

Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS

Dulce Ferraz¹

Juny Kraiczuk²

Universidade de São Paulo

Resumo: O artigo consiste numa reflexão acerca da incorporação da dimensão de gênero nas políticas de saúde pública. Parte-se da contextualização do Sistema Único de Saúde (SUS) como o arcabouço para a construção da política pública de saúde no Brasil para, em seguida, discutir-se a necessidade da incorporação da dimensão de gênero nas políticas que se constroem no âmbito do SUS. Na parte seguinte, são apresentados e discutidos três exemplos desta incorporação, a partir de experiências recentes no âmbito do Sistema Único de Saúde: o Plano de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e Outras DST, a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem e a Política de Saúde Integral da População LGBT. Ao final, são apresentadas considerações sobre o potencial do Sistema Único de Saúde em contribuir para a equidade de gênero e os desafios para a efetiva implementação dessas políticas.

Palavras-chave: gênero; política de saúde; equidade; atenção integral à saúde.

Políticas Públicas de Saúde no Brasil: breve contextualização

As políticas públicas podem ser definidas como respostas do Estado a problemas que emergem na sociedade. São consolidadas em conjuntos de diretrizes, medidas e procedimentos que explicitam o posicionamento político do Estado frente a problemas que são considerados de interesse público (Teixeira, 1997; Lucchese, 2004; Sampaio & Araujo, 2006). No campo da ação social, as políticas públicas de saúde têm por função definir a resposta do Estado às necessidades de saúde da população, visando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em nível individual e coletivo (Lucchese, 2004).

O processo de construção e consolidação dessas políticas deve ser compreendido em sua dinamicidade, dada não somente pelas transformações sociais que resultam na

1 Psicóloga, mestre em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), coordenadora adjunta da Unidade de Prevenção do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde

2 Psicóloga, mestranda da Universidade Federal Paulista, assessora técnica da Unidade de Prevenção do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde

geração de novas necessidades de saúde, como também pelo fato de que a materialização das políticas somente acontece por meio da ação concreta de diversos atores sociais e de atividades institucionais (Lucchese, 2004; Sampaio & Araujo, 2006).

No Brasil, a política de saúde pública está consolidada, desde a Constituição Federal de 1988 no Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS tem como princípios a universalidade e a equidade no acesso aos serviços e ações de saúde e a integralidade da atenção, operacionalizando-se pelas diretrizes de descentralização, regionalização e hierarquização do cuidado e de participação da comunidade.

Produto da luta do movimento da reforma sanitária brasileiro, instituído no contexto de redemocratização do Brasil e na contramão das propostas hegemônicas de organização de sistemas de saúde focalizados vigentes nos anos oitenta, o SUS estabelece a saúde como um direito universal, sendo dever do Estado prover o acesso à saúde a todos os cidadãos e cidadãs.

As políticas para promoção deste acesso devem ser construídas e implementadas por meio da gestão descentralizada nas três esferas de gestão e com a participação da comunidade em todas as etapas. Esta participação é fundamental para que as necessidades de saúde da população sejam respondidas e está garantida por meio de instâncias colegiadas como Conselhos e as Conferências de Saúde de Saúde (federal, municipais e estaduais).

Há que se reconhecer, porém, que a existência de importantes níveis de desigualdade de diversas ordens na sociedade brasileira faz com que as condições de acesso de diferentes segmentos da população aos bens e serviços de saúde sejam desiguais. É nesse aspecto que o princípio da equidade se torna fundamental para a consecução dos demais princípios que regem o sistema e para a promoção da justiça social (Lionço, 2009). O desafio posto pelo Sistema Único de Saúde é de que a política de saúde no Brasil se construa e se implemente na perspectiva do acesso universal, reconhecendo as desigualdades existentes no interior da sociedade e criando respostas para minimizá-las. Para isso, a participação dos diferentes segmentos da sociedade no processo de construção e implementação dessas políticas é indispensável.

