

Maria José Martins Duarte Osis

**ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER, O CONCEITO E O
PROGRAMA: HISTÓRIA DE UMA INTERVENÇÃO**

Dezembro/1994

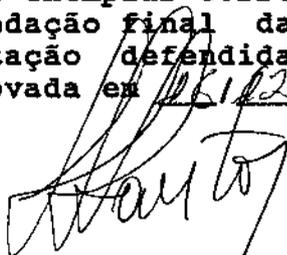


Maria José Martins Duarte [Osis R/024

**ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER, O CONCEITO E O
PROGRAMA: HISTÓRIA DE UMA INTERVENÇÃO**

Dissertação de Mestrado
apresentada ao Departa-
mento de Antropologia
Social do Instituto de
Filosofia e Ciências
Humanas da Universidade
Estadual de Campinas, sob
orientação do Professor
Doutor José Luiz dos
Santos, 1949 - t

Este exemplar corresponde
à redação final da dis-
sertação defendida e
aprovada em 15/12/94



Dezembro/1994

Osis, Maria José Duarte

Os26a Atenção integral a saúde da mulher, o conceito, e o programa:
história de uma intervenção / Maria José Martins Duarte Osis. - -
Campinas, SP : [s.n.], 1994.

Orientador : José Luiz dos Santos

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas,
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Mulheres - Saúde e higiene. 2. Programas de saúde. 3.
Anticoncepção. 4. Controle de natalidade. I. Santos, José
Luiz dos. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de
Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

E POR FALAR EM AGRADECER ...

... Há tanto que agradecer, a várias pessoas e por tantas coisas: aos que dividiram comigo o trabalho, que foi longo, cansativo e, algumas vezes, pareceu interminável; aos que me deram idéias, sugestões, fizeram críticas, que me enriqueceram; aos que me ajudaram a resolver os impasses que iam aparecendo e que, por vezes (não poucas), me desanimaram; aos que me falaram palavras de ânimo, me estimularam, manifestaram o seu interesse; aos que entenderam minhas ausências e se esforçaram para que eu não me sentisse mal por elas.

Atemoriza-me a possibilidade de esquecer de mencionar alguém, o que poderia magoar, entristecer ... Sendo assim, quero que todos que me ajudaram, me suportaram (nos vários sentidos que essa palavra comporta) durante a gestação e o parto deste trabalho, saibam que os agradeço do mais profundo do meu coração, com muito carinho, e quero dividir com eles a singeleza das palavras deste poeta desconhecido:

Pensei em agradecer a Deus, porque com Seu amor
sustenta a vida.

Pensei em agradecer a meus pais porque me transmitiram
a vida e doaram parte da sua para que a minha
fosse melhor.

Pensei em agradecer a todas as pessoas que têm passado
por minha vida, dando-lhe múltiplos coloridos,
suprindo, por vezes, meus espaços em preto e branco...

Mas agradecer é como contar estrelas...

É difícil saber quais já foram contadas,
quais faltam ... se não contamos duas vezes as mesmas...

É melhor olhar para o céu e deixá-lo entrar no coração.

Ao Beto e à Marília,
com muito amor.

ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO	1
2.	A SAÚDE DA MULHER	13
2.1.	A saúde da mãe	13
2.2.	Os programas de saúde materno-infantil	26
3.	ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER - UMA PROPOSTA INOVADORA.....	40
3.1.	De onde veio o conceito.....	40
3.2.	O conceito debatido	50
3.3.	O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher	63
3.4.	A implantação do PAISM	75
3.4.1.	Dificuldades iniciais	75
3.4.2.	Estratégias para implantação	93
3.4.3.	A implantação e seus problemas	104
4.	OS SIGNIFICADOS SOCIAIS DO PAISM	116
4.1.	O conteúdo geral do PAISM discutido	118
4.2.	PAISM e controle da natalidade	129
5.	REFLEXÕES FINAIS	144
6.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	172

1. INTRODUÇÃO

Mary Douglas¹ salienta que o corpo humano é sempre tratado como uma imagem da sociedade, porque o corpo social é que condiciona o modo como percebemos o corpo físico. Assim, as formas de expressão que o corpo assume, em movimento ou em repouso, expressam, em muitos aspectos, a pressão social. Sua argumentação, em busca de uma análise estrutural dos símbolos, está baseada em duas idéias: 1) o uso do corpo está coordenado com o dos meios de expressão humana, como a linguagem, por exemplo; 2) o sistema social impõe um controle e, conseqüentemente, limitações, à utilização do corpo como modo de expressão.

Segundo Douglas², quaisquer preocupações com as entradas e saídas sociais, com as rotas de escape e invasão no seio de uma sociedade, resultarão sempre em preocupações com estabelecer e preservar os limites corporais. O controle corporal, portanto, constitui uma expressão do controle social. Nesse sentido, o corpo funciona como veículo de comunicação. Mas não é apenas uma caixa estática que recebe e emite mensagens codificadas. Existe uma finalidade nessa codificação, de sorte que o corpo comunica informação para e de um sistema social do qual faz parte. Esse

¹ Douglas, M. **Símbolos naturales - exploraciones en cosmologia**. Madrid: Alianza Editorial, 1978.

² Ibid.

sistema, por sua vez, age sobre o corpo afetando suas funções de maneira a limitá-las, quer levando-as ao relaxamento ou ao controle estrito.

Os limites impostos ao corpo são estabelecidos socialmente, ou seja, atendem a demandas do grupo. Como imagem da sociedade, a tarefa principal do corpo é expressar a relação do indivíduo com o grupo. Ele aponta para qual é a solicitação social, exercida sobre ele, em um dado momento:

"... Os símbolos naturais são capazes de expressar a relação que existe entre um indivíduo e a sociedade nesse nível sistemático geral. Os dois corpos são o eu e a sociedade; algumas vezes estão tão próximos que quase chegam a fundir-se, e outras, estão muito longe um do outro. A tensão que existe entre eles é o que nos permite deduzir certos significados"³.

Turner⁴ aponta quatro problemas, relativos à questão dos corpos individuais e das populações, que considera universais às formações sociais: a reprodução das populações no tempo, a regulação dos corpos no espaço, a repressão do corpo interior através de disciplina e a representação do exterior no espaço social. De sorte que, segundo esse autor, o clássico problema de Hobbes sobre a ordem pode ser recolocado como problema do governo sobre o corpo. Essa preocupação chega a tal ponto que nenhuma sociedade deixa a questão da reprodução social livre de vínculos

³ Op. cit., p. 107. Tradução da autora.

⁴ Turner, B.S. **The body & society - explorations in social theory**. Oxford: Basil Blackwell, 1984.

legais. Mesmo quando, na sociedade ocidental moderna, o comportamento sexual é apresentado como sendo da livre escolha do indivíduo, não raramente estão presentes regulamentações relativas ao aborto, infanticídio, filhos ilegítimos, homossexualidade e prostituição.

Desse ponto de vista, em toda sociedade existe uma demanda por disciplina corporal. Disciplina entendida aqui nos termos propostos por Michel Foucault:

"Métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõe uma relação de docilidade-utilidade"⁵.

O objetivo de tal disciplina seria intervir sobre os processos da atividade corporal, mais do que sobre o resultado. O seu surgimento, segundo Foucault^{6,7} pode ser situado historicamente como resposta a exigências de conjuntura. A disciplina, entretanto, não deixam de se inscreverem no total, nas transformações gerais e essenciais que necessariamente serão determinadas por conjunturas específicas.

⁵ Foucault, M. **Vigiar e punir. História da violência nas prisões.** Petrópolis: Vozes, 1983, p. 126.

⁶ Foucault, M. **História da sexualidade I - a vontade de saber.** Tradução por Maria Thereza da C. Albuquerque & J.A. Guilhaon Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

⁷ Foucault, M. **Microfísica do poder.** Tradução por Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

Ao longo da História, é possível apontar, como um dos alvos principais dessa disciplina social, o corpo da mulher. Segundo Turner, o corpo feminino é, historicamente, o

"... foco do controle social, através do conhecimento e da autoridade, porque as mulheres produzem homens, enquanto os homens controlam as mulheres e as propriedades como mercadorias"⁸.

Esse controle se realiza através do aparato institucional da família e do Estado, e acha-se intimamente ligado ao controle da sexualidade feminina, fundamental para que os governos possam resolver o problema da regulação das populações no espaço⁹.

Ainda segundo Turner¹⁰, é preciso reconhecer a existência, na sociedade ocidental em geral, de um controle ideológico sobre a mulher. Um exemplo disto seria a doutrina pré-moderna que apresenta as mulheres como uma deformidade ou uma criação secundária. A exigência de tal controle é dada pelo fato de serem as mulheres as responsáveis diretas pela reprodução da espécie.

