

POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER À INTEGRALIDADE: EFETIVIDADE OU POSSIBILIDADE?

Katiane de Souza Ramalho¹ | Silvaneide Tenório da Silva² | Silvania Maria de Lima³ | Marli de Araújo Santos⁴



RESUMO

Este artigo tem como objetivo estudar de forma sócio-histórica e analítica a trajetória da Política Pública de Saúde brasileira direcionada à mulher, como uma política estatal de enfrentamento a uma das expressões da sociedade capitalista contemporânea, ao se constituir como política de saúde que não se determina por si só, mas que é efetivada dentro de um contexto sociopolítico para responder a uma das demandas postas pelo movimento feminista. Assim, objetivamos problematizar a proposta de integralidade contida na política de saúde direcionada à mulher brasileira, enquanto possibilidade ou efetividade.

PALAVRAS-CHAVE

Política de Saúde. Saúde da Mulher. Integralidade.

ABSTRACT

This article aims to study in a socio-historical and analytical way the trajectory of the Brazilian Public Health Policy to the women, as a state policy of confrontation to one of the expressions of contemporary capitalist society, to be constituted as a health policy that is not determined by itself, but that is effected within a sociopolitical context to respond to the demands of the feminist movement. Thus, we aimed to discuss the proposal integrality contained in the health policy directed to the Brazilian women, as a possibility or effectiveness?.

KEYWORDS

Health Policy. Women's Health. Integrality.

No Brasil, as ações de saúde direcionadas à mulher até meados da década de 1980 não são diferentes das medidas adotadas na implementação da política de saúde como um todo. Predominantemente marcados pela centralização normativa, os planos direcionados à saúde eram elaborados sem qualquer avaliação das necessidades da população local. Assim, as ações de saúde implantadas durante esse período foram caracterizadas pelo distanciamento entre as medidas adotadas e as reais necessidades das mulheres brasileiras.

Antes da formulação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983, a característica marcante das políticas públicas de saúde direcionadas à mulher brasileira era a ênfase pronatalista¹, com ações voltadas a atender as mulheres em um único ciclo de suas vidas, o gravídico-puerperal².

Neste contexto, para efeito de uma melhor compreensão nesse artigo, analisamos a estruturação que os serviços de saúde voltados para mulher assumem a partir de 1973 com a criação do Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), pontuando os principais avanços e desafios obtidos por este até a formulação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983, o qual é reformulado e consagrado no ano de 2004, como Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).

2 AS AÇÕES DE SAÚDE DIRECIONADAS À SAÚDE DA MULHER NO BRASIL

As discussões favoráveis ao controle demográfico, que emergem na década de 1950, de acordo com Costa (2009), são apresentadas pelo governo norte-americano aos países da América Latina como solução ao crescimento econômico, uma vez que para o recebimento de ajuda financeira, a condição imposta a estes países foi a implementação de estratégias de redução do crescimento demográfico.

Neste contexto, o Brasil passa a implementar ações que intrinsecamente efetivavam o controle demográfico. Dentre essas ações, merecem destaque a criação do Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI) em 1974 e a criação do Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco (PPGAR) em 1977 (COSTA, 1986).

São programas que merecem destaque, porque na época em que foram lançados seu conteúdo despertou recusa por parte dos novos sujeitos sociais, no caso, o movimento feminista brasileiro, como ator político, que publicizou a questão da saúde da mulher como demanda política de ação estatal. A recusa assumida pelo movimento feminista foi, principalmente, quanto ao caráter focalista e controlista contido no PSMI e no PPGAR. O movimento feminista denunciava que o planejamento familiar inaugurado nestes programas tinha como essência o controle de natalidade sob orientação internacional, como critério à solução dos problemas sociais, ou seja, as expressões da questão social³ (COSTA, 1986).

1 São políticas adotadas visando o aumento populacional de um país, nas quais as ações adotadas pautam-se no discurso biológico que naturaliza a mulher como mãe e reprodutora.