Porque gênero na saúde?

Se gênero é uma das dimensões organizadoras das relações sociais que produz desigualdades, então a política de saúde construída no âmbito do SUS deve reconhecer a existência dessas desigualdades e respondê-las, com vistas à promoção da equidade de gênero.

Entendemos gênero, baseadas em Scott (1996), como o saber a respeito das diferenças sexuais – histórica, social e culturalmente construído; portanto, relativo, contextual, variável, contestável, mutável, transformável. É um saber que atravessa todas as relações que se constituem nas sociedades “generificadas”, organizando as relações de poder a partir dos significados que cada sociedade atribui à diferença sexual (não somente entre os sexos, mas também entre sujeitos do mesmo sexo). É mais do que uma maneira pela qual as pessoas se relacionam; é também o jeito de olhar e compreender a realidade (Umbehaum, 2005).

Ao atribuir significados para a diferença sexual, categorizando e valorizando diferentemente atributos femininos e masculinos, as mais diversas culturas e sociedades transformam a diferença sexual em desigualdades que se expressarão em todas dimensões da existência humana, inclusive nos modos de adoecer e morrer.

Um importante marco da introdução da dimensão de gênero na política de saúde do país foi o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Lançado em 1983, a partir da confluência de forças dos movimentos de mulheres e sanitarista, o PAISM ampliou a concepção até então hegemônica de “saúde da mulher”, restrita à atenção ao pré-natal e ao parto, construindo uma proposta de atenção à saúde que tomasse as mulheres na sua condição de cidadãs, portadoras de múltiplas necessidades de saúde, às quais o Estado deveria responder (Correa, 1993).

É preciso deixar claro, porém, que “gênero” e “mulher” não são sinônimos; logo, não é apenas no seu componente de atenção à saúde da mulher que a política de saúde pública deve incorporar a dimensão de gênero.

Quando estamos falando da dimensão de gênero como parte das políticas de saúde estamos nos atendo não a diferenças nas condições de saúde resultantes exclusivamente da diferença biológica entre homens e mulheres. Estamos, sobretudo, chamando atenção para a dimensão social processos de adoecimento (Schraiber; Gomes & Couto, 2005): a naturalização da agressividade como um atributo masculino e da fragilidade e submissão como características femininas, por exemplo, tem impactos negativos nas condições de saúde de mulheres e homens.

Alguns desses impactos são bastante conhecidos e, embora grande parte deles refira-se ao campo da saúde sexual e reprodutiva, é possível encontrar evidências dessas inter-relações em outros campos da saúde. Sabe-se, por exemplo, que os homens morrem mais do que as mulheres de doenças isquêmicas do coração e que os riscos de cardiopatia já se mostraram associados a características que definem o padrão hegemônico de masculinidade, como a ambição, a competitividade e o individualismo (Helman, 1987 apud Schraiber; Gomes & Couto, 2005). É sabido também que os homens morrem com maior frequência de causas externas (homicídios, acidentes de trânsito), enquanto que a morbidade associada à violência, principalmente ocorrida no âmbito doméstico, é mais prevalente entre as mulheres (Schraiber; Gomes & Couto, 2005). No campo da saúde mental, as desigualdades também são muitas, manifestas na ocorrência dos mais diferentes transtornos (Ferraz & Araujo, 2003). A depressão, por exemplo, ocorre com frequência duas vezes maior nas mulheres que nos homens, o que está associado não somente à depreciação social das características femininas, mas também ao atravessamento dos estereótipos de gênero no diagnóstico: mesmo quando apresentam sintomas idênticos, a probabilidade do médico diagnosticar a depressão em mulheres é significativamente maior do que nos homens (OMS, 2002).