Tradicionalmente, a mulher tem sido definida por sua condição de reprodutora da espécie. É possível traçar uma extensa linha histórica, desde os tempos mais antigos até hoje, para apoiar essa

⁸ Op. cit. p. 192.

⁹ Op. cit.

¹⁰ Op. cit.

afirmação. Em relação ao homem acentua-se, invariavelmente, sua vocação para o trabalho. Quanto à mulher, porém, a maternidade sempre é citada como essência de sua natureza, o fundamental do ser feminino¹¹.

Simone de Beauvoir¹², autora de uma das obras feministas mais conhecidas no século XX - "O segundo sexo", escrito em 1949, analisa em detalhes os fatores que são tidos historicamente como naturais e característicos das qualidades femininas. A seu ver, não é preciso invocar-se os mistérios da natureza para explicar a passividade, a mediocridade, a servilidade, a auto-desvalorização, a ignorância e muitos outros atributos que perseguem as mulheres ao longo da história. Segundo ela, a situação das mulheres não poderia ser diferente do que é hoje, dadas as condições opressivas de vida que lhes têm sido impostas. Para essa autora, a feminilidade, ao contrário do que quer fazer parecer, não é um conjunto de atributos naturais e específicos das mulheres, mas sim um conjunto de características que se desejam ver nelas. A totalidade de seu condicionamento econômico, social e histórico responde ao que Beauvoir chama de enigma da feminilidade.

¹¹ Beauvoir, S. **The second sex**. New York: Vitage Books, 1974; Ehrenreich, B. English, D. **Complaints & disorders - the sexual politics of sickness**. London: Writers and Readers Publishing Cooperative, 1976; Foucault, op. cit (1980); Oakley, A. **The sociology of housework**. New York: Pantheon Books, 1974; Pena, M.V.J. **Mulheres e trabalhadoras. Presença feminina na constituição do sistema fabril**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981; Rago, M. **Do cabaré ao lar - a utopia da cidade disciplinar. Brasil 1830-1930**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

¹² Ibid.

Beauvoir¹³ contesta a idéia de que o mundo das mulheres é distinto do masculino e, conseqüentemente, que mulheres e homens teriam naturezas diferentes. Para ela, ao contrário, as mulheres nunca constituíram uma sociedade autônoma e fechada, mas se constituem em uma facção integral da sociedade que habitam com os homens e na qual se sujeitam a eles, submetem-se aos seus interesses.

Essa subjugação das mulheres inclui a regulação, o controle de seu corpo, uma vez que este é fundamental para a reprodução da espécie. E nessa tarefa a cooperação da medicina tem sido fundamental, sobretudo a partir do início do século XX. Não que os médicos tenham inventado a discriminação sexual contra a mulher. Mas o seu discurso, tido como científico por excelência, passou a oferecer respaldo aos conceitos machistas prevalentes na sociedade ocidental desde há muito¹⁴.

Por exemplo, nos Estados Unidos, no final do século passado e início deste, as idéias vinculadas pela medicina eram de que o corpo da mulher era totalmente dominado por útero e ovários. Postulava-se que a psicologia feminina funcionava como mera extensão de sua capacidade reprodutiva. Ou seja, afirmava-se que a natureza feminina era determinada apenas por suas funções reprodutoras¹⁵.

¹³ Op. cit.

¹⁴ Ehrenreich, B. English, D. op. cit.

¹⁵ Ehrenreich, B. English, D. op. cit.

Aproximadamente nessa mesma época, no Brasil, várias teses de doutoramento, defendidas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, esforçavam-se por enfatizar a natural vocação das mulheres para a maternidade. Para esses médicos, as mulheres possuíam a responsabilidade social de procriar e educar as crianças e sofreriam graves consequências se não cumprissem essa tarefa: sentimento de culpa, de frustração, além dos perigos físicos da não procriação e da detenção do leite, no caso das que já tinham sido mães alguma vez¹⁶.

Foucault¹⁷ aponta a histerização do corpo da mulher como um conjunto estratégico de dispositivos de saber e poder, desenvolvido a partir do século XVIII. Tal conjunto constituiria um processo tríplice, pelo qual o corpo da mulher foi analisado, qualificado e desqualificado como corpo integralmente saturado de sexualidade; integrado ao campo das práticas médicas, como se possuísse uma patologia intrínseca; posto em comunicação orgânica com o corpo social, cuja fecundidade deve regular, com o espaço familiar, do qual deve ser elemento substancial e funcional, e com a vida das crianças, que ela produz e deve garantir através de uma responsabilidade biológica-moral que dura todo o período da educação. Enfim, definiu-se a mãe por excelência, cuja imagem em negativo é a mulher nervosa, histérica em potencial.

¹⁶ Rago, M. op. cit.

¹⁷ Op. cit., 1980.

Pelo que se considerou até aqui, não é difícil compreender por que as abordagens sobre a saúde das mulheres concentram-se, ou principalmente resumem-se, à área da reprodução. Entre os próprios profissionais da área¹⁸ existe o reconhecimento de que, para os sistemas de saúde, cuidar da saúde das mulheres tem sido sinônimo de prepará-las para procriar e providenciar condições favoráveis à gestação e ao parto, de sorte que desse processo surjam crianças e, conseqüentemente, adultos sadios. Dessa maneira, o cuidado para com as mulheres tem se constituído, quase que exclusivamente, em um meio para assegurar boas condições de reprodução da espécie¹⁹.

No Brasil, a própria denominação dos programas de saúde voltados para as mulheres, que surgiram neste século, indicava qual era o enfoque do tratamento: em geral eram programas de "saúde materno-infantil". O conteúdo desses programas confirma as suspeitas levantadas por sua denominação: eram estratégias voltadas exclusivamente a intervir sobre os corpos das mulheres-mães de maneira a assegurar que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades da reprodução social. Nesse contexto, aparentemente de forma surpreendente, surge um Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) se auto-anunciando como uma nova e diferenciada abordagem sobre a saúde da mulher. Paradoxalmente,

¹⁸ Faúndes, A. Hardy, E. Pinotti, JA. Commentary on women's reproductive health: means or end? Int. J. Gynecol. Obstet. Suppl. 3:115-118, 1989; Pinotti, J.A. Faúndes, A. A mulher e seu direito à saúde: por uma política de saúde no Brasil. São Paulo: Manole, 1988.

¹⁹ Faúndes, A. Hardy, E. Pinotti, JA. Ibid.

entretanto, esse programa se constituiu na primeira vez em que o Estado brasileiro propôs, oficial e explicitamente, um programa de planejamento familiar sob sua responsabilidade, ou seja, um programa que contemplava o controle da reprodução.

O conceito de atenção integral à saúde da mulher aparece como uma exceção à regra, uma vez que se propõe a romper com a visão tradicional acerca da mulher, sobretudo no âmbito da medicina. Entretanto, a sua capacidade de surpreender vai além, porque esse conceito veio a orientar um programa de saúde patrocinado pelo Estado brasileiro, rompendo também, como se verá, com a tradição dos programas que o antecederam, que focalizavam a mulher exclusivamente como reprodutora. Mais significativo ainda é que o PAISM surgiu justamente em um momento em que existiam pressões explícitas para que o governo adotasse medidas de controle da natalidade, o que, obviamente, se faria através de uma intervenção específica sobre a capacidade reprodutora das mulheres.

O PAISM coloca, portanto, uma instigante contradição entre o que se apresenta inovador, diferente, e aquilo que parece atender velhas demandas sociais por controlar a reprodução via a reprodutora-mulher. A gestação desse programa, as condições que cercaram seu lançamento e a maneira como foi recebido pela sociedade brasileira também colocam, como se verá, outros pontos muito interessantes de discussão, organizados em torno da contradição principal acima explicitada.

Justifica-se, portanto, por sua singularidade e pela ruptura que pretende representar, que se faça do conceito de atenção integral à saúde da mulher e do PAISM objetos de investigação. Estudar as suas origens, as motivações explicitadas para o seu aparecimento, as circunstâncias em que o conceito se transformou em programa, e a maneira como foi recebido pelos setores da sociedade aos quais interessava, permitirá identificar as características específicas dessa intervenção sobre o corpo individual das mulheres que, como já se disse anteriormente, sempre está necessariamente associada a preocupações com a disciplina do corpo social.

O objetivo mais amplo desse olhar sobre o PAISM foi verificar que relações existiriam entre ele e as tradicionais intervenções sobre o corpo feminino como principal instrumento da reprodução, e as implicações sociais dessa intervenção. Na pesquisa realizada para esta dissertação, o que se pretendeu fazer foi uma reconstrução da história do programa, incluindo como contexto a construção do conceito de atenção integral à saúde da mulher, a conjuntura econômica e política em que o PAISM surgiu, e seus significados sociais.

