

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER

Glauberto da Silva Quirino

Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem (URCA)

Bolsista Pós-doutorado Júnior (CNPq/UFC)

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DOS PROGRAMAS E DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA ÁREA DE SAÚDE DA MULHER NO BRASIL

- ▣ **Política pública** refere-se à intervenção estatal nas mais diferentes dimensões da vida social. Trata-se da imposição de uma racionalidade específica às várias ordens de ação do Estado, um rearranjo de coisas, setores e situações
- ▣ **Programas** referem-se às ações estratégicas em saúde
- ▣ As diferentes intervenções estatais sofrem influência dos modelos econômico-sociais, organização da sociedade civil e modelo liberal globalizado

PROGRAMAS DE SAÚDE DA MULHER DA DÉCADA DE 1970

- **Crise financeira** do Estado, decorrente do **modelo econômico** altamente concentrador de renda, baseado no endividamento externo e prejuízos sociais
- Sistema de saúde caracterizado pelo enfoque **médico-hospitalar**: prestação de serviços pela rede privada subsidiada pelo poder público
- Programas de cunho curativista e assistencialista

PROGRAMAS DE SAÚDE DA MULHER DA DÉCADA DE 1970

- ▣ **Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil** (PNSMI – 1974): redução da morbimortalidade materna e perinatal com enfoque no processo reprodutivo feminino e crianças menores de 5 anos. Ações voltadas ao **pré-natal, parto e puerpério**
- ▣ ONU (1975-1985): Década da mulher
- ▣ **Críticas:** caráter vertical do programa e os instrumentos de operacionalização requeria informações e recursos inacessíveis às Secretarias Estaduais de Saúde

PROGRAMAS DE SAÚDE DA MULHER DA DÉCADA DE 1970

- ▣ Os recursos humanos **sem qualificação** e a qualidade variava conforme a classe social
- ▣ **Rede oficial:** assistenciais (sob jurisdição do poder público) e sociais (órgãos diversos filantrópicos)
- ▣ Programas sociais das primeiras-damas
- ▣ A participação da enfermagem era limitada à execução de atividades programadas
- ▣ **Pesquisa em enfermagem** (1978-1979): implantação de cursos de mestrado no país

PROGRAMAS DE SAÚDE DA MULHER NA DÉCADA DE 1980

- Interrupção da recessão econômica e a conquista de avanços no processo de **democracia**
- **Reforma sanitária** defendida pelos movimentos sociais e sanitaristas e apresentada na **VIII Conferência Nacional de Saúde (março 1986)**
- Criação do **Sistema Único de Saúde (SUS)**
- Visibilidade para as questões de discriminação e problemas de saúde da mulher nas esferas pública e privada

PROGRAMAS DE SAÚDE DA MULHER NA DÉCADA DE 1980



Sérgio Arouca (Presidente)



Plenária da 8ª Conferência Nacional de Saúde

PROGRAMAS DE SAÚDE DA MULHER NA DÉCADA DE 1980

- ▣ As mulheres começam a discutir seus próprios problemas por meio do **movimento de mulheres**
- ▣ **Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher** (PAISM – 1984): desvincula a atenção à saúde da mulher da saúde da criança. Ações de atenção à saúde cardiovascular, câncer cérvico-uterino e mamário, acidentes e causas externas, problemas respiratórios e infectocontagiosos
- ▣ Ênfase nas **doenças, parto e maternidade**

PROGRAMAS DE SAÚDE DA MULHER NA DÉCADA DE 1980

- O PAISM é um exemplo de como a sociedade organizada pode interferir nas diretrizes do poder constituído, seja por meio da elaboração ou da coordenação e controle de medidas adotadas
- Ampliação da cobertura das ações
- **Ressente-se** de profissionais para as ações, dificuldade de acesso da população aos serviços e de ações voltadas para a mulher trabalhadora, com distúrbios mentais e situação de violência

PROGRAMAS DE SAÚDE DA MULHER NA DÉCADA DE 1980

- **Conferência Internacional:**
Tecnologia Apropriada para o Nascimento (Fortaleza, OMS – 1985): estabeleceu a parturição como processo fisiológico, estimulou a autonomia e direito ao acompanhante e propôs várias recomendações para menos intervenção e medicalização (**Programa Maternidade Segura**)
- **V Encontro Internacional Mulher e Saúde** (Costa Rica – 1987): constituição dos Comitês Nacional e Estadual de Mortalidade Materna



PROGRAMAS DE SAÚDE DA MULHER NA DÉCADA DE 1980

- **Conferência:** Iniciativa à Maternidade Segura (Quênia, OMS – 1987): pacto pela redução da mortalidade materna e perinatal com redução de até 50% das mortes maternas até o ano 2000
- Lei do Exercício Profissional (1986)
- Criação do curso de doutorado em Enfermagem (USP, 1982)



Criação da Associação Brasileira de Obstetristas e Enfermeiros Obstetras (1989)

POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER NA DÉCADA DE 1990

- ▣ Iniciativas públicas de intensificaram a partir do **movimento de mulheres**, em particular, o enfrentamento da **violência de gênero**
- ▣ **Rede feminista de saúde e direitos reprodutivos** (Rede Saúde – 1991): formalização dos direitos garantidos em lei
- ▣ **Assembleia geral da Nações Unidas** (1992): Resolução n. 19 sobre a violência contra a mulher
- ▣ **Assembleia geral da Nações Unidas** (1993): Resolução n. 48/104, Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher

POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER NA DÉCADA DE 1990

- **Rede Nacional pela Humanização do Parto e Nascimento** (ReHuNa – 1993): defesa dos direitos da mulher como cidadã e como sujeita ativa da saúde reprodutiva
- **Convenção de Belém do Pará** (1994): violência contra as mulheres é qualquer ação ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito do público como no privado



POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER NA DÉCADA DE 1990

- Lei n. 8.930 de 06/09/94, inclui o **estupro** entre os crimes hediondos, considerados inafiançáveis
- Lei n. 9.029 de 13/04/95, passou a considerar crime a exigência de atestado de esterilização e de teste de gravidez para efeitos de admissão e permanência em emprego
- **Conferência Internacional de População e Desenvolvimento** (CIPD, Cairo – 1994): aprovou plano de ação de 20 anos (2015) e o planejamento familiar deve estar ao alcance de todos

POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER NA DÉCADA DE 1990



- **Direitos Reprodutivos e Sexuais**
- Entendidos como ampliação dos direitos sociais, civis e políticos que visam proteger a saúde e as “escolhas” sexuais e reprodutivas das pessoas
- Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) e Conferência Mundial da Mulher (Pequim, 1995)

POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER NA DÉCADA DE 1990

Direitos Reprodutivos

- Garantia do direito ao pleno exercício da reprodução
- Pressupõe:
 - Decidir sobre a reprodução sem discriminação, coerção, violência ou restrição de filhos e de intervalo entre os nascimentos
 - Ter acesso à informação e aos meios para o exercício saudável e seguro da reprodução e da sexualidade
 - Ter controle sobre seu próprio corpo
 - Exercer a orientação sexual sem sofrer discriminações ou violência

POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER NA DÉCADA DE 1990

Direitos Sexuais

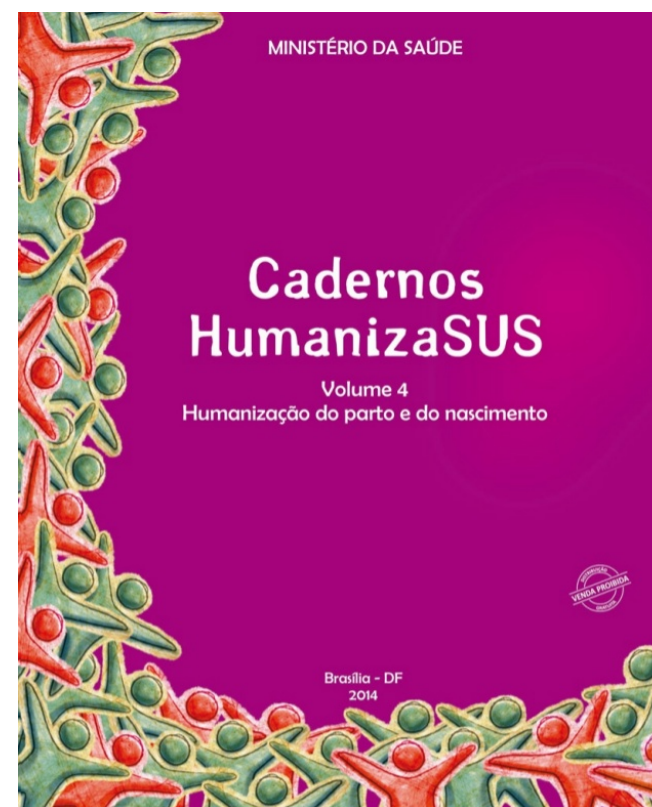
- ▣ Tem a ver com o direito à saúde que cada pessoa tem de ver reconhecidos e respeitados o seu corpo, o seu desejo e o seu direito de amar
- ▣ Encontra maior dificuldade de afirmação e reconhecimento, haja vista as resistências em se admitir a diversidade sexual, que engloba múltiplas expressões legítimas da sexualidade
- ▣ Estreita associação com o conceito de Saúde Sexual: reforço do ideal moral, do corpo e espírito sadio e da medicalização da sexualidade como forma de controle

POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER NA DÉCADA DE 1990

- ▣ Lei n. 9.263 (1996): **planejamento familiar** considerado um direito de todo cidadão e dever do Estado
- ▣ Lei n. 9.455/97, a **violência psicológica** foi tipificada dentre os crimes de tortura
- ▣ **Ministério da Saúde** (1998): medidas para a redução da mortalidade materna e melhoria da qualidade do atendimento ao pré-natal, ao parto, a redução do número de cesarianas e de violência contra a mulher

POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER A PARTIR DA DÉCADA DE 2000

- **Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN – 2000):** estabelece princípios e diretrizes com determinantes de organização e funcionamento dos serviços de saúde da mulher, na perspectiva de gênero e de humanização da assistência à mulher
- Compromisso assumido pelo Estado brasileiro para o cumprimento da Declaração do Milênio (ONU), firmado por 191 países, em setembro de 2000



POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER A PARTIR DA DÉCADA DE 2000

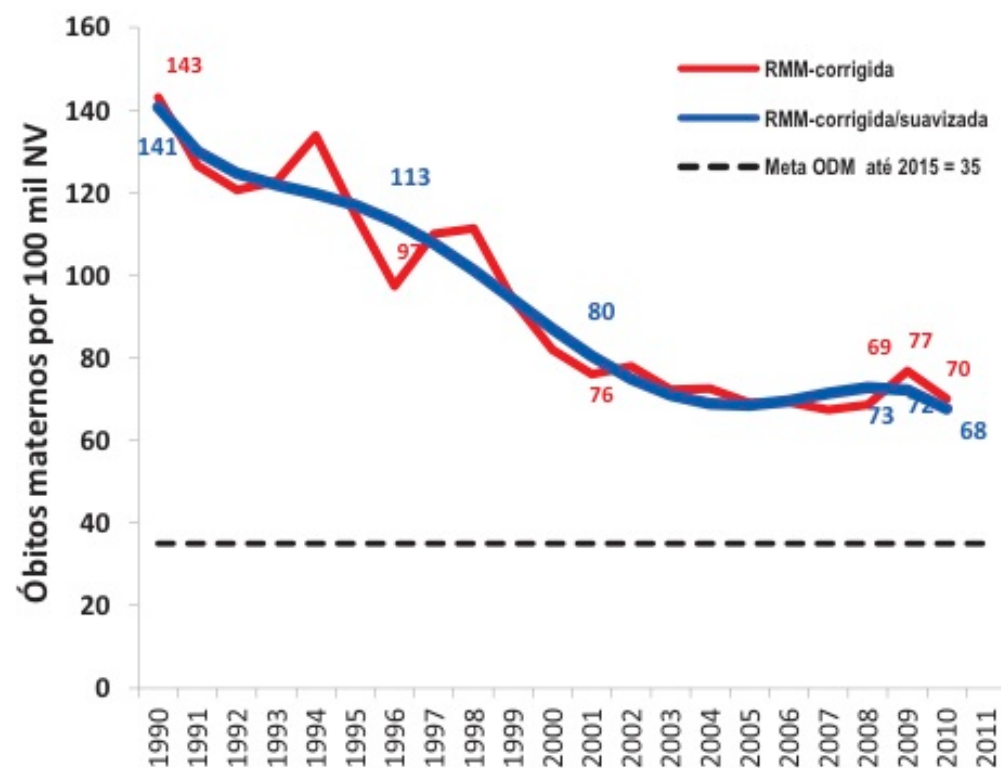


POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER A PARTIR DA DÉCADA DE 2000

