

REVISITANDO AS DISCUSSÕES SOBRE TERRITÓRIO E POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

Revisiting the discussions on territory and policie for women's health care

Revisando las discusiones sobre territorio y política para la atención de la salud de la mujer



Vânia Maria Pessoa RODRIGUES – Graduação em Pedagogia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); graduação em Ciências Econômicas pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). Graduação em Educação Física pela UERN, através do Plano de Formação de Professores da Educação Básica (PARFOR). Mestranda pelo Programa de Mestrado Acadêmico em Planejamento e Dinâmicas Territoriais no Semiárido (PLANDITES). ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-8936-274X>. CURRICULUM LATTES: <http://lattes.cnpq.br/4465126243539310> EMAIL: vaniarodrigues@alu.uern.br

Maria Losângela Martins de SOUZA – Doutorado em Geografia pela Universidade Federal do Ceará (UFC), mestrado em Geografia pela Universidade Federal do Ceará (UFC) e graduação em Geografia pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Atualmente é professora Adjunta do departamento de Geografia e do Programa de Pós-Graduação em Planejamento e Dinâmicas Territoriais no Semiárido (PLANDITES) da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0003-3798-283X>. CURRICULUM LATTES: <http://lattes.cnpq.br/3615081572913407> EMAIL: mariasousa@uern.br

Themis Cristina Mesquita SOARES – Graduação em Educação Física (LICENCIATURA PLENA) pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), mestrado em Educação Física pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Doutorado em Ciências da Saúde pela UFRN. Pós-Doutorado pela UERN. Atualmente é professora adjunta IV da UERN. Atualmente está vinculada ao Programa de Mestrado Acadêmico em Planejamento e Dinâmicas Territoriais no Semiárido (PLANDITES). ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0003-3724-2647>. CURRICULUM LATTES: <http://lattes.cnpq.br/8186458525576176> EMAIL: themissoares@uern.br

Histórico do artigo

Recebido: 25 setembro, 2020
Aceito: 05 novembro, 2020
Publicado: 29 dezembro, 2020

RESUMO

Esse trabalho insere-se no debate em torno da constituição do território e da política de atenção à saúde da mulher, expressando conquistas e desafios nas relações materiais, políticas, econômicas e de poder, projetadas no espaço. A partir da Constituição Federal de 1988, o território brasileiro teve um novo reordenamento, a exemplo, o direito à saúde de todos os cidadãos, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Este trabalho objetiva visitar as evidências científicas no estabelecimento do diálogo entre territórios e política pública de atenção à saúde da mulher. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa. Os resultados, de um lado, indicam que o território é formulado por diferentes categorias em conjunto com as demais forças vivas da sociedade, respondem aos interesses da governança e ao engajamento dos agentes sociais. Por outro lado, a condução

da política de atenção à saúde da mulher representa avanços e conquistas no cenário nacional. Conclui-se, que as análises das diretrizes e da integralidade da política de atenção à saúde da mulher, mostra os arranjos constitucionais e a luta no campo territorial que, por sua vez, conferiram materialidade e ampliaram a promoção de mudanças na sociedade e, conseqüentemente, reflexos positivos para a qualidade de vida da população feminina.

Palavras-chave: Território; Territorialização; Política Pública; Política de Saúde da Mulher.

ABSTRACT

This work is part of the debate around the constitution of the territory and the policie for women's health care, expressing achievements and challenges in the material, political, economic and power relations projected in space. From the Federal Constitution of 1988, the Brazilian territory had a new reorganization, for example, the right to health of all citizens with the creation of the Unified Health System (SUS). The objective was to revisit the scientific evidence in the establishment of a dialogue between territories and public policy on women's health care. This is a descriptive-exploratory study with a qualitative approach. The results, on the one hand, indicate that the territory is formulated by different categories together with the other living forces of society, responding to the interests of governance and the engagement of social agents. On the other hand, the conduct of women's health care policie represents advances and achievements on the national scene. It is concluded that the analysis of the guidelines and the integrality of the health care policy for women, shows the constitutional arrangements and the struggle in the territorial field, which, in turn, conferred materiality and expanded the promotion of changes in society and, consequently, positive effects on the quality of life of the female population.

Keywords: Territory; Territorialization; Public policy; Women's Health Policy.

RESUMEN

Este trabajo se enmarca en el debate en torno a la constitución del territorio y las política para la atención de la salud de la mujer, expresando logros y desafíos en las relaciones materiales, políticas, económicas y de poder proyectadas en el espacio. A partir de la Constitución Federal de 1988, el territorio brasileño tuvo una nueva reorganización, por ejemplo, el derecho a la salud de todos los ciudadanos con la creación del Sistema Único de Salud (SUS). El objetivo es revisar la evidencia científica en el establecimiento de un diálogo entre territorios y políticas públicas en salud de la mujer. Se trata de un estudio descriptivo con enfoque cualitativo. Los resultados, por un lado, indican que el territorio está formulado por diferentes categorías junto con las otras fuerzas vivas de la sociedad, respondiendo a los intereses de la gobernanza y el compromiso de los agentes sociales. Por otro lado, la conducción de la política de salud de la mujer representa avances y logros en el escenario nacional. Se concluye que el análisis de los lineamientos y la integralidad de la política de salud de la mujer, muestra los arreglos constitucionales y la lucha en el ámbito territorial, que, a su vez, conferían materialidad y ampliaban la promoción de cambios en la sociedad y en consecuencia, efectos positivos sobre la calidad de vida de la población femenina.

Palabras-clave: Territorio. Territorialización. Política de salud de la mujer.

1 INTRODUÇÃO

Discutir a questão da constituição do território é fundamental para o entendimento dos diferentes conceitos que abarcam essa temática na ciência da Geografia. Um espaço que apresenta contradições e forças de coexistência marcado pelas desigualdades

regionais em virtude da dinâmica do mercado capitalista, fruto da divisão social do trabalho, da concentração da estrutura fundiária brasileira, marcado pela forte concentração de terras e pela influência política das oligarquias regionais e tradicionais nas decisões políticas e econômicas do país.

Essa categoria de estudo na Geografia é amplamente discutida por Ratzel (2011) que, ao tratar do território, vincula-se ao solo enquanto espaço ocupado por uma determinada sociedade espaço físico controlado pelo Estado e vinculado ao progresso, em virtude da dominação de grandes áreas de reservas naturais. Sob o olhar de uma abordagem social, as razões para a constituição do lugar são as escolhas interessadas ou políticas, limitado por relações de poder projetadas no espaço, nas quais as relações sociais de poder inerentes estão presentes em um jogo contínuo de dominação e submissão, de controle do espaço geográfico.