2 O período gravídico compreende o período gestacional da mulher, e o puerpério compreende o período entre o fim do parto, que é puerpério precoce, até o período de 12 semanas após o parto, que é o puerpério tardio.

3 Processo de pauperização relativa determinado pelas necessidades sociais da acumulação capitalista.

Para Costa (1986), o PSMI surge como uma das metas do Plano Nacional de Desenvolvimento, lançado pelo governo militar na tentativa de imprimir novo rumo ao desenvolvimento brasileiro. Neste contexto, a proteção ao segmento materno-infantil contida no PSMI vem a reforçar a valorização social das mulheres para o desenvolvimento socioeconômico, apenas como corpos que precisam ser dominados para a reprodução biológica, uma vez que “o objetivo final era a proteção à saúde e bem-estar do conceito, produto da gestação” (p. 1.134).

Assim, percebe-se que a preocupação do programa não era com as mulheres, mas sim com os conceitos, visto que foi lançado “na linha doutrinária da segurança nacional. Cujas concepções visava garantir nascimentos para ocupação dos espaços físico-geográficos vazios, com uma população supostamente ‘hígida, saída e vigorosa’” (COSTA, 1986, p. 1.134). O que revela a gravidade do fato de se querer melhorar a qualidade racial de futuras gerações, sobretudo diante da declaração do então General das Forças Armadas na época, Valdir Vasconcelos, ao afirmar que no Brasil estava se formando uma sub-raça que nem sequer atingia as condições físicas e de saúde necessárias para o ingresso no serviço militar. De acordo com sua declaração, “a premência de controlar nascimentos desta subespécie” (COSTA, 2009, p. 1.075), era uma das principais proposições do PSMI.

Quanto ao PPGAR, este foi criado com a finalidade de operacionalizar ações de assistência especializada aos riscos reprodutivo e obstétrico; prevenção de gestações futuras, quando indicada; e o diagnóstico e tratamento da esterilidade ou da infertilidade (COSTA, 1986).

Por ser um programa que traz como propósito o controle restrito ao risco obstétrico, este recebeu por parte dos movimentos sociais na época, principalmente do movimento feminista, denúncias quanto a seu caráter controlista por adotar como critério de avaliação o controle de nascimento entre pobres, negros e outros segmentos socialmente excluídos do processo produtivo (COSTA, 1996). De acordo com a afirmativa de Costa (1996), percebe-se que na realidade o PPGAR não passaria de uma estratégia governamental, através da qual a redução populacional, especificamente entre os setores desfavorecidos economicamente, seria feita através de uma política de governo.

Devido a reações contrárias exercidas pelos movimentos sociais, que contaram com o apoio da imprensa, o feminismo obteve sua primeira conquista, pois o PPGAR não chegou a ser implementado e é arquivado. Embora o Estado não tenha agido de imediato na formulação de ações que atendessem as reais prerrogativas do planejamento familiar, formou-se uma lacuna que favoreceu a intensificação das atividades de cunho controlista, realizadas por grupos privados internacionais que se instalaram no Brasil em meados da década de 1960. Dentre esses grupos, os de maior relevância foram a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) e o Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIMC) (COSTA, 2009).

De acordo com Costa (1986), esses grupos passam a agir em todo o país de forma desordenada, implementando serviços de anticoncepção em comunidades as mais distantes e distintas, oferecendo planejamento familiar de qualidade duvidosa ao disponibilizar métodos de alta eficácia contraceptiva, sem permitir à mulher livre escolha, nem sequer, avaliavam os riscos que estes métodos lhes ofereciam, uma vez que a atenção em saúde não foi associada ao planejamento familiar.

O Estado, não tendo elaborado uma política eficaz de planejamento familiar embasada no direito e livre opção de escolha, através de ações educativas, fez vista grossa quanto

14 | à difusão das ações realizadas pela BEMFAM e CPAIMC (COSTA, 2009). Essas instituições passaram a realizar o que o Estado hesitou em assumir abertamente (o controle demográfico), devido às reações dos movimentos sociais. As ações de tais instituições, prestando esse tipo de assistência, seriam uma forma de o governo se justificar diante da sociedade como não sendo sua a iniciativa, e assim o controle demográfico foi abertamente praticado durante décadas.