- As metas propostas para atingir o objetivo de melhorar a saúde materna consistem em **reduzir em três quartos** (1990-2015) as taxas de mortalidade materna e aumentar o acesso universal à saúde reprodutiva
- O **Brasil inseriu duas outras metas**: promover a rede do SUS a cobertura universal por ações de saúde reprodutiva e reduzir o crescimento da mortalidade por câncer de mama e colo de útero

POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER A PARTIR DA DÉCADA DE 2000

Gráfico 1 – Razão de mortalidade materna corrigida – Brasil, 1990 a 2010

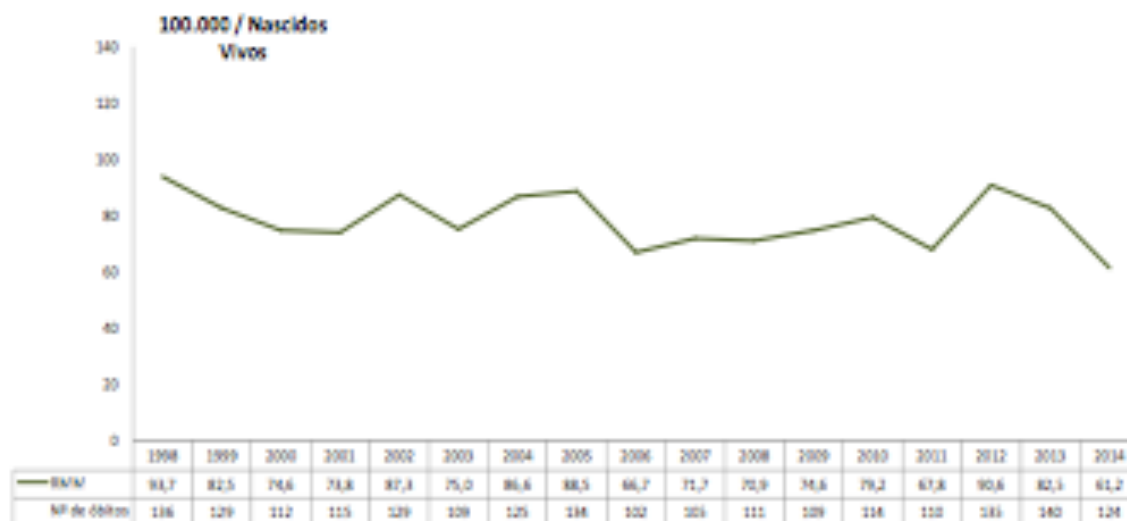


Fonte: SVS/MS.

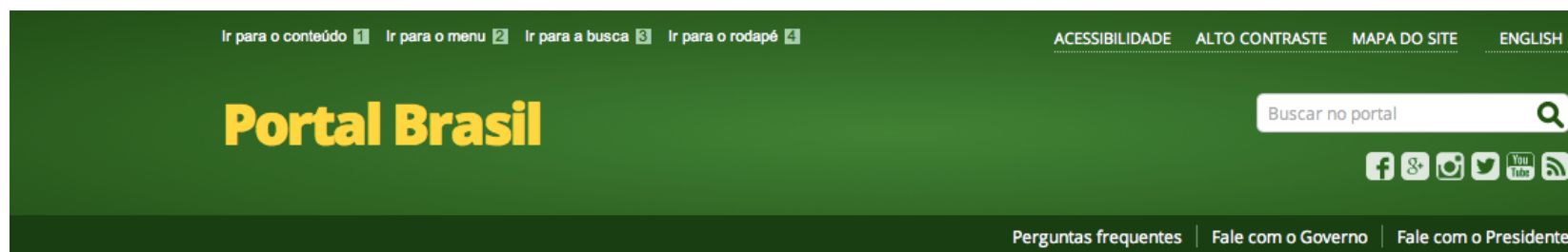
A mortalidade materna em todo o Brasil decresceu aproximadamente pela metade em 20 anos.

POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER A PARTIR DA DÉCADA DE 2000

Figura 2. Número de Óbitos Maternos Confirmados e Razão de Mortalidade Materna Ceará – 1998 a 2014*.



POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER A PARTIR DA DÉCADA DE 2000



SAÚDE

**OMS: Brasil reduz mortalidade
materna em 43% de 1990 a 2013**

POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER A PARTIR DA DÉCADA DE 2000

- ▣ A razão de **morte materna global** situa-se em torno de **210 mortes** por 100 mil nascidos vivos
- ▣ Brasil, a **meta para 2030** é reduzir a mortalidade materna para aproximadamente **20 mortes** para cada 100 mil nascidos vivos, considerando a razão oficial de mortalidade materna no Brasil para o ano de 2010

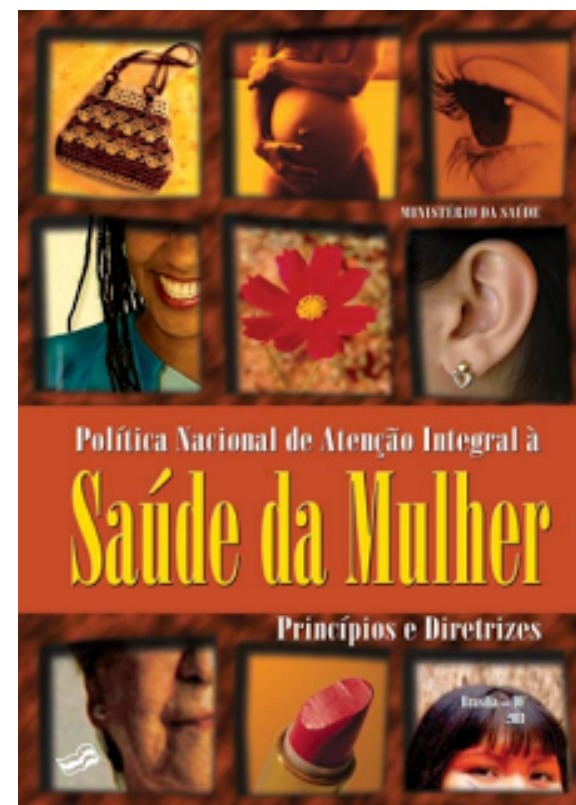
POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER A PARTIR DA DÉCADA DE 2000

- ▣ Lei n. 10.778 de novembro de 2003: estabeleceu a **notificação compulsória** da violência contra as mulheres que forem atendidas nos serviços de saúde
- ▣ Lei n. 10.886/04, reconheceu o tipo penal de “**violência doméstica**” e Lei n. 11.340/06 (**Maria da Penha**)
- ▣ Ano da mulher em 2004
- ▣ **Política Nacional de Humanização no SUS** (2004): documento Humaniza SUS, destinado a gestores e trabalhadores do SUS



POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER A PARTIR DA DÉCADA DE 2000

- **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher** (2004): incorpora o enfoque de gênero, integralidade, promoção da saúde, direitos sexuais e reprodutivos, planejamento reprodutivo, atenção ao abortamento, combate à violência, prevenção e tratamento de mulheres com HIV/Aids, portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e câncer ginecológico. Ampliaram-se as ações para mulheres rurais, deficientes, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas



OBJETIVOS GERAIS

- 1 ➤ Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos
- 2 ➤ Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie
- 3 ➤ Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde

PRINCÍPIOS

- 
- 1** Integralidade
 - 2** Promoção da Saúde
 - 3** Humanização
 - 4** Qualidade do Atendimento

PRINCÍPIOS

1 Integralidade

“Na atenção à saúde da mulher a integralidade visa considerá-la e **atendê-la em todas as suas necessidades** através de práticas de atenção que garantam o **acesso das mulheres a ações resolutivas** construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas.”

- Acolhimento
- Escuta sensível
- Valorização das influências de questões de gênero, cor, classe social no processo saúde e adoecimento das mulheres

PRINCÍPIOS

2 Promoção da Saúde

Iniciativas de promoção à saúde (políticas/ programas) devem ser planejadas e executadas de acordo com os seguintes princípios:

- 1- Concepção holística (saúde física, mental, social e espiritual)
- 2- Intersetorialidade
- 3- Empoderamento
- 4- Participação Social
- 5- Equidade
- 6- Ações multiestratégicas
- 7- Sustentabilidade

PRINCÍPIOS

3 Humanização 4 Qualidade do Atendimento

- São indissociáveis no contexto da política
- **Humanizar** é mais do que tratar bem, devendo considerar questões de acessibilidade dos serviços, provisão de insumos e tecnologias necessárias
- **A qualidade da atenção** exige mais do que a resolução de problemas ou a disponibilidade de recursos tecnológicos, mas relaciona-se intimamente com a humanização do atendimento

PRINCÍPIOS

3 Humanização 4 Qualidade do Atendimento

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. Implica em promover informações às mulheres e possibilitar escolhas conforme seu contexto de vida

Como garantir os princípios “Humanização e Qualidade da atenção”?

- 1- Acesso das mulheres aos 3 níveis de assistência
- 2- Definição da estrutura e organização da rede assistencial
- 3- Captação precoce e busca ativa das usuárias
- 4- Disponibilidade de recursos tecnológicos e uso apropriado
- 5- Capacitação técnica dos profissionais de saúde e funcionários dos serviços
- 6- Disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos
- 7- Acolhimento amigável em todos os níveis da assistência
- 8- Disponibilidade de informações e orientação da clientela
- 9- Estabelecimento de mecanismos de avaliação continuada dos serviços
- 10- Estabelecimento de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação das ações de saúde
- 11- Análise de indicadores que permitam aos gestores monitorar o andamento das ações, o impacto sobre os problemas tratados

DIRETRIZES

- 1 O SUS deve estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher
- 2 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
- 3 A elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque
- 4 A gestão da Política de Atenção à Saúde deverá estabelecer uma dinâmica inclusiva, para atender às demandas emergentes ou demandas antigas

DIRETRIZES

- 5 As políticas de saúde da mulher deverão ser compreendidas em sua dimensão mais ampla, objetivando a criação e ampliação das condições necessárias ao exercício dos direitos da mulher
- 6 A atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde
- 7 O SUS deverá garantir o acesso das mulheres a todos os níveis de atenção à saúde
- 8 A atenção integral à saúde da mulher compreende o atendimento à mulher a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida (respeito e direito a escolhas)

DIRETRIZES

9

O atendimento deverá nortear-se pelo respeito a todas as diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais

10

As práticas devem nortear-se pela humanização, compreendido como atitudes e comportamentos do profissional de saúde que contribuam para reforçar o caráter da atenção à saúde como direito

11

No processo de elaboração, execução e avaliação da Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá ser estimulada e apoiada a participação da sociedade civil organizada (ONG's, movimento de mulheres)

DIRETRIZES

12

Melhorar e qualificar os mecanismos de repasse de informações sobre as políticas de saúde da mulher e sobre os instrumentos de gestão e regulação do SUS (controle social)

13

No âmbito do setor Saúde, a execução de ações será pactuada entre todos os níveis hierárquicos

14

As ações voltadas à melhoria das condições de vida e saúde das mulheres deverão ser executadas de forma articulada com setores governamentais e não governamentais

ÁREAS ESTRATÉGICAS OU PROBLEMÁTICAS COMO PRIORIDADE

TEMAS RELATIVOS A MORBIMORTALIDADE FEMININA

- 1- Mortalidade materna
- 2- Precariedade da atenção obstétrica
- 3- Abortamento em condições de risco
- 4- Precariedade da assistência em anticoncepção
- 5- IST, HIV/Aids
- 6- Doenças crônicas degenerativas e câncer ginecológico

TEMAS RELATIVOS À ATENÇÃO À SAÚDE NO CICLO VITAL

- 7- Saúde das mulheres adolescentes
- 8- Saúde das mulheres no climatério/menopausa
- 9- Saúde mental e gênero

ÁREAS ESTRATÉGICAS OU PROBLEMÁTICAS COMO PRIORIDADE

TEMAS RELATIVOS A MULHERES EM MINORIAS E/OU VULNERABILIDADE

10- Saúde das mulheres lésbicas

11- Saúde das mulheres negras

12- Saúde das mulheres indígenas

13- Saúde das mulheres residentes e trabalhadoras na área rural

14 – Saúde da mulher em situação de prisão

15- Violência doméstica e sexual

PRINCIPAIS CRÍTICAS

- ❑ **Incoerência** entre o que se preconiza (integralidade) e o que se efetiva na atenção à saúde das mulheres. Estudos apontam para **falta de acesso** e **violação de direitos fundamentais**
- ❑ O **enfoque de gênero** embora claro na PNAISM ainda **não se efetiva** em todos os âmbitos da atenção à saúde (promoção, prevenção, assistência e reabilitação)
- ❑ **Exclusão** de certos grupos de mulheres da sociedade em situação de vulnerabilidade como as **profissionais do sexo**
- ❑ **Fragilidade** na proposição prática do que se preconiza no plano teórico e **deficiência quanto à divisão de responsabilidades** entre os entes federativos

POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER A PARTIR DA DÉCADA DE 2000

- ▣ **Política Nacional da Atenção Básica** (2006):
pacto pela vida
(mortalidade materna e
câncer de colo de útero e
mama)

- ▣ **Rede Cegonha** (2011):
estratégia de qualificação
da atenção obstétrica e
infantil



FORMAÇÃO DE ENFERMEIRAS/OS OBSTETRAS



Parteiras, Enfermeiras obstétricas e Enfermeiras Obstetras: há diferença?



