete Oliveira Vieira GO, Assis MMA, Nascimento MAA, Vieira TO, Vieira- Santana Neto P. Violência e mortes por causas externas. *Rev Bras Enferm* 2003; 56(1): 48-51.
- [22] Oliveira RNG , Fonseca RMGS A violência como objeto de pesquisa e intervenção no campo da saúde: uma análise a partir da produção do Grupo de Pesquisa Gênero, Saúde e Enfermagem *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(Esp2): 32-9.
- [23] Meneguel SN. Hiraakata VN. Femicídios: homicídios femininos no Brasil *Rev Saúde Pública* 2011;45(3):564-74
- [24] Bandeira LM, Almeida TLC. A transversalidade de gênero nas políticas públicas. *Revista do Ceam*. 2013; 2(1): 35-46.
- [25] Guanilo MCTU, Takahashi RFT, Bertolozzi MR Avaliação da vulnerabilidade de mulheres às Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST e ao HIV: construção e validação de Marcadores *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(Esp):156-63.