

A “POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER” COMO DISPOSITIVO DE EMPODERAMENTO FEMININO

Caroline Ramalho e Silva¹; Luiza de Azevedo Garcia¹; Laura Paste de Almeida².

1. Acadêmicas do curso de Psicologia na Faculdade Brasileira – MULTIVIX Vitória.
2. Psicóloga, Mestre em Psicologia Institucional pela UFES – Universidade Federal do Espírito Santo. Docente do curso de Psicologia da Faculdade Brasileira – MULTIVIX Vitória.

RESUMO

O presente estudo faz uma análise do documento "Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher", utilizando-se do método da Análise de Conteúdo de Laurence Bardin, a fim de encontrar dispositivos (conceito da Análise Institucional que propõe intervenção) que incentivem o empoderamento feminino a partir das diretrizes desta política pública. Foram consideradas quatro categorias para compor a discussão desta análise, sendo elas: Gênero, Corpo, Formação de Grupos e Saúde. Todas elas são contempladas e perpassam pelo conceito de empoderamento. Identifica-se que, apesar da política apresentar positivamente a discussão de gênero como mecanismo decisivo para conquista de autonomia das mulheres, sua concepção de ser mulher muitas vezes é controversa à sua proposta, atentando principalmente às mulheres cisgênero em sua idade reprodutiva.

Palavras-chave: Saúde da Mulher, Empoderamento, Feminismo, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

ABSTRACT

This study is an analysis of the document "Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher", using the method of Laurence Bardin content analysis in order to find devices (concept of Institutional Analysis that proposing intervention) that encourage female empowerment from the of public policy guidelines. Four categories were considered for inclusion in the discussion of this analysis, namely: Gender, Body, Groups Formation and Health. They are contemplated and pervading the concept of empowerment. It identifies that despite the policy positively present the discussion of gender as a key mechanism for achieving empowerment of women, their conception of being a woman is often controversial for its proposal, especially women cisgender in their reproductive age.

Key-words: Woman's health, Empowerment, Feminism, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

1. INTRODUÇÃO

As temáticas relacionadas ao processo de saúde da população brasileira a partir do recorte dos gêneros vêm se configurando como um importante campo de estudos no âmbito da Saúde Coletiva e das ciências humanas de um modo geral. Problematizar o caráter binário do gênero entre masculino e feminino, implica principalmente em reconhecer as relações de poder que os envolvem que claramente tendem mais a um dos lados da “balança social” a qual a sociedade está cotidianamente envolta. Conforme Carvalho (1998, apud FARAH, 2004) há um padrão vigente na sociedade (tanto na esfera pública, quanto privada) que exalta desigualdades, tendendo a situações de subordinação e de dominação das mulheres.

De acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa (RIOS, 2010), gênero pode ser definido como o conjunto de seres e/ou espécies que apresentam caracteres ou qualidades semelhantes. Alguns dos sinônimos apontados são “ordem”, “modo”, “classe” e até “atitude”. Segundo Aguiar (2005, p.180), ao se referir à construção teórica da filósofa pós-estruturalista Judith Butler, referência na atualidade nos estudos sobre gênero, é primordial ressaltar a

diferenciação entre sexo e gênero para compreender o que enreda o segundo: “aceitar o sexo como um dado natural e o gênero como um dado construído, determinado culturalmente, seria aceitar também que o gênero expressaria uma essência do sujeito”.

Dessa forma, para Butler (2003), assim como o gênero, o sexo é também uma construção discursiva e cultural. É de grande valia para essa perspectiva a desconstrução do ideário de sexo/gênero, mas firmando a partir disso uma potência constitutiva de novos olhares. As mulheres assim gerariam uma cisão com associações naturalizantes do feminino como fragilidade ou submissão.

Compreende-se então que, na perspectiva teórica e política de Butler, o conceito de gênero é produzido como um discurso que orienta os modos de pensar, sentir e agir em sociedade, revelando que as relações entre homens e mulheres são produções histórico-sociais.

É pungente a necessidade de elaboração que vai além de uma única representação do sujeito que ilustre as propostas de um programa, evidenciando tamanho abalo que essa perspectiva traz ao pensarmos a respeito de políticas públicas, por exemplo. A própria Butler esclarece da carência de olhares plurais, tanto na abordagem política como veículo de administração do Estado, quanto na maneira como viemos encarando as identidades ao longo da história:

Se as identidades deixassem de ser fixas como premissas de um silogismo político, e se a política não fosse mais compreendida como um conjunto de práticas derivadas dos supostos interesses de sujeitos prontos, uma nova configuração política surgiria certamente das ruínas da antiga. (BUTLER, 1998 apud AGUIAR, 2005, p. 181).

A partir do dito anteriormente, é possível identificar o gênero como elemento constitutivo da identidade das mulheres, porém não como determinante para tal condição. Além disso, é caro enfatizar o caráter plural adotado por esse mirar sobre a mulher e a sociedade, onde há a possibilidade de enxergar infinitas ramificações dentro da estabelecida categoria do feminino.

As diferenças caracterizadas pelos papéis sociais de cada gênero baseiam discussões do movimento teórico social Feminismo. Este se divide nas denominadas “ondas” e em variadas formas epistemológicas de pesquisa, isso porque é um movimento plural que procura abarcar as diversas realidades existentes das mulheres. Cruz (2007, p.5) diz que, embora o feminismo, ao longo de sua história, tenha constituído diferentes feminismos, “todos clamam por mudanças de ordem social, econômica, política e cultural, almejando a diminuição ou até mesmo a superação de todas as formas de discriminação contra a mulher.”

No campo da saúde, a discussão acerca dos direitos das mulheres, incluindo os sexuais e reprodutivos, foi sendo incorporada de forma descontínua e heterogênea, “em função de diferentes fatores políticos e econômicos, incluindo a simultaneidade entre as tarefas de mudar a dinâmica e a organização do sistema de saúde.” (VILLELA; MONTEIRO, 2005, p.17)

Historicamente, de acordo com Villela e Monteiro (2005), a saúde da mulher foi incorporada às políticas de saúde nas décadas de 30, 50 e 70 do século XX, limitando-se às demandas relativas ao período gestacional e ao parto. Inicialmente, o foco era o cuidado com as crianças e a redução da mortalidade infantil. A partir dos anos 50, a perspectiva da mulher como reprodutora passa a incluir também a contracepção. Esses planos focalizavam esforços no papel social da mulher como responsável pela casa e cuidado dos familiares, em especial pelos filhos, concentrando e alimentando o ideal da “mulher mãe/esposa”.