No Semiárido do Nordeste, o território não correspondeu a divisão fiscal ou administrativa, nem a um recorte natural do espaço, mas ao interesse de grupos econômicos, uma vez que a região se liga diretamente com as relações de poder exteriores, tratou-se de uma mobilização em torno das questões de interesse da classe fundiária, com a participação direta e indireta dos recursos do governo central (ALBUQUERQUE JÚNIOR, 2009).

Contudo, a política de formação dos territórios conduziu a diversos problemas sociais, como por exemplo, a concentração de terras, a exploração da classe fundiária sobre a pobreza e os miseráveis nordestinos, exploração da força de trabalho abundante e barata, a crescente migração para regiões industrializadas do país, concentração da riqueza e da desigualdade dos níveis de renda. O semiárido assumiu o papel de dispersor da população para outras regiões promissoras, em função da carência de infraestrutura e de projetos de desenvolvimento que abarcasse as camadas populares, situação agravada pelas secas sazonais e pela concentração fundiária.

A partir da Constituição Federal de 1988, o território brasileiro teve um novo reordenamento em relação às políticas sociais, sua estrutura organizativa foi redesenhada e importantes direitos foram institucionalizados; a exemplo, o direito à saúde de todos os cidadãos com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio dos princípios doutrinários: universalidade, integralidade e equidade. Consequentemente, em virtude do crescimento do mercado de trabalho, da política capitalista, da organização dos movimentos e da luta do público feminino nas reivindicações sociais, suplantando as ideias patriarcais em relação ao tratamento dado às mulheres, dando um novo enfoque as

especificidades do público feminino por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou a saúde como direito e obrigação do Estado na promoção e proteção, sendo definida como o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade (BRASIL, 2013). Um bem-estar que inclui outros determinantes sociais como educação, água tratada, saneamento básico, segurança, rede de profissionais, habitação, lazer, emprego e renda. A saúde passou então a ser associada mais a um valor da comunidade que do indivíduo, um valor coletivo, um bem de todos, devendo cada um usufruí-la individualmente, sem prejuízo de outrem e, solidariamente, com todos.

A trajetória das políticas públicas de saúde foi desde as Campanhas Sanitaristas, do início do século até 1970, seguida pelo modelo médico assistencial privatista, até chegar em fins dos anos de 1980 e início de 1990, ao modelo atual, como proposta do SUS, revelando a determinação econômica e a concepção de saúde com a qual cada período operou socialmente, passando por conflitos de interesses, que sempre estiveram presentes na constituição das políticas sociais. São políticas que contemplaram as várias etapas, ciclos de vida e situações de saúde das mulheres, incluindo os assuntos reprodutivos, que tem como diretrizes os cuidados na atenção primária, segundo o conceito da integralidade de assistência e envolvem toda a fase de vida da mulher (FERREIRA; SALES, 2017).

Ademais, a PNAISM foi resultado da luta do movimento feminino em busca de direitos específicos no que concerne à saúde da mulher, isso devido a especial atenção dada as demandas da atuação feminina nas conferências de saúde, fato ocorrido na 15ª Conferência Nacional de Saúde que teve maior participação do sexo feminino. Essa integralidade compreendeu a atenção no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar e no combate à violência doméstica e sexual, na prevenção e tratamento das doenças infectocontagiosas e das doenças crônicas não transmissíveis (diabetes, hipertensão, câncer, etc.). Na verdade, foi uma política que incorporou o enfoque de gênero, a integralidade, a promoção e a prevenção da saúde como princípios norteadores para a consolidação dos avanços no campo dos direitos sociais (BRASIL, 2017).

É inegável que as políticas de atenção à saúde da mulher apontam a necessidade de uma nova perspectiva para superação das ideias arcaicas do patriarcado como prática social, pautada nas necessidades do contexto social em que se fazem presentes. Discute-se com frequência, a respeito das falhas e deficiências na condução das políticas de saúde

e na organização dos serviços em uma rede de assistência para o atendimento ao público feminino. Assim, questiona-se: quais as evidências científicas no estabelecimento do diálogo entre territórios e política pública de atenção à saúde da mulher? Como a política pública de saúde compreende e trabalha as demandas da população feminina?

A finalidade desse trabalho foi revisitar as evidências científicas no estabelecimento do diálogo entre territórios e política pública de atenção à saúde da mulher. Elas são protagonistas de sua própria vida nos seus distintos cenários, territórios, contextos e comunidades, somam esforços e agregam valor na construção de um Brasil mais igualitário, com mais equidade, mais cidadania e democracia.

2 METODOLOGIA

O estudo se baseou em uma revisão bibliográfica sobre a temática, caracterizando-se como do tipo descritivo-exploratório, numa abordagem qualitativa. Para tanto, o objetivo foi proporcionar uma visão geral acerca de conceitos e ideias sobre determinados fatos (GIL, 2008). De acordo com o autor, “a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”, que serviram de sustentação para ao alcance do objetivo proposto (GIL, 2008, p. 50),

O levantamento bibliográfico dos artigos foi realizado a partir da consulta em duas bases de dados: Scielo (Scientific Electronic Library Online) e o Portal de Periódicos Capes, além de livros e publicações de órgãos oficiais. Para isso, considerou-se o ano de 2004 em diante, considerando a publicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, adotados como descritores os termos: território, territorialização, política pública e política de saúde da mulher.

Os textos encontrados foram selecionados pela leitura do título e resumo, sendo que estes deveriam atender aos objetivos propostos no estudo. Ademais, considerou-se a disponibilidade e leitura do texto completo, em que as informações colhidas foram analisadas de modo descritivo. São estratégias metodológicas que dialogam com elementos sócio históricos que transpassam diferentes campos e elementos teórico-conceituais das Ciências Sociais.

3 TERRITÓRIOS: UMA ANÁLISE DA CONSTITUIÇÃO DO ESPAÇO SOB OS INTERESSES DOS AGENTES SOCIAIS

O território no discurso das ciências sociais pode ser definido a partir das relações estabelecidas no espaço, marcado por um conflito de relações, por meio dos agentes sociais que procuram definir essas relações com as políticas públicas a que tem direito. É sinalizado por relações produtivas, econômica, culturais e demais forças vivas da sociedade, pelos conflitos de fronteiras que tentam deixar marcas em sua atuação produtiva. Isso significa que a influência estatal hoje está mais ampliada devido as diferentes relações sociais vigentes em cada espaço físico. Os territórios não são fixos, como também as relações sociais e os comportamentos humanos, o que implica na fluidez das relações espaciais (BAUMAN, 2005).