Para alcançar esses objetivos, fez-se, inicialmente, um levantamento histórico, através de livros, artigos publicados na imprensa especializada e documentos, sobre como os programas oficiais, anteriores ao PAISM, abordavam a saúde da mulher. Em seguida, procurou-se reconstituir a história do conceito e do

Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, com a necessária contextualização sócio-econômica e política. Essa reconstituição foi feita através de algumas entrevistas com pessoas diretamente envolvidas na elaboração e implantação do conceito e do programa, da consulta a documentos oficiais e arquivos pessoais, além de bibliografia já publicada em geral.

Finalmente, na tentativa de evidenciar os significados sociais do PAISM, foi feito um levantamento de matérias publicadas acerca do assunto na imprensa escrita, no período 1977-1986. Esse material foi analisado procurando identificar quais os pontos centrais do conteúdo do PAISM, quais aspectos eram focalizados e que tipo de reação da sociedade frente ao programa poderia ser identificada nas diferentes matérias. Procurou-se, também, balizar essas matérias publicadas na imprensa não especializada com algumas identificadas na imprensa especializada, para verificar se existiriam, e quais eram, os pontos de concordância e discordância. Consideramos essa comparação importante porque permitiria checar com mais acuracidade que elementos do PAISM provocaram impacto significativo na sociedade como um todo, e não apenas em seguimentos isolados.

Em vista do que se propôs como objetivo da pesquisa e da maneira como ela foi realizada, a estrutura desta dissertação ficou constituída da seguinte maneira: no Capítulo 2 é apresentado um levantamento histórico acerca de como tem sido tratada a saúde da mulher na sociedade brasileira, descrevendo mais especificamente os

programas de saúde materno-infantil. O Capítulo 3 aborda especificamente o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, desde as origens do conceito, sua transformação em programa, as dificuldades e as estratégias para sua implantação. Conclui-se com uma rápida avaliação do estágio atual de implantação do programa. No Capítulo 4, procura-se evidenciar os significados sociais do PAISM através de sua repercussão na imprensa escrita de modo geral, e da confrontação entre o conteúdo das matérias publicadas na imprensa não especializada e na especializada. Finalmente, são propostas algumas reflexões finais acerca do significado da intervenção sobre o corpo das mulheres veiculada pelo PAISM.

2. A SAÚDE DA MULHER

2.1 A saúde da mãe

A partir dos meados do século XVIII é possível identificar na sociedade brasileira a emergência de um processo de medicalização, que se cristalizou no século XIX. A partir de 1808, com a chegada de D. João VI e da Corte portuguesa ao Brasil, o podermédico foi ganhando espaço. D. João pediu que os médicos lhe respondessem acerca das causas das doenças da população e sobre como tratá-las. Para coordenar esse trabalho foi nomeado um físico-mor, o médico Manoel Vieira da Silva. Ele escreveu um documento de resposta ao rei, propondo uma política sanitária. Essa interlocução com o Estado foi garantindo paulatinamente aos médicos um papel transcendente ao de cuidar dos doentes. Eles passaram a ser solicitados a fiscalizar e controlar os hábitos da população, visando a sua saúde²⁰.

Com o intuito de garantir o alcance desse controle sobre a população, as questões de saúde pública passaram a estar subordinadas à Intendência Geral de Polícia. Nesse mesmo período, foram fundadas as primeiras escolas de medicina, sendo a primeira em Salvador, em 1808, transformada em 1815 na Academia Médico-Cirúrgica, ocasião em que a cadeira de Higiêne foi incluída em seu

²⁰ Fonseca Sobrinho, D. **Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos/FNUAP, 1993; Rago, M., op. cit.

currículo. A Junta Central de Higiene Pública foi criada em 5 de abril de 1851 e, assim como as escolas de medicina, tornou-se difundidora do pensamento higienista para toda a sociedade²¹.

O Marquês de Lavradio, que pode ser considerado um dos principais formuladores de medidas de controle da população durante o Segundo Império, entendia que o grande problema a ser solucionado era a ociosidade e a vadiagem. Elas seriam a origem dos desmandos, da prostituição, da baixa qualidade do povo e, fundamentalmente, da falta de saúde dos adultos e das crianças. Era necessário, portanto, impor ao povo a disciplina do trabalho e da família. À família caberia o papel de inculcadora dos valores essenciais para direcionar as pessoas no caminho do trabalho ordeiro e produtivo, da vida em condições sadias. Para auxiliar a família na tarefa que se lhe estava propondo, convocou-se a medicina como instrumento indispensável²².

O primeiro alvo da prática disciplinadora higienista foi a infância, procurando garantir às crianças a sobrevivência sadia. Nesse sentido, a primeira grande preocupação foi com a alimentação porque, segundo os médicos, hábitos alimentares equilibrados desde a infância contribuiriam de forma importante para a existência de homens ordeiros e viris ao mesmo tempo. Ponderavam, por exemplo, que o consumo exagerado de carnes, ao mesmo tempo que dava mais

²¹ Fonseca Sobrinho, D. op. cit.; Rago, M. op. cit.

²² Fonseca Sobrinho, D., op. cit.; Rago, M. op. cit.

virilidade, também suscitava paixões violentas e descontroladas. Por outro lado, a dieta vegetariana tornava as pessoas dóceis e sociáveis. Desta forma, deveria ser pensada uma dieta que mesclasse esses dois tipos de alimentos²³.

Nessa ênfase sobre a alimentação das crianças, é claro, não poderia estar ausente a preocupação com a amamentação. No final do século XIX e logo nas duas primeiras décadas do século XX debateu-se com intensidade os malefícios à infância causados pela amamentação artificial e mercenária²⁴.

Segundo Gilberto Freire²⁵ o costume das próprias mães não amamentarem seus filhos chegou ao Brasil através de Portugal, especificamente depois da mudança da Corte para cá em 1808. Esse autor acredita que o referido costume se estabeleceu aqui não por moda mas pela debilidade física das mães brasileiras daquela época: muito novas, com muitos e seguidos filhos, com uma nutrição completamente deficiente. Não amamentando, as mães recorriam às amas-de-leite (amamentação mercenária) ou à amamentação artificial. Essas duas práticas foram alvo de grande preocupação dos higienistas brasileiros, especialmente no segundo Império porque, a seu ver, elas estavam associadas a um aumento da mortalidade

²³ Fonseca Sobrinho, D. op. cit; Machado, R. et al. **Danação da Norma**. Rio de Janeiro: Grall, 1978.

²⁴ Freyre, G. **Sobrados e Mucambos**. 3ª ed. Rio de Janeiro: J. Olympio, 1961; Rago, M. op. cit.

²⁵ *ibid.*

infantil. Por exemplo, em 1847, o Barão Lavradio, médico, escreveu uma série de artigos no jornal da Imperial Academia, apontando a alimentação desproporcional, insuficiente ou imprópria como uma das principais causas de morte das crianças do Rio de Janeiro. Gilberto Freyre também cita um estudo, considerado notável, feito em 1887 pelo médico José Maria Teixeira, que corroborava as afirmações do Barão de Lavradio.

A partir do início do século XX intensificou-se a pregação dos médicos a favor do aleitamento materno como maneira de minorar as taxas de mortalidade infantil. Margareth Rago cita uma estatística do Dr. João Amarante, de 1927:

"... em cem crianças alimentadas no seio, apenas três morriam por transtornos digestivos; enquanto que entre as que eram alimentadas artificialmente a taxa subia para 30 ou 40%"²⁶.

Logo se percebeu, entretanto, que para atingir as crianças precisava-se alcançar primeiramente a família e, mais especificamente, a instituição formadora desta, o casamento. O objetivo passou a ser disciplinar as uniões, de forma que fossem higiênicas e eugênicas, condenando-se cientificamente as uniões consanguíneas, os casamentos sem amor, entre mulheres jovens e homens velhos, sem prazer sexual, pois estes produziriam filhos com físico fraco e doentes moralmente. O prazer sexual passava a ser tido como requisito fundamental para a estabilidade e produtividade

²⁶ Op. cit., p. 129.

das uniões, para prevenir os malefícios da prostituição e do onanismo. Nos Anais Brasilienses de Medicina, uma publicação produzida pela Academia Imperial de Medicina do Rio de Janeiro, encontravam-se, por exemplo, questões propostas para estudos no anos de 1866 e 1869 respectivamente, sobre: que influência podem ter os casamentos consagüíneos sobre o intelectual e moral da espécie humana? O cruzamento das raças acarreta e produz a desagregação intelectual e moral do produto híbrido resultante?²⁷.

A mulher logo se tornou elemento-chave nesse processo de enquadramento disciplinar pelo saber médico, porque dela dependia diretamente a gestação, o nascimento e crescimento das crianças, e a inculcação dos preceitos higienistas no seio da família. Ao longo do século XIX observa-se como o médico vai assumindo um papel de consultor/confessor da mulher, que saía das sombras para o espaço público, em um processo atrelado à urbanização, e que deu novas feições ao patriarcalismo brasileiro²⁸.

