

Patricia Flores de Medeiros  
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Neuza Maria de Fátima Guareschi  
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

# Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão

**Resumo:** Neste artigo, buscamos analisar como a integralidade passa a ser utilizada como referente no campo da saúde da mulher a partir do proposto na atualidade pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Objetivamos problematizar o que tomamos como integralidade na efetividade dos cuidados em relação à saúde da mulher. Para isso, utilizamos um recorte no texto introdutório realizado pela Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, em sua página na Internet, como um exercício para circunscrever essa questão. Esse recorte do texto é dividido em três partes, sendo cada uma delas discutida por um eixo de formulações para problematizar a integralidade: a mulher como sujeito da saúde; o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) como a conformação de um determinado campo de saúde para mulheres; e a produção de conhecimento científico para o fazer no campo da saúde pública.

**Palavras-chave:** integralidade; mulher; políticas públicas de saúde.

Copyright © 2009 by Revista Estudos Feministas.

<sup>1</sup> Bruno LATOUR, 2001, p. 39.

<sup>2</sup> Agradecemos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo auxílio financeiro ao projeto de pesquisa. A colaboradora Patricia Flores de Medeiros efetuou a revisão bibliográfica sobre o tema integralidade e teceu considerações sobre a saúde da mulher, tema desenvolvido em seu projeto de Doutorado, e a colaboradora Neuza Maria de Fátima Guareschi revisou o artigo, elaborando sua versão final.

<sup>3</sup> Michel FOUCAULT, 2004.

## Introdução

*Como acondicionamos o mundo em palavras? [...] Se uma imagem vale mais que mil palavras, um mapa, como veremos, vale mais que uma floresta inteira.*  
Bruno Latour<sup>1</sup>

Neste artigo<sup>2</sup> iremos trilhar um pouco o seguinte caminho: que *mundo* temos/está contido nas propostas de atendimento integral/integralidade em saúde? Entendendo-se, a partir das contribuições de Foucault,<sup>3</sup> que os discursos forjam determinadas práticas, ao construirmos, na área da saúde, o que se passa a chamar de integral/integralidade e os objetos dos quais se ocupa, buscamos analisar como essa integralidade passa a ser utilizada como referente no

campo da saúde da mulher, demarcando e articulando campos e posições de sujeito. Desse modo, temos o Sistema Único de Saúde (SUS), os/as usuários/as, os/as profissionais, os/as gestores/as, as instituições, as leis, as doenças, os prédios, os objetos, as práticas, as pesquisas, que são atravessados por essa palavra (integral/integralidade), por meio da qual tentamos acompanhar parte da tessitura de uma rede de relações na saúde pública, principalmente o que se diz da atenção integral à saúde da mulher.

Assim, faz-se necessário situar um pouco essa palavra, na tentativa de descrever possibilidades de seu acontecimento, mostrando suas condições de emergência, apontando diferentes possibilidades de leitura e como objetiva a forma como compreendemos o sujeito-mulher no campo da saúde.

Primeiramente, o termo “integral” faz parte dos títulos dos programas/políticas de saúde para mulheres, como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher<sup>4</sup> e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher,<sup>5</sup> destacando que a atenção deve ser integral. Ao falar-se em políticas públicas de saúde a partir do SUS, o termo “atendimento integral/integralidade” está sempre presente e é central para toda e qualquer discussão. Nesse sentido, é necessário “estranhar” o que a princípio está dado, ou seja, como se lê/entende “integral”. Para poder “rachar” o conceito, é preciso procurar os deslocamentos, as transformações, não pensando em progressos ou melhorias, mas no que pode ser dito em uma determinada época. Não se trata de interpretar o que se diz sobre integral/integralidade, pois, como sublinha Foucault,<sup>6</sup> nada há a interpretar, visto que tudo já é interpretação. Assim, trata-se de estabelecer uma relação com o conceito de integralidade não como uma evidência, mas como um campo de análise passível de desnaturalizações.

Ao falar-se em políticas públicas de saúde a partir do SUS, o termo “atendimento integral/integralidade” está muito em voga. Começaremos localizando os termos dentre as doutrinas em que o Sistema está baseado: universalidade, equidade e integralidade. Segundo o material de Gestão Municipal em Saúde,<sup>7</sup> o primeiro indica que o acesso às ações e aos serviços de saúde deve ser garantido a todas as pessoas; a equidade tem como objetivo diminuir 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. Ao mesmo tempo, o princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as

<sup>4</sup> BRASIL, 1984.

<sup>5</sup> BRASIL, 2004.

<sup>6</sup> FOUCAULT, 2005.

<sup>7</sup> BRASIL, 2001.

diferentes áreas que sejam afins na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos.

A integralidade tem repercussão em vários níveis das políticas públicas em saúde, sendo um princípio doutrinário, tanto no sentido de um saber que se produz sobre saúde quanto no de um campo de estruturação de práticas. Como princípio doutrinário, a integralidade torna-se uma evidência no campo da saúde coletiva: tomar um campo social como uma evidência é estabelecer um campo de verdades. Porém, mediante as ferramentas teóricas propostas por Foucault,<sup>8</sup> em termos de eixos de investigação, discurso, poder e sujeito, o campo social deve ser tratado como um problema, e não como uma evidência. Assim, as ferramentas foucaultianas nos permitem analisar como determinadas práticas foram historicamente produzindo rupturas, demarcações de campos discursivos e saberes sobre sujeitos, a partir de exercícios do poder. Portanto, não se trata de operar com o conceito, mas de olhar como as noções são construídas, não as tomando como uma realidade independente. Para isso, faremos alguns recortes na tentativa de mapear esse conceito, problematizando alguns de seus principais efeitos sobre a saúde.