Neste contexto, de acordo com Costa (2009), o movimento feminista que começa a se organizar, mesmo que frágil e disperso, se opôs firmemente ao controle demográfico que abertamente vinha acontecendo no país, mutilando a autonomia das mulheres. E com a frase "Nosso corpo nos pertence", as mulheres expressaram não só a luta pela autonomia de escolha sobre seus corpos, como também exteriorizaram toda submissão e opressão feminina circunscrita ao estereótipo feminino de mãe e reprodutora.

Com a abertura política, a luta do movimento feminista ganha maiores proporções. O movimento passa à luta pela autonomia de escolha e denuncia o uso de seus corpos em experimentos sem preceitos éticos legais, cobrando do Estado a elaboração de um programa que assistisse as mulheres de forma integral desde a infância até a velhice.

Assim, no fluxo do Movimento de Reforma Sanitária no final da década de 1970, o movimento feminista se integra a discussões mais amplas assumidas pelos movimentos sociais em defesa da integralidade nas ações de saúde. Neste contexto, como afirma Costa (2009), o PAISM, que tem sua proposta de criação em 1983, é resultado da junção de duas vertentes, a da saúde em sua integralidade, defendida pelo Movimento de Reforma Sanitária, e a vertente defendida pelo movimento feminista por políticas específicas para mulheres, que de forma democrática possibilitassem informações relativas ao corpo, à saúde e à sexualidade.

Destarte, foi para estudar os problemas decorrentes do aumento populacional que o Senado convocou uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), convocando a depor nesta CPI o ministro da Saúde, na época Waldir Arcoverde, que apresentou a proposta de criação do PAISM (COSTA, 1986, 1.136).

A proposta apresentada pelo então ministro da Saúde foi elaborada por uma comissão de profissionais convocada pelo Ministério da Saúde (MS). A comissão constituída tinha como objetivo descartar possíveis oposições ao programa. Assim, composta por três médicos e uma socióloga, estrategicamente duas mulheres fizeram parte da redação, visando externar aproximação do governo com o movimento feminista (OSIS, 1998).

Neste contexto, a proposta de elaboração do PAISM tinha como premissa "[...] apresentar um programa que se justificasse também filosoficamente perante a sociedade em geral, atendendo aos anseios que estavam se evidenciando [...]" (OSIS, 1998, p. 26). Deste modo, o trabalho técnico da comissão pautou-se na elaboração de normas programáticas especificando bases doutrinárias e técnico-normativas.

Divulgado oficialmente pelo MS em 1984, através do documento Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática, o PAISM é oficialmente criado como proposta de governo através do resultado conceitual, político-ideológico e organizacional.

Nessa perspectiva, as ações adotadas pelo governo visando expandir e consolidar a prestação de serviços teve como proposta a interação das ações com instituições públicas,

por meio da articulação de dois planos, “1) expansão e consolidação da rede de serviços básicos de prestação de ações integradas de saúde; 2) ênfase em atividades-chave, identificadas mediante critérios epidemiológicos pelo seu impacto e transcendência” (BRASIL, 1984, p.5).

Neste contexto, consolidar a articulação dos dois planos se constituiu em um desafio, visto que a rede de atenção básica neste período tinha presença simbólica e a relação entre as três esferas de governo praticamente não existia, por ser um período em que a saúde no Brasil como um todo encontra entraves, pois, subdividido entre o setor público e privado, prejudicou a implantação do PAISM, que se tornou realidade apenas em algumas regiões do país, as mais desenvolvidas, como São Paulo, Rio de Janeiro, Distrito Federal e Rio Grande do Sul (BRASIL, 1984).

Quanto à integralidade nas ações de saúde que foram propostas no programa, deveria destinar-se à promoção, prevenção e recuperação da saúde de mulheres, de forma sistemática, atendendo a mulher em todas as fases de sua vida. Porém, a proposta de integralidade contida no programa restringiu-se à assistência

Clínico-ginecológica e educativa, voltada ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e puerpério; à abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; ao controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e à assistência para concepção e contracepção (OSIS, 1998, p. 27).