O conceito de território é amplamente empregado por outras áreas do conhecimento além da Geografia, como a Ciência Política, particularmente, quando trata das questões que envolvem a atuação do Estado; as Ciências Econômicas – especialmente, sobre os mecanismos financeiros da economia, as oscilações da produção e oferta e as relações de trabalho; a Antropologia – ciência que se dedica ao estudo aprofundado do ser humano em relação à sociedade, com vínculos culturais no tempo e no espaço; a Saúde – que atua com o processo de territorialização para organização e planejamento dos serviços.

Definimos território como a porção do espaço geográfico permeado por relações de poder em uma região marcada por afinidades, como uma forma de manter uma associação entre os agentes que usam e estabelecem vínculo no território (SILVA; BEZERRA, 2016). A noção de território como espaço de fonte de recursos materiais ou como simples apropriação da natureza, é suplantada pela ideia de dinamicidade que o lugar desempenha na atualidade, visualizado a partir da divisão social do trabalho e pela dinâmica das necessidades emergentes da população.

A ação dos agentes de produção do espaço acaba por oferecer oportunidade à configuração de territorialidades múltiplas, porém, reforçando a acumulação, a desigualdade e a seletividade dos espaços, tornando territórios de apropriação e uso do poder em escala global (SILVA; BEZERRA, 2016, p. 109).

Assim, expressa-se uma polissemia de sujeitos inerentes ao conceito de território em virtude da amplitude que o termo efetivamente denota. Dentre os dilemas na definição

da superfície territorial, é possível perceber uma rica categoria na delimitação espacial, os agentes modificadores ou produtores na superposição de poderes no sentido de estabelecer a imposição de harmonia e a organização da sociedade. Isso é perceptível nas relações sociais, políticas, históricas, simbólicas, econômicas e culturais manifestadas por meio dos sentimentos de pertencimento e de identidade cultural, porque o território, enquanto espaço ocupado por uma determinada sociedade, é representado pelo poder do Estado – povo e governo, sendo encarado como questão básica para a construção das relações sociais, através de seus distintos sujeitos, interesses e modalidades que encontram-se implicadas nas condições geográficas, regionais e espaciais, consideradas essenciais para a efetivação do território (HAESBAERT, 2016, p. 21).

Nessa perspectiva, é uma expressão apropriada no sentido de uso e atuação, que estabelece a ideia de pertencimento e de transformação mediante a troca de benefícios entre o vínculo sociedade-natureza e os condicionantes sociais, quer sejam econômicos, políticos e ou culturais. Assim, ultrapassa a ideia simplista de espaço físico para estender-se ao engajamento dos agentes sociais e das relações de poder. “Mas a territorialidade humana pressupõe também a preocupação com o destino, a construção do futuro, o que, entre os seres vivos, é privilégio do homem” (SANTOS; SILVEIRA 2012, p. 19). Conforme o pensamento desses autores “o território visto como unidade e diversidade é uma questão central da história humana e de cada país e constitui o plano de fundo do estudo das suas diversas etapas e do momento atual” (SANTOS; SILVEIRA, 2012, p. 20).

Tendo em conta esse universo de significados, um território marcado por relações de poder e por políticas sociais, econômicas, culturais acaba ultrapassando os limites da sociedade. É possível romper fronteiras e afirmar que não podemos deixar de considerar as suas condições naturais ligadas diretamente a dinâmica da natureza, dos recursos materiais e dos bens públicos. É também relacional marcado pela história do lugar, a cultura e a identidade dos povos. Essas questões são defendidas por Bauman (2005), quando ele ressalta a não solidez e a não permanência da identidade pela vida toda, pois as relações são negociáveis e há o livre arbítrio, ou seja, o modo de tomar decisões também está envolvido nesse processo. Essa relação entre os homens que se organizavam em grupos sociais e compartilhavam espaços e identificações entre si, garantiam assim, diferentes modos de viver as características peculiares que marcavam sua identidade e sua cultura.

De acordo com Hall (2003, p. 135), “cultura é a soma das descrições disponíveis pelas quais as sociedades dão sentido e refletem as suas experiências comuns”. Com isso,

observou-se um entendimento da cultura perpassada pela sociedade democrática no compartilhamento de práticas sociais comuns no âmbito da propagação, com ações que seguem um padrão determinado no tempo e no espaço, ainda que se refira a crenças, comportamentos, valores, instituições, costumes e regras morais que permeiam o social. No sentido mais amplo, é a identidade própria de grupos humanos em um território, em um determinado período histórico.

Nesse contexto, prevaleceu a relação sociedade-natureza-recursos na tríade composição sobre a formação e designação do território como espaço entremeado pelas realidades visíveis e invisíveis que compõem o domínio das condições de reprodução da vida humana em sociedade. Essa é uma ideia também compartilhada por Godelier (1984, p. 112 apud HAESBAERT, 2016, p. 47).

Designa-se por território uma porção da natureza e, portanto, um espaço sobre o qual uma determinada sociedade reivindica e garante a todos ou parte de seus membros direitos estáveis de acesso, de controle e de uso com respeito à totalidade ou parte dos recursos que aí se encontram e que ela deseja e é capaz de explorar.

Desse modo, a discussão perpassa pelo território usado pelos agentes sociais sendo capaz de estabelecer vínculos com outros espaços. Isso retrata a atual conjuntura política e econômica da noção de superfície e estabelece uma condição política das relações de poder que está interligada a condição de Estado Moderno. Essa abordagem é profícua diante da conjuntura econômica que vivemos, em que prevalece as relações de controle social, de ordenamento, de organização, de gestão e de administração do lugar acoplado aos determinantes sociais. A gestão desse espaço compreende as corporações industriais, comerciais e os serviços públicos em gerais, os financiamentos e a administração pública, imprescindível na interação de um território com as diferentes dimensões sociais. Assim, a noção de superfície emergiu como espaço de realização, reivindicação e materialização das ações sociopolíticas (SILVA; DANTAS, 2016).

Nesse sentido, o território condiciona a localização dos autores sociais, é produto da gestão efetiva dos agentes políticos enquanto ocupado por uma determinada sociedade, é regulado pelo Estado e pelas relações de poder, pois as ações que se executam, dependem de sua própria constituição, surgindo com uma forte conotação de escolhas interessadas ou políticas marcado pelas relações de posse, de controle e de domínio que marca o início, meio e fim, agregando um novo dinamismo das relações que tem norteado particularmente a busca de uma interpretação geográfica da sociedade brasileira

(SANTOS; SILVEIRA, 2012, p. 22).