Os programas de saúde que reconhecem e exaltam a diferenciação para além do sexo biológico viriam para colocar em prática o que há muito era galgado pelos movimentos feministas. Medeiros (2008) identifica tais programas e políticas como a maneira de materializar as lutas sociais percorridas pelas mulheres, uma forma de inclusão, tornando as mesmas ativas no processo de sua saúde e ultrapassando a lógica de base biologicista.

Tais lutas sociais e organizações de grupos, como o de feministas, com um objetivo em comum, remetem-se ao conceito de empoderamento, o qual é descrito por Horochovski (2006, p.1) como “a capacidade de os indivíduos e grupos terem controle sobre o que lhes afeta, escolhendo, com o maior grau possível de autonomia, seus cursos de ação em múltiplas dimensões”. Exemplificando isto, Medeiros (2008) afirma que o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) emerge da organização do feminismo, como forma de resistência frente à necessidade da inclusão da mulher no plano público.

Foi um longo trajeto até que as mulheres tivessem suas necessidades asseguradas, inicialmente sendo contempladas pelo referido Programa (PAISM), de 1983, que focava seus esforços principalmente na saúde reprodutiva, na maternidade e seus desdobramentos. Esta foi uma conquista a partir dos movimentos de mulheres que há muito lutavam pela representatividade, inclusive de sua saúde, perante a sociedade brasileira que as segrega em ambientes de trabalho, desmerece seus esforços em jornadas sobrecarregadas que extrapolam as responsabilidades domésticas. Ainda existem agravantes tais como a classe social, raça, etnia, idade e orientação sexual, que engrossam o revestimento da desigualdade de gênero em nosso país. (TAVARES; ANDRADE; SILVA, 2009).

Em meio às transformações no serviço assistencial de saúde que era vigente, motivados pela Reforma Sanitária - que embasaria a criação do SUS - e o movimento feminista, o PAISM propunha medidas que possibilitassem o acesso da população aos meios de contracepção e visava integrar ações de promoção, diagnóstico, tratamento e recuperação em diversas pautas como planejamento familiar e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), por exemplo. (FREITAS et al., 2009)

A proposta do referido programa extrapolava os planos antes elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, anteriormente citados. Segundo Costa (2009), na década de 90, há a ampliação do engajamento do movimento feminista, que passa a se instituir fundamentalmente em organizações não governamentais, profissionalizando a sua atuação militante como parceiras do Ministério da Saúde na produção de materiais educativos e técnico-normativos para a atenção e o cuidado à saúde das mulheres.

A partir do ano de 1998, a saúde da mulher se torna uma prioridade do governo, avaliando a descontinuidade de algumas das ações iniciadas com a proposição do PAISM e a posterior identificação da insuficiência do mesmo em diligências que objetivem a saúde dessa população não como uma unidade, mas que se valha especialmente da idiosincrasia de cada mulher surge a necessidade de repensar os programas e ações que asseguram a cidadania deste segmento social. (BRASIL, 2011)

O PAISM levanta questões emergentes do movimento feminista, materializando o movimento social: “ele não apenas acontece em função do movimento social, mas também passa a

descrever o objeto mulher como o próprio feminismo – além de propor o sujeito do feminismo”. (MEDEIROS, 2008, p. 57-58)

Segundo Costa (2009), por ocasião da I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres realizada em 2004, a avaliação dos problemas da saúde da mulher e as demandas pela plena efetivação do SUS e do PAISM retornam à pauta do movimento feminista. Também na 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, discutiu-se a temática e produziu-se um relatório que recomendava o avanço na implementação da Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Diante especialmente desses dois episódios, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), proposta que retoma as proposições do PAISM, atualizando-as e adequando-as às necessidades presentes nos últimos vinte anos.

De acordo com Bernardes (2005, apud MEDEIROS, 2008), a diferença entre política e programa diz respeito a uma forma epistemológica e uma forma substantiva. As políticas são diretrizes do sistema de saúde, enquanto que os programas são modos de operacionalizar essas diretrizes. Neste nosso caso, o programa é anterior à conformação do Sistema Único de Saúde, e as diretrizes que ele operacionalizava estariam ligadas ao movimento de instituição desse campo de saúde da mulher e do próprio SUS.

Atualmente, então, as mulheres brasileiras contam com o respaldo de políticas de saúde específicas para elas, sendo essas guiadas pelo princípio de equidade previsto desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A equidade pode ser considerada como o respeito à integralidade de atenção de acordo com as necessidades individuais, ou seja, não há distinção entre as pessoas em relação ao direito de acesso a saúde. Reconhecendo que a mulher tem necessidades inerentes à sua categoria, foi proposta a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (2004).

A elaboração da referida Política (PNAISM) atenta-se aos quesitos anteriormente discutidos, bem como aos problemas emergentes e segmentos da população que outrora eram relegados à invisibilidade (BRASIL, 2004). Respeitando os princípios e diretrizes que fundamentam o SUS, a PNAISM é uma estratégia de enfrentamento que se baseia em determinantes de saúde, dados epidemiológicos e reivindicações sociais, para garantir direitos e reduzir agravos que acometem esse segmento, focando esforços “a atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e o combate à violência doméstica e sexual.” (FREITAS et al., 2009, p. 3)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) ainda traz algumas informações sobre diferenças de comportamentos entre gêneros e como isto pode afetar a saúde da mulher quando estas se insurgem contra os padrões instaurados, o que é notável ao afirmar que “a vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos.” (BRASIL, 2009)

A partir da compreensão da perspectiva de gênero aplicada particularmente aqui ao recorte da saúde, passa-se a compreender as políticas afirmativas para mulheres, bem como reconhecer a cidadania das mesmas, expressa por programas governamentais específicos. Adotar essa perspectiva tem como um de seus objetivos principais “chamar a atenção para a

construção social e histórica do feminino e do masculino e para as relações sociais entre os sexos, marcadas em nossa sociedade por uma forte assimetria.” (FARAH, 2004, p.2)

Deste modo, compreende-se que o governo federal buscou de dispositivos na criação de uma política de ação afirmativa que pode ser compreendida como uma tendência à mudança de comportamentos sociais a fim da “garantia dos direitos humanos das mulheres” (BRASIL, 2009), ao mesmo passo que possibilita circunstâncias consolidantes deste grupo social. Um caminho para esta consolidação pode se dar através do que se chamou anteriormente de empoderamento feminino diante a política de saúde do Ministério da Saúde.