De acordo com Osis (1998), esses aspectos durante o lançamento do programa provocaram reações contrárias por parte do movimento feminista, ao levantar suspeitas de que o PAISM não passaria de mecanismo usado pelo governo para controle de natalidade. As suspeitas e reações do grupo que questionou a idoneidade do programa sustentavam-se numa possível contradição no conteúdo do programa, ancorado na proposta de integralidade e universalidade, quando na realidade o que se propôs como base doutrinária, foram ações de saúde centradas em problemas, como se a integralidade se restringisse a problemas de ordem sexual e reprodutiva, os quais ganharam maior enfoque nas proposições do programa.

Não há como negar que a proposta do PAISM naquele momento histórico foi inovadora, até pela conjuntura política do País. O ponto crucial de questionamento quanto à propensão do programa foi a inclusão da contracepção como atividade da assistência integral à saúde da mulher.

Com a democratização política houve a perspectiva de que avanços no campo da saúde de forma geral ganhassem novas dimensões, mas, como afirma Correa (1993), a democratização política do país não assegurou como em um passe de mágica a superação de problemas sociais estruturados durante séculos. A transição conservadora que permeou a sociedade e em específico a saúde, com a dicotomia público/privado, concorreu para um desmonte da proposta universalizante das ações de saúde, antes mesmo de serem implementadas.

As ações de saúde implementadas pelo PAISM em sua primeira década não foram significativas, pois ficaram restritas a experiências parciais e interrompidas, até pela conjuntura política, na qual a verticalidade normativa e o autoritarismo acabaram por interferir em sua

O PAISM é um programa considerado pioneiro no cenário mundial ao propor uma abordagem diferenciada em saúde da mulher, tanto que o termo integralidade, nele discutido, serviu de referência ao processo de construção do SUS. Com a fragmentação das políticas sociais, de forma geral, o PAISM enfrenta uma desconstrução em suas proposições a partir da ofensiva do Estado neoliberal.

Na realidade, o PAISM deixou muitas lacunas em suas proposições, visto que a proposta de integralidade e universalização da assistência à saúde da mulher não se cumpriu. Uma vez que as ações de saúde requerem muito mais que diagnósticos situacionais, ou seja, o que se espera no âmbito real é uma efetiva implantação das ações de saúde pautadas na integralidade da atenção, não na dicotomia de programas que, a depender da vontade política de alguns grupos, possam ganhar maior visibilidade e investimentos.

Outro ponto importante para a implantação do PAISM foi o recorte de gênero, pois por ser um programa direcionado à mulher, não quer dizer que as relações de gênero tenham sido englobadas no PAISM, até pela divergência com que o termo gênero foi usado na época, quando não usado apenas como sinônimo de mulher. Dizer que as relações de gênero não foram tratadas deve-se a não ter como dissociar integralidade de gênero, pois incluir esta abordagem significaria reconhecer as condições de homens e mulheres de forma integrada no cuidado em saúde, uma vez que gênero diz respeito às construções do masculino e do feminino de forma inter-relacionada, através de papéis, crenças e atitudes que lhes são atribuídas no desenvolver socioeconômico. De acordo com Souto (2008), o PAISM deixou muitas lacunas em sua elaboração, dentre elas as perspectivas de gênero e de raça/etnia.

Em função da promoção da saúde da mulher, em 2004 é lançado o documento Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Como passo importante na incorporação da promoção em saúde à perspectiva de gênero e integralidade contemplada nesta política, propõe uma análise diferenciada das anteriores, ao considerar as diversidades do segmento feminino dentro de suas vulnerabilidades e realidade local, no processo de implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).