Ao longo dos vinte anos de consolidação do Sistema Único de Saúde, a dimensão de gênero tem sido incorporada nas políticas públicas do setor de diversas maneiras. Para ilustrar os diferentes modos como essa incorporação pode se dar, apresentaremos em linhas gerais três políticas específicas que consideramos emblemáticas no cenário atual do SUS: a política de DST e aids, com destaque para o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e Outras DST (Brasil, 2007), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Brasil, 2008) e a Política de Atenção Integral à Saúde da População LGBT (Brasil, 2008a).

Gênero e Saúde: experiências atuais no âmbito do SUS

A política de DST e aids e a resposta à feminização da epidemia

A política de DST e aids merece lugar de destaque nesta discussão, não apenas pelas inconteste relações entre a epidemia e a configuração das relações de gênero, mas também pela significativa ampliação do conhecimento das relações entre gênero, sexualidade e saúde que adveio da emergência da epidemia.

Quando os primeiros casos de aids começaram a ser registrados no Brasil, no início dos anos oitenta, o conhecimento que se tinha no país acerca da sexualidade era escasso e insuficiente para responder aos desafios que estavam sendo postos pela nova doença. Por tratar-se de uma epidemia, fazia-se urgente a construção de respostas eficientes, que pudessem, principalmente, promover práticas preventivas entre os grupos mais afetados – homossexuais, usuários de drogas, hemofílicos. Em relação a este último grupo, a principal medida a ser buscada foi o controle do sangue doado no país, que só efetivamente possível após 1988, com o desenvolvimento dos testes anti-HIV (Brasil, 2008b). Quanto aos usuários de drogas e aos homossexuais, o conhecimento insuficiente sobre a realidade desses grupos aliado ao preconceito de grande parte da sociedade, fizeram com que as respostas emergissem não da academia nem dos governos, mas das próprias comunidades afetadas, que construíram as primeiras tecnologias de prevenção que, mais tarde, viriam a ser incorporadas à política de prevenção no Brasil (Barbosa & Aquino, 2003). A intensa participação da comunidade na formulação e implementação a política se tornaria uma marca, presente até os dias de hoje na resposta brasileira à aids,

Ainda na década de oitenta, uma série de estudos sobre os significados subjetivos, culturais e sociais da vivência da sexualidade começaram a ser realizados nesse período. Os conhecimentos produzidos traziam à tona diversidade sexual existente na sociedade (Barbosa & Aquino, 2003), fornecendo elementos que viriam a contribuir não apenas para a construção de uma resposta abrangente à epidemia de aids, mas que também abririam caminho para a construção de políticas inovadoras, como a de atenção integral à saúde da população LGBT, como veremos mais adiante.

Construída durante o processo de restabelecimento da democracia no país, a política brasileira de aids contou com a participação de lideranças do movimento contra a ditadura militar, profissionais de saúde e ativistas comprometidos com os direitos humanos e com a saúde pública. Este contexto favoreceu a assunção dos referenciais dos direitos humanos, da cidadania, da solidariedade e da participação social como valores fundamentais desta política (Bastos, 2006; Paiva; Pupo & Barboza, 2006; Galvão, 2005; Parker, 2002; Paiva, 2002; Galvão, 2000).

No início dos anos noventa, a aplicação da noção de vulnerabilidade ao campo da aids, por Mann, Tarantola e Netter (1993), veio trazer um importante substrato teórico para a política de aids do país. Originária dos direitos humanos, a noção postulava que fatores sociais, culturais e políticos, geradores de desigualdades e de exclusão social, estão na base da suscetibilidade à infecção pelo vírus, evidenciando, com isso, a limitação de abordagens preventivas baseadas exclusivamente na cognição e na

responsabilidade individual e colocando como necessidade a construção de abordagens respostas que levassem em conta o contexto em que vivem e se relacionam os sujeitos das ações de prevenção.