Sobre o conceito de dispositivo, afirma-se que este não é um ente limitado, com seus contornos delineados, conforme afirma Deleuze (1990), a partir da formulação conceitual de Foucault. O dispositivo é posto como uma “máquina de fazer ver e fazer falar” e a sua aplicabilidade é variável, conforme a análise em que ele é inserido.

Dreyfus e Rabinow (1995, p.135), a partir de definição foucautiana, afirmam que o dispositivo é pensado como “práticas elas mesmas, atuando como um aparelho, uma ferramenta, constituindo sujeitos e os organizando”. Assim, compreende-se que o conceito de dispositivo evidencia as formulações de poder e saber. Essa ferramenta seria como uma linha maleável que auxilia na visibilidade dos meandros das subjetivações, políticas, científicas e tantos outros.

Nesse sentido, entende-se o texto da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher como produto e produtor de orientações políticas no que tange ao acesso da mulher aos serviços de saúde no país. De acordo com Shiroma (et. al, 2005, p. 427), “os sentidos não são dados nos documentos, são produzidos; estão aquém e além das palavras que os compõem”. Por isto, o conceito de empoderamento feminino é utilizado como forma de emancipação de seu público alvo, através da análise detida da realidade e de sua crítica. Todavia, não se pode mais enfrentar a marginalização feminina na sociedade tecendo apenas críticas.

Portanto, esse artigo adota uma postura pró-ativa, através da análise do documento Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, assim como outras bibliografias relacionadas ao tema, no sentido de pensar como e se esta política propõe ações concretas de estímulo ao empoderamento feminino, com a finalidade maior de se combater este lastro histórico que é a desigualdade de gênero.

Deve-se considerar ainda que este estudo não buscou esgotar a análise dos dispositivos produtores de empoderamento presentes na Política, dada a complexidade dessa tarefa. Entretanto, objetiva-se refletir e analisar alguns dos elementos que evidenciam ou não a produção de vivências de empoderamento feminino a partir da referida Política, além de analisar e se possível sugerir a criação de novas políticas públicas voltadas ao público feminino, possibilitando também aproximações entre as pesquisadoras e a “Política Nacional de Atenção Integrada a Saúde da Mulher”.

2. MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória, qualitativa, documental e bibliográfica. Gil (2002) estabelece que a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade

com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses, assim como a documental que proporciona melhor visão desse problema, ou, então, hipóteses que conduzem a sua verificação por outros meios.

A partir da leitura do objeto desta pesquisa, o documento do Ministério da Saúde “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher” (2011), buscou-se dispositivos que discutam e, de certa maneira, incentivem o empoderamento feminino diante da política pública. Para isso, lançou-se mão, além do documento do Ministério da Saúde, da leitura de artigos, teses e dissertações buscadas nas bases de dados Scielo e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), para uma possível resposta ao problema explicitado aqui. A pesquisa bibliográfica às bases de dados citadas foi realizada a partir dos descritores: Saúde da Mulher, empoderamento feminino e Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Para atender aos objetivos desta pesquisa, foram selecionados apenas artigos produzidos no Brasil, publicados principalmente nos últimos dez anos (2006 a 2016). Foram excluídos todos os estudos produzidos fora do Brasil e que não tinham o português como idioma. Ademais, foram excluídos os estudos que não tinham texto completo disponível online e de forma gratuita.

Os dados foram analisados a partir da Análise de Conteúdo construída por Laurence Bardin, que tem como objetivo a “manipulação de mensagens (conteúdo e expressão desse conteúdo) para evidenciar os indicadores que permitam inferir sobre uma outra realidade que não a da mensagem” (BARDIN, 2011, p. 52), que se fez pertinente nesta pesquisa, visto que o problema da pesquisa não está relacionado diretamente ao conteúdo dos documentos, mas àquilo que pode ser encontrado como base ou discurso engendrado em sua escrita.

Para que esta análise fosse feita, utilizou-se do processo de Categorização sistematizado também por Bardin (2011). “A categorização tem como primeiro objetivo fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos” (BARDIN, 2011, p. 148-149). Assim, os dados foram categorizados e agrupados de acordo com as partes em comum existentes entre eles. Nessa pesquisa, classificaram-se as categorias de análise por semelhança ou analogia, segundo critérios definidos no processo. As categorias criadas, que se mostraram pertinentes diante da discussão apresentada no documento e nos artigos, teses e dissertações pesquisadas e que serão discutidas a seguir foram: Gênero, Corpo, Formação de Grupos e Saúde. A discussão destas categorias se faz importante porque são elementos que permeiam a vida da mulher, sendo relevantes para a construção da sua subjetividade¹.

3. DISCUSSÕES SOBRE OS RESULTADOS

Para compreender os possíveis dispositivos de empoderamento feminino propostos pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, recorreu-se à sua leitura junto de teses, dissertações e artigos. Como resultado da pesquisa bibliográfica, foram selecionados

¹ “A subjetividade pode ser pensada então como sendo formada por dobras. Mas as dobras são a própria rede, ou melhor, nós somos a própria rede, assim como o sistema econômico, político, educacional etc. também são. As dobras são formas que se produzem e conferem um sentido específico para o que chamamos desejo, trabalho, arte, religião, ciência etc. As dobras não são nem interiores e nem exteriores e sim formações provisórias de um entre que mistura finitos materiais de expressão em ilimitadas combinações.” (MACHADO, 1999, p. 3).

02 artigos e 04 teses e dissertações que atendiam aos objetivos propostos por essa pesquisa, que discutem a saúde, tanto relacionada à biologia do corpo quanto ao que pode ser produzido pela perpetuação dos papéis sociais e da diferença entre os gêneros presentes pela sociedade. Além disso, discute-se a importância de formação de grupos que reflitam sobre estes processos, para que assim possam se organizar e praticar seus ideais a partir da produção de políticas, por exemplo.