<sup>8</sup> FOUCAULT, 1995, 1996, 1997 e 1998.

Situaremos o aparecimento do termo “integralidade” em relação à criação do próprio SUS e à forma como pensamos saúde hoje. Ruben Mattos<sup>9</sup> coloca a integralidade como um dos principais objetivos do movimento sanitário e responsável pela formulação do conceito de saúde vigente desde a Constituição de 1988. O Movimento da Reforma Sanitária tomou força no final do regime militar na década de 1970, sendo até então observada a consolidação de um modelo hospitalocêntrico e medicalizante, ancorado em uma relação autoritária, mercantilizada e tecnicizada entre médico e paciente e entre serviços de saúde e população. Inicialmente concentrado nos departamentos de Medicina Preventiva e Social das universidades, o movimento sanitário reivindicou um novo conceito de saúde que considerasse não só a dimensão biológica, como também a dimensão social no processo saúde/doença, indicando uma ruptura na forma como se pensava esse processo – marca-se aqui a emergência de uma noção de integralidade. Esses intelectuais articularam-se com os movimentos sindical e popular em defesa da redemocratização da sociedade, tendo como estratégia a reforma sanitária. Como aponta Joel Birman,<sup>10</sup> as pressões desse movimento conseguiram exercer influência nas políticas de saúde adotadas pela Nova República, fortalecer a participação social e impulsionar a descentralização dos serviços de saúde.

<sup>9</sup> Ruben MATTOS, 2004.

<sup>10</sup> Joel BIRMAN, 2005.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, tem um papel decisivo na construção do que se configura como o SUS, pois lança os princípios básicos para a formulação de uma nova política de saúde, quais sejam: utilização do conceito ampliado de saúde; reconhecimento da saúde como direito do cidadão e dever do Estado; necessidade de controle social das políticas adotadas; e constituição e ampliação do orçamento social. O Relatório da Conferência serviu de base, nos aspectos referentes à saúde, para a elaboração da nova Constituição Federal, nas diretrizes e nos princípios do SUS. Em 1988, foi aprovada a nova Constituição Federal; estava criado, constitucionalmente, o Sistema Único de Saúde, que foi regulamentado pelas Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

A partir disso, a saúde passa a ser entendida como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito do cidadão e dever do Estado, como parte da seguridade social. As ações e os serviços devem ser providos por um sistema único de saúde organizado segundo os princípios da descentralização, mando único em cada esfera de governo, com atendimento integral e controle social. O atendimento integral está colocado no texto da Lei no artigo 198.

Aponta-se aqui que a integralidade, a partir da Constituição de 1988, não se coloca mais como norteadora de uma reforma, mas é prevista como lei, ou seja, constitui-se como um discurso do Estado, uma política pública deste, uma norma. Anita Bernardes<sup>11</sup> salienta que se pode entender políticas públicas como formas de administração da população, isto é, estratégias de governo. "As formas de governo têm como correlatos campos de saber que objetivam a saúde, a educação, a habitação, a alimentação, mas, sobretudo, objetivam certo modo de ser".<sup>12</sup>

Tal regulamentação implica não apenas uma nova política de saúde, mas modos de a saúde produzir subjetividades por meio de práticas que estabelecem valores, como o de cidadania e de sujeito de direitos, a partir de um dever do Estado. Ser cidadão e sujeito de direito são formas de subjetividade, formas de viver e de relacionar-se consigo. A saúde, então, passa a ser uma realidade que opera determinados processos existenciais ao mesmo tempo que só é possível a partir de determinadas operações, de certos campos de conhecimento, nos quais ocorrem transportes, traduções, interpretações – formas de objetivação que, ao darem sentido a determinados fenômenos, produzem modos de nos relacionarmos conosco.<sup>13</sup> Frisa-se que, a partir da integralidade, o campo

<sup>11</sup> Anita BERNARDES, 2005.

<sup>12</sup> BERNARDES, 2005, p. 12.

<sup>13</sup> Patrícia Flores de MEDEIROS, Anita BERNARDES e Neuza Maria de Fátima GUARESCHI, 2005.

da saúde no Brasil articula outras áreas de saber para além da Medicina, visto que essas outras áreas de saber são consideradas dimensões do sujeito, e não apenas a biológica.

<sup>14</sup> Roseni PINHEIRO, 2005.

Outra proposição interessante para se pensar integralidade é a formulada por Roseni Pinheiro,<sup>14</sup> para quem o termo “integralidade” foi cunhado em uma determinada conjuntura: não existe no dicionário, não tem tradução para outros idiomas, tendo sido forjado no contexto específico de criação do SUS. Para a autora, a atenção integral existe há mais de 20 anos, por exemplo, na saúde da mulher ou na saúde da criança. Porém, o que estamos inaugurando é a discussão desse termo no seu contexto, uma tentativa de criar uma gramática civil sobre ele. A integralidade seria um valor democrático que necessariamente retoma uma participação política intensa, em movimentos organizados ou não, constituindo-se como uma ação social de interação democrática entre sujeitos no cuidado em qualquer nível do serviço de saúde.

<sup>15</sup> Virginia HORTALE, 2004.