Também Raffestin (1993), ao definir território, fez uma ponte conceitual entre a extensão, criada pelo poder do Estado e o construído pelo poder de outros agentes sociais. O poder emanado das fontes culturais, históricas, religiosas e simbólicas que caracterizam as ações humanas e institucionais. Configuiu-se como um espaço onde se projetou nas relações de trabalho – energia, interesses e informação, por consequência, reveladas nas relações marcadas pela dominação. Essa extensão territorial abrigou a materialização das ações humanas, sempre com a presença marcante do poder estatal.

Além disso, deve-se considerar como parte constituinte de um território as técnicas e/ou condicionantes das relações humanas que serviram de informação e de integração no estabelecimento de poder entre diferentes agentes sociais, como por exemplo, a incorporação da malha rodoviária e ferroviária, a internet, as telecomunicações, os serviços, os recursos e financiamentos; e outros objetos técnicos ligados à produção, como veículo de fomentação do desenvolvimento social e motores técnicos científicos destinados a aumentar a eficácia e a divisão espacial do trabalho, como fatores condicionantes das relações que integram a constituição do espaço (SILVA; BEZERRA, 2016).

Sob esse olhar, o Nordeste apresentou em seu território uma multiplicidade de fatores físicos e dinâmicas territoriais quanto à constituição e representatividade de seus espaços. Um desses exemplos é a constituição do semiárido nordestino, ambiente marcado por diferentes paisagens que se inscrevem em distintos contextos, formando um verdadeiro mosaico rico e diversificado. “O termo semiárido envolve uma referência climática, que marca uma característica do ecossistema dessa região, que é o índice de pluviosidade baixa, isto é, menor que 800mm ao ano” (TEIXEIRA, 2016, p.773).

A Região Semiárida do Nordeste do Brasil apresenta como fator de destaque o clima, responsável pela variação de outros elementos que compõem as paisagens. Ao clima, estão adaptados à vegetação e os processos de formação do relevo, com predomínio de um processo sobre outro e de acordo com a época do ano, período seco ou chuvoso; os solos são, em geral, pouco desenvolvidos em função das condições de escassez das chuvas, levando a caracterizá-la como região seca, se comparada a outras regiões brasileira (ARAÚJO, 2011).

Devido as suas condições climáticas, apresenta uma dualidade entre o litoral e o interior representado por duas estações: a da seca e a das chuvas, culminando em um clima quente. “Não há período fixo, nem lugar certo, para chover. Essa variação de tempo e espaço dificulta, mas não impede, a boa convivência com o ambiente” (MALVEZZI, 2007,

p. 10). No litoral, as cidades nordestinas são reconhecidas por seu porte metropolitano, suas belas praias e as opções de lazer. No interior, as cidades sertanejas vicejam e superam as dificuldades decorrentes dos períodos de estiagem, com secas frequentes, sofrimento e flagelo, sendo o elemento marcante na paisagem que preocupa o homem nordestino (MALVEZZI, 2007).

Além disso, o território do semiárido é um espaço formado por extenso planalto, antigo e aplainado pela erosão. A cobertura vegetal é a caatinga, em período chuvoso verde e exuberante; na seca, adquire a cor acinzentada com aspecto de morta (MALVEZZI, 2007). Mas basta cair as primeiras chuvas para que o tapete verde seja estirado aos pés da paisagem semiárida.

Essa descrição coaduna-se com Araújo (2011), ao apresentar o balanço hídrico da região com deficiência hídrica, porque o potencial de evapotranspiração é maior do que as precipitações pluviométricas. Devido a esse fenômeno natural, as plantas adaptaram-se ao longo dos anos a essa variação das condições ambientais, permanecendo vivas, mesmo apresentado aparência de secas, em um período de latência, esperando para florir e se mostrarem frondosas na época das chuvas.

A imagem difundida do Semiárido, como clima, sempre foi distorcida. Vendeu-se a ideia de uma região árida, não semiárida. É como se não chovesse, como se o solo estivesse sempre calcinado, como se as matas fossem secas e as estiagens durassem anos. As imagens de migrantes, de crianças raquíticas, do solo estorricado, dos açudes secos, dos retirantes nas estradas, dos animais mortos, da migração [...]. É um ponto de vista, real e ideológico, que muitas vezes serve para que se atribua à natureza problemas políticos, sociais e culturais, historicamente construídos (MALVEZZI, 2007, p. 11).

Nessa perspectiva, o semiárido é marcado por diferentes características físicas naturais dominantes e homogêneas como vegetação, solo, clima, relevo e paisagem, refletindo diretamente nas atividades econômicas e sociais da população. De acordo com Araújo (1999), alguns fatores foram decisivos para o desenvolvimento do Nordeste nos últimos anos, tendo como força definidora as decisões no crescimento global, inclusive no semiárido, o mercado consumidor em expansão em virtude das transferências de renda, mão de obra em abundância, incentivos fiscais, menor gasto de produção e de distribuição da mercadoria e proximidade da matéria prima com as indústrias regionais.

Partindo dessa premissa, se sobressai os enclaves – uma parte do território diferente ou contrária do domínio homogêneo, que ressurge para o desenvolvimento

econômico e social para uma pequena parcela da população, mas que apresenta como potencialidades, a agroindústria do açúcar e do cacau, as indústrias de mercadorias que se instalaram na região em busca de incentivos fiscais como o Polo Tecnológico de Recife, com destaque para o petróleo explorado no litoral. Na pecuária, podemos citar o maior rebanho de ovinos e caprinos do país; na agricultura, se destaca a fruticultura irrigada, a criação e comercialização de camarão em larga escala e o turismo com importante fonte de renda para a o semiárido (DANTAS, 2010).

É nessa perspectiva que entendemos a formação, os investimentos financeiros e a mobilização social para uma convivência no semiárido. Os projetos de infraestrutura têm a capacidade de definir as articulações econômicas inter-regionais e internacionais, com potencial de influenciar a organização territorial do semiárido. Para Araújo (1999), uma política de desenvolvimento regional deve ser fortemente detalhada para contemplar devidamente a heterogeneidade presente na realidade espacial brasileira. Assim, verifica-se constantemente a interferência capitalista na impulsão da economia do semiárido nordestino, onde os grandes latifundiários do passado passaram a ser os grandes detentores do capital e dos meios de produção, marcado pelas relações de poder e de interferência na regulação e no controle da vida humana em sociedade. Isso vem refletir no designer de que estados e regiões respondem a União, a governança e ao engajamento dos autores sociais.