Machado e Lavrador (2010) afirmam que a produção da política e dos modos de subjetivação são processos contínuos e indissociáveis, de modo que toda política produz modos de ser e estar no mundo, promovendo a valorização de modos específicos de vida. Nesse sentido, pode-se afirmar que a PNAISM discute e, de certa forma, reconstrói noções já instituídas de “ser mulher”, “ser saudável”, “ser mãe”.

Já nas primeiras páginas do documento-base, a PNAISM é apresentada aos leitores como uma política pública que:

(...) propõe diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento, questões ainda pendentes na atenção à saúde das mulheres. Toma como base os dados epidemiológicos e as reivindicações de diversos segmentos sociais para apresentar os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher para o período de 2004 a 2007. (BRASIL, 2011, p. 9-10)

Ao longo da leitura do documento foi possível elencar trechos relevantes para reflexões em suas devidas categorias discutidas a seguir.

3.1 GÊNERO

As questões de gênero e sua problematização são uma discussão social crítica recente, ao se considerar sua emergência notável apenas a partir de meados do século passado, com a notoriedade dos movimentos feministas. Chama atenção a ênfase dada pelos autores do texto-base na retratação de discurso que ressalta as questões de gênero a que as mulheres estão sujeitas e seus desdobramentos na saúde das mesmas. Tais passagens colocam em voga a discriminação social no ambiente de trabalho externo, e a conseqüente sobrecarga de tarefas, uma vez que a mulher ainda ocupa a posição de responsável pelo harmonioso funcionamento do lar. Esses fatores “potencializam a vulnerabilidade frente certas doenças e causas de morte.” (BRASIL, 2011, p. 9)

O destaque a questões como gênero e papéis sociais pode ser considerada como uma medida que visa a superação dos ideais socialmente instituídos, mais que apenas uma prospecção de futuro para as mulheres igualmente tão prospera quanto a dos homens, mas principalmente por preconizar uma dignificação da pessoa humana. Ao passo em que há esta naturalização da condição da mulher e o reconhecimento da desigualdade de gênero na sociedade, Piovesan (2005, apud FONSECA, 2009, p.106) denota que “devem-se tratar politicamente os desiguais com a devida desigualdade social a fim de construir o equilíbrio entre as forças vivas da sociedade”.

De acordo com Schraiber (2005, apud REZENDE, 2011), a incorporação do tema citado viria como uma possibilidade de encontrar soluções, coletivamente, para problemas identificados

no cotidiano, além de colocar em evidência as relações de poder as quais o próprio sistema de saúde se sujeita.

O conceito de gênero se faz elemento presente na vida de todas mulheres, e por esse motivo é pertinente sua discussão na coletividade, sendo apresentado pela PNAISM como:

(...) elemento constitutivo das relações sociais entre homens e mulheres. É uma construção social e histórica. É construído e alimentado com base em símbolos, normas e instituições que definem modelos de masculinidade e feminilidade e padrões de comportamento aceitáveis ou não para homens e mulheres. O gênero delimita campos de atuação para cada sexo, dá suporte à elaboração de leis e suas formas de aplicação. Também está incluída no gênero a subjetividade de cada sujeito, sendo única sua forma de reagir ao que lhe é oferecido em sociedade. O gênero é uma construção social sobreposta a um corpo sexuado. É uma forma primeira de significação de poder. (SCOTT, 1989, apud BRASIL, 2011, p. 12)

A presença de narrativas como a retratada acima é de extrema valia às mulheres que com ela têm contato, ainda mais por se tratar de um documento público de vinculação de conteúdo. O teor problematizador de questões de gênero quebra barreiras por colocar em voga fatores sociais que muitas desconhecem ou não tem proximidade a discussão, em concordância com Rappaport (1995, apud HOROCHOVSKI, 2006) que reconhece e atribui ao empoderamento a incumbência de fazer com que as pessoas tenham voz e sejam ouvidas. Assim, seus objetivos seriam logrados quando as “pessoas descubrem, ou criam e dão voz a uma narrativa coletiva que sustenta suas próprias histórias pessoais em termos positivos” (RAPPAPORT, 1995 apud HOROCHOVSKI, 2006, p.5), isto de maneira contínua e reforçadora.

É válido reconhecer que a discussão sobre essa temática ganhou notoriedade pelo país ao relacionar-se às questões de ensino e à errônea abordagem de tal desconstrução como “doutrinação” ou “ideologia”. A discriminação de gênero, por se tratar de uma construção social, é também uma barreira que a sociedade deve transpor e, por conseguinte, é inestimável o reconhecimento de que as relações estabelecidas entre homens e mulheres são desiguais e isso acarreta variados desdobramentos.

Dentro deste propósito, é localizável que a perspectiva de gênero não se limitou a políticas públicas educacionais, sua extensão é presente e válida na PNAISM, sendo apontada como imprescindível no próprio texto (BRASIL, 2011), necessária para traçar estratégias de planejamento e ações, primando pela igualdade e melhora nas condições de vida do específico público.

Segundo Alves (2016), as políticas públicas que têm o foco na discussão de gênero, devem se atentar a diferentes demandas demográficas, além de desigualdades econômicas, já que estes temas estão igualmente inseridos na vida do público alvo das políticas. A PNAISM contempla essa discussão quando dados sociodemográficos são apresentados, como neste trecho:

O Brasil, nas últimas décadas, passou por importantes transformações na estrutura e dinâmica da sua população, com a diminuição progressiva da mortalidade em geral e uma queda abrupta da taxa de fecundidade, que passou de 5,8 filhos por mulher em 1970, para 2,3 em 2000, trazendo a taxa de crescimento populacional para 1,4% ao ano. A população ficou mais velha e diminuiu o número de jovens. O aumento da expectativa de vida ao nascer, que era de 54 anos em 1970 e passou para 68 anos em 1999 (IBGE, 2001), trouxe novas demandas para o setor Saúde, principalmente no que se refere às doenças crônicas e degenerativas, de maior incidência na população idosa, e maiores demandas para a previdência social. (BRASIL, 2011, p. 21).