Podemos citar outros matizes em que a integralidade tem sido empregada. Virginia Hortale,<sup>15</sup> por exemplo, descreve-a como uma articulação entre níveis de prestação de serviços de saúde; como integração entre os setores público e privado; como uma importante diretriz na gestão dos serviços; como proposta do modelo de atenção. Ou, ainda, para Ruben Mattos,<sup>16</sup> a integralidade emerge, dentre outros sentidos, como atributo das práticas de saúde. Nesse sentido, o autor utiliza-se da integralidade para questionar se essa continua sendo uma noção útil para identificar certos valores e características que julgamos desejáveis no nosso sistema de saúde.

<sup>16</sup> MATTOS, 2004.

<sup>17</sup> Robert CASTEL, 1998.

Porém, no presente artigo, não nos determos nas avaliações, problematizaremos que *mun*do criamos para mulheres em saúde, ou seja, como a integralidade operacionaliza as práticas em saúde para mulheres. Utilizamos o termo “problematizar”, conforme Robert Castel,<sup>17</sup> ou seja, colocar em evidência a existência de um feixe unificado de questões (nas quais as características comuns devem ser definidas, emergindo em um determinado momento que deve ser datado). Tais questões se reformularam várias vezes por meio de crises, integrando dados novos, permanecendo vivas ainda hoje. Na atualidade, podemos acessar essa política em nível estadual, na página da *Internet* da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul,<sup>18</sup> onde vai ser colocado em evidência o que deve ser visto e falado, aquilo em termos de saúde de que devemos nos ocupar. E, a partir disso, lançamos um olhar sobre o que circula acerca da integralidade, no texto do Gestor Estadual, em relação à

<sup>18</sup> SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL, 2005.

saúde da mulher para o Estado. Trabalharemos o texto do gestor dividindo-o em três partes para facilitar a escrita. Na primeira, discutiremos a questão do sujeito-mulher proposto na política; na segunda, a conformação de um campo específico da saúde para mulheres; e, na terceira e última parte, a formação e a construção do conhecimento científico para o fazer em saúde.

## A mulher como sujeito da saúde

*A nova visão da mulher, o entendimento de sua integralidade (deixou de ser apenas mama, colo e gestação), assim como de sua vulnerabilidade a partir das questões de gênero tem que ser consideradas. E é por aí, por exemplo, que estamos começando a trabalhar a questão da violência contra a mulher.<sup>19</sup>*

<sup>19</sup> SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL, 2005, p. 1.

O exercício de pensar que o que está dito é o que não é – ou seja, não são mais apenas mamas, colo e gestação – faz com que isso continue a ser a principal referência das práticas em saúde para mulheres. O corpo como um construto social é atravessado por múltiplos discursos, por meio de operações de classificação, agrupamento e diferenciação, práticas de significação que funcionam em determinados regimes de verdade e que marcam determinadas formas de ser mulher e de ter cuidados com a saúde e com o corpo feminino. O corpo, como marca da diferença das mulheres, está marcado como um corpo que reproduz.

<sup>20</sup> FOUCAULT, 2004.

Como aponta Foucault,<sup>20</sup> os discursos formam os objetos de que falam, isto é, discursos são práticas, na medida em que constituem sujeitos e corpos, assim como formas de existência. Portanto, o discurso sobre a saúde das mulheres, ao nomear partes do corpo como principais ou não, prescreve, a partir disso, quais procedimentos devem ser adotados, que condutas devem ser evitadas, quem deve ficar fora. Ele nos fala e nos faz falar e dar visibilidade sobre o que propõe como forma integral de cuidar da saúde de *uma mulher*, constituindo determinados modos de compreender, pensar e viver o que é essa saúde e essa mulher, entendida, por exemplo, ainda biologicamente, pelas partes de seu corpo.

<sup>21</sup> Joan SCOTT, 1995.

Afinal, o que vem a ser o mais, o “além disso”? Mamas, colo e gestação? A violência? As questões de gênero? Cabe salientar que gênero é uma categoria de análise que poderá ter múltiplas e diferentes possibilidades de abordagem dentro dos estudos feministas como, por exemplo, patriarcado, marxistas, pós-estruturalistas.<sup>21</sup> Assim, a citação de gênero como forma de validação de uma posição política – incluir a violência contra a mulher – pode

nos indicar um determinado discurso acerca do que se propõe como sujeito-mulher da saúde. Desse modo, ao se pensar o sujeito-mulher desse discurso, ao qual se acrescenta como coisa faltante na integralidade hoje, a saúde passa a ser também o controle da violência contra a mulher. O que vem colado a essa questão da violência contra a mulher? A vulnerabilidade é dela? A questão não está colocada como vulnerabilidade social.

<sup>22</sup> GUARESCHI, 2003.

É importante salientar, como aponta Guareschi,<sup>22</sup> que as análises concernentes à vulnerabilidade social não se constituem em um mapeamento linear da condição do sujeito ou grupo que se procura analisar ou entender em termos de inscrição social. Trata-se de uma análise complexa e multifacetada, polimorfa, de organização de diferentes vetores que obstruem o acesso aos bens, serviços, incluindo os de saúde, bem como de alteração de capital simbólico – ilustrado pela ausência de acesso à educação formal. Assim, cabe problematizar a forma como estamos tomando a violência, como algo de um indivíduo – mulher – ou como algo do social constituído nas relações. Se entendermos, por exemplo, o normal a partir do que está posto como anormal, como doença ou como diferença, naturalizando um lugar que é construído, poderemos, então, tomar a mulher na nova visão: a mulher que deixa de ser aquela que lutou por direitos reprodutivos na década de 1980, para ser a que sofre violência psicológica, física, institucional, sexual, assédio, abuso, isto é, uma cidadã que precisa ser tutelada pelo Estado – um risco.