Como proposta mais abrangente, a PNAISM traz um breve diagnóstico⁴ quanto à situação de saúde da mulher brasileira e suas principais causas de morbidade e mortalidade. Este diagnóstico serviu para que fosse firmado um compromisso, para que na implantação das ações de saúde, as reais necessidades das mulheres tenham como garantia as proposições dos direitos humanos, com vistas a reduzir os índices de morbidade e mortalidade por causas preveníveis e evitáveis.

Lançada em 2004 para nortear as ações de atenção à saúde da mulher entre os anos de 2004 a 2007, a PNAISM consolidou no âmbito legal um conjunto de princípios e diretrizes que estabeleceram como objetivos gerais a promoção da saúde da mulher em sua integralidade. Não querendo desmerecer os avanços contemplados nesta política, sua efetivação e implementação encontra-se distante do preconizado, visto que não há um entendimento entre as três esferas de governo quanto a responsabilidades e competências

4 Este diagnóstico está contido no documento Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes.

nas ações a serem implementadas, concorrendo para um maior distanciamento entre o preconizado no plano legal e o que se efetiva no plano real.

3 POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER À INTEGRALIDADE: EFETIVIDADE OU POSSIBILIDADE?

No Brasil, o termo integralidade passa a fazer parte das propostas de saúde no início da década de 1980, quando surgem no contexto social os movimentos reivindicatórios pela saúde, dentre eles o movimento feminista, com a proposta de integralidade nas ações de saúde a serem implementadas no PAISM.

Pioneiro no uso do termo integralidade no campo das políticas públicas de saúde, a proposta apresentada pelo movimento feminista na elaboração do PAISM faz parte de uma discussão maior, também assumida pelo Movimento de Reforma Sanitária na luta pela reorganização do sistema de saúde de forma descentralizada; hierarquizada; regionalização; com ações educativas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Prerrogativas que posteriormente no âmbito legal foram contempladas na Constituição Federal de 1988 como diretriz organizacional que serviu de arcabouço para a elaboração do SUS.

De acordo com Souto (2008), o termo integralidade em saúde possui um conceito polissêmico, ou seja, é um termo amplo e no âmbito da saúde não existe consenso em sua definição. Devido à amplitude no uso desse termo, uma das definições considerada por esta autora é apresentada por Carvalho, que defende a integralidade a partir de duas dimensões: "a vertical e a horizontal. A vertical inclui a visão do ser humano como um todo, único e indivisível. E a horizontal é a dimensão da ação da saúde em todos os campos e níveis" (CARVALHO, apud SOUTO, 2008, p. 163).

Diante dessa definição, a atenção em saúde deve ser pensada a partir das duas dimensões, englobando a totalidade do ser humano nas mais diferentes situações de suas vidas, seja física, psíquica, social, dentre outras.

Neste contexto, a discussão quanto à integralidade das ações de saúde, exposta na política de saúde direcionada à mulher brasileira como proposta de efetividade ou possibilidade, será feita a partir do que entendemos por integralidade nas ações de saúde.

Assim, o conceito de integralidade em saúde, deve abranger ações que, na implantação dos planos de atenção à saúde, incluam aspectos do ser humano em sua verticalidade e horizontalidade, ou seja, em sua complexidade de forma intra e extrarrelacional, em busca de garantia e qualidade de vida, já que o indivíduo não é apenas um corpo orgânico; é fruto do ambiente que o cerca e determina sua forma de agir, pensar, acumular experiências e por que não dizer, seu adoecer, já que seu corpo físico reage de acordo com o contexto social que o cerca. Assim, integralidade diz respeito às dimensões biológica, psicoemocional, socioeconômica, cultural, ambiental, dentre outros aspectos que compreendem as relações sociais do ser humano (MANDÚ, 1999; SOUTO, 2008).

Para Mandú (1999), a atenção integral em saúde que foi incorporada ao PAISM traz uma visão estreita de integralidade, tanto pelas delimitações sociais, as quais o programa não previu, quanto pelas reais carências nas ações de saúde que foram propostas para o segmento feminino.