FORMAÇÃO DE ENFERMEIRAS/OS OBSTETRAS

- ▣ **Parteira:** título mais antigo, depois denominou-se obstetriz e enfermeira obstétrica
- ▣ **Enfermeira obstetra:** denominação recente, consolida a formação de enfermeira adjetivada pela titulação de especialista
- ▣ Traduzem modificações na legislação de ensino e na concepção quanto à modalidade de formação e da própria profissão

FORMAÇÃO DE ENFERMEIRAS/OS OBSTETRAS

- As parteiras até meados do século XX eram formadas por escolas médicas
- Enfermeiras parteiras nos anos de 1920
- Obstetriz (Pará) nos anos de 1922 e 1925
- Em 1955 aparece na legislação a diferenciação das categorias de enfermagem

FORMAÇÃO DE ENFERMEIRAS/OS OBSTETRAS

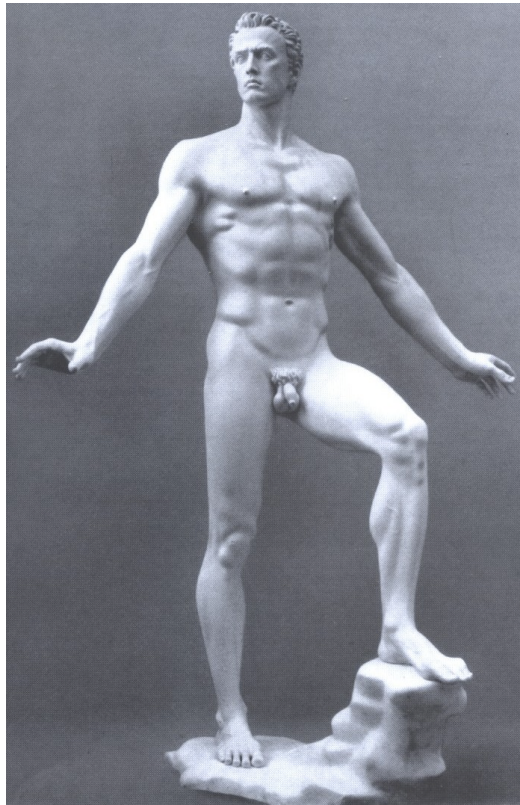
- **Enfermeiras obstétricas:** diploma de formação em obstetrícia, sendo o curso denominado de enfermagem obstétrica, pois a formação em enfermagem não era exigida e era ministrado por médicos
- Conselho Federal de Educação na década de 1960 fixou novo currículo com duração de 3 anos para o curso de obstetrícia e articulação com a enfermagem por meio de um tronco profissional comum de 2 anos e um terceiro diversificado

FORMAÇÃO DE ENFERMEIRAS/OS OBSTETRAS

- Na década de 1970 houve a fusão dos cursos em 3 fases:
 - Pré-profissional
 - Tronco profissional que levava à graduação em enfermagem
 - Habilitações: obstetrícia, médico-cirúrgica e saúde pública
- Ocorreu a extinção das habilitações em 1994

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

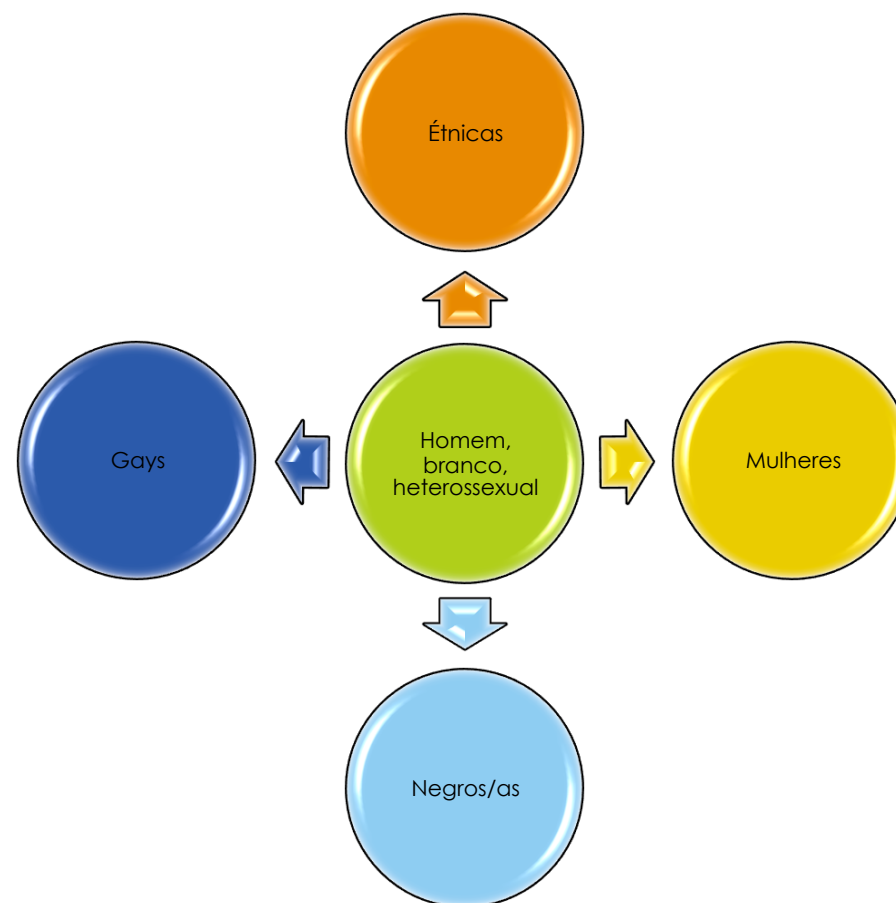
A IMAGEM DO HOMEM



Vencedor de Arno Breker (1939)

Honra
Força
Coragem

CONTRA-TIPOS



RETRATOS DE FAMÍLIA



“Voyage Pittoresque et Historique au Brésil” (1834-1839). Debret chegou ao Brasil como membro da Missão Artística de 1816 e voltou para a Europa 15 anos depois, em 1831. Debret é considerado o maior cronista visual do Brasil no século XIX.