Neste artigo, não temos como foco o aprofundamento da discussão de gênero nas políticas públicas de saúde, embora toda escrita e problematização desse campo de saúde da mulher estejam permeadas por essa categoria de análise, na qual tomamos por referentes os estudos feministas em uma vertente dos estudos culturais e pós-estruturalistas – como as seguintes autoras: Jennifer Harding;<sup>23</sup> Guacira Louro;<sup>24</sup> e Dagmar Meyer.<sup>25</sup> Porém, salientamos que neste artigo temos como foco a integralidade.

<sup>23</sup> Jennifer HARDING, 1997.

<sup>24</sup> Guacira LOURO, 2000.

<sup>25</sup> Dagmar MEYER, 1998.

<sup>26</sup> FOUCAULT, 1999.

Como diz Foucault,<sup>26</sup> a tecnologia do poder disciplinar tem como objeto a sujeição do corpo do indivíduo, tornando-o dócil, manipulável, enquanto a tecnologia do biopoder é exercida sobre um corpo, mas não um corpo individual, e sim coletivo. Esse novo corpo político, distinto do individual, a um só tempo instituído pelo biopoder e objeto sobre o qual este se exerce, é a população. Segundo Bernardes,<sup>27</sup> as ações em saúde direcionam-se, como políticas públicas, para as comunidades. A comunidade, como objeto de governo, de formas de governo, vem a ser empregada por caracterizar-se de modo mais específico que a população. Para a autora, os tropos da população

<sup>27</sup> BERNARDES, 2005.

<sup>28</sup> FOUCAULT, 1996.

para a comunidade referem-se à heterogeneidade que os grupos representam dentro de uma população. Quando Foucault<sup>28</sup> propõe o conceito de biopolíticas para problematizar as formas de investimento e controle da população, trata esta última como um objeto homogêneo. A noção de comunidade vem demarcar a heterogeneidade da população. As comunidades são os diferentes grupos que conformam uma população.

São vários os mecanismos de controle contemporâneo em torno das comunidades de risco, comunidades de rap, comunidades gays, comunidades de jogadores. Essas e outras comunidades identificam grupos de sujeitos sob os mais diversos objetivos para a conduta [...] contudo, essas conceituações e administrações, como também as comunidades a elas ligadas, não existem a priori; existem, sim, como invenções momentâneas que constantemente mudam de configuração e sentidos.<sup>29</sup>

<sup>29</sup> Cláudio MENDES, 2004, p. 95.

Nesse caso, as biopolíticas voltam-se para o grupo que se conforma na saúde da mulher, desenhando uma comunidade de risco. Essa produção de corpos e sujeitos acontece mediante a noção de que a atenção tem que ser integral, incluindo-se esse algo mais, neste caso, a violência, integrando-se novas e determinadas diferenças e criando-se, ao mesmo tempo, diferentes tecnologias de governo. O governo da conduta pauta-se por inventar critérios do que deve ser o sujeito, ligando-o, marcando-o e identificando-o a uma identidade, a um modelo de ser sujeito. Entendemos que sujeito é o modo como um indivíduo ou um grupo posiciona-se nessa rede discursiva do Sistema Único de Saúde – como uma comunidade de risco –, é voltar-se para a formação de objetos, conceitos e sujeitos que se tornam possíveis por esse discurso de saúde. Conforme Foucault,<sup>30</sup> podemos entender discurso como conjunto de enunciados de um determinado campo de saber, neste caso, a saúde da mulher, constituído historicamente e em meio a disputas de poder. Então, como se conforma esse campo da saúde da mulher? Passemos para o nosso segundo trecho do texto do Gestor.

<sup>30</sup> FOUCAULT, 2004.

### **O PAISM como a conformação de um campo de saúde para a mulher**

*Embora parte desse processo tenha iniciado de forma incipiente em gestões anteriores, fruto da atuação marcada de movimentos de mulheres (PAISM na década de 80), é preciso aprimorar essas ações e intensificá-las. Mais do que isto, é necessário atuar sobre os diferentes ciclos de vida da mulher,*

<sup>31</sup> SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL, 2005, p. 1.

*compreendendo a infância, adolescência, idade adulta e a mulher idosa.*<sup>31</sup>

<sup>32</sup> PINHEIRO, 2005.

Em nosso percurso sobre integralidade, consideramos importante situá-la em relação ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), uma vez que esse fragmento destacado acima remete a uma relação do programa com o movimento de mulheres. Citando novamente Pinheiro,<sup>32</sup> para quem a atenção integral na saúde da mulher existe há mais de 20 anos, aqui descrevemos um contexto sobre as condições de possibilidade de operar com esse termo/processo que emerge/inicia na década de 1980. Retomando nosso exercício, agora descrevendo o PAISM como um campo de possibilidade – de enunciar um atendimento integral –, um modo de operacionalizar a saúde, tentaremos ampliar o que está sendo chamado de insipiente, fruto de movimentos de mulheres. Traremos uma breve história do presente sobre o PAISM, do estreitamento do campo social em termos de saúde da mulher, o que vem justamente forjando um dos percursos da integralidade no campo da saúde que mais tarde conformará o SUS.