A visão estreita de saúde que é atribuída ao PAISM refere-se a que este, além de ter incorporado o ciclo reprodutivo da mulher como sinônimo de integralidade das ações, não respeitou as diferenças sociais dos diversos grupos. Pois o texto do programa traz críticas às elevadas taxas de morbidade e mortalidade entre as mulheres (vale lembrar, em idade fértil), que não foram transformadas em ações estratégicas que permitam superar o quadro iníquo em que se encontrava a saúde deste segmento.

As expectativas e reações que o programa despertou na época em que foi lançado logo se transformaram em luta pela implementação de suas proposições, visto que, com a consolidação do Estado neoliberal no início da década de 1990, o Estado passa a atuar de forma mínima no social. Mas o problema vai além do Estado neoliberal, englobando o “Estado em si” e sua incapacidade e seus limites, assinalando um retrocesso nas conquistas sociais, dentre estas o direito à saúde. Com esse retrocesso na atenção à saúde de modo geral, a proposta de integralidade contida no PAISM não foi suficiente para superar o caráter reducionista das ações em saúde.

O PAISM, não conseguindo romper com o paradigma clínico-ginecológico estruturado historicamente, marca um processo de continuidade, no qual ações educativas voltadas à promoção em saúde não foram implementadas. As ações pautaram-se em aspectos que o próprio título do programa já denunciava, ao propor ‘assistência’ e não ‘atenção’ em saúde, ou seja, a processos voltados apenas ao adoecimento da mulher em um único aspecto e ciclo de vida, sem que a centralidade do corpo tenha sido superada.

Com a implantação da PNAISM em 2004, a atenção em saúde como conjunto de atividades intra e extra-setor saúde aparecem como proposta à promoção da integralidade, com vistas a superar as lacunas deixadas pelo PAISM. De acordo com Souto (2008):

A integralidade faz parte do conceito ampliado de saúde definido na Constituição Federal, sendo resultante de determinantes e condicionantes de natureza econômica, política e social, e encontra-se explicitado na Lei nº 8.080/90, como um dos princípios basilares do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, ao lado a universalidade e equidade, [...] no processo de formulação, implementação e avaliação de políticas de saúde, particularmente no caso de políticas para mulheres que considerem a abordagem de gênero, ou seja, os modos singulares de ser e sentir de homens e mulheres em diferentes fases da vida (p.162).

No âmbito legal a proposta advinda com a PNAISM aponta para o rompimento com o processo biológico e medicalizador hegemônico nos serviços de saúde. Neste documento, a adoção do termo integralidade se aproximou de seu significado mais amplo conforme descrito linhas acima. Pois a proposta de integralidade que a PNAISM traz em seu texto parte do diagnóstico social que buscou analisar a mulher em seu contexto social, ou seja, a partir dos seguintes determinantes:

[...] qualidade de vida (moradia, atenção à saúde, nutrição, educação, lazer, trabalho, relações mais justas, entre outras), pelo enfrentamento das discriminações sociais (de qualquer origem) e pelo autodesenvolvimento da mulher, que inclui o seu direito à participação ativa e consciente no campo social (MANDÚ, 1999, p. 35).

Esse diagnóstico não se estendeu a todo o segmento feminino, o que é contraditório, já que a integralidade é o lema desta política. Assim, podemos afirmar que, mais uma vez estrategicamente, o governo priorizou grupos específicos como forma de mostrar compromisso com o movimento feminista, que vinha lutando para que as lacunas deixadas pelo PAISM, no que se refere ao combate das discriminações sociais de gênero, raça e etnia, fossem preenchidas. Deste modo, a integralidade fragmentou-se em segmentos específicos, o que não seria problema se ao menos estes fossem atendidos em sua particularidade; o problema é que este diagnóstico não conseguiu se consolidar em ações propositivas que visassem superar os aspectos físicos da mulher como mãe e reprodutora.

Para Costa e Silvestre (2004), "o forte apelo à fragmentação do cuidado à saúde, inspirado pelo modelo biológico hegemônico, é um dos maiores desafios para a integralidade" (p.66), visto que nos últimos anos os diversos programas direcionados para a saúde da mulher voltaram-se a cuidados específicos com o corpo ou agravo à saúde. Neste contexto, a humanização no atendimento surgiu em meio a propostas do MS, como se fosse a solução para os problemas estruturais do sistema público de saúde.