Um funcionário a passeio com sua família (Debret)

RETRATOS DE FAMÍLIA

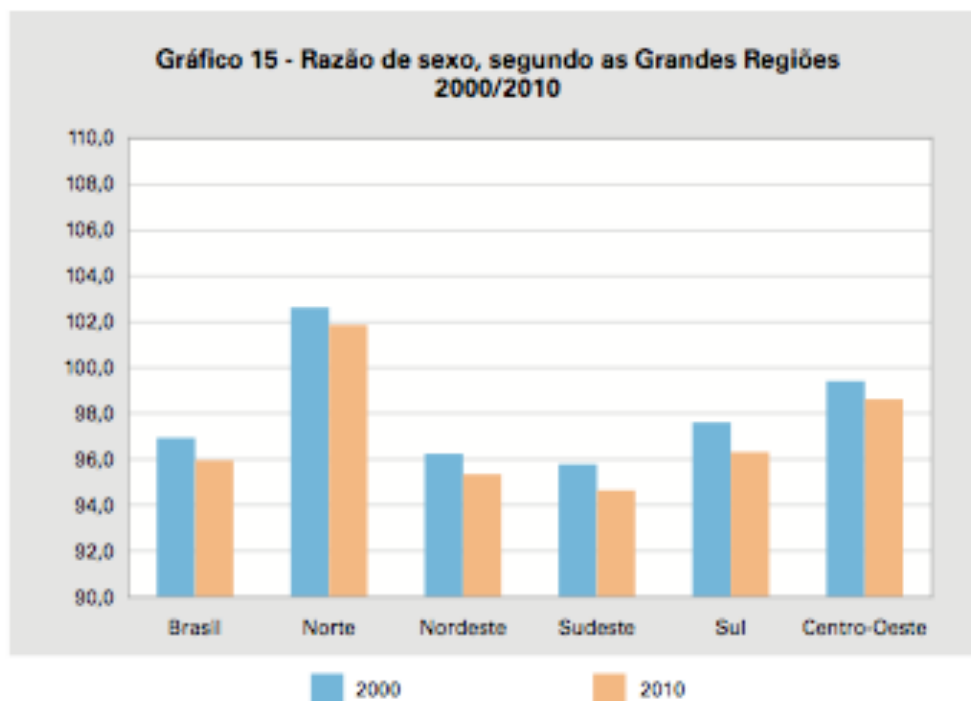


RETRATOS DE FAMÍLIA



ASPECTOS DA SAÚDE

- ▣ As **mulheres são maioria** da população (51,03%) isso significa 3.941.819 mulheres a mais do que homens



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000/2010.

Razão entre o número de homens e o número de mulheres em uma população, expressa pela relação: $(\text{homens/mulheres}) \times 100$, onde a razão > 100 significa um número maior de homens e a razão < 100 significa um número maior de mulheres

ASPECTOS DA SAÚDE

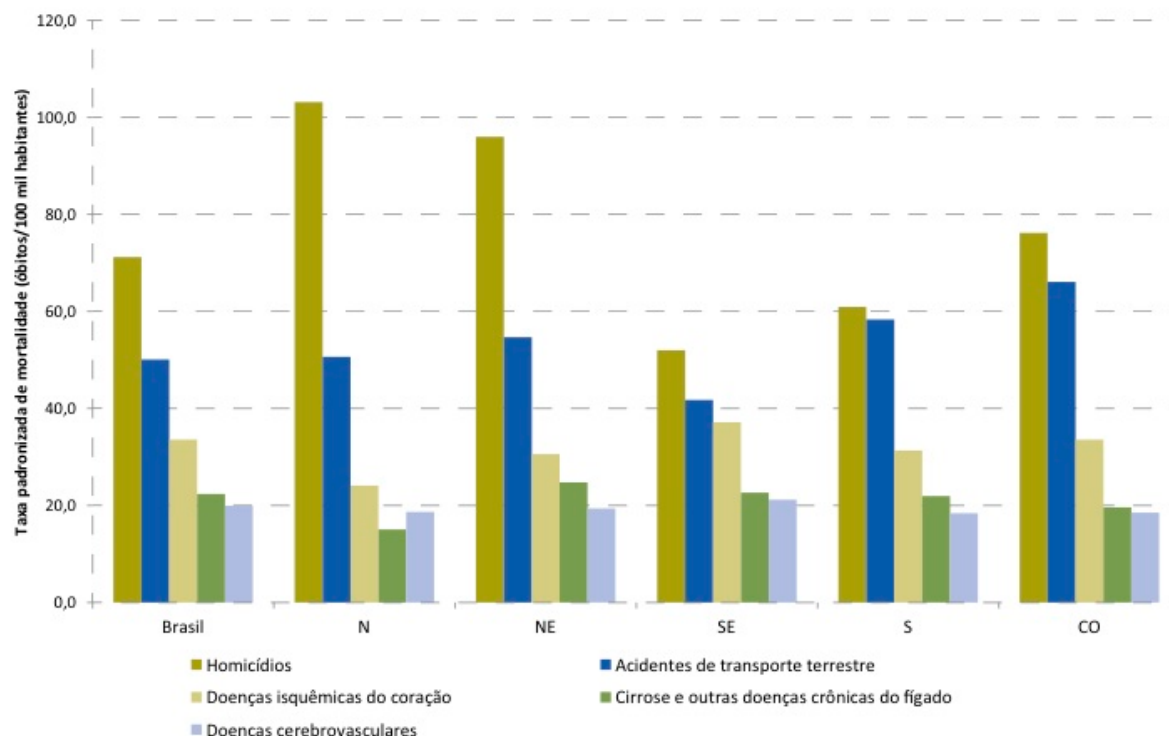
- ▣ 48,9% das mulheres são economicamente ativas e 26,7% são chefes de família
- ▣ As **mulheres vivem mais do que os homens**, devido a vantagens biológicas e comportamentais
- ▣ A probabilidade de um homem falecer com idade entre 15 e 60 anos era de 272/1.000 habitantes em 1990 e passou a ser de 205/1.000 habitantes em 2009; para o sexo feminino, as probabilidades foram, respectivamente, 150 e 102/1.000 habitantes

ASPECTOS DA SAÚDE

- Maior proporção de óbitos entre homens do que entre mulheres na faixa etária adulta
- As causas externas de mortalidade (acidentes e violências) são extremamente importantes entre os adultos, especialmente para homens jovens (15-39 anos)
- Óbitos do sexo masculino (68,2%) e houve uma concentração de óbitos na faixa etária de 50 a 59 anos (40,0%)

ASPECTOS DA SAÚDE

Gráfico 4 – Taxas padronizadas de mortalidade das cinco principais causas definidas de morte do Brasil para a faixa etária de 20 a 59 anos do sexo masculino – Brasil e regiões, 2010



A taxa específica de mortalidade do sexo masculino foi de 461,1 óbitos/100 mil habitantes (o dobro da taxa observada para o sexo feminino)

Fontes: SIM/SVS/MS e IBGE.