<sup>33</sup> Ana COSTA e Estela AQUINO, 2002.

Até a década de 1970, a saúde da mulher era tomada como objeto das políticas públicas de saúde apenas em sua dimensão procriativa, especialmente no que se refere aos cuidados voltados ao ciclo gravídico-puerperal, enfatizando-se a visão da mulher como mãe. A criação do PAISM, em 1983, foi resultado da convergência de interesses e concepções do movimento sanitário e do movimento feminista, irradiando-se dentro da rede de serviços de saúde como um novo pensar e agir sobre a questão da saúde da mulher.<sup>33</sup> Representa um marco histórico nas políticas públicas, em que a integralidade passa a ser vista como resultado de uma atitude ética e técnica dos profissionais e de uma adequação da estrutura dos serviços de saúde.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher deveria refletir o conceito de assistência integral à saúde da mulher preconizado pelo Ministério da Saúde: ações de saúde dirigidas para o atendimento global das necessidades prioritárias desse grupo populacional e de aplicação ampla no sistema básico de assistência à saúde. O conceito de integral é ligado a uma ideia de assistência em saúde, e não de atenção; porém, é a questão da integralidade que coloca em articulação diferentes níveis de gestão (Federal, Estadual e Municipal), que hoje vemos mais definida no SUS.

Conforme suas bases doutrinárias, particularizar a atenção à saúde da mulher significava apenas um passo

no sentido de aumentar a capacidade resolutive da rede básica de serviços; seria “trabalhar dentro de uma nova óptica – a da assistência integral – de modo a contribuir para o desenvolvimento institucional do setor e para a reordenação do sistema de prestação de serviços de saúde como um todo”.<sup>34</sup> O conceito de assistência integral proposto no documento envolvia a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades em saúde do grupo em questão. Todo e qualquer contato que a mulher viesse a ter com os serviços de saúde deveria ser utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação de sua saúde.

<sup>34</sup> BRASIL, 1984, p. 14.

Segundo o documento, a estratégia de assistência integral à saúde da mulher constituiu importante instrumento no sentido de ser um anseio comum das correntes envolvidas no debate do “controvertido tema do planejamento familiar” – <sup>35</sup> planejamento familiar visto como um direito de todos os segmentos da sociedade à livre escolha dos padrões de reprodução que lhes convenha como indivíduos ou como casais. Ao planejamento familiar deveria ser atribuído lugar adequado no contexto das ações de saúde, não devendo ser encarado como solução dos problemas sociais e econômicos, nem ter ignorada sua inegável interface com o setor da saúde. Talvez essa questão tenha sido tão enfatizada no texto do documento em função de uma possível vinculação do PAISM à questão do controle populacional – planejamento familiar –, em virtude do momento em que o programa foi lançado, exatamente quando o governo brasileiro sofria pressões externas para adotar uma política demográfica explícita.<sup>36</sup>

<sup>35</sup> BRASIL, 1984, p. 15.

<sup>36</sup> Maria OSIS, 1998.

Um dos aspectos destacados pelas feministas como um salto de qualidade foi a inclusão da contracepção nas políticas públicas de saúde, a partir do entendimento da mulher como sujeito ativo no cuidado de sua saúde, atendendo-se, assim, a questões referentes aos direitos reprodutivos.<sup>37</sup> Sob essa perspectiva, o PAISM buscaria romper com o enfoque central dos programas de saúde materno-infantil anteriores, que visavam intervir sobre os corpos das mulheres-mães, assegurando que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades de reprodução social, com enfoque nos direitos reprodutivos das mulheres.

<sup>37</sup> Karen GRIFFIN, 2002.

Conforme o documento do PAISM, as mulheres com mais de 15 anos, ou seja, 31,86% da população brasileira de 119.070.865 habitantes, deveriam ser “abrangidas” por essas ações, ficando a dúvida quanto ao grupo entre 10 e 14 anos, pois apresentava dualidade de problemas de saúde: tanto da infância quanto da idade adulta. Como e a partir de quando se define mulher parece ter sido problemático! Os conteúdos da assistência integral à saúde

da mulher deveriam ser desenvolvidos por meio de atividade de assistência clínico-ginecológica, assistência pré-natal e assistência ao parto e ao puerpério imediato. Como diretrizes gerais, em função da assistência integral, salienta-se a necessidade de uma nova postura de trabalho em equipe de saúde e de abordagem dos conteúdos de programas de capacitação de recursos humanos. Portanto, o conceito de integralidade de assistência deveria pressupor uma prática educativa que permeasse todas as ações desenvolvidas, assegurando apropriação pela clientela dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre sua saúde.

A integralidade aparece tecendo o próprio PAISM, propondo articulações entre diferentes níveis de administração, por exemplo, a forma de atendimento e a ligação entre os serviços e o modo de ensino e controle da saúde. Enfim, tratava-se de questões que, de alguma maneira, compõem hoje o cenário do SUS e também a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), na qual constam as diretrizes que deverão nortear esse campo no período de 2003-2007.