Desde então, as mudanças no perfil da epidemia, bastante marcadas durante a década de noventa (Dourado; Veras; Barreira & Brito, 2006), puderam ser compreendidas como produto da intrínseca relação entre a aids e as diferentes formas de violência estrutural que conformam a sociedade brasileira (Parker, 2002a; Galvão, 2000). O crescimento do número de casos por transmissão sexual e, conseqüentemente, do número de mulheres infectadas, por exemplo, tornou evidente que não somente a estigmatização relacionada às práticas sexuais ou estilos de vida, mas também as desigualdades produzidas por outras dimensões de relações de poder – relações de gênero, classe, etnia, geração – tornavam alguns grupos mais suscetíveis à infecção pelo HIV que outros (Parker, 2002a).

Enfrentar a epidemia de aids requeria, então, construir respostas a esse complexo conjunto de questões, que, inclusive, extrapolam o campo da saúde. Não poderia se limitar, por exemplo, à recomendação do uso do preservativo, seja ele masculino ou feminino (embora essa seja uma recomendação central e sempre necessária). Mas precisaria criar condições para que a adoção de comportamentos sexuais mais seguros fosse factível e viável. Em outras palavras, a política precisaria reconhecer e construir instrumentos para enfrentar as condições de vulnerabilidade que são vivenciadas no cotidiano, em função das desigualdades, inclusive as de gênero.

Neste sentido, a ação intersetorial tem ganhado ênfase na política de aids, como se pode perceber pelo lançamento do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e Outras DST (Brasil, 2007).

O Plano é uma construção do Ministério da Saúde, articulado à Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) que define uma política intersetorial para o enfrentamento da epidemia de aids e a prevenção de DST entre as mulheres. Contextualiza o fenômeno da feminização da epidemia em relação, principalmente, às iniquidades de gênero, mas também enumera outros fatores que podem contribuir para graus de vulnerabilidade distintos entre os diversos segmentos da população feminina: racismo, pobreza, violência, estigma e discriminação e uso de drogas.

Como instrumento de gestão, o Plano norteia a implantação e a implementação de ações de promoção à saúde sexual e reprodutiva nas esferas federal, estadual e municipal da saúde, guiando-se pelas seguintes diretrizes:

Promover a defesa dos direitos humanos, direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres;

Reduzir o estigma ao HIV/aids e a discriminação em relação às mulheres em situação de vulnerabilidade;

Reduzir as iniquidades regionais, territoriais e de contexto de pobreza;

Promover a equidade racial, étnica, de gênero e de orientação sexual das mulheres no acesso a informação, diagnóstico e tratamento;

Fortalecer, implementar e ampliar as ações de prevenção, promoção e assistência as DST, HIV e aids de forma integral e equânime, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.

No ano de 2009, o Plano de Enfrentamento da Feminização foi reapresentado à população por meio de uma consulta pública online. Nessa nova versão, além da revisão de objetivos e metas em nível nacional, o plano trouxe um conjunto de quatro agendas afirmativas referentes a segmentos específicos da população feminina: mulheres profissionais do sexo, mulheres transexuais, mulheres vivendo com aids e mulheres lésbicas.

O cumprimento do Plano está associado a uma agenda destinada a ampliar o diálogo e a estruturação de ações que levem em conta a interação sinérgica entre diversas dimensões de desigualdade que concorrem para a maior ou menor vulnerabilidade à infecção pelo HIV e outras DST. Visando fortalecer a articulação intersetorial e entre governo e sociedade civil organizada nos níveis estadual e municipal, o Ministério da Saúde promoveu oficinas regionais para a construção dos Planos Estaduais de Enfrentamento da Feminização. O objetivo era o de articular os mais diversos atores governamentais e não-governamentais que atuam no campo das políticas públicas para as mulheres, visando à construção de agendas que respondam às necessidades locais de enfrentamento da epidemia de aids e outras DST entre este segmento da população. Hoje 26 unidades federadas desenvolveram, intersetorialmente, Planos Estaduais com atividades e metas específicas a serem implementadas até 2011.³