CONTEXTO HISTÓRICO E POLÍTICO

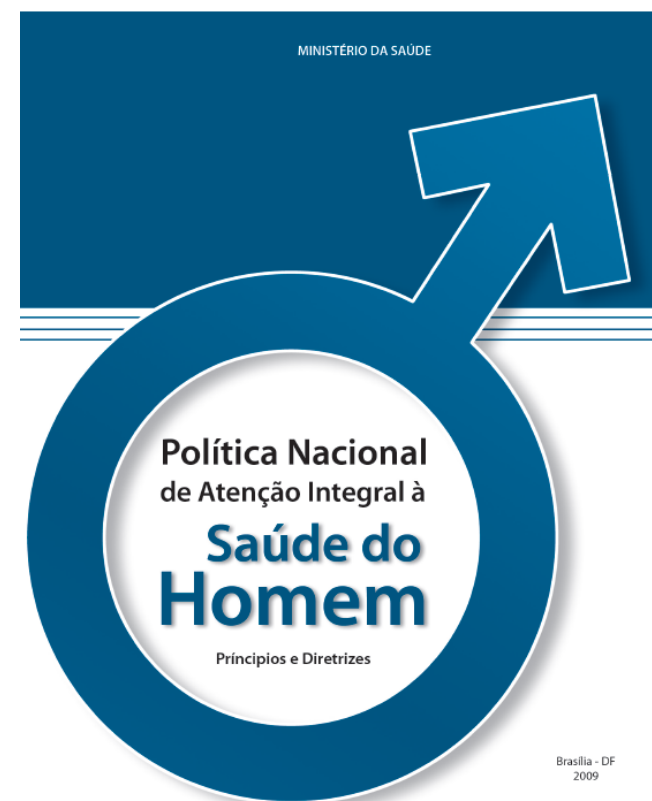
- **Segunda metade do século XIX:** saúde se torna questão de Estado e as intervenções objetivam sanear ou aperfeiçoar eugenicamente o corpo
- **Sujeitos com visibilidade:** criminosos, loucos e homossexuais (perigo social); mulheres (responsabilidade pela reprodução); criança ou velhos (frágeis)
- Homens permanecem na **penumbra**
- **Alcoolismo e doença venéreas:** construção do perigo masculino leva a higienizar espaços de sociabilidade masculinos (bares e bordéis)

CONTEXTO HISTÓRICO E POLÍTICO

- ▣ Esse contexto não foi suficiente para formulação de políticas públicas nem consolidação de uma especialidade médica
- ▣ **Medicalização dos corpos masculinos:** perda da posição de representantes universais da espécie humana e a relativa invisibilidade epistemológica que tal posição lhes proporcionava; transformação das estruturas familiares e de padrões de masculinidade (**consumidores de bens e serviços**); resolução de graves problemas de saúde; desenvolvimento de tratamentos específicos (**disfunção erétil**)

UMA POLÍTICA DE SAÚDE PARA O HOMEM

- **Março de 2008:** criada Área Técnica de Saúde do Homem sob coordenação de Ricardo Cavalcanti, médico ginecologista e um dos fundadores da sexologia brasileira
- **Papel da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU):** distúrbio androgênico do envelhecimento masculino, infertilidade masculina, disfunções eréteis e ejaculação precoce
- Desde 2004, a SBU vinha se dedicando à causa da saúde do homem e, ao longo de 2008, passa a exercer **forte pressão** junto a diferentes setores do governo e demais entidades da sociedade civil para o lançamento da política



UMA POLÍTICA DE SAÚDE PARA O HOMEM

- **Estavam em jogo questões corporativas:** valor de honorários pagos aos urologistas pelo SUS ou a obrigatoriedade de os urologistas vinculados ao SUS serem credenciados pela sociedade
- **Entre julho e setembro de 2008:** Campanha Nacional de Esclarecimento da Saúde do Homem promovida pela SBU com apoio do MS (Disfunção erétil)
- **Disfunção erétil:** 50% dos homens adultos acima dos 40 anos; menos de 10% destes procurariam assistência médica; associada a outras doenças

UMA POLÍTICA DE SAÚDE PARA O HOMEM

- Em 2007, **16,7 milhões de mulheres** consultaram-se com um ginecologista e **2,7 milhões de homens** procuraram um urologista
- **28 de julho de 2008**: lançamento da campanha nacional da SBU em Brasília, num jantar para 130 convidados
- Um dos grandes obstáculos à promoção da saúde dos homens é a centralidade da **ideia de invulnerabilidade (potência)** na construção da masculinidade hegemônica

UMA POLÍTICA DE SAÚDE PARA O HOMEM

- Ao centrar a felicidade dos homens na potência sexual, vista como a capacidade de obter uma ereção, a campanha acaba **reforçando a centralidade** dos valores que supostamente quer combater
- SBU trabalha no sentido de garantir sua **sustentação política**
- Solicita apoio para políticas públicas voltadas para o sexo masculino através da **distribuição de folhetos** no XXV Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

UMA POLÍTICA DE SAÚDE PARA O HOMEM

- No folheto distribuído, compara-se a situações de mulheres, apresentadas como sujeitas que reivindicam seus direitos, e de homens, apresentados em linguagem um tanto confusa como **sujeitos passivos**, cuja saúde tem sido negligenciada
- A nova política foi finalmente **lançada em 28 de agosto de 2009**: o ministro ressalta a importância da SBU na construção da nova política
- **V Fórum de Políticas Públicas e Saúde do Homem** (Câmara dos Deputados): manter a lembrança e pressão... resgata uma lacuna e inclui o gênero masculino ainda secundarizado nas políticas públicas

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PRINCÍPIOS E DIRETRIZES)

- O documento é apresentado como **fruto da parceria** entre gestores do SUS, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores acadêmicos e agências de cooperação internacional
- “Um longo **anseio da sociedade** ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros **problemas de saúde pública**”
- Os homens são **mais vulneráveis** e morrem mais cedo do que as mulheres; não são captados pela atenção primária; entrada no sistema pelo ambulatório e hospital