Estes dados mostram que, ao longo das últimas décadas, o perfil das mulheres do país vem se modificando; isso faz com que a PNAISM considere tais modificações para abarcar o maior número possível de brasileiras usuárias do Sistema Único de Saúde. Alves (2016, p.635) complementa estes dados, afirmando que as questões atuais do bônus demográfico são essenciais para o empoderamento feminino, já que “a queda das taxas de fecundidade e de mortalidade infantil permitem que as mulheres possam dedicar menos tempo às tarefas de reprodução e de cuidado dos filhos, passando a ter mais tempo para cuidar de si próprias e de se incorporar ao trabalho remunerado”.

Adicionalmente, segundo Alves (2016, p.635), o aumento da expectativa de vida eleva o “ciclo de vida produtivo da mulher e, juntamente com o aumento das taxas de escolaridade, aumenta o capital humano feminino. Nesse sentido, as mudanças demográficas e sociais reforçam as atividades produtivas e abrem novas oportunidades para os diversos membros da família.”

Entretanto, por mais notável que seja o esforço na superação de exclusões, a PNAISM não parece ser tão abrangente ao conceber o “ser mulher”, visto que não contempla as mulheres transexuais, por exemplo. É possível perceber ainda que, por mais que a política se proponha a amparar a população feminina a partir de 10 anos, esta prima pela parcela de 65% das mulheres brasileiras que estão em estado reprodutivo (de 10 a 49 anos), por ser um segmento essencial para elaboração da mesma (BRASIL, 2011).

3.2 CORPO

Atualmente, mesmo com avanços nos campos da discussão de gênero e papel social da mulher, é localizável a abordagem desse mesmo sujeito restrito a questões biológicas, tais como reprodução e maternagem. De acordo com Kornijezuk (2015, p.24),

(...) o corpo está intimamente ligado a transformações sociais e às mudanças no modo de controle social. O pensamento feminista questiona o determinismo do corpo sexuado e ao recolocar o controle do corpo em termos de gênero. O corpo é colocado não apenas como uma identidade biológica, natural, universal e pré-social, mas também como uma realidade culturalmente moldada, um produto social e histórico moldado pela história e processos sociais.

A autora ainda recorda que o controle dos corpos na sociedade é um fato historicamente presente, respondendo a diferentes interesses. O corpo feminino seria preferencialmente um “alvo” dessa prática, por permitir a reprodução da espécie e conseqüente crescimento ou diminuição da mesma, dessa forma, por mais que a contemporaneidade preze e enalteça as liberdades sexuais, a mulher ainda é sujeitada a interdições como nos casos de aborto e prostituição, por exemplo. (TURNER, 1984 apud KORNIFEZUK, 2015)

Por mais que se problematize tais temáticas, de valor reconhecido, a PNAISM parece muitas vezes abordar o que é ser mulher a partir de um viés essencialmente biologicista, a partir da menarca e possível função “procriadora”, mesmo que ainda infante. A contradição é detectada e expressa por Farah (2004, p.65) ao afirmar que

Tal incorporação nem sempre significa, no entanto, ‘aderência’ à agenda de gênero ou incorporação da perspectiva de gênero, entendida como uma ação que promove a redução de desigualdades entre homens e mulheres. Há programas que, embora focalizem as mulheres ou a elas dirijam módulos específicos, acabam por reiterar desigualdades de gênero, reafirmando uma posição tutelada e subordinada da mulher tanto no espaço público como no privado.

Segundo Coelho (2003, apud BRASIL, 2011, p.11), nas “concepções mais restritas, o corpo da mulher é visto apenas na sua função reprodutiva e a maternidade torna-se seu principal atributo. A saúde da mulher limita-se à saúde materna ou à ausência de enfermidade associada ao processo de reprodução biológica.” Assim, apesar de haver na PNAISM o reconhecimento de avanços nesse sentido, muitas vezes esses não se traduzem na realidade, restringindo-se à produção intelectual e afetando poucas camadas da sociedade brasileira.

Outras formas de adoecimento e mortalidade, mesmo que necessitem de atenção da Política Pública, têm aparição discreta no documento, tais como acidente vascular cerebral, neoplasia de órgãos digestivos e homicídios, por exemplo, que integram a relação de dez principais causas de óbito de mulheres de 10 a 49 anos (BRASIL, 2011). Ainda é destacado que a realidade no Brasil mescla fatores de adoecimento tanto de países desenvolvidos, quanto subdesenvolvidos, sendo a mulher quem mais vive e mais adocece, em relação comparativa aos homens. (BRASIL, 2011)

A literatura que verse sobre o tema também é restringida, uma vez que a busca pelo descritor “saúde da mulher” nas bases de dados citadas encontra variações ao redor de temáticas reprodutivas, como trabalho de parto, aborto e menopausa, doenças sexualmente transmissíveis, percepção acerca da maternidade e do corpo que “pro-cria”.

O modo de pensar a respeito da subordinação a que as mulheres são submetidas socialmente é expresso também através da teorização de Foucault (1979, apud SANTOS; LEMOS, 2011, p.411), ao apontar que “o poder opera menos por repressão e mais por investimento nos corpos”, percebe-se que a sutileza de ações opressoras é o principal “alimento” a situação de disparidade de gênero, interferindo assim nas possibilidades de protagonismo feminino e nos processos de tomada de decisão desta população. O produto do empoderamento, neste caso, viria através da mobilização e organização política de mulheres a vista de conquistar autonomia sobre seus corpos e substituição das relações de poder a que os mesmos são submetidos.

3.3 FORMAÇÃO DE GRUPOS

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher é um documento elaborado entre diversos grupos sociais, como os movimentos sociais, sociedades científicas, ONGs e gestores do SUS (BRASIL, 2011), juntamente com o Ministério da Saúde.

No campo da Saúde, ao pensarmos em sua teoria e nas políticas públicas comumente são considerados os chamados Fatores de Risco e Fatores de Proteção que permeiam o sujeito e o ambiente em que está inserido. Segundo Reppold (et.al., 2002 apud MAIA; WILLIAM,

2005, p. 92), “os fatores de risco são condições ou variáveis associadas à alta probabilidade de ocorrência de resultados negativos (...) que podem comprometer a saúde, o bem-estar ou o desempenho social do indivíduo.” Portanto, entende-se que a Política apresenta a questão da disparidade de gênero e seus desdobramentos como um Fator de Risco para as mulheres que acabam sofrendo um tratamento diferenciado por parte da sociedade em geral.