Contando-se essa história, percebe-se que gênero não aparece como texto no PAISM, mas como ação, ou seja, como se constituiu esse programa e como vem se constituindo a forma como pensamos esse sujeito-mulher-cidadã da saúde, que passa a se organizar em um coletivo de mulheres reivindicando direitos sobre seu corpo, sobre si. Gênero aparece marcando a diferença para obter um tratamento mais igualitário na sociedade, isto é, a mulher não apenas vista como um corpo no social, mas no social por seu corpo. A diferenciação do corpo, tomado no cuidado em saúde, promovendo direitos, integrava um anseio pelo direito de ter/viver uma sexualidade, uma marcação política de um sujeito político e de alguns de seus direitos, que passam a ser assegurados, visibilizados culturalmente, pela organização integrada de vários segmentos sociais, denominada engajamento no coletivo. Integralidade passa a ser colocar esse sujeito no social, e não apenas atender a seu corpo. As mulheres passam a figurar de outro jeito no social: que constroem e são construídas como cidadãs da saúde.

<sup>38</sup> Marta FARAH, 2004.

Segundo Marta Farah,<sup>38</sup> a agenda de gênero, no final da década de 1980, já não é formulada por um movimento unitário, pois aparecem divergências no interior do movimento de mulheres e do movimento feminista. Como exemplo, a autora cita a posição de alguns grupos que entendiam a necessidade de ocupar espaços governamentais, visando a uma redefinição das políticas públicas, enquanto outros grupos defendiam a preservação da autonomia do movimento. Tais divergências evoluíram para

a constituição de organizações não governamentais voltadas para programas de gênero em áreas como saúde, violência, educação, geração de renda, entre outras. Paulatinamente, essas organizações passaram a propor diretrizes de ação para políticas públicas, dialogando e formando parcerias com o Estado.

<sup>39</sup> Henrique NARDI, 2005.

Conforme Henrique Nardi,<sup>39</sup> o Estado, como campo de disputas, não é homogêneo, há uma luta por imposição de significações. Como exemplo, podemos citar a própria emergência das políticas para a consolidação do SUS, que ocorreu em um momento de ditadura militar. Atualmente, para esse autor, o Estado trabalha em uma lógica de parceria neoliberal, segundo a qual lança o edital e a sociedade civil organizada (ONGs) executa o projeto. Dessa maneira, o Estado captura o movimento, que se torna dependente dele, a partir de uma lógica semiprivada. Para Céli Pinto,<sup>40</sup> a organização da sociedade civil é fundamental quando ela controla o Estado, quando ela aumenta a democracia, porque mais pessoas estão tomando decisões, mas não está na sociedade civil o princípio da igualdade, está na sociedade civil o princípio da liberdade. Entretanto, essa participação pode ser pautada por práticas clientelistas, quando meia dúzia de pessoas é trazida para dentro do Estado. Dessa forma, para a autora, a participação pode ser tributária de um discurso globalizante neoliberal quando substitui as funções do Estado, pois a questão da democracia participativa é uma das experiências mais complexas, difíceis e iniciais que existem no mundo ocidental.

<sup>40</sup> Céli PINTO, 2004.

E hoje? Qual discurso está sendo capturado? Como está sendo proposta essa cidadania? Quais ações o gestor estadual se propõe intensificar, de que forma e sobre quem? Quem participa? Pensemos não em forma de respostas a essas problematizações, mas em termos de efeitos no modo de operacionalizar como tomamos mulher. O que se está visibilizando como importante para a saúde da mulher é a atuação sobre seus ciclos vitais como uma individualidade, no caso, ciclos de vida de "um corpo" de uma mulher. O que não fica à vista é a diferença das diferentes mulheres, que pode ser apontada como questão da intracategoria gênero – por exemplo, a idade, a raça/etnia, a sexualidade, questões apontadas no PNAISM. Talvez, o que pode ser visto aqui seja um discurso de gênero colado a um discurso biologicista, uma resignificação de gênero no texto... Uma política de desmobilização desse sujeito-mulher-cidadã, uma cidadã-mulher-tutelada, uma comunidade de risco.

Isso vai ao encontro da ideia foucaultiana de que o poder deve ser analisado como algo que circula e se exerce em rede, com os indivíduos sempre em posição tanto de

exercer quanto de sofrer sua ação. O poder não é algo que pertence a um grupo específico e é exercido sobre outro, pois os indivíduos não são alvos inertes do poder, mas são sempre centros de transmissão.<sup>41</sup> Passemos, então, para a última parte do texto do gestor.

<sup>41</sup> FOUCAULT, 1996.

## A produção de conhecimento científico no fazer de uma saúde da mulher

*Este sim é o desafio da atual gestão. Porém, temos de ter consciência que fazer saúde pública é sim de responsabilidade do gestor (governo), mas não sozinho, isolado. Somente a partir da parceria com a sociedade (controle social, sociedade civil organizada e sociedade científica) é que realmente conseguiremos mudanças reais, nesta área. Então, esta é a oportunidade de nos unirmos em torno de uma só causa: a Atenção Integral à Saúde da Mulher (na prática, e não só no discurso).<sup>42</sup>*

<sup>42</sup> SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL, 2005, p. 1.