Desse modo, a concentração de renda e de terra foi muito acentuada e reforçaram as desigualdades sociais. A estrutura fundiária foi baseada na grande propriedade e no latifúndio, que recebeu apoio, subsídios e proteção do Estado. Com isso, temos um território ligado as relações de classe, um espaço ocupado e dominado pelo o poder, quer seja público, estatal ou privado representado pelas grandes empresas que se estenderam em grandes áreas territoriais, habitado e sujeito a uma gestão sob o domínio do capital. “Os territórios possibilitam a construção de sistemas de inovações regionais, a prevalência de aspectos de formação histórica, cultural, social, que tornam os territórios particulares” (AGOSTINI; SILVEIRA, 2020, p. 153).

Nesse contexto, no atual cenário nacional, particularmente, no semiárido nordestino, já não se pode mais interpretar as relações de poder como uma concepção neutra, uma vez que toda política desenvolvimentista está a serviço de determinada classe social. O território como conceito ajusta-se para melhor explicar, na essência, o processo de produção e dos rumos da sociedade, agindo de maneira afirmativa na construção de políticas capazes de oferecer os diversificados serviços públicos, garantir a população os

direitos sociais, a exemplo, da política de atenção à saúde da mulher.

4 A TERRITORIALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER: CONQUISTAS E DESAFIOS

A saúde estuda o processo de territorialização como estratégia capaz de minimizar ou solucionar os principais impasses que dificultam o processo saúde-doença na comunidade, atuando com vistas a organização e ao planejamento dos serviços. Tratou-se de uma categoria importante para o conhecimento da área e para a definição das ações de saúde, de modo a contemplar as especificidades do público feminino de determinado lugar.

A territorialização é o espaço onde as políticas públicas de saúde se efetivam ou não, suas repercussões são sentidas em sua totalidade de modo diferente, uma vez que caracterizam as necessidades da população, suas demandas, seus anseios e seus problemas de saúde. Com a descentralização dos serviços proposto pelo SUS, os municípios passaram a se organizar em territórios, tanto regionais quanto municipais, para organizar melhor os serviços de saúde. Assim, “a territorialização compõe o modo de organização da rede de serviços e das práticas de saúde locais” (TETEMANN; TRUGUILHO; SOGAME, 2016, p. 357).

Em relação à rede de atenção à saúde, o território é uma importante categoria espacial, principalmente, quando se deseja estudar sobre uma política específica, é onde ocorre a materialização das relações de poder do Estado, das organizações, dos indivíduos e onde se estabelecem os laços afetivos e de pertencimento entre as pessoas. A divisão territorial visou uma reorganização dos serviços, a fim de garantir a universalidade da assistência à saúde, devendo considerar os sujeitos em sua singularidade, complexidade, integridade e inserção sociocultural. É representada pelos municípios, distritos sanitários, áreas de abrangência das unidades e subáreas de saúde, criando territórios próprios e exercendo seu poder, regulamentando o SUS, facilitando sua implementação a nível local e orientando-se pela territorialização e adscrição da clientela, pela responsabilização e processo de humanização (GONDIM et al, 2008; TETEMANN; TRUGUILHO; SOGAME, 2016).

Em termos práticos, a territorialização é a base para a organização e o planejamento em saúde. É preciso conhecer a localização geográfica do território, as condições de moradia da população, ambientais, socioeconômicas e cultural, os

equipamentos públicos e sociais da região (escolas, unidades de saúde, hospitais, praças), as vulnerabilidades, os dados epidemiológicos e as ações das unidades de saúde. O propósito fundamental da territorialização é permitir a definição de prioridades em termos de problemas e grupos, o mais aproximadamente possível, o que se refletirá na definição das ações mais adequadas, de acordo com a natureza dos problemas identificados, bem como na concentração de intervenções sobre grupos priorizados e, conseqüentemente, com maior impacto positivo sobre os níveis de saúde e as condições de vida da população feminina (GONDIM; MONKEN, 2014).

Foi a partir da Constituição Federal de 1988, que o território brasileiro teve um novo reordenamento, sua estrutura organizativa foi redesenhada e importantes direitos sociais foram institucionalizados, a exemplo, o direito à saúde para todos os cidadãos brasileiros com a criação do SUS, que foi regulamentado dois anos depois, em 1990, pelas leis nº 8.080/90 e 8.142/90, constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais e, complementarmente, por iniciativa privada que se vincule ao Sistema (BRASIL, 1990).

Com isso, a discussão acerca da territorialização abrange um espectro amplo de temas correlacionados. Podemos citar, por exemplo, as políticas públicas de saúde e, mais especificamente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Porém, antes, propomos apresentar o conceito relativo à política pública no contexto social.

De modo geral, tratou-se de um conjunto de programas, ações e atividades desenvolvidas pelo Estado diretamente ou indiretamente, com a participação de entes públicos ou privados, nas três esferas: federal, estadual e municipal visando assegurar determinado direito de cidadania, de forma difusa para os diferentes segmentos sociais. Entende-se que as políticas públicas têm uma relação direta com decisão e ação, pois segundo Secchi (2017, p. 02) “é uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público”. Logo, está recheada de conflitos, coalizões e de equilíbrio entre os poderes que se modificam constantemente. Uma política pública possui dois elementos fundamentais; intencionalidade pública e resposta a um problema público. Noutras palavras, a razão para o estabelecimento de uma política pública é o tratamento ou a resolução de um problema entendido como coletivamente relevante (SECCHI, 2017).

Nesse contexto, percebeu-se um processo de construção e de atuação das decisões políticas presentes na sociedade. Podemos resumir política pública como o “campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o governo em ação e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no

rumo ou curso dessas ações (variável dependente)” (SOUZA, 2006, p. 26). Outras definições enfatizam o papel da política pública na solução de problemas sociais, mas na verdade, a essência da política pública é o embate em torno de ideias e interesses governamentais e não-governamentais (SOUZA, 2006).

Compreender como uma combinação de políticas públicas impactaram diferentemente no contexto social é importante para planejar, executar e aplicar melhor os recursos disponíveis, bem como, para aperfeiçoar os serviços de assistência, acompanhar e avaliar com o intuito de proporcionar e melhorar a qualidade de vida das pessoas. Para isso, a Constituição Federal de 1988, vigente até os dias atuais, através de seu artigo 6º, expressa o seguinte: “são direitos sociais a educação, a saúde, ao trabalho, a moradia, ao transporte, ao lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados” (BRASIL, 1988, p. 07). Assim, são diversos direitos sociais destinados a população com ênfase no direito à saúde.

Nessa perspectiva, o SUS tem como escopo o estabelecimento de ações e serviços de saúde no território e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde. Na discussão das políticas de saúde a partir do SUS, não podemos negligenciar os princípios doutrinários: universalidade, equidade e integralidade, sendo termos essenciais que devem estar presentes para a consolidação das políticas de saúde nos territórios. A universalidade, indica que o acesso às ações e aos serviços de saúde deve ser garantido a todas as pessoas, a equidade, tem como objetivo diminuir as desigualdades, investir mais onde a carência é maior; e a integralidade visa considerar a pessoa e atender a todas as suas necessidades, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 1990).