Já os Fatores de Proteção são “aqueles fatores que modificam ou alteram a resposta pessoal para algum risco ambiental que predispõe a resultado mal-adaptativo” (RUTTER, 1985 apud MAIA; WILLIAMS, 2005, p. 92). Podem-se pensar, então, estes fatores como dispositivos que incentivam a formação de grupos entre mulheres, já que se equivale ao seu conceito de dispositivo-grupo sendo aquele que “pode incidir onde a linha de subjetivação-indivíduo prevalece” (CORBISIER, 2011, p. 108). No caso da PNAISM, a criação de grupos feitos por mulheres usuárias do Sistema de Saúde representaria uma possível mudança social em suas vidas diante a construção de processos grupais.

A participação de grupos sociais na construção de uma Política Nacional faz-se importante, visto que ao proporcionar conexões entre pessoas ou aos diversos modos de existencialização diferentes, desenvolve-se um campo de confrontos visando novas possibilidades que até então não eram pensadas (CORBISIER, 2011). Nesse sentido, o grupo como dispositivo se torna um processo potente de desnaturalização daquilo que se coloca como normas sociais como toda a discussão feita sobre gênero e corpo, feitos logo a cima. Estas “falas portadoras de cristalizações, os afetos congelados em territórios fechados, quando acionados pelo dispositivo grupal se vêm na adjacência de uma inquietação podendo, se itensificados, se deslocar do lugar naturalizado a que estavam remetidas.” (CORBISIER, 2011, p. 108).

No caso desta Política, diversos grupos tiveram como objetivo a construção de um documento que visa proporcionar os direitos da saúde da mulher a partir de diferentes perspectivas que vão além de sua saúde reprodutiva. Entende-se que a partir da luta das mulheres organizadas que explicitavam que as desigualdades nas relações sociais de gênero também afetavam a saúde da mulher (BRASIL, 2011) é que se pode pensar, quebrando pensamentos cristalizados, em outras formas de adoecimento deste grupo e em como as instituições governamentais poderiam atuar para a diminuição deste problema.

O documento afirma que

As mulheres organizadas reivindicaram, portanto, sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que extrapolam o momento da gestação e parto, demandando ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos de vida. Ações que contemplassem as particularidades dos diferentes grupos populacionais, e as condições sociais, econômicas, culturais e afetivas, em que estivessem inseridos. (BRASIL, 2011, p. 16)

Essa afirmativa evidencia que a concretização da PNAISM ocorreu em função da organização das mulheres empoderadas que buscavam a manutenção de seus direitos. Embora o reconhecimento da importância deste documento, não se pode afirmar que os direitos básicos das mulheres brasileiras estejam totalmente representados e garantidos. Para além da sua criação, acredita-se que a fomentação de outros grupos deva acontecer para incentivar e tornar a Política mais presente no cotidiano destas mulheres, visto que, o conceito de

empoderamento feminino abrange, segundo Léon (2001, apud Cortez e Souza, 2008), além de uma dimensão individual (como aumento da autoestima e autonomia), também uma coletiva, que opera na reversão da situação de discriminação vivenciada pelas mulheres em um contexto público.

Entre estes grupos, afirma-se a importância daqueles formados por profissionais da saúde que, ao trabalharem diretamente com as brasileiras, exercem um papel fundamental para a promoção de saúde e para o incentivo ao empoderamento feminino, já que é através da sua atuação e do seu conhecimento dos Programas e Políticas de Saúde que a PNAISM pode ser colocada em prática.

É preciso despertar nos profissionais de saúde o interesse pela educação em saúde mais efetiva e resolutive, por meio da integração dessas ações com a comunidade que possam contribuir para a manutenção da saúde individual e coletiva com consciência crítica, permitindo o exercício da cidadania e efetivando mudanças pessoais e sociais. (ROECKER; MARCON, 2011, apud NUNES, et. al, 2013, p. 254)

Ao desenvolver integração dos profissionais com a comunidade, se torna mais fácil a utilização de seu trabalho para o fortalecimento da noção de comunidade entre os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e conseqüentemente a noção de empoderamento, visto que a formação de grupos educacionais e terapêuticos por parte dos profissionais possui potencial para “incitar a transformação de saberes e práticas”, (Oliveira, et al, 2009 apud Nunes, et al, 2013, p. 258) fazendo com que outras mulheres reconheçam e desenvolvam um papel diferente na sociedade que é o de luta por manutenção de seus direitos fomentando até mesmo a criação de outros grupos organizados por elas.

Para Foucault (1991, apud Corbisier, 2011, p.103) “o grupo não deve ser o elo orgânico que une indivíduos hierarquizados, mas um constante gerador de desindividualização”. Acredita-se que esta desindividualização possa ocorrer através também da humanização por parte dos profissionais na atenção à saúde dos usuários e usuárias. A Política traz esta perspectiva quando afirma que

A humanização da atenção em saúde é um processo contínuo e demanda reflexão permanente sobre os atos, condutas e comportamentos de cada pessoa envolvida na relação. É preciso maior conhecimento de si, para melhor compreender o outro com suas especificidades e para poder ajudar sem procurar impor valores, opiniões ou decisões (BRASIL, 2011, p.60).

Ao trazer esta noção humanizadora dos grupos, torna-se possível um encontro de trocas de experiências e vivências destas mulheres que podem se sentir incluídas em um processo de pertencimento à comunidade, bem como facilita a aprendizagem e autonomia em discussões de assuntos que antes eram cristalizados, impensáveis como conhecimentos que podem ser desconstruídos.

É possível perceber ao longo do documento oficial que a PNAISM nasceu de uma organização de grupos, e a mesma demonstra a importância desses para o processo emancipador de incentivo à autonomia e empoderamento das mulheres, e por ser um documento que aponta diretrizes para as práticas, acredita-se que isto pode incentivar formas para que estes grupos aconteçam.

3.4 SAÚDE

Outra dimensão a ser considerada refere-se à concepção de saúde que parece orientar o texto desta política. Nesta categoria, este termo englobará não só o conceito, mas o Sistema Público de Saúde brasileiro e seus desdobramentos. Para a PNAISM, a saúde é permeada por diferentes “aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda” (BRASIL, 2011, p. 9), o que vai ao encontro do conceito que a Organização Mundial de Saúde (OMS) dá à saúde, considerando o bem estar físico, psíquico e social dos indivíduos, e não apenas se remetendo a saúde como ausência de doença.