O médico foi, paulatinamente, penetrando no espaço familiar e provocando modificações no perfil das relações familiares, principalmente via as mulheres. Progressivamente se fez a redução da mulher à mãe-higiênica, paralelamente à do patriarca ao novo

²⁷ Engel, M. **Meretrizes e doutores. Saber médico e prostituição no Rio de Janeiro (1840-1890)**. São Paulo: Brasiliense, 1989; Fonseca Sobrinho, D. op. cit.

²⁸ Engel, M., op. cit.; Fonseca Sobrinho, D. op. cit.; Freyre, G. op. cit.

pai. O argumento motriz para ambas as transformações foi o aumento da responsabilidade para com os filhos²⁹.

Segundo Costa:

"A mãe higiênica nasceu ... de um duplo movimento histórico: por um lado, emancipação feminina do poder patriarcal; por outro, colonização da mulher pelo poder médico"³⁰.

A ênfase era colocada sobre a mulher como a responsável direta pela sobrevivência e crescimento dos filhos, sobretudo porque era seu dever natural alimentar as crianças, inicialmente com o próprio leite. Sendo assim, a importância da amamentação foi assunto de grande parte das teses defendidas nas faculdades de medicina no final do século XIX e nas duas primeiras décadas deste século. Os doutores apelavam para que as mulheres deixassem valer seu instinto natural e também assumissem sua responsabilidade social, sobretudo diante das altas taxas de mortalidade infantil que, segundo eles, poderiam levar ao despovoamento do país. Veja-se por exemplo a tese de doutoramento defendida pelo Dr. A. Azevedo Borba Júnior na Bahia em 1913 - "O aleitamento materno sob o ponto de vista médico-social", em que o autor enfatizava em versos sua visão sobre como as mulheres deveriam se comportar em relação à amamentação:

²⁹ Engel, M., op. cit.; Fonseca Sobrinho, D., op. cit.; Freyre, G. op. cit.

³⁰ Costa, J.F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

" Se a natureza, oh! mulher,
de ser mãe deu-te o prazer,
segue a lei da natureza
cumpre de mãe o dever.

.....
Se os animais que não pensam
cumprem de mãe a missão,
só não saberás ser mãe
tu que possues a razão?"³¹

Os médicos também advertiam as mulheres sobre as consequências negativas que elas pessoalmente sofreriam por negligenciar sua vocação de mãe: sentimento de culpa, de frustração, além dos perigos físicos da não procriação e da retenção do leite, no caso das que já eram mães. As mulheres que assumiam primordialmente seu papel de mãe eram comparadas, inclusive, à Santa Maria. Apelava-se, portanto, para que as mulheres cumprissem a sua missão natural e grandiosa e não deixassem que outros interesses, classificados de mesquinhos, as atrapalhassem. Entre esses interesses estariam o trabalho fora do lar, a busca por instrução formal, e quaisquer atividades sociais³².

Rago cita, por exemplo, um trecho do jornal operário *A Razão* de 29 de julho de 1919, em que se discutiam os malefícios da substituição do trabalho dos homens pelo das mulheres:

³¹ Rago, M., op. cit., p. 67.

³² Costa, J.F., op. cit.; Rago, M. op. cit.

" ... nós não devemos ensinar (o trabalho) a essas mulheres que amanhã nos virão a substituir, mas devemos fazer-lhes compreender que o seu lugar é em casa, a tratar e educar seus filhos..."³³.

Aparentemente, a discussão nas três primeiras décadas deste século oscilava entre argumentos voltados a questionar a saída das mulheres do seu reino por excelência, o lar, e aqueles que até a admitiam sob certas condições. Por exemplo, em relação às mulheres empregadas na indústria enfatizava-se a necessidade de medidas protecionistas. Na Câmara Federal, entre 1917-1920, por exemplo, havia um grupo de deputados, conhecidos por "gaúchos", que defendiam o estabelecimento de legislação social que protegesse mulheres, menores e inválidos (acidentados no trabalho). Estes últimos deveriam ser resguardados pela contribuição já dada com o seu trabalho, enquanto as mulheres e menores, embora não sendo por eles considerados cidadãos, precisavam ser protegidos para assegurar o futuro da raça e da família. Apesar de admitirem essa proteção às mulheres, preferiam claramente que o trabalho feminino fosse suprimido para a proteção da família e da raça³⁴.

Entre as pessoas de nível sócio-econômico mais elevado, também aparecia a preocupação em cristalizar um ideal de mulher que assegurasse a ordem social. A literatura produzida no final do século XIX e início do XX apresentava a figura feminina

³³ Rago, M., op. cit., p. 67.

³⁴ Gomes, A.M. de C. **Burguesia e trabalho, política e legislação social no Brasil**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

preferencialmente no lar, soberana ali, recatada, submissa ao homem provedor da família, ou esperando por tê-lo a seu lado³⁵. A imprensa voltada para esse tipo de pessoas seguia na mesma direção, retratando a mulher quase sempre ocupada com sua beleza ou com seus afazeres domésticos. Por exemplo, o magazine mensal ilustrado "Eu sei tudo", em seus diversos números no período 1917-1920, raramente apresentava uma mulher trabalhando fora do lar. A ênfase estava sobre a moda, a casa, a família, os filhos e o casamento. As poucas referências a outros trabalhos restringiam-se a "atividades leves", como trabalhar nos correios e ser professora. Em março de 1918, no nº 10, encontra-se um artigo com o título "O feminismo caminha! Aproveitamento do trabalho da mulher durante a guerra". Essa matéria relacionava o incremento do feminismo às necessidades de mão-de-obra geradas pela guerra, sobretudo nos países anglo-saxônicos. Ademais, previa que isso resultaria em uma crise social quando os homens voltassem das trincheiras e as mulheres não lhes quisessem devolver o lugar³⁶.

Percebe-se, portanto, que apesar dessa época de que se vem falando até aqui apresentar a mulher saindo de seu ocultamento no lar para os espaços públicos, nela se identifica também um movimento de redirecionamento da mulher para o lar. De modo geral,

³⁵ Osis, M.J.D. Análise do discurso sobre a mulher: família e reprodução no Brasil 1850-1920. Ensaio apresentado no processo de seleção para o Mestrado. Campinas, IFCH, UNICAMP, 1989.

³⁶ Eu sei tudo Magazine Mensal Ilustrado. 1917-1920.

o argumento mais utilizado para justificar essa ênfase era a responsabilidade da mulher como mãe. Nesse período, a mortalidade infantil assumia dimensões alarmantes, chegando-se a falar em risco de despovoamento da nação, e os médicos associavam as altas taxas de mortalidade infantil às deficiências na amamentação, que estariam sendo produzidas, principalmente, pelo fato das mulheres-mães estarem abandonando sua missão primordial³⁷. Ora, esse argumento teve o peso do discurso médico que, por ser científico, era credor de autoridade.

Na esteira desse debate, nesse período esteve presente de forma marcante a preocupação em regulamentar o trabalho feminino. Embora isso parecesse, à primeira vista, indicar uma preocupação por resguardar a integridade das mulheres, criava as premissas necessárias para que seu trabalho fosse preterido. Isto porque, aos olhos dos industriais, as medidas que estavam sendo propostas representavam um acréscimo de encargos que diminuiria seus lucros. Logo, seria mais vantagem despedir as mulheres, mandando-as de volta ao lar, tido como o seu reino por excelência³⁸.

³⁷ Pinheiro, P.S. Hall, M. **A classe operária no Brasil. Documentos.** vol. 2. São Paulo: Brasiliense/FUNCAMP, 1981; Rago, M., op. cit.

³⁸ Leme, M.S. **A ideologia dos industriais brasileiros.** Petrópolis: Vozes, 1978.

É interessante verificar, por exemplo, como esse movimento de redirecionamento da mulher para o lar se refletiu nas propostas de legislação social/trabalhista que tramitaram na Câmara Federal, e no âmbito do poder público nas duas primeiras décadas deste século.

As primeiras preocupações oficiais com a saúde das mulheres, traduzidas em leis e decretos, vieram a público no final da primeira e início da segunda década deste século, na forma de legislação trabalhista e sempre associada com a proteção à maternidade e à infância.

Em São Paulo, em 1917, surgiu a primeira lei, de abrangência estadual, que incluiu alguns dispositivos relativos ao trabalho feminino. Essa lei proibia o trabalho noturno de mulheres, e o restringia em todos os estabelecimentos industriais do estado durante o último mês de gravidez e o primeiro pós-parto (Ribeiro, 1980). Em nível nacional, nesse mesmo ano, tramitaram na Câmara dos Deputados alguns projetos de cunho social que abordavam o trabalho da mulher. O Projeto de Regulamentação do Trabalho Feminino (nº 125 de 16 de julho de 1917), de autoria do Deputado Maurício de Lacerda, referia-se não somente às atividades industriais, mas também às agrícolas e comerciais, e proibia o trabalho da mulher grávida nos 60 dias anteriores ao parto e nos 40 subsequentes a ele. Previa que a trabalhadora teria direito a ausentar-se do serviço por 15 minutos a cada duas horas para amamentar o filho, nos primeiros seis meses de lactância. Depois disso, enquanto

desse amamentando, a mulher poderia ficar fora do trabalho, neste fim, por uma hora diariamente. A exemplo desse, outros atos de cunho social foram debatidos entre 1917 e 1919, mas não foram a ser aprovados³⁹.