Nesse cenário de política de saúde, discutir a temática que envolve o público feminino nesse momento histórico é mais do que deixar-se envolver pelas mulheres do mundo inteiro. É gritar socorro diante do inconformismo e da ternura de milhares de mulheres. É resguardar a memória que, mesmo obscurecida pelos conservadoristas, iluminará o caminho de todos os que buscam a justiça e a liberdade. É assumir a atitude incômoda de se indignar com o fenômeno histórico em que metade da humanidade se viu milenarmente excluída nas diferentes sociedades, ao longo dos tempos (TELES, 2017). Assim, foram as conjecturas do patriarcado que concentraram sua atenção na subordinação das mulheres e encontraram a explicação para tal, na necessidade de o homem dominar e sobrepujar o feminino.

Ademais, a partir da inserção da mulher no mercado de trabalho, elas perceberam a oportunidade de romper com as ideias arcaicas do papel atribuído ao feminino na sociedade patriarcal, apontando novos horizontes para diversas conquistas sociais, entre elas, uma política exclusiva para atender as necessidades de gênero, numa perspectiva que contemple a promoção, prevenção e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde, o controle de patologias mais prevalentes e a garantia do direito em todos os ciclos de vida (BRASIL, 2004). Com isso, as mulheres se viram no direito de ocupar o mercado de trabalho e ampliar suas aspirações e garantia da cidadania no campo da saúde.

A questão da saúde sempre expressou tensões entre a agenda de reforma do Estado e a agenda da Reforma Sanitária. Segundo Santos (2005), várias forças sociais continuaram na luta pela Reforma Sanitária nas décadas de 1980 e 1990, contribuindo significativamente para a formação de uma consciência sanitária no país. A partir da Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde, em 1978, realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, ficou estabelecido em âmbito mundial, através do documento final do evento, que a saúde do povo seria acolhida por meio da promoção de políticas de saúde, em prol do bem-estar físico, mental e social, como direitos fundamentais dos seus habitantes, enfatizando-se principalmente os cuidados primários (FERREIRA; SALES, 2017). Segundo esses autores:

No início dos anos 1980, ocorreram importantes mudanças econômicas e políticas, determinando o esgotamento do modelo médico-assistencial privatista e sua substituição por outro modelo de atenção à saúde. Com isso, ressurgiram os movimentos sociais que forçaram o processo de redemocratização no Brasil, marcado por conquistas relevantes, destacando-se o movimento sanitário (FERREIRA; SALES, 2017, p. 60).

A partir desse período, a saúde passou a ser uma meta social mundial e, para sua realização, era necessário ter uma integração com os vários setores sociais e econômicos do país. “A ampliação do conceito de saúde, refletida parcialmente nessas mudanças, faz parte das reivindicações do movimento de mulheres, que vem participando da promoção da saúde da mulher em todos os níveis” (GIFFIN, 1991, p. 133). Visando atender às exigências do movimento feminino, o Ministério da Saúde em 1984, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), rompendo, no aspecto conceitual, os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo.

A criação do PAISM representou um marco na história das políticas públicas voltadas às mulheres, pois, pela primeira vez, ampliou-se a visão de integralidade, presente nas formalizações do movimento sanitário, para incorporar a noção de mulher como sujeito, que ultrapassava sua especificidade reprodutiva, incluindo e definindo o planejamento familiar como de livre escolha do feminino, passando a assumir uma perspectiva holística de saúde, um olhar progressista para a conjuntura da saúde da mulher em todas as fases de vida (FERREIRA; SALES, 2017). O PAISM representou um atendimento à mulher com serviços de saúde limitado, quase que exclusivamente, voltado ao período gravídico-puerperal, e, mesmo assim, de modo deficiente. O programa atuava na expansão e consolidação da rede de serviços básicos de prestação de ações integradas de saúde, com ênfase em atividades chave, identificadas, mediante critérios epidemiológicos, que impactavam diretamente na saúde das mulheres. As ações incluíam a assistência à mulher em clínica ginecológica, o acompanhamento no pré-natal, a questão de assistência ao parto e a puerpera, atenção ao câncer do colo uterino e de mama, o planejamento familiar, as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), as doenças sistêmicas na população feminina, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil epidemiológico de mulheres (BRASIL, 1985).

No entanto, com o surgimento do SUS, a consequente municipalização dos serviços de saúde e a reorganização da atenção básica, o PAISM ganhou força, mesmo que as ações no campo da saúde reprodutiva tenham sido privilegiadas, demonstrando ainda a visão de saúde materna nas práticas desenvolvidas (FERREIRA; SALES, 2017). Na história das políticas de saúde no Brasil, a atenção à saúde da mulher tem sido reduzida, na maior parte, aos cuidados materno-infantil. Os programas e a discussão materno-infantis traduziram-se numa visão restrita sobre a atenção à saúde da mulher, baseada na especificidade biológica e no seu papel social como mãe, cuidadora e doméstica, responsável pela criação dos filhos, pela educação e zelo, não só dos filhos, mas da família em geral.

Além disso, o processo de implantação e implementação do PAISM apresentou especificidades, sendo influenciado, a partir da proposição do SUS, pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família (PSF). Estudos realizados para avaliar os estágios de implementação da política de saúde da mulher demonstraram a existência de fragilidades na implantação dessas ações e, embora, não se tenha um panorama abrangente da situação em todos os municípios, pode-se afirmar que

a maioria enfrenta ainda dificuldades políticas, técnicas e administrativas (FERREIRA; SALES, 2017).

Com isso, no período de 1998 a 2002, verificou-se que o cenário da política de atenção à saúde da mulher estava mais direcionado para o campo da maternidade e da fertilidade, valorizando a saúde reprodutiva em detrimento da saúde preventiva. Nisso, várias lacunas ficaram expostas, entre as queixas mais frequentes, está a questão do tratamento de infertilidade, de reprodução assistida, saúde da mulher na adolescência e as princípios norteadores para a consolidação dos avanços no campo dos direitos sociais, como também as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), sem esquecer de que na questão de gênero e raça a situação ainda é mais grave ao se tratar de política pública para as mulheres (BRASIL, 2017).

Dados do Ministério de Saúde indicam que as mulheres são as principais usuárias do SUS. Frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, mas, sobretudo, acompanhando crianças, familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhas (os), amigos e, além disso, muitas trabalham como cuidadoras. As políticas públicas devem considerar as condições de vida e de trabalho associadas às dimensões de geração, raça, etnia, orientação sexual e identidade de gênero, visando o acesso aos serviços de saúde, à redução de riscos e agravos decorrentes dos processos de trabalho e à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida (BRASIL, 2017, p.16- 17).