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PRINCÍPIOS E DIRETRIZES)

- ▣ **Barreiras institucionais:** dificuldade de acesso aos serviços assistenciais
- ▣ **Barreiras socioculturais:** grande desafio mobilizar os homens para a luta da garantia de seu direito social à saúde
- ▣ **Eixos:** violência; tendência à exposição a riscos com consequência nos indicadores de morbi-mortalidade; saúde sexual e reprodutiva
- ▣ Terceiro eixo é **ênfatizado** em detrimento dos demais

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PRINCÍPIOS E DIRETRIZES)

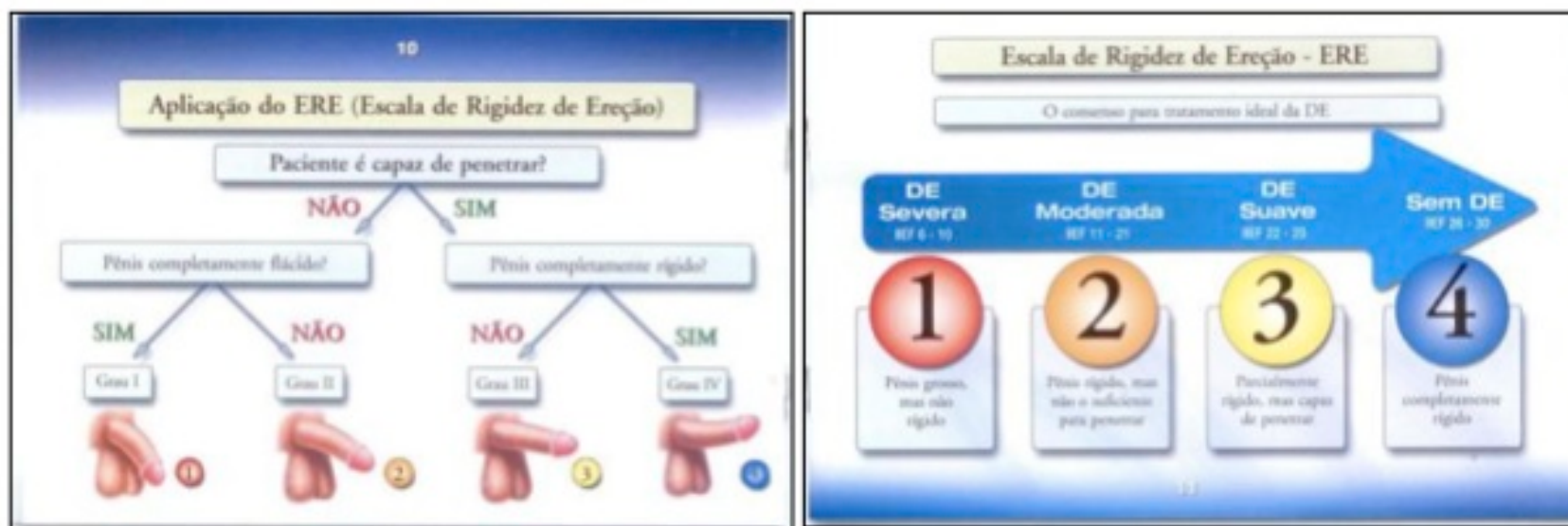


Figura 1: Livreto “Disfunção erétil: recomendações de tratamento na prática clínica”, pp. 10 e 11.
Fonte: Pfizer.

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PRINCÍPIOS E DIRETRIZES)



Figura 2: *Folder “Rigidez é o objetivo”, p. 3.*
Fonte: Pfizer.

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PRINCÍPIOS E DIRETRIZES)



Figura 6: Folder “H”, pp. 1, 2 e 3.
Fonte: Cristália.

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PRINCÍPIOS E DIRETRIZES)

- ▣ Assegurar aos homens o **direito à participação no planejamento reprodutivo**
- ▣ É curiosa essa formulação, uma vez que a demanda pela participação masculina nas decisões reprodutivas é uma **bandeira do movimento feminista**, dever que o homem tende a escapar
- ▣ O dever se transforma em direito
- ▣ O documento dirige seu foco para as novas temáticas da saúde sexual e dos direitos sexuais e reprodutivos, tais temáticas pareciam mais ligadas aos discursos feministas

Algumas conclusões possíveis

- ▣ Homens apresentados como **vítimas** de sua própria masculinidade
- ▣ Para os homens, articular reivindicações a partir de uma posição generificada e tornar-se visíveis enquanto “homens” significa colocar-se no **mesmo plano que as mulheres**
- ▣ Como se os homens precisassem se tornar socialmente vulneráveis para poder perceber sua **vulnerabilidade biológica**

Algumas conclusões possíveis

- ▣ Representados pelos médicos, sobretudo urologistas, e pelos formuladores e executores de uma política que supostamente se implanta em nome deles, mas **sem sua participação**
- ▣ Ênfase dada aos **direitos sexuais e reprodutivos**
- ▣ **É o tipo de pressão que vem dos especialistas:** transformar a disfunção erétil num problema de saúde pública
- ▣ Homem, sem qualquer adjetivo, não parece ser uma **identidade** que se precise assumir ou que se deva fortalecer ou pela qual se precise lutar

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011**: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: Princípios e Diretrizes. 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

REFERÊNCIAS

- CARRARA, S; RUSSO, JA; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009.
- CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Informe epidemiológico: mortalidade materna**. Disponível em: < <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/boletins?download=1355%3Ainforme-mortalidade-materna> > Acesso em: 14 mar. 2017.
- FARO, L. et al. Homem com “H”: ideais de masculinidade (re)construídos no marketing farmacêutico. **Cadernos Pagu**, v. 40, p. 287-321, 2013.

REFERÊNCIAS

- RIESGO, M.L.G.; TSUNECHIRO, M.A. Formação profissional de obstetrites e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? **Estudos feministas**, ano 10, 2002, p. 449-459.
- SOUZA, J.P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030). **Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia**. v. 37, n. 12, p. 549-551, 2015.
- TYRRELL, M.A.R.; SOUZA, M.H.N.; SOUZA, K.V. Políticas de saúde à mulher no Brasil: marcos evolutivos e implicações para o exercício profissional do enfermeiro. In: Associação Brasileira de Enfermagem e Associação Brasileira de Obstetrites e Enfermeiros Obstetras. **PROENF Saúde Materna e Neonatal**. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2009. p. 129-164.



Obrigado!

glauberto.quirino@urca.br