As políticas de saúde no Brasil têm tido papel fundamental para a constituição e a estabilização da ordem sociopolítica brasileira. Elas reforçam vários traços estruturais dessa ordem, tais como a concentração do poder e a restrita participação nos circuitos de decisão econômica, política e cultural do país. Porém, é também pela reivindicação que as políticas tomam novos rumos, como, por exemplo, a questão já falada de um conceito de cidadania relacionado à saúde, o qual se estrutura mediante o movimento da sociedade civil organizada no final da década de 1980, na esteira da reforma sanitária e do campo da saúde coletiva. Assim, ao se “fazer saúde pública”, está-se imbricado em diferentes campos de saber e atravessado por diversos discursos em um campo de significação. Conforme Birman,<sup>43</sup> apesar da ideia naturalizada de que saúde pública e saúde coletiva são sinônimos, estas não se superpõem, pois dizem respeito a diferentes modalidades de discurso, com fundamentos epistemológicos diversos e com origens históricas particulares. A saúde pública tem como base a medicina moderna do final do século XVII, que, sob o véu da cientificidade, legitimou a crescente medicalização do espaço social, ancorada na polícia médica e na medicina social de normatização e controle das sociedades. Sua principal estratégia é combater as epidemias e as endemias, esquadrihando e controlando o espaço urbano com dispositivos sanitários. Em nome da ciência, legitimam-se práticas de marginalização de diferentes segmentos sociais, visto que o discurso naturalista da Medicina finge que não existe uma dimensão política nas práticas sanitárias.

<sup>43</sup> BIRMAN, 2005.

Portanto, é importante salientar que o campo teórico da saúde coletiva representa uma ruptura com essa concepção de saúde pública ao negar que os discursos biológicos detenham o monopólio do campo da saúde. Também Jairnilson Paim e Naomar de Almeida Filho<sup>44</sup> historicizam e discutem uma crise da saúde pública e a emergência, nos últimos 20 anos, de um campo que se designou como saúde coletiva. O discurso da saúde coletiva pretende ser uma leitura crítica desse projeto médico-naturalista estabelecido historicamente com o advento da sociedade industrial. Coloca em evidência que a problemática da saúde não se restringe ao registro biológico, devendo incluir as dimensões simbólica, ética e política, sendo a transdisciplinaridade marca constituinte desse campo.<sup>45</sup>

<sup>44</sup> Jairnilson PAIM e Naomar de ALMEIDA FILHO, 2000.

<sup>45</sup> BIRMAN, 2005.

<sup>46</sup> BERNARDES, 2005.

Conforme Bernardes,<sup>46</sup> discussões em saúde coletiva tomam por base as formas de objetivação do sujeito segundo um conjunto de regras e relações de força sustentadas pelas lutas entre o campo técnico-científico e a reforma sanitária. O campo técnico-científico caracteriza-se pelas aplicações científicas na vida cotidiana e está estreitamente vinculado ao capital privado. A reforma sanitária toma como base as necessidades sociais, tais como saúde, educação, moradia, alimentação. A integralidade passa a tecer e articular relações entre ciência e necessidades da vida da população.

<sup>47</sup> Ricardo CECCIM, 2005.

<sup>48</sup> Ricardo CECCIM e Laura FEUERWERKER, 2004.

<sup>49</sup> CECCIM, 2005.

Neste momento, passo a descrever integralidade no sentido discutido por Ricardo Ceccim,<sup>47</sup> como eixo da política de educação permanente do SUS, e por Ceccim e Laura Feuerwerker,<sup>48</sup> em relação à mudança dos cursos de graduação. Para Ceccim,<sup>49</sup> integralidade figura como eixo condutor da política de educação permanente do SUS, que trata das necessidades de formação “no e para o” trabalho no SUS. Gestão, ensino, atenção e controle social são faces da educação permanente; ela não existe sem que todos os atores estejam em cena, sem que se coloquem como questão. A formação no trabalho, programa de capacitação, não só deverá incluir o profissional que está no serviço, como também estar voltada para a cooperação técnica regular que a universidade e a escola técnica devem ter com a rede de serviço e para a gestão do sistema.

<sup>50</sup> CECCIM, 2005, p. 3.

<sup>51</sup> CECCIM e FEUERWERKER, 2004.

Para o autor, a integralidade ajuda a pensar a formação, pois indica que esta não é só técnica, devendo compreender cultura, sistema e relação: “uma atenção integral não se dará desqualificando a cultura das populações [...] A integralidade responde a essa necessidade de os profissionais perceberem que estão sempre lidando com histórias familiares, de vida, e não eventos patológicos”.<sup>50</sup> A formação para o trabalho seria em termos de uma formação para o SUS: para Ceccim e Feuerwerker,<sup>51</sup> a Constituição de 1988

indica que o SUS deve ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde, ou seja, os cursos da área da saúde devem formar profissionais dentro dessa perspectiva de saúde pública, priorizando-a.

As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em saúde afirmaram que a formação do profissional de saúde deve contemplar o “sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral em saúde”. Assim, a integralidade da atenção à saúde configura-se como eixo norteador da necessidade de mudança na formação dos profissionais dessa área de conhecimento e contribui com a formação de uma política do SUS para a mudança na graduação das profissões em saúde.

Ainda, para os autores acima mencionados, a mobilização do setor da saúde para definição das Diretrizes Curriculares Nacionais correspondeu à preocupação com a consolidação do SUS, mas também ao esforço intelectual de romper definitivamente com o paradigma biologicista, medicalizante, hospitalocêntrico e procedimento centrado, atendendo aos novos desafios da contemporaneidade na produção de conhecimentos e na produção das profissões. Somamos a isso a questão de “como” são produzidos os sujeitos desse conhecimento e os efeitos desses saberes na implantação e na implementação da atenção à saúde da mulher.