Georges Canguilhem (2009) apresenta outra perspectiva para o conceito saúde, ao trazer a relativização da normalidade como algo apresentado pelo próprio sujeito, e não relacionado a médias numéricas e populacionais. Canguilhem (2009) introduz uma nova forma de pensar o sujeito e sua relação com o que chamamos de saúde, ao afirmar que "o indivíduo é que avalia essa transformação porque é ele que sofre suas consequências, no próprio momento em que se sente incapaz de realizar as tarefas que a nova situação lhe impõe" (2009, p. 71). A "normalidade" se torna, então, a capacidade de normatividade que o indivíduo possui para se adaptar às suas reais necessidades, tendo autonomia sobre seu corpo e sobre o que diz respeito a sua saúde. Não considera saúde como um conceito vago de "bem-estar", uma vez que quem pode dizer isto pelo indivíduo é apenas ele mesmo.

Acredita-se que esta noção de autonomia proposta por Canguilhem (2009), no caso da Política em questão, vai ao encontro do empoderamento feminino, na qual a PNAISM seria um dispositivo para fomentar este sentimento nas usuárias do sistema de saúde, abrindo caminhos para o desenvolvimento de um pensamento crítico e de uma noção de normatividade diante da vida destas mulheres.

Como afirmado anteriormente, os primeiros programas focados na atenção à saúde da mulher priorizaram a questão física, principalmente relacionada à gestação, e só na década de 90 que iniciaram os esforços por parte das organizações sociais, principalmente o feminismo, para que esta perspectiva fosse mudada e passasse a considerar a mulher como ser integral, assim como a diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) intenciona.

O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984 apud BRASIL, 2011, p. 17).

Mas, segundo a PNAISM (Brasil, 2011, p.48), “não basta introduzir a oferta dos exames preventivos na rede básica. É preciso mobilizar as mulheres mais vulneráveis a comparecer aos postos de saúde e implementar os sistemas de referência para o que for necessário encaminhar.” Portanto, para que a PNAISM seja de fato um dispositivo que interfira na saúde e na vida das mulheres, se faz necessário associar a noção de empoderamento à promoção de saúde, ou seja, uma “proposta de construção conjunta e de respeito à autonomia dos diversos parceiros – (...) – enfatizando a importância do empoderamento das usuárias do SUS e sua participação nas instâncias de controle social.” (BRASIL, 2011, p. 7)

Devido a isso, pensa-se a importância da participação da comunidade e dos grupos como dispositivos para a ajuda na realização da promoção de saúde.

Finalmente a avaliação em promoção da saúde é uma ação permanente. Neste sentido deve ser descentralizada radicalmente, ascendente, sendo suas indagações originadas no espaço da própria intervenção em seu contexto. Ou seja, de dentro para fora, de modo que contribua para a democratização institucional, o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem política e de enfrentamento criativo dos problemas que fazem parte da vida - a maior expressão da promoção da saúde. (PEDROSA, 2004, p. 626)

Tal democratização institucional pode ser encontrada na Atenção Básica do SUS, na qual a promoção de saúde faz parte deste plano, sendo um dispositivo para o primeiro contato do usuário com o sistema. Segundo Brasil (PNAB, 2006, apud REZENDE, 2011, p.38), a Atenção Básica considera o sujeito “na integralidade e na inserção sociocultural, e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.”

Além da promoção de saúde, uma das formas de colocar as diretrizes da PNAISM em prática é a partir da humanização por parte dos profissionais em relação às usuárias.

A humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado. (BRASIL, 2011, p. 59)

Compartilhar o conteúdo da PNAISM, por exemplo, dando notoriedade a ela, faz com que o atendimento se torne mais complacente por parte dos profissionais, demonstrando conhecimento das Políticas que fazem parte do Sistema de Saúde. “Humanizar e qualificar a atenção em saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos” (BRASIL, 2011, p. 59).

A integralidade, uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), “responde a essa necessidade de os profissionais perceberem que estão sempre lidando com histórias familiares, de vida, e não eventos patológicos” (CECCIN, 2005, apud MEDEIROS; GUARESCHI, 2009, p.44). Faz-se necessário, então, para um atendimento humanizado, e que garanta o empoderamento da usuária, uma capacitação dos profissionais não somente para o seu próprio conhecimento para atuação em seu campo de trabalho, mas também para que este possa ser passado para a população a fim de perpetuar o conhecimento e consequentemente a sua capacidade de refletir sobre seus direitos e lutar pelos mesmos.

4. CONCLUSÃO

É urgente romper com a concepção de mulher reduzida a “corpos com vagina e útero” e resgatar a sua dimensão social e política como sujeitos agentes de transformação social e protagonistas do próprio cuidado, tendo nos serviços de saúde aliados para prevenção e promoção da mesma (MEDRADO e col., 2011 apud MALAMUT; MARTINS, 2013). Este

caminho parece ser o mais indicado a fim de concretizar o desafio da integralidade e da assistência humanizada.

As recomendações presentes na PNAISM amplamente, não são prontamente assimiláveis ou aplicáveis. A implementação das diretrizes da referida Política exige que estas sejam adaptadas de acordo com as necessidades que configuram o campo da saúde em cada localidade. Uma vez que o empoderamento é uma construção de seus próprios atores, o reconhecimento de suas potencialidades e o caminho em direção a tomada de territórios, antes prioritariamente masculinos, é um resultante que se espera, principalmente no que confere ao suprimento de suas necessidades e exercício de cidadania das mulheres.

Além disso, percebe-se que muitas vezes a Política mantém a lógica biologicista, ao considerar as mulheres em idade reprodutiva como principais norteadoras das diretrizes do documento, bem como não consideram mulheres transexuais em nenhum momento da PNAISM.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, por si só, não possibilita o empoderamento de fato, uma vez que ressalta no decorrer do seu texto a importância da discussão de gênero, porém não explicita formas de aplicabilidade do tema ao reconstruir noções acerca do papel feminino. Entende-se que esta forma de trazer a prática seria mecanismo impulsionador das expressões de empoderamento, visto que é na formação de grupos e atuação presente das usuárias que a promoção de saúde e o desenvolvimento de sua autonomia são expressos.