Desse modo, o SUS, como parte da Reforma Sanitária e política abrangente de saúde, é um processo que estará sempre em aperfeiçoamento e constante adaptação, sofrendo influência dos diferentes contextos políticos, sociais e econômicos do país. Entre essas mudanças, estava o enfoque dado a substituição do PAISM pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher em 2004, como resultado da luta do movimento feminino em busca de direitos específicos no que concerne à saúde, devido a especial atenção dada as demandas da atuação das mulheres nas conferências de saúde, fato marcante ocorrido na 15ª Conferência Nacional de Saúde que teve maior participação feminina. Em decorrência das pressões sociais, o SUS apresentou avanços nas décadas subsequentes em termos de descentralização político-administrativa, participação social, mudanças no modelo de atenção e expansão do acesso aos serviços públicos em termos de gênero (BRASIL, 2017).

Levando em conta esse universo de significados, a integralidade na saúde da mulher compreenderam a atenção no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao

abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual, na prevenção e tratamento das doenças infecto contagiosas e das doenças crônicas não transmissíveis (diabetes, hipertensão, câncer, etc.). É preciso que a implementação dessas políticas de promoção de equidade e integralidade em saúde tenha o compromisso dos gestores na execução e na aplicação correta dos recursos públicos.

Os indicadores epidemiológicos do Brasil mostram uma realidade na qual convivem doenças dos países desenvolvidos (cardiovasculares e crônico-degenerativas) com aquelas típicas do mundo subdesenvolvido (mortalidade materna e desnutrição). Os padrões de morbimortalidade encontrados nas mulheres revelam também essa mistura de doenças, que seguem as diferenças de desenvolvimento regional e de classe social (BRASIL, 2017, p. 20).

Nesse sentido, foi necessário ouvir as mulheres, suas demandas e identificar por meio dessa investigação, o direcionamento dado as políticas de saúde voltadas ao público feminino. Uma vez que elas são protagonistas de sua própria vida nos diferentes cenários, territórios, comunidades e mundos que somam esforços e agregam valor na construção de um Brasil mais solidário, com igualdade de direitos, com mais equidade, cidadania e democracia participativa.

Atualmente, a PNAISM estimula a descentralização dos serviços, a fim de garantir a manutenção da autonomia da Estratégia de Saúde da Família (ESF), no sentido de atuar como norteadora da promoção e do cuidado a atenção integral à saúde da mulher, não limitando-se apenas nos serviços de média e alta complexidade, mas no fortalecimento da atuação coletiva dos serviços no contexto de uma rede integrada em saúde e educação, capaz de estabelecer linhas eficientes de autocuidado (FERREIRA; SALLES, 2017). Nessa visão, a ESF propõe um novo modo de atuar em saúde, com visão para o individual e coletivo, na assistência voltada para promoção, prevenção, assistência e no comprometimento de gerar participação popular na construção e planejamento das ações em saúde (ANDRADE et al, 2013).

Sob esse olhar, um fato marcante dessa política de saúde fez-se perceptível no campo do debate social, sobretudo, quando se observa as definições que ocorreram na 4ª Conferência Nacional de Políticas para Mulheres em 2016, que abarcaram as dimensões de raça/etnia, orientação sexual e identidade de gênero, mulheres em situação de vulnerabilidade e também com deficiências. Com isso, considera-se a questão de gênero,

a intersectorialidade e a equidade no SUS como conquistas e direitos do público feminino (BRASIL, 2017).

Desse modo, ao mesmo tempo que acontecia a 4ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, um fato preocupante se fez presente no retrocesso da democracia nacional, mediante os ataques expressos a primeira mulher presidenta do Brasil, na condição de dirigente máxima da nação brasileira, em 31 de agosto de 2016, por meio do processo de impeachment. Essa ruptura democrática que o país presenciou traz reflexões sobre a condição feminina em espaços de poder, e também na construção e consolidação de políticas voltadas às mulheres, servindo de subsídio para refletir e questionar os avanços, desafios e também os recuos que as políticas sociais podem adquirir diante das incertezas que atualmente vigoram no país no campo das políticas públicas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como pressuposto fundamental para o entendimento do conceito e dos fatos inerentes a pesquisa, a partir de sua compreensão, percebeu-se que a superfície territorial está vinculado a diferentes contextos, limitada por relações materiais, sociais, políticas, econômicas e culturais projetadas no espaço. A exemplo, o debate em torno da política de atenção à saúde da mulher que possui diretrizes universais, bem como sobre a organização da rede de atenção à saúde da mulher, das quais as mulheres são dependentes dos serviços de assistência e da conformação das políticas de saúde oferecidas pelas gestões estaduais, regionais e locais.

Evidenciou-se ao longo da pesquisa um território formulado por diferentes categorias em conjunto com as demais forças vivas da sociedade, mas que respondem aos interesses políticos, a governança e ao engajamento dos agentes sociais. A análise das diretrizes e da integralidade da política de atenção à saúde da mulher, a exemplo da PNAISM, mostrou os marcos constitucionais, os arranjos institucionais e a luta no campo territorial que, por sua vez, conferiram materialidade, favoreceram resultados significativos que ampliaram, em alguma medida, a promoção de mudanças na sociedade, garantia de direitos e, conseqüentemente, reflexos positivos para a qualidade de vida da população feminina.

Considerando o exposto, verificou-se que a política de atenção integral à saúde da mulher adquire efetividade em suas ações quando desenvolvida por meio de práticas

gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe no território delimitado. Para isso, a mulher deve ser considerada em sua singularidade, complexidade e inserção sociocultural, refletindo o compromisso de garantir os direitos civis, políticos e sociais das mulheres e redução das principais causas de morbimortalidade no público feminino.

O artigo não esgota essa discussão por aqui, mas abre um debate sobre as conquistas e garantias sociais às mulheres, como resultado da organização do movimento feminino e de reivindicações sociais, saindo de uma visão patriarcal, marcada pela submissão, para uma posição de contemplação de direitos à saúde da mulher, por meio de ações integradas na territorialização da saúde, de modo a contemplar as especificidades deste gênero em todos os ciclos de vida.