Na PNAISM a humanização aparece junto à qualidade da atenção em saúde como princípios que devem se traduzir na resolução de problemas e satisfação das usuárias. Como afirma Freitas et al. (2009),

Neste sentido, é imprescindível considerar que humanizar é muito mais do que tratar bem, com delicadeza ou de forma amigável, devendo ser consideradas questões de acessibilidade ao serviço nos três níveis da assistência, provisão de insumos e tecnologias necessárias, formalização de sistemas de referência e contra-referência, disponibilidade de informações e orientação da clientela e a sua participação na avaliação dos serviços (p.427).

Humanização na atenção em saúde faz parte do contexto amplo de integralidade, e para se efetivar há muito que se conquistar em relação às ações de saúde, que depende não só da qualificação dos profissionais e da ampliação da rede, bem como da participação feminina, que mediante o controle social promova discussões sobre as ações desenvolvidas e implementadas, debata e cobre dos gestores de saúde estratégias de enfrentamento à problemática da saúde da mulher, caso contrário a verticalidade das decisões continuará a prevalecer sobre a horizontalidade.

Portanto, o que se observa é que a proposta de integralidade cada vez mais se torna fragilizada com a precariedade nos serviços de saúde. Com o Estado agindo de forma mínima no social, nas políticas estatais, incluindo a PNAISM, não desmerecendo seu significado social, e os avanços mesmo que tímidos, a integralidade tem se tornado uma proposta de difícil efetividade, já que a atenção em saúde na contemporaneidade ainda é privilégio dos setores socialmente favorecidos, que acessam os serviços de saúde via mercado, enquanto a classe trabalhadora fica à mercê de um sistema de saúde precário que não consegue se efetivar de forma integral em todo o território brasileiro. Neste contexto, de acordo com Souto (2008),

Pode-se afirmar que, 25 anos após a implantação do PAISM, a Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da Mulher ainda está sendo implementada e será um processo continuado de ir e vir, pois, ao ser executada, gera novas micropolíticas e, sucessivamente, estará

Dessa forma, para que o princípio da integralidade seja cumprido, faz-se necessária uma problematização da situação da saúde das mulheres, para que se possa intervir no modelo vigente, visando proporcionar um atendimento mais eficiente e eficaz, uma vez que na PNAISM está contido o compromisso com a implementação de ações e serviços que contribuam para a garantia dos direitos das mulheres.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, podemos afirmar que a política de saúde direcionada à mulher, que se estruturou na sociedade brasileira a partir da década de 1970, não se efetivou apenas como vontade política; ela é fruto de lutas do movimento feminista que, através de movimentos de resistência contra a submissão e opressão feminina, pugnou contra a dominação do capital e das relações de gênero. A luta que as mulheres assumem ao problematizar condições iguais em relações diferentes, externando os papéis sociais que lhes foram atribuídos no desenvolvimento socioeconômico ao serem transformados em demanda política, cobra do Estado ações que visem corrigir anos de iniquidade social.

O PAISM surgiu com a proposta de ser mais que um programa, pois englobou em sua redação um conjunto de diretrizes normativas que propunha reorganização da assistência em saúde da mulher em sua integralidade, quer dizer, o programa nasceu como marco referencial no qual a integralidade se tornaria um dispositivo para a construção da cidadania, por sinalizar a superação da atenção à saúde da mulher além do ciclo gravídico-puerperal, ou seja, além do paradigma clínico- ginecológico estruturado socialmente.

Embora logo se tenha percebido que consolidar este programa seria um desafio, uma vez que a rede de atenção em saúde pública no Brasil mantém presença simbólica e a relação entre as três esferas de governo praticamente não existe. Assim, implantar o PAISM foi um desafio, e na realidade este não foi implantado integralmente, e na atualidade ainda não o é, mesmo em suas proposições mais simples, visto que a rede de atenção básica ainda não se efetivou em todo o país.