Em 1923 surgiu o primeiro decreto federal que regulamentava o trabalho feminino (nº 16.300), objetivando também facilitar a licença de maternidade e garantir o direito das trabalhadoras amamentarem seus filhos durante a jornada de trabalho⁴⁰.

Uma nova ordem institucional foi inaugurada no Brasil a partir da Revolução de 1930. O operariado nacional passou a viver uma nova ordem com a tutela da atividade sindical pelo Estado, a criação do Ministério do Trabalho, da legislação trabalhista e da organização previdência social. A nova ordem institucional manteve a preocupação com a eugenia da "raça brasileira", incluindo dispositivos legais para proteger a família, especialmente através da maternidade e da infância⁴¹.

³⁹ Gomes, A.M. de C. op. cit.; Lacerda, M.A. A evolução relativa do direito social brasileiro. Rio de Janeiro: Nova Editora, 1980; Sussewind A. et al. **Direito brasileiro do trabalho**. Rio de Janeiro: A Noite/Livraria Jacinto, 1943.

⁴⁰ Fonseca Sobrinho, D, op. cit.; Munakata, W. **A legislação trabalhista no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1981; Rago, M. op.

⁴¹ Fonseca Sobrinho, D., op. cit.

Em 1932 foi baixado o Decreto nº 21.417 que regulamentava efetivamente o trabalho das mulheres de maneira genérica e com fiscalização própria. Ele estabeleceu o princípio da igualdade da remuneração pelo mesmo trabalho, proibiu o trabalho noturno e em locais insalubres e perigosos, definiu o peso máximo que as mulheres poderiam carregar e criou medidas de proteção à maternidade⁴².

A Constituição Federal de 1934⁴³ dizia no artigo 138:

" Incumbe à União, aos Estados e aos Municípios, nos termos das leis respectivas: ... b) estimular a educação eugênica; c) amparar a maternidade e a infância; d) socorrer as famílias de prole numerosa; e) adoptar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a morbididade e a mortalidade infantil".

O artigo 121, parágrafo 1º, tratava da proteção à trabalhadora gestante, enfatizando que fosse

"... assegurado a esta descanso, antes e depois do parto, sem prejuízo do salário e do emprego..."

As constituições de 1937, 1946, 1967, emendada em 1969, mantiveram basicamente o mesmo conteúdo das anteriores⁴⁴.

⁴² Munakata, W. *A legislação trabalhista no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1981.

⁴³ Campanhole, A.S. Campanhole, H.B. *Constituições do Brasil*. São Paulo: Atlas, 1984.

⁴⁴ Campanhole, A.S. & Campanhole, H.B., op. cit.

Ao mesmo tempo em que a mulher-mãe se constituía em objeto de uma legislação específica - trabalhista, o Estado também se preocupava com ela, independentemente dela estar formalmente empregada ou não. Essa preocupação resultou em diversos programas de saúde materno-infantil, como se verá a seguir.

2.2 Os programas de saúde materno-infantil

À medida que as políticas públicas da área de saúde iam se cristalizando em programas, a atenção à saúde da mulher se traduzia na proteção ao grupo materno-infantil que, inclusive, sempre permaneceu como um dos principais focos dessas políticas. Isto se explica pelo que se vem discutindo até aqui, ou seja, o fato de que a identidade social da mulher tem sido construída como sendo primeira e predominantemente a de mãe, mesmo que ela seja ainda uma menina. E isso contrasta com a identidade atribuída aos homens que, antes de mais nada, são considerados por seu valor de indivíduos, independentemente dos papéis sociais que lhes sejam atribuídos⁴⁵. Essa identidade construída para as mulheres associa-se à importância social que tem o fenômeno da reprodução⁴⁶.

⁴⁵ Saffioti, H. Movimentos sociais: face feminina. In: Carvalho N.V. (Org.) A condição feminina. Enciclopédia Aberta de Ciências Sociais, São Paulo: Vértice, 1988.

⁴⁶ Pena, M.V.J. Mulheres e trabalhadoras. Presença feminina na constituição do sistema fabril. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1981; Rago, M., op. cit.; Pinotti, J.A. Faúndes, A., op. cit.

Conseqüentemente, o cuidado com o binômio mãe-filho não poderia deixar de se constituir em assunto privilegiado das políticas públicas.

Paralelamente, a importância dada ao grupo materno-infantil também se baseia no fato de que mães e crianças compõem, em geral, cerca de 70% da população total do país e que suas características orgânicas exigem certos cuidados específicos, o que tem se evidenciado na constante evolução dos conhecimentos médicos⁴⁷. Como exemplo, pode-se citar as necessidades relacionadas à imunização das crianças e ao atendimento às mulheres grávidas.

O primeiro órgão governamental que se voltou exclusivamente para o cuidado da saúde materno infantil foi o Departamento Nacional da Criança (DNCR), criado em 1940. Suas principais funções foram coordenar e normatizar as ações voltadas à infância e à adolescência. Suas diretrizes de trabalho visavam integrar os planos e as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência, públicos e privados, com os programas de saúde pública em geral. Toda a proteção à maternidade fundamentava-se em uma concepção de puericultura como a ciência por excelência para cuidar da procriação e criação da espécie humana. Desta forma, o DNCR associou seu projeto educativo à puericultura, enfatizando não

⁴⁷ Marques, M.B. A atenção materno-infantil como prioridade política. In: Guimarães, R. (Org.) **Saúde e medicina no Brasil - contribuição para um debate**. Rio de Janeiro, Graal, 1978.

só os cuidados com as crianças mas também com as mães, no que se referia à gravidez e amamentação, em especial⁴⁸.

O DNCR exerceu atividades fundamentais para a extensão das atividades dos serviços de saúde materno-infantil, públicos e privados, em todo o Brasil. Sua atuação foi tão efetiva que em 1966 existiam apenas dois estados que não possuíam serviços públicos centrais de proteção materno-infantil. Esse órgão se constituiu no instrumento pelo qual o saber médico nessa área da saúde era incorporado ao conteúdo da política estatal. Além disso, ele foi o agente de um programa educativo abrangente, que visava divulgar as normas de higiene para as crianças e as mães. Em relação a estas, pretendia-se esclarecê-las sobre aspectos da gravidez, da amamentação e alimentação em geral das crianças, com os principais objetivos, explicitados, de combater a morbidade e mortalidade infantis⁴⁹.

Entre 1950 e 1965 o DNCR foi o executor de convênios entre o governo brasileiro e o Fundo das Nações Unidas para a Infância, e da Campanha Nacional de Alimentação com o governo dos Estados Unidos. Esses projetos aconteceram de forma concentrada no nordeste e sua ênfase esteve na distribuição de leite em pó e outros alimentos, para combater a desnutrição. Paralelamente, o DNCR

⁴⁸ Canesqui, A.M. Assistência médica e a saúde e reprodução humana. Textos NEPO 13. Campinas, 1987.

⁴⁹ Canesqui, A.M., op. cit. (1987); Ministério da Saúde. O Departamento Nacional da Criança 1940-1965. Rio de Janeiro, 1967.

promoveu a organização de clubes de mães para funcionarem junto às instituições de proteção à maternidade. Esses clubes trabalhavam com a idéia de valorizar o trabalho doméstico da mulher para a economia do lar, ao mesmo tempo em que se pretendia passar às frequentadoras noções básicas de higiene e cuidado com os filhos e a família⁵⁰.

Nesse período de atuação do DNCR (1940-1965), parece que se contrapunham duas visões quanto ao significado da atenção a ser prestada ao grupo materno-infantil. Para alguns, como o Dr. Clóvis Correia da Costa, obstetra ligado ao Instituto Fernandes Figueira do Rio de Janeiro e que pertencia ao DNCR, a reprodução se constituía em uma função essencialmente social, interessando muito mais à sociedade que ao indivíduo. Logo, os governos deveriam cuidar dessa área com bastante atenção, ainda mais que se vivia um momento de altas taxas de mortalidade infantil e de grande solicitação de mão-de-obra para a indústria. Para esse cuidado era fundamental a intervenção sobre o grupo materno-infantil, para assegurar gerações sadias e capazes de darem conta do desenvolvimento nacional. Pessoas ligadas a essa forma de pensar se opunham totalmente à adoção de qualquer medida de regulação da fertilidade⁵¹.