REFERÊNCIAS

- AGOSTINI, C.; SILVEIRA, R. L. L. Planejamento territorial e escalas espaciais: Uma análise da percepção dos atores sociais em regiões selecionadas do Rio Grande do Sul. **RPPR – Rio de Janeiro – vol. 7, nº 2, maio a ago. de 2020, p.149-170.** Disponível em: <http://www.revistappr.com.br/artigos/publicados/Planejamento-territorial-e-escalas-espaciais-Uma-analise-da-percepcao-dos-atores-sociais-em-regioes-selecionadas-do-Rio-Grande-do-Sul.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2020.
- ALBUQUERQUE JÚNIOR, D. M. de. **A invenção do Nordeste e outras artes.** 4. ed. Recife: FJN; Ed. Massangana; São Paulo: Cortez, 2009.
- ANDRADE, A. C. V.; SCHWALM, M. T.; CERETTA, L. B.; DAGOSTIN, V. S. SORATTO, M. T. Planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo - 2013; 37(4): 439-449. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155558/A09.pdf. Acesso em: 12 abr. 2019.
- ARAÚJO. S. M S. de. A região semiárida do nordeste do Brasil: questões ambientais e possibilidades de uso sustentável dos recursos. Rios Eletrônica - **Revista Científica da FASETE**, ano 5 n. 5 dezembro de 2011, p.89 – 98. Disponível em: https://www.unirios.edu.br/revistarios/media/revistas/2011/5/a_regiao_semiarida_do_nordeste_do_brasil.pdf. Acesso em: 18 abr. 2020.
- ARAÚJO, T. B. de. Por uma política nacional de desenvolvimento regional. **Revista Econômica do Nordeste**, Fortaleza, v.30, n.2, abr/jun. 1999. Disponível em: <https://www.google.com/search?q=ARA%C3%9AJJO%2C+T.+B.+de.+Por+uma+pol%C3%ADtica+nacional+de+desenvolvimento+regional.+Revista+Econ%C3%B4mica+do+Nordeste%2C+Fortaleza%2C+v.30%2C+n.2%2C+abr%2>. Acesso em: 12 jan. 2018.
- BAUMAN, Z. **Identidade:** entrevista a Benedetto Vecchi. Tradução: Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília: 1985.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf>.

Acesso em: 16 fev. 2018.

BRASIL **Constituição Federativa do Brasil**. Congresso Nacional. Brasília, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília, DF, 1990. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: Jan. 2018.

BRASIL, **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Brasília, DF, 1990. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm> . Acesso em: Jan. 2018.

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Mundial da Saúde. **Saúde no Brasil**: desafios e perspectivas. Brasília: MS, 2013. 45p.

BRASIL. **Saúde da Mulher**: Desafios para Integralidade com Equidade. In. Conferência Nacional de Saúde da Mulher, 2. 2017. Disponível em:

http://conselho.saude.gov.br/images/biblioteca/revistas/revista_jul-ago_2017.pdf. Acesso em: 06 abr. 2019.

DANTAS, E. W. C. **Mutações no Nordeste brasileiro**: reflexão sobre a produção de alimentos e a fome na contemporaneidade. *Confins* (Paris), v. 10, p. 1-20, 2010.

Disponível em: <<https://journals.openedition.org/confins/6686?lang=pt>>. Acesso em: 04 ago. 2019.

FERREIRA, H. M.; SALES, M. D. C. Saúde da mulher enquanto Políticas Públicas. **Salus J Health Sci**. 2017; 3 (2): 58-65. Disponível em: <<http://www.salusjournal.org/wp-content/plugins/download-attachments/includes/download.php?id=1063>>. Acesso em: 21 jan. 2019.

GIFFIN, K. M. Mulher e Saúde. **Cad. Saúde Pública**, 1991; 7(2): 133-134. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1991000200001>.

Acesso em: 16 mar. 2019.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONDIM, G. M. M de M.; MONKEN, M.; ROJAS, L. I.; BARCELLOS, C.; PEITER, P.; NAVARRO, M. GRACIE, R. **O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização.** Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 237-55.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. **Territorialização em Saúde.** Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Osvaldo Cruz, 2014, p. 32. Disponível em: <http://www.rets.epsiv.fiocruz.br/sites/default/files/teritoiro_na_saude.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2019.

HAESBAERT, R. As armadilhas do território. In **Território: modo de pensar e usar.** José Borzacchiello da Silva; Cícero Nilton Moreira da Silva; Eustógio Wanderley Correia Dantas (Org.). Fortaleza: Edições UFC, 2016, p. 8 - 31.

HALL, S. **Da diáspora: Identidades e mediações.** Belo Horizonte: Editora UFMG; Brasília: Representação da UNESCO no Brasil, 2003.

MALVEZZI, R. **Semiárido: uma visão holística.** Brasília: Confea, 2007.

RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder.** São Paulo: Editora Ática, 1993.

RATZEL, F. O solo, a sociedade e o Estado. **Revista Do Departamento De Geografia**, 2, 2011, 93-101. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdg/article/view/47081>>. Acesso em: 21 jan. 2019.

SANTOS, J. **Assistência à saúde da mulher no Brasil.** II Jornada Internacional de Políticas Públicas. Universidade Federal do Maranhão. Programa de pós-graduação em Políticas Públicas. Maranhão, Brasil. São Luís: 2005.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI.** 16. ed. Rio de Janeiro: Record, 2012.

SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos.** 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2017.

SILVA, J. B.; BEZERRA, J. A. Desenvolvimento e Território: usos e coexistências entre o rural e o urbano interiorizado. In: SILVA, José Borzacchiello; DANTAS, Eustógio Wanderley Correia Dantas; SILVA, Cícero Nilton Moreira da. (Orgs). **Território: modo de pensar e usar.** Fortaleza: Edições UFC, 2016, p. 105 – 151.

SILVA, J. B.; BEZERRA, J. A. DANTAS, E. W. C. De nordeste e de cidade no território de semiaridez. In **Território: modo de pensar e usar.** José Borzacchiello da Silva; Cícero Nilton Moreira da Silva; Eustógio Wanderley Correia Dantas (Org.). Fortaleza: Edições UFC, 2016, p. 19 – 41.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>>. Acesso em: 06 ago. 2019.

TEIXEIRA, M. N. O sertão semiárido. Uma relação de sociedade e natureza numa dinâmica de organização social do espaço. **Revista Sociedade e Estado**, volume 31 Número 3 Setembro/Dezembro 2016, p. 769-797. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/se/v31n3/0102-6992-se-31-03-00769.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2020.

TELES, M. A. de A. **Breve história do feminismo no Brasil e outros ensaios**. São Paulo: Editora Alameda, 2017.

TETEMANN, E. C., TRUGILHO, S; M.; SOGAME, L. C. M. Universalidade e Territorialização no SUS: contradições e tensões inerentes. **Textos & Contextos**. Porto Alegre, p. 356-369 v. 15, n. 2, 2016.