### Referências bibliográficas

- BERNARDES, Anita. *Estratégias de produção de si: biotecnologias e humanização*. Porto Alegre: Faculdade de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2005. Ensaio temático.
- BIRMAN, Joel. “A Physis da saúde coletiva”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: UERJ, v. 1, n. 1, p. 7-11, 2005.
- BRASIL. *Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. (Série B – Textos Básicos de Saúde).
- \_\_\_\_\_. *Gestão municipal de saúde: textos básicos. Administração de serviços de saúde, Promoção da saúde*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. (CDD – Tema 12).
- \_\_\_\_\_. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004. (Série C – Projetos, Programas e Relatórios).

- CASTEL, Robert. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- CECCIM, Ricardo. *A integralidade ensina os profissionais a lidarem com histórias de vida*. Disponível em: <http://www.lappis.org.br>. Acesso em: 19 ago. 2005.
- CECCIM, Ricardo; FEUERWERKER, Laura. "Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade". *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: ENSP, v. 20, n. 5, p. 1.400-1.410, 2004.
- COSTA, Ana; AQUINO, Estela "Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira". In: MERCHÁN-HAMANN, Edgar; COSTA, Ana Maria; TAJER, Debora (Orgs.). *Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas*. Brasília: Editora Universidade Brasília, 2002. p. 181-202.
- FARAH, Marta. "Gênero e políticas públicas". *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis: UFSC, v. 12, n. 1, p. 47-71, 2004.
- FOUCAULT, Michel. "O sujeito e o poder". In: DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul (Orgs.). *Michel Foucault: uma trajetória filosófica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 131-149.
- \_\_\_\_\_. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1996.
- \_\_\_\_\_. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1997.
- \_\_\_\_\_. *História da sexualidade II: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal, 1998.
- \_\_\_\_\_. *Em defesa da sociedade: curso do Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- \_\_\_\_\_. *Arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.
- \_\_\_\_\_. "Nietzsche, Freud, Marx." In.: *Ditos e escritos II – Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005. p. 40-55.
- GRIFFIN, Karen. "Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal". *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: ENSP, v. 18, p. 103-112, 2002. (Suplemento).
- GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. *Vulnerabilidade social e políticas públicas de saúde: um estudo com usuários do hospital-dia*. Porto Alegre: Faculdade de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2003. Projeto de pesquisa.
- HARDING, Jennifer. "Bodies at Risk." In: PETERSEN, Alan; BUNTON, Robin (Eds.). *Foucault, Health and Medicine*. London: Routledge, 1997.
- HORTALE, Virginia. "Fórum: a integralidade na perspectiva da formação, das práticas e da avaliação em saúde". *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: ENSP, v. 20, n. 5, p. 1.398-1.399, 2004.

- LATOUR, Bruno. "Referência circulante: amostragem do solo da Floresta Amazônica". In: \_\_\_\_\_. *A Esperança de Pandora*. Bauru: EDUSC, 2001.
- LOURO, Guacira. "Corpo, escola e identidade". *Educação & Realidade*, Porto Alegre: UFRGS, v. 25, n. 2, p. 59-75, 2000.
- MATTOS, Ruben. "A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)". *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: ENSP, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.
- MEDEIROS, Patricia Flores de; BERNARDES, Anita; GUARESCHI, Neuz Maria de Fátima. "O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas". *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília: Editora Universidade de Brasília, v. 21, n. 3, p. 263-269, 2005.
- MENDES, Cláudio. *Controla-me que te governo: os jogos para computador como formas de subjetivação e administração do "eu"*. 2004. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- MEYER, Dagmar. "Gênero e saúde: indagações a partir do pós-estruturalismo e dos estudos culturais". *Revista Ciência e Saúde*, Florianópolis: UFSC, v. 17, n. 1, p. 45-58, 1998.
- NARDI, Henrique. *Saúde, sujeito e políticas públicas*. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2005. Curso de extensão.
- OSIS, Maria. "PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil". *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: ENSP, v. 14, Suplemento 1, p. 25-32, 1998.
- PAIM, Jairnilson; ALMEIDA FILHO, Naomar de. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.
- PINHEIRO, Roseni. *Integralidade e prática social*. Disponível em: <http://www.lappis.org.br>. Acesso em: 19 ago. 2005.
- PINTO, Céli. *Teorias da democracia: diferenças e identidades na contemporaneidade*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.
- SCOTT, Joan. "Gênero: uma categoria útil de análise histórica". *Educação & Realidade*, Porto Alegre: UFRGS, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995.
- SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. *Área da saúde da mulher*. Disponível em: [http://www.saude.rs.gov.br/saude\\_mulher/introducao.php](http://www.saude.rs.gov.br/saude_mulher/introducao.php). Acesso em: 15 out. 2005.

[Recebido em junho de 2007  
e aceito para publicação em setembro de 2008]

**Public Policies and Women's Health: the Comprehensiveness**

**Abstract:** *In this article, we have attempted to analyze how comprehensiveness started to be used as a reference in the women's health field, from the current proposal put forward by PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (National Public Women's Health). We have aimed at problematizing what we have understood as comprehensiveness in the effectiveness of care in relation to the woman's health. We have used an excerpt of the introductory text produced by the State Health Department in its homepage on Internet, as an exercise to circumscribe this issue. This extract has been divided in three parts. Each one of them has been discussed considering an axis of formulations to problematize comprehensiveness: the woman as a subject of health, the PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Woman's Health Comprehensive Assistance Program) as conformation of a certain health field for women, and the production of scientific knowledge for the practice in the field of Public Health.*

**Key Words:** *Comprehensiveness; Woman; Public Health Policies.*