⁵⁰ Canesqui, A.M., op. cit. (1987).

⁵¹ Canesqui, A.M., op. cit. (1987); Novaes, H.M.D. A puericultura em questão. Dissertação de Mestrado. USP, 1979. Citada por Canesqui, A.M. **Assistência médica e a saúde e reprodução humana**. Textos NEPO 13. Campinas, 1987.

A outra visão, que prevaleceu, era aquela representada principalmente pelo Dr. Moncorvo Filho, e que encarava as práticas de higiene simplesmente como defesa e conservação da vida. A puericultura defendida por essa linha de pensamento estava preocupada com os vícios da alimentação, a sífilis e o alcoolismo, atribuindo-lhes a responsabilidade pela mortalidade infantil. Para dar combate a esses males acreditava ser fundamental assegurar o direito à informação, ao auxílio e proteção das classes economicamente menos favorecidas. Não se preocupava em disciplinar a reprodução, mas enfatizava o combate à mortalidade infantil como garantia de se construir uma nação forte, sadia e progressista⁵².

Em meio ao período de atuação do DNCR foi criado o Ministério da Saúde, em 1953, culminando um processo de centralização, observado no Estado brasileiro, em geral e, especificamente nas políticas de saúde, que vinha desde a Revolução de 1930 (Braga & Paula, 1981). O Ministério passava a ser responsável por coordenar, em nível nacional, a assistência materno-infantil. As suas diretrizes iniciais primaram também pelo cunho nacionalista, associando mais uma vez o cuidado da saúde com a construção de uma nação forte e sadia. Miguel Couto, um dos primeiros ministros da saúde, frisou, em seu discurso de posse, que

⁵² Canesqui, A.M., op. cit. (1987); Novaes, H.M.D., op. cit.

"... é um dever imperioso defender de maneira eficaz a criança brasileira, em verdade ainda o melhor elemento a salvaguardar o futuro da nacionalidade; melhor e mais seguro que o mais eficiente imigrante"⁵³.

Verifica-se, portanto, que a proteção à maternidade e à infância, enquanto assunto de saúde pública, obedeceu à tendência geral das políticas dessa área a partir do Estado Novo. Ou seja, ela esteve inserida no modelo centralizador, concentrado nas ações de puericultura, e voltado para as camadas urbanas mais pobres, com o intuito fundamental de garantir braços fortes para a nação. Já no final dos anos 50 e início da década de 60 essa proteção foi perdendo importância para a prioridade que passou a ser dada ao combate às moléstias endêmicas rurais, seguindo a tendência de priorizar as campanhas sanitárias, tendo em vista as transformações econômicas da época: aceleração dos movimentos migratórios internos, a interiorização da expansão econômica, como por exemplo a construção de Brasília, e a intensificação da urbanização⁵⁴. Nos anos 60, então, o DNCR foi se esvaziando e suas atribuições passando a diversos órgãos federais, sendo que em 1969 ele foi definitivamente extinto⁵⁵.

⁵³ Canesqui, A.M., op. cit. (1987) p. 31.

⁵⁴ Braga, J.C.S. Paula, S.G. **Saúde e Previdência Estudos da Política Social**. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1981.

⁵⁵ Canesqui, A.M. op. cit. (1987).

A tendência que veio se cristalizando desde o final da década de 50, e que ganhou força com o golpe de 64, foi o de concentrar a intervenção estatal na expansão da medicina previdenciária, fundada no cuidado médico individualizado de base hospitalar e ambulatorial. Estabelecia-se marcadamente a dicotomia entre saúde pública e medicina curativa, preterindo-se as práticas sanitaristas. Entre 1964 e 1973 instituiu-se um modelo de atenção à saúde que pode ser chamado de médico-assistencial-privatista, sob gerência estatal. Nesse contexto, o complexo previdenciário passou a se ocupar da atenção individual, enquanto ao Ministério da Saúde foram delegadas responsabilidades quanto à atenção preventiva, às atividades de saúde pública. Entretanto, a sua atuação foi episódica e pouco estruturada, mesmo porque não havia dotações orçamentárias efetivamente destinadas a programas de saúde pública⁵⁶.

A primeira menção a cuidados específicos com o grupo materno-infantil pós 64 apareceu em 1971 no documento "**Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil**". Ali se previam programas de assistência ao parto, ao puerpério, à gravidez de alto risco, ao controle das crianças de 0 a 4 anos de idade, de estímulo ao aleitamento materno e de nutrição. Considerava-se também a possibilidade de oferecer às mulheres orientação no período

⁵⁶ Canesqui, A.M., op. cit. (1987); Jacobi, P. **Movimentos sociais e políticas públicas - demandas por saneamento básica e saúde, 1974-84**. São Paulo: Cortez, 1989; Núcleo de Estudos das Políticas Públicas (NEPP). **Brasil 1985. Relatório sobre a situação social do país**. vol. 1. Campinas, UNICAMP, 1986.

intergestacional, com o propósito de espaçar o nascimento dos filhos por problemas de saúde⁵⁷.

A partir de 1974 começou a se pronunciar uma certa liberalização no governo militar em face do esgotamento do período do milagre econômico e da agudização de problemas sociais, que acarretavam ao regime uma crise de legitimidade. Conseqüentemente, desenvolveu-se um processo de normalização institucional, que incluiu mudanças na intervenção estatal no campo social. Na área da saúde já afloraram nessa época as preocupações com o modelo centralizador que vinha sendo adotado e a perspectiva de um caos orçamentário. Para buscar soluções foi criado em 1974 o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), para gerenciar as atividades de seguro social e assistência médica, passando a se constituir no controlador da principal fonte de recursos. Em 1975 se tentou organizar e delimitar as atividades nos diferentes níveis - federal, estadual e municipal. A lei 6229 criou o Sistema Nacional de Saúde (SNS), fixando as responsabilidades do MPAS, do MS e das Secretarias de Saúde. Justificavam-se essas medidas por reconhecer-se a necessidade de estimular a assistência médico-sanitária e as ações de saneamento básico e do meio ambiente⁵⁸.

⁵⁷ Canesqui, A.M., op. cit. (1987); Ministério da Saúde. Diretrizes gerais da política nacional de saúde materno-infantil. Brasília, 1971.

⁵⁸ Jacobi, P. op. cit.; NEPP, op. cit.

No contexto dessas novas preocupações, acima referidas, o primeiro programa de atenção ao grupo materno-infantil surgiu em 1975: Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), que teve uma versão preliminar em 1974. Retomava-se a ênfase com a nutrição do grupo infantil, em face da preocupação com as altas taxas de mortalidade que vinham, inclusive, crescendo em algumas regiões, e com a necessidade de se propiciar um maior rendimento escolar e de aprendizagem. Em relação às mulheres, o alvo eram as gestantes, parturientes, puérperas, e as que estavam em idade fértil. As ações planejadas tinham como objetivo explicitado nos documentos "contribuir para a maior produtividade com o ingresso de novas e mais híidas gerações na força de trabalho". Estabelecia-se uma relação entre esse objetivo e o alcançar das metas propostas no II Plano Nacional de Desenvolvimento⁵⁹.

Ambos os programas referidos acima previam atividades de planejamento familiar como uma medida para compatibilizar as gestações com as condições do organismo materno. Pretendia-se agir pela detecção de riscos nos períodos pré, peri e pós-natal. O objetivo último dessa ação seria a garantia do nascimento de crianças saudáveis e da integralização do núcleo familiar. Salientava-se que o conteúdo das ações de planejamento familiar deveria respeitar a decisão do casal sobre o tamanho de sua prole,

⁵⁹ Canesqui, A.M., op. cit. (1940); Fonseca Sobrinho, D., op. cit.; Ministério da Saúde. Programa de Saúde Materno-Infantil. Brasília, 1974; Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Materno-Infantil, Brasília, 1975.

ao mesmo tempo que incorporasse a orientação médica acerca dos efeitos das gestações de risco⁶⁰.

No contexto dessa preocupação em prevenir as gestações de risco é que o Ministério da Saúde criou em 1977 o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR) que, na verdade, se constituía em uma norma a ser incorporada ao PSMI⁶¹. Segundo Fonseca Sobrinho⁶² esse programa vinha sendo elaborado desde 1975, em sigilo, para evitar as reações da Igreja Católica, tradicionalmente avessa à utilização de métodos contraceptivos. O ministério solicitou para essa tarefa a colaboração de uma grande equipe, que incluiu integrantes do ministério, membros da Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), da Sociedade Brasileira de Pediatria, da Organização Panamericana da Saúde (OPAS), da Fundação Hospitalar do Distrito Federal, da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI), da Associação Brasileira de Reprodução e Nutrição em Saúde (RENUMI), da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana e de oito universidades brasileiras situadas no Ceará, Pernambuco, Rio de Janeiro, São Paulo, Campinas

⁶⁰ Canesqui, A.M., op. cit.; Ministério da Saúde, op. cit., 1974, 1975.