Portanto, reformular o PAISM e transformá-lo em política no ano de 2004 não foi o suficiente para garantir que o conceito integral de saúde fosse contemplado, visto que a proposta de integralidade se transformou em ações propositivas de difícil efetividade e o acesso a serviços de saúde na contemporaneidade ainda é privilégio dos setores socialmente favorecidos, que acessam os serviços de saúde via mercado, enquanto à classe trabalhadora é reservado um sistema de saúde pública precário.

Diante dessas considerações, a intenção não é negar o valor social que a política de saúde feminina representa para este segmento, já que o máximo a que se pode chegar na sociedade capitalista é a elaboração de propostas bem- estruturadas legalmente, mas que a efetivação é uma impossibilidade objetiva, uma vez que alcançar este patamar de relações iguais só seria possível em outra forma de sociedade, que permitisse liberdade de escolha para homens e mulheres em todas as dimensões da vida humana.

Assim, afirmamos que o princípio da integralidade não é efetivado, uma vez que problematizar a situação de saúde das mulheres não é apenas fazer um recorte na perspectiva

de gênero, raça e etnia. Isso não passa de estratégia de governo, já que nem todos os segmentos foram contemplados nas proposições contidas na PNAISM. Deste modo, asseveramos que o modelo medicalizador hegemônico vigente, que permeou a construção da política de saúde direcionada à mulher, encontra seu ápice com a contrarreforma do Estado brasileiro, o qual, a partir das implicações políticas neoliberais, reorientou suas funções para atender aos interesses do mercado. Assim, a integralidade se constitui em uma possibilidade cuja efetivação na sociedade de classes não será possível.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher**: bases de ação programática. Brasília, 1984. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf. Acesso em: 20 set. 2010.

CORREA, Sonia. PAISM: uma historia sem fim. **Rev. Brasileira de Estudos Populacionais**, Campinas, 1993.

COSTA, Ana Maria. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: anotações para o debate. **Anais ABEP**, 1986. Disponível em: < <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/1986/T86V02A24.pdf> >. Acesso em: 28 jul. 2010.

_____. **Planejamento Familiar no Brasil**. Bioética, Brasília, vol.4, n.2, 1996, p. 209-215.

_____. **Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.4, p. 1073-1083.

COSTA, Ana Maria; Silvestre, Rosa Maria. **A Mulher Brasileira nos Espaços Público e Privado. Uma Reflexão Sobre Poder, Mulher e Saúde**: Dilemas Para a Saúde Reprodutiva. 2. ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

FREITAS, Giselle Lima. et al. **Discutindo a política de atenção a saúde da mulher no contexto da promoção da saúde**. 2009. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/pdf/v11n2a26.pdf> >. Acesso em: 5 ago. 2010.

MANDU, Edir Nei Teixeira; et al. Atenção integral à saúde feminina: significados e implicações. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 1999, vol.33, n.1, pp. 31-38.

OSIS, Maria José Martins Duarte. **Paism**: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1998, vol.14, suppl.1, pp. S25-S32.

SOUTO, Kátia Maria Barreto. **A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: uma análise de integralidade e gênero. *SER Social*, Brasília, v. 10, n. 22, p. 161-182, jan./jun. 2008.

- 1 Acadêmica concluinte do Curso de Serviço Social da Faculdade Integrada Tiradentes - E-mail: ksramalho@hotmail.com
- 2 Acadêmica concluinte do Curso de Serviço Social da Faculdade Integrada Tiradentes - E-mail: siltenorio@hotmail.com
- 3 Acadêmica concluinte do Curso de Serviço Social da Faculdade Integrada Tiradentes - E-mail: silvania.lima69@hotmail.com
- 4 Professora do curso de Serviço Social da Faculdade Integrada Tiradentes, Msc. em Serviço Social, UFAL. Esp. em Gestão e Controle de Políticas Públicas pela UFAL e esp. em Direitos Sociais e Serviço Social pela UnB. E-mail: marlyaraujo@hotmail.com