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

Um movimento importante ocorrido ao longo dos anos noventa foi o fortalecimento do debate acerca da necessidade do desenvolvimento de políticas de saúde voltadas especificamente para a população masculina, com enfoque de gênero. Segundo Schraiber, Gomes e Couto (2005), dentre os benefícios potenciais da entrada da temática da masculinidade no campo dos estudos de gênero e saúde destacam-se: o estímulo para que cientistas e formuladores enfrentem as questões inter-relacionais entre os gêneros, a entrada de novos olhares para objetos antigos no campo da saúde de mulheres e homens e a reiteração do entrelaçamento existente entre saúde, cidadania e direitos humanos.

Como produto da intensificação deste movimento e da legitimação da necessidade do estabelecimento de respostas específicas para as singularidades das condições de saúde da população masculina, em 2008, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Brasil, 2008).

Construída na perspectiva das relações de gênero como determinantes do processo de saúde-doença, a Política baseia-se nas evidências de barreiras sócio-culturais e institucionais que determinam diferentes desfechos de saúde quando se comparam as populações de homens e mulheres.

Uma das preocupações centrais desta política é a promoção do acesso da população masculina aos serviços de atenção primária à saúde. Isto justifica-se pelo fato

³ Informação obtida por comunicação pessoal com a equipe técnica do Departamento de DST e Aids.

de que a principal porta de entrada no sistema de saúde para a população masculina são os serviços de atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, em estágios já avançados do adoecimento. Este comportamento não apenas contribui para a maior vulnerabilidade dos homens a enfermidades graves e crônicas, bem como a mortalidade mais precoce destes em comparação com as mulheres como também onera o sistema de saúde com tratamentos prolongados e de alto custo que poderiam ser evitados por meio de cuidados preventivos.

Esta situação reflete sobre o entrecruzamento das barreiras sociais e institucionais a que se refere à política. Se, de um lado, a resistência masculina à procura por cuidados preventivos e primários decorre das variáveis culturais que estabelecem uma dissociação entre os valores de masculinidade e a fragilidade representada pela doença, por outro, é justificado pelo horário de funcionamento, que coincide com a carga horária do trabalho da maior parte da população masculina.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem estabelece, então, como objetivo principal “promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde” (Brasil, 2008). Sua implementação depende das responsabilidades compartilhadas pelas três esferas de gestão, conforme definidas na política.

As ações estão calcadas em duas grandes linhas de atuação:

o desenvolvimento de mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária para atender às necessidades de saúde da população masculina, com destaque para as questões de saúde sexual e reprodutiva; e

a definição de respostas urgentes para a redução dos altos índices de morbimortalidade associados, principalmente a: causas externas (homicídios, acidentes de trânsito, agressões), consumo de álcool e outras drogas, tumores e doenças dos aparelhos digestivo, circulatório e respiratório.

Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

Ademais da incorporação das singularidades da população masculina, o debate sobre gênero e saúde tem se ampliado também no sentido de destacar a multiplicidade de construções de identidades de gênero e orientações sexuais que constituem a diversidade humana, para além da classificação dos sujeitos em homens e mulheres unicamente a partir de seu sexo biológico.

Segundo Lionço (2009), em grande medida, os agravos à saúde dos segmentos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) são determinados socialmente, em função das freqüentes violações de direitos a que estão expostos estes cidadãos e cidadãs. Tais violações são expressões das representações e significações construídas socialmente acerca das orientações sexuais tidas como desviantes perante a norma, representada pela heterossexualidade (heteronormatividade). Ainda de acordo com esta autora, a vivência da homossexualidade e da expressão de gênero em desacordo com o sexo biológico são marcadas pela injúria, desqualificando-se essas possibilidades de

existência com vistas à asseguaração dos padrões morais hegemônicos no campo da sexualidade.