⁶¹ DINSAMI, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. **Normas para a identificação e controle dos riscos reprodutivo, obstétrico e da infertilidade no Programa de Saúde Materno-Infantil.** Brasília, Ministério da Saúde, 1978.

⁶² Fonseca Sobrinho, D. op. cit.

e Brasília. Esse grupo escreveu e publicou o documento " Normas para a Identificação e Controle dos Riscos Reprodutivo, Obstétrico e da Infertilidade no Programa de Saúde Materno-Infantil", em 1978.

Segundo a Introdução desse documento, o propósito de sua elaboração foi

"... regulamentar e operacionalizar as ações de assistência especial e especializada aos riscos reprodutivo e obstétrico, à prevenção de gestações futuras, quando indicada, e ao diagnóstico e tratatamento da esterilidade ou da infertilidade, previstas no planejamento familiar dentro da Política de Saúde Materno-Infantil, aprovada pelo Conselho de Desenvolvimento Social"⁶³.

O surgimento desse documento provocou reações fortes da Igreja Católica, e principalmente de alguns sanitaristas e movimentos organizados de mulheres⁶⁴, que identificaram nele intenções do governo controlar a natalidade de forma dissimulada. Esses grupos acreditavam que a aplicação das normas propostas no programa, ao invés de dar condições técnicas para a identificação dos riscos reprodutivos, poderia colocar em prática uma política controlista. Entretanto, houve intensa oposição ao PPGAR por parte da BEMFAM

⁶³ DINSAMI, op. cit. p. 7.

⁶⁴ Nesta dissertação a expressão **movimentos organizados de mulheres/movimentos de mulheres** é usada para dar conta de "... aqueles movimentos sócio-políticos, compostos principal, mas não necessariamente exclusivamente, de mulheres, que fazem reivindicações aos sistemas político e cultural com base nos papéis de gênero historicamente atribuídos às mulheres" (Alvarez, S. E. **Engendering democracy in Brazil. Womens movement in transition politics**. New Jersey: Princeton University Press, 1990, p. 23. Essa definição foi adotada também porque é a mais frequente nos documentos sobre o PAISM a que tivemos acesso.

que, àquela altura, era frequentemente acusada de controlista. Segundo o Dr. Anibal Faúndes⁶⁵, que participou do grupo que elaborou o programa, o que incomodava a BEMFAM era a colocação explícita das atividades de planejamento familiar no contexto de uma ampla política de saúde materno-infantil, o que explicava que elas não poderiam ser desenvolvidas isoladamente, que era o que marcava a prática daquela instituição. Essas reações, vindas de vários setores, certamente contribuíram para que o PPGAR fosse engavetado. Desta forma, o PSMI ficou sem o seu componente de planejamento familiar⁶⁶.

Em seguida, surgiu o Programa de Ações Básicas de Saúde (PREVSAÚDE), em 1980. Ele pretendia estender a cobertura de cuidados primários de saúde à quase totalidade da população brasileira, com articulação simultânea das diversas organizações estatais e privadas em uma rede única, hierarquizada e regionalizada. A proposta partia de uma constatação da precariedade das condições de saúde da população brasileira, enfatizando, por exemplo, a desvantagem do Brasil se comparado o nosso índice de mortalidade infantil ao de Cuba. Para buscar soluções, o Programa propunha uma mudança completa na estrutura de gastos com a área de saúde. Considerava essencial que se priorizassem os serviços públicos e não o financiamento dos hospitais privados, o que vinha

⁶⁵ Faúndes, A. Hardy, E. Pinotti, J.A., op. cit.

⁶⁶ Canesqui, A.M., op. cit. (1987); Fonseca Sobrinho, D., op. cit.

acontecendo crescentemente desde a década de 60. O Sistema Nacional de Saúde deveria ter sua parte principal e fundamental acentada nos serviços públicos, deixando aos particulares um papel complementar⁶⁷.

O PREVSAÚDE previa o estabelecimento de um amplo programa materno-infantil. Incluíam-se ações referentes aos intervalos entre os nascimentos dos filhos, a educação para a paternidade responsável, informação seletiva e ampla sobre os diferentes métodos anticoncepcionais e uma revisão da legislação sobre a fecundidade⁶⁸.

Entretanto, essa proposta nem chegou a sair das gavetas ministeriais, obstruída pela crise econômica que se agravava e pelas pressões de grupos de interesse relacionados às ligações burocráticas entre os dirigentes dos programas de assistência médico-previdenciária e os empresários do setor da assistência médica⁶⁹.

⁶⁷ Canesqui, A.M. A saúde da mulher em debate. *Revista Saúde em Debate* 15/16:29-36, 1984; Fonseca Sobrinho, D., op. cit.; Jacobi, P., op. cit.; NEPP, op. cit.

⁶⁸ Canesqui, A.M. op. cit. (1984 e 1987).

⁶⁹ Canesqui, A.M. op. cit. (1984 e 1987); Jacobi, P. op. cit.; NEPP, op. cit.

Pelo levantamento histórico até aqui apresentado, observa-se que as preocupações com a saúde das mulheres, em nível de saúde pública, começaram a se transformar em medidas oficiais, traduzidas em leis e decretos, em 1917, através de uma lei estadual (SP) que enfocava a regulamentação do trabalho feminino no período de gravidez e pós-parto. Na mesma época, foram intensos os debates na Câmara Federal para o estabelecimento de uma legislação nacional que tratasse de disciplinar o trabalho das mulheres sobretudo tendo em vista o pleno exercício da maternidade. Em 1923 surgiu o primeiro decreto federal nesse sentido, em que se ressaltava a preocupação de resguardar a maternidade e a amamentação. Quando surgiram os programas governamentais de saúde, a atenção à mulher sempre esteve incluída nos cuidados para com o grupo materno-infantil. Inicialmente, entre as décadas de 40 e 60, a ênfase esteve em que as mulheres tivessem boa saúde para gerar e amamentar filhos saudáveis. Ao se iniciarem os anos 70, a ênfase foi se deslocando, paulatinamente, para o controle da fertilidade feminina, justificado igualmente para assegurar o nascimento de crianças saudáveis, mas também para prevenir a morbidade e mortalidade maternas, o que não deixa de ser uma preocupação com os filhos.

A mulher-alvo dos programas de saúde era, portanto, a mãe, a reprodutora. As medidas propostas se dirigiam a criar condições favoráveis à reprodução saudável.

3. ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER - UMA PROPOSTA INOVADORA

Pelo que foi exposto no Capítulo 1, o surgimento no Brasil de um conceito de atenção integral à saúde da mulher surpreende, como uma exceção à regra, uma vez que propõe-se, justamente, a romper com a maneira como tradicionalmente tem sido enfocada a saúde da mulher⁷⁰. Neste capítulo pretende-se investigar a sua origem, desenvolvimento e incorporação no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

3.1 De onde veio o conceito

O referido conceito pode ter sua origem na avaliação crítica dos chamados programas verticais, desenvolvidos pela área biomédica da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) a partir de 1966. Esses programas eram voltados para aspectos específicos da saúde da mulher, visando sanar problemas que poderiam então ser considerados como de saúde pública, devido à morbi-mortalidade gerada. Os programas criados a partir dessa perspectiva foram os de controle de câncer cérvico-uterino, de câncer de mama, de prevenção do alto

⁷⁰ Barroso, C. *Mulher, sociedade e estado no Brasil*. São Paulo: Unicef/Brasiliense, 1982; Barroso, C. *Saúde da Mulher. Folha de São Paulo*, São Paulo, 17 out. 1984a.; Barroso, C. *Saúde: o que querem as mulheres. Folha de São Paulo*, São Paulo, 10 dez. 1984b; Labra, M.E. (Org.). *Mulher, saúde e sociedade no Brasil*. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1989; Pinotti, J.A. Faúndes, A. Hardy, E.E. et al. *Avaliação da assistência ginecológica no Estado de São Paulo. Rev Ginec Obste* 1(1):7-21, 1990; Pinotti, J.A. Faúndes, A. op. cit. (1988).

risco obstétrico, de planejamento familiar, de estímulo à lactação materna e de atenção puerperal⁷¹.

O objetivo confesso desses programas era o de introduzir diversas práticas de saúde em nível da comunidade-alvo, composta principalmente pela população de menor nível sócio-econômico e cultural⁷². Isoladamente, cada um desses programas alcançou sucesso. Por exemplo, o de controle de câncer de mama, que utilizou pessoal paramédico em seu desenvolvimento, tornou-se modelo para toda a América Latina, tendo conseguido detectar em seu projeto piloto, realizado no hospital da universidade e também na comunidade, 4,5 casos de câncer de mama a cada 1000 mulheres examinadas. Entretanto, logo se percebeu que os programas também traziam dificuldades porque a sua implementação simultânea implicava, muitas vezes, consultas em datas diversas, com diferentes profissionais. Isto sobrecarregava a mulher e não permitia alcançar todo o êxito possível em termos de melhorar efetivamente o tratamento médico dado a ela⁷³.