Entretanto, para aquelas que têm contato com a PNAISM, é possível viabilizar uma perspectiva de gênero que não é a comumente difundida na sociedade, o que se torna um ponto positivo, por ser um caminho para o incentivo da independência e empoderamento das mulheres brasileiras.

Por fim, existem contribuições futuras a partir da produção deste artigo, que é factível promover uma reflexão ampliada acerca do documento, munindo os movimentos sociais de noções críticas para adequação da Política, conjuntamente com a possibilidade de fomentar outros estudos que se proponham a investigar o protagonismo das mulheres na construção de dispositivos voltados para seu público.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, R. Butler e a desconstrução do gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, p. 179-199, 2005.

ALEXANDRE, M. Breve descrição sobre processos grupais. **Comum**, Rio de Janeiro, v.7 - nº 19, p. 209 a 219, 2002.

ALVES, J. E. D. Desafios da equidade de gênero no século XXI. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 629-638, Aug. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2016000200629&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 Nov. 2016.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. 2ª reimp. 1ª ed. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde da Mulher. 1ª ed. Brasília: Editora MS, 2004.

_____. Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde da Mulher. 1ª ed. Brasília: Editora MS, 2009.

_____. Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde da Mulher. 1ª ed. Brasília: Editora MS, 2011.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. 2ª reimp. 6ª edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CORBISIER, C. Grupos e criatividade: para uma clínica mais humana e solidária. Rio de Janeiro, p. 105-123, 2011. Disponível em <http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/0710801_2011_cap_5.pdf>. Acesso em 02 nov. 2016.

CORTEZ, M. B.; SOUZA, L. de. Mulheres (in)subordinadas: o empoderamento feminino e suas repercussões nas ocorrências de violência conjugal. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 171-180, Jun. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722008000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 Out. 2016.

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1073-1083, Aug. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 out. 2016.

CRUZ, L. A. Crítica epistemológica do feminismo. São Luís, ago. 2007. Disponível em <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoD/57ef1026f04c70177699LINDALVA%20ALVES_CRUZ.pdf>. Acesso em 18 jun. 2016.

DELEUZE, Gilles. ¿Que és un dispositivo? In: **Michel Foucault, filósofo**. Barcelona: Gedisa, 1990, pp. 155-161. Tradução de Wanderson Flor do Nascimento.

DREYFUS, H.; RABINOW, P. **Michel Foucault, uma Trajetória Filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro, Editora Forense Universitária, 1995.

FARAH, M. F.S. Gênero e políticas públicas. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, p. 47-71, 2004.

FONSECA, D. J. **Políticas Públicas e Ações Afirmativas**. 1ª ed. São Paulo: Selo Negro, 2009.

FREITAS, G. L.; et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2009;11(2):424-8 Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>.

GIL, A. C. **Como elaborar Projeto de Pesquisa**. São Paulo, 2002. Disponível em <https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod_resource/content/1/como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf>. Acesso em 20 jun. 2016.

HOROCHOVSKI, R. R. **Empoderamento: definições e aplicações**. Out. 2006. Disponível em:

<http://www.anpocs.org/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=3405&Itemid=232>. Acesso em 19 jun. 2016.

KORNIJEZUK, N. P. **Do programa ao plano: A política de atenção integral a saúde da mulher (PAISM – PNAISM), contexto histórico, atores políticos e questão da menopausa.** Porto Alegre: 2015.

MACHADO, L. D. Subjetividades Contemporâneas. **Psicologia: questões contemporâneas,** Vitória, 1999.

MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C. As políticas que incidem sobre a vida. **Estudos e Pesquisas em Psicologia,** Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 118-133, 2010

MAIA, J. M. D.; WILLIAMS, L. C. A. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. **Temas psicol.,** Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 91-103, dez. 2005. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2005000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 nov. 2016.

MALAMUT, B. S.; MARTINS, A. M. Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Saúde Sociedade,** São Paulo, v.22, n.2, p.429-440, 2013.

MEDEIROS, P. F.; GUARESCHI, N. M. F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Rev. Estud. Fem.,** Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 31-48, Apr. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2009000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 Nov. 2016.

MEDEIROS, P. F. **Políticas da vida: entre saúde e mulher.** Porto Alegre, 2008. Disponível em: http://tede.pucrs.br/tde_arquivos/20/TDE-2008-12-03T145735Z-1614/Publico/407309.pdf. Acesso em 17 set. 2016.

NUNES, J. M.; OLIVEIRA, E. N.; VIEIRA, N. F. C. Grupo de mulheres na comunidade: (re)construindo saberes em saúde. **Cad. saúde colet.,** Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.253-259, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2013000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 out. 2016.

OLIVEIRA, N, F.; et al. Fatores terapêuticos em grupos de diabéticos. **Rev. Esc. Enferm., USP.** 2009. 43:558-65.

PEDROSA, J. I. S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 617-626, Set. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 Nov. 2016.

REZENDE, P. S. **A atenção à saúde das mulheres: integralidade e gênero.** Estudo etnográfico em uma unidade de PSF em Salvador. Salvador: p. 27, 2011.

RIOS, D. R. **Mini dicionário escolar da língua portuguesa.** São Paulo: Difusão Cultural do Livro, p.264, 2010.

SANTOS, D. V.; LEMOS, F. C. S. Uma analítica da produção da mulher empoderada. **Psicol. Soc.,** Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 407-414, ago. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000200022&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 07 nov. 2016.

SHIROMA, E. O.; CAMPOS, R. F.; GARCIA, R. M. C. Decifrar textos para compreender a política: subsídios teórico-metodológicos para análise de documentos. **Perspectiva**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 427-446, jan. 2005. ISSN 2175-795X. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/view/9769>>. Acesso em: 02 out. 2016.

TAVARES, A. S.; ANDRADE, M.; SILVA, J. L. L. Do programa de assistência integral à saúde da mulher à política nacional de atenção integral à saúde da mulher: breve histórico. **Informe-se em promoção da saúde**, v.5, n.1.p.30-32, 2009.

VILLELA, W.; MONTEIRO, S.; Atenção à saúde das mulheres: historicizando conceitos e práticas. **Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão**. São Paulo: Associação Brasileira de Saúde Coletiva — Abrasco; Fundo de População das Nações Unidas — UNFPA, 2005. p. 13-28.