Os dados da pesquisa “Diversidade Sexual e Homofobia no Brasil”, realizada pela Fundação Perseu Abramo, não deixam dúvida quanto à gravidade do preconceito da população brasileira em relação aos segmentos LGBT: 11 em cada 12 brasileiros concordam com a afirmação de que “Deus fez o homem e a mulher [com sexos diferentes] para que cumpram seu papel e tenham filhos”. O índice de homofobia, construído a partir dos dados da pesquisa, indica que um quarto – 25% - da população brasileira é homofóbica.

Neste contexto, ainda que sejam escassos dados epidemiológicos que evidenciem o impacto das relações entre homo, lesbo e transfobia e condições de saúde, os saberes das ciências sociais e humanas são suficientes para sustentar a necessidade de políticas de saúde específicas para os segmentos LGBT.

Inserida no contexto da vigência do Programa Brasil sem Homofobia (Brasil, 2004), lançado em 2004 pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais foi lançada pelo Ministério da Saúde em 2008.

Trata-se de um marco importante no reconhecimento das necessidades de saúde destes segmentos para além das questões referentes à epidemia de aids, no sentido do reconhecimento da complexidade e diversidade dos problemas de saúde que os afetam.

A Política parte do reconhecimento da existência dos efeitos perversos dos processos de discriminação e de exclusão sobre a saúde da população LGBT e, visando a sua superação, orienta-se para a promoção da equidade em saúde. Destaca, ainda, que a orientação sexual e a identidade de gênero são reconhecidas pelo Ministério da Saúde como determinantes e condicionantes da situação, na medida em que a intolerância, o estigma e a exclusão social relacionadas à diversidade sexual são geradoras de sofrimento e limitadoras do acesso da população LGBT aos cuidados de saúde.

A Política se baseia, então, em ações transversais em diversas áreas da política de saúde, como a inclusão da temática da atenção integral à população LGBT na formação permanente dos trabalhadores do SUS, a inclusão de questões orientação sexual, identidade de gênero e étnico-racial nos documentos de notificação de violência da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e a sensibilização dos profissionais de saúde acerca das especificidades da população LGBT para a promoção de ações de prevenção de DST/AIDS, câncer de colo uterino e de mama, entre outras.

Considerações Finais

As políticas de saúde podem contribuir para a superação de obstáculos ao cuidado com a saúde que são determinados pelas desigualdades de gênero por meio de distintas estratégias. Talvez o primeiro passo para que isso seja reconhecer a impossibilidade das políticas serem “neutras” em relação a tais desigualdades: não responder a elas significaria contribuir para sua manutenção.

Neste sentido, o arcabouço legal e ético oferecido pelo Sistema Único de Saúde tem oportunizado a emergência de respostas inovadoras no campo da formulação de

políticas de saúde. É somente num contexto da saúde tomada como um direito que a política de saúde pode e deve se comprometer a promover equidade de gênero.

No caso da política de aids, embora a perspectiva de gênero já fosse componente importante das ações que a compõem especialmente a partir do delineamento da tendência de feminização da epidemia dos anos noventa, o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Aids e Outras DST tem como importante diferencial a proposição de integrar setores que são estratégicos para a superação das condições que de maior vulnerabilidade da população feminina a esse agravos.

Já as Políticas de Atenção Integral à Saúde do Homem e de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais emergem como respostas do Estado brasileiro a condições de saúde de segmentos da população que ainda não haviam tido suas necessidades singularidades oficialmente reconhecidas no âmbito do SUS. Outras iniciativas importantes neste sentido não puderam ser explorados em função dos limites deste artigo, mas merecem ser citadas, como é o caso da implantação da atenção ao processo transexualizador (Brasil, 2008c).

É importante destacar que a formulação dessas políticas dependeu, entre outras questões, da possibilidade de emergência das necessidades dos diferentes segmentos da população a que se destinam. Para além das instancias participativas do próprio Sistema Único de Saúde, tiveram papel fundamental neste processo a existência de outras políticas setoriais, como a Secretaria de Política para as Mulheres e a Secretaria Especial de Direitos Humanos, e de ações governamentais na esfera federal de promoção e defesa da diversidade, como é o caso do Programa Brasil sem Homofobia e da realização da I Conferencia Nacional LGBT.

Ainda que os resultados destas políticas ainda não possam ser avaliadas em termos de melhorias nas condições de saúde da população, o estabelecimento destas como questões prioritárias para a ação pública no campo da saúde já representa um importante avanço. A efetiva implementação dessas políticas dependerá da atuação de um amplo conjunto de atores, que envolve gestores, profissionais de saúde, sociedade civil organizada, academia. Trata-se de um processo social complexo, na medida em que mobilizará diversos objetivos, interesses e valores (Schraiber, 1997), nos mais variados contextos regionais.

São vários os estudos que mostram a complexidade do desafio das políticas se efetivarem no cotidiano das práticas de saúde, inclusive no que diz respeito à promoção da equidade de gênero na prática dos serviços (Schraiber, 2005) e às ações específicas do componente de prevenção da política de aids brasileira (Ferraz, 2009; Ferraz & Nemes, 2009; Feliciano & Kovacs, 2003; Silva; D'Oliveira & Mesquita, 2007).

Como dissemos no início deste artigo, o processo de construção e consolidação das políticas é dinâmico e somente se materializa por meio da ação concreta de diversos atores sociais. Em se tratando especialmente de um sistema cuja gestão é descentralizada e de políticas que dependem fortemente da ação intersetorial, o aprimoramento dos mecanismos de monitoramento e a participação social serão fundamentais para que os avanços obtidos na incorporação da dimensão de gênero nos planos federais, de fato, resultem em melhores condições de saúde para as cidadãs e cidadãos brasileiros.

Ferraz, D. (2010) Gender and Public Health Policies – building responses to face the inequalities inside the Brazilian Unified Health System (SUS). *Revista de Psicologia da UNESP* 10(1), 70-82.

Abstract:

The article discusses the incorporation of the gender dimension in public health policies. At first, it presents the context of the Brazilian Unified Health System (SUS) as the framework for the construction of public health policies the country to then discuss the necessity of incorporating the gender dimension into the policies that are being constructed under the SUS. In the next part, three examples of this merger are presented and discussed, from recent experiences within the Brazilian Health System: the National Plan to Fight the Feminization of the STD/AIDS Epidemic, the Policy of Comprehensive Attention to Men's Health and the Policy of Comprehensive Health for the LGBT Population. Finally, considerations are made about the potential of the Unified Health System to contribute to gender equity and the challenges to the effective implementation of these policies.

Keywords: gender; health policy; equity; comprehensive health care

Referências

- Barbosa, R.M. & Aquino E. M. L. (2003). Cultura sexual, ciência e política: uma entrevista com Richard Parker. *Cadernos de Saúde Pública*, 455-464.
- Bastos, F. I. (2006). *Aids na terceira década*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Brasil. (2008). *Política de atenção integral a saúde do homem*. Ministério da Saúde. Brasília.
- Brasil. (2008a). *Política nacional de saúde integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Ministério da Saúde. Brasília.
- Brasil. (2008b). *Centros de testagem e aconselhamento do Brasil. Desafios para a equidade e o acesso*. Ministério da Saúde. Brasília.
- Brasil. (2008c, 19 de Agosto). *Portaria n°. 1707/GM, de 18 de agosto de 2008*. Institui, no âmbito do SUS, o Processo Transsexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

- Brasil. (2007). *Plano de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras DST*. Ministério da Saúde. Brasília.
- Brasil. (2004). *Programa Brasil sem Homofobia*. Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República. Brasília.
- Dourado, I.; Veras, M. A. S. M.; Barreira, D.; Brito, A.M. (2006). Tendências da epidemia de aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. *Revista de Saúde Pública*. 40 (supl), 09-17.
- Feliciano, K. V. O. & Kovacs, M.H. (2003). As necessidades comunicacionais das práticas educativas na prevenção da transmissão materno-fetal do HIV. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 3(4), 393-400.
- Ferraz, D. A. S, & Araujo, M, F. (2003). Gênero e saúde mental: desigualdades e iniquidades. In: Araújo, M. F. & Mattioli, O. C. *Gênero e violência*. São Paulo: Arte & Ciência.
- Ferraz, D. A. S. (2009). Avaliação da implantação de ações de prevenção das DST/Aids numa unidade de saúde da família.[Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Ferraz, D. A. S. & Nemes, M. I. B. (2002). Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na região metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 240-250.
- Fundação Perseu Abramo. Diversidade Sexual e Homofobia no Brasil, Intolerância e respeito às diferenças sexuais. Disponível em: <http://www2.fpa.org.br/portal/modules-/news/index.php?storytopic=1770>. Acesso em 18 de set. 2009.
- Galvão J. (2005). Brazil and access to HIV/AIDS drugs: a question of human rights and public health. *American Journal of Public Health*, 95 (7), 1110-1116.
- Galvão J. (2000). *Aids no Brasil. Agenda da construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: ABIA/ Editora 34.

- Lionço T. (2008). Que direito à saúde para a população LGBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde e Sociedade*, 11-21
- Lionço T. Atenção integral à saúde e diversidade no processo transexualizador no SUS: avanços, impasses e desafios. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 2009: 43-63.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2002). *Gender disparities in mental health*. Washington: Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization.
- Mann, J.; Tarantola, D. J. M. & Netter, T.W. (orgs.) (1993). *A aids no mundo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; ABIA; IMS/UERJ.
- Paiva, V.; Pupo, L. R. & Barboza, R. (2006). O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 40 (Supl), 109-119.
- Paiva, V. (2002). Sem mágicas soluções: a prevenção do HIV e da Aids como um processo de emancipação psicossocial. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, 6(11), 25-38.
- Parker, R. (2002). Estado e sociedade em redes: descentralização e sustentabilidade das ações de prevenção das DST/Aids In Parker, R.; Terto Junior, V. & Pimenta, M. C. Aprimorando o Debate: respostas sociais frente à Aids: *Anais do Seminário: Princípios Possíveis para as Respostas ao HIV/Aids*. Rio De Janeiro: ABIA, 31-36.
- Parker, R. (2002). The global Hiv/Aids pandemic, structural inequalities, and the politics of international health. *American Journal of Public Health*, 92(3), 343-346.
- Sampaio, J. & Araujo, J. R. J. L. (2006). Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em aids. *Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil*, 335-346.

Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS

- Schraiber, L. B. (2005). Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa de Saúde da Família do Recife. In Villela, W. & Monteiro, S. (orgs.). *Gênero e saúde: programa de saúde da família em questão*. Rio de Janeiro: ABRASCO/ Brasília: UNFPA.
- Schraiber, L. B.; Gomes, R. & Couto, M. T. (2005). Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7-17.
- Schraiber, L. B. (1997). Prefácio. In Hartz, Z. M. A. (org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ABRASCO.
- Scott, J. W. (1995). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, 71-99.
- Silva, V.N.; D'Oliveira, A.F. & Mesquita, F. (2007). Vulnerabilidade ao HIV entre mulheres usuárias de drogas injetáveis. *Rev Saúde Pública*, 41(Supl. 2), 22-30
- Teixeira, P. R. (1997). Políticas públicas e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil. In Parker, R. (Ed). *Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA/Jorge Zahar.
- Unbehaun, Sandra: masculinidade e violência: o que o gênero tem a ver com isso? (2005) In: Caderno da Hora: juventude e violência de gênero. São Paulo.

Recebido: 29 de novembro de 2009.

Aprovado: 10 de março de 2010.