⁷¹ Pinotti, J.A. Zeferino, L.C. Faúndes, A. Conceito de atenção integral à saúde da mulher. In: Halbe, H. **Tratado de Ginecologia**. São Paulo: Rocca, 1987; Pinotti, J.A. Faúndes, A. op. cit. (1988),

⁷² Pinotti, J.A. Brenelli, H.B. Díaz, A.J. et al. Programa de Tocoginecologia preventiva. Plano piloto de medicina integral. **Bol of Sanit Panam** 90(2):144-148, 1981a; Pinotti, J.A. Zeferino, L.C. Faúndes, A. op. cit.; Pinotti, J.A. Faúndes, A. op. cit. (1988).

⁷³ Pinotti, J.A. Brenelli, H.B. Díaz, A.J. et al. *ibid*; Pinotti, J.A. Zeferino, L.C. Faúndes, A. op. cit. (1987); Pinotti, J.A. Faúndes, A. op. cit. (1988).

Além desse problema, acima referido, começou a ser discutida entre os profissionais de saúde da UNICAMP a precariedade da atenção primária à saúde da população que procurava o hospital universitário. Isto se evidenciava porque esse hospital, que deveria ser de referência, para atender os casos que necessitavam tratamento mais especializado, acabava se transformando em um grande pronto socorro, uma vez que ali chegavam pacientes com diversas suspeitas de patologias, sem qualquer triagem prévia⁷⁴.

Como consequência dessa reflexão e das dificuldades para dar às mulheres todas as possibilidades de detecção e prevenção de doenças, de maneira simplificada e prática, sem implicar em grandes despesas adicionais para as pacientes e para o serviço de saúde, pretendeu-se horizontalizar os programas de prevenção, ou seja, pretendeu-se oferecer, de forma global e integrada, todas as opções disponíveis para tratar de sua saúde. Com este propósito, foi criado na UNICAMP, na década de 70, o Ambulatório Experimental de Tocoginecologia Preventiva⁷⁵.

Esse ambulatório era operado com pessoal paramédico como enfermeiras e atendentes, e estudantes de medicina, sob a supervisão de médicos. Para ele eram encaminhadas todas as mulheres

⁷⁴ Pinotti, J.A. Brenelli, H.B. Díaz, A.J. et al. op. cit. (1981a).

⁷⁵ Pinotti, J.A. Brenelli, H.B. Díaz, A.J. et al. op. cit. (1981a); Pinotti, J.A. Zeferino, L.C. Faúndes, A. op. cit. (1987); Pinotti, J.A. Faúndes, A. op. cit. (1988).

que procurassem atendimento médico no hospital da universidade. Ali elas passavam por um "check-up" simplificado na área ginecológica e mamária. Essa atividade era desenvolvida no período entre o registro da mulher no serviço de atendimento (triagem) e a consulta na especialidade pretendida, que ocorria no período da tarde⁷⁶.

Os objetivos desse "check-up" eram detectar patologias tocoginecológicas inaparentes; tentar comprovar a necessidade de atenção primária das pacientes, completamente diferente daquela que estava sendo dada no hospital universitário, de referência; e estudar a viabilidade de uma metodologia diferente para a triagem no hospital de universitário⁷⁷.

As mulheres encaminhadas para o Ambulatório de Tocoginecologia Preventiva eram identificadas e ouviam palestras curtas sobre o porquê de estarem passando por ali. A seguir, eram submetidas a um exame sumário, que incluía uma coleta de amostra para exame preventivo de câncer do colo do útero, uma palpação de mamas e de abdômen. Eram também aplicados alguns critérios de risco, principalmente gestacional e para câncer mamário e ginecológico. Finalmente, a paciente era encaminhada para tratar da queixa pela

⁷⁶ Pinotti, J.A. Brenelli, H.B. Díaz, A.J. et al. op. cit. (1981a); Pinotti, J.A. Zeferino, L.C. Faúndes, A.

⁷⁷ Pinotti, J.A. Zeferino, L.C. Faúndes, A. op. cit. (1987); Pinotti, J.A. Faúndes, A. op. cit. (1988).

qual tinha vindo consultar e, se fosse o caso, orientada para tratamento das patologias constatadas ou suspeitadas⁷⁸.

Nessa época da implantação do ambulatório as condições físicas de trabalho eram tidas como precárias pelo pessoal envolvido, porque havia só duas salas disponíveis para consultas e um corredor de cinco por dois metros que servia de sala de espera não só para todas as pacientes encaminhadas pela triagem, como também para as que já vinham se tratando em outros ambulatórios. Apesar disso, 7320 mulheres passaram pelo ambulatório até os meados de 1977⁷⁹.

Os resultados obtidos a partir do exame das mulheres acima referidas confirmaram a hipótese do pessoal que idealizara o ambulatório. Confirmou-se que a maioria das mulheres vinha ao hospital por problemas de saúde que podiam ser considerados de pequena importância face aos objetivos de um hospital de referência, como otites, laringites, dificuldades visuais, gripes, resfriados, etc. Entretanto, elas tinham outros problemas de saúde, na área ginecológica, dos quais não se apercebiam e que, certamente, não seriam diagnosticados se elas tivessem sido consultadas apenas para verificar a queixa que as trouxera ao hospital. Por exemplo, em 7320 mulheres examinadas até meados de

⁷⁸ Pinotti, J.A. Brenelli, H.B. Díaz, A.J. et al. op. cit. (1981a); Pinotti, J.A. Faúndes, A. op. cit. (1988).

⁷⁹ Pinotti, J.A. Brenelli, H.B. Díaz, A.J. et al. (1981a).

1977 foram diagnosticadas 199 gravidezes insuspeitadas, 86 miomas uterinos, 53 casos de câncer de colo do útero e 23 de câncer de mama⁸⁰.

A experiência com o Ambulatório de Tocoginecologia Preventiva produziu uma intensa reflexão dos profissionais de saúde envolvidos. Um primeiro resultado desse processo foi a convicção de que o primeiro tipo de atendimento que deveria ser dado à população feminina que procurava os serviços médicos semelhantes aos oferecidos pela UNICAMP era o de auxílio na hierarquização de seus problemas de saúde. Isto significava auxiliar a mulher a saber quais os problemas de saúde que de fato tinha e que precisavam de tratamento, e com que urgência deviam ser tratados. Também implicava a criação de um sistema de encaminhamento para que os tratamentos necessários fossem efetivamente iniciados⁸¹.

Outro resultado das discussões em torno desse programa foi a confirmação de que muitas mulheres chegavam ao hospital para tratar de problemas de saúde não graves, o que significava que não precisariam passar por toda a burocracia de atendimento do HC. Bastaria uma consulta bem simples, sem recorrer a especialistas, não havendo, entretanto, qualquer diminuição na qualidade do atendimento⁸².

⁸⁰ Pinotti, J.A. Brenelli, H.B. Díaz, A.J. et al (1981a).

⁸¹ Pinotti, J.A. Brenelli, H.B. Díaz, A.J. et al. (1981a).

⁸² Pinotti, J.A. Brenelli, H.B. Díaz, A.J. et al. (1981a).

Os bons resultados obtidos no trabalho com o Ambulatório de Tocoginecologia Preventiva frutificaram de forma prática. Foi proposta e passou a ser feita no Ambulatório de Ginecologia o que se chamou de consulta simplificada, realizada pelo pessoal paramédico. Seus objetivos incluíam hierarquizar os problemas de saúde da área ginecológica, provendo orientação e encaminhamento das pacientes para consultas especializadas, conforme a importância da patologia que apresentassem; aplicar terapêutica nos casos considerados mais simples, como corrimentos vaginais, por exemplo; e fazer a prevenção e detecção precoce do câncer ginecológico e mamário, bem como de outras patologias importantes⁸³.

Além da adoção dessa consulta simplificada, a experiência com o Ambulatório de Tocoginecologia Preventiva também deu resultados em termos da constante insistência dos profissionais envolvidos em falarem, nos trabalhos publicados e em congressos, sobre a necessidade de se estruturar um sistema de atenção primária à saúde em todo o país. Veja-se, por exemplo, as conclusões de um trabalho publicado pelo Dr. José A. Pinotti e colaboradores (todos envolvidos com a experiência da tocoginecologia preventiva) no **Boletim da Oficina Sanitária Panamericana** em 1981, que foi, inclusive, reproduzido em inglês no correspondente **Bulletin of the Pan American Health Organization**:

⁸³ Pinotti, J.A. Pastene, L.L. Moraguez, A.J.D. et al. (1981b).

"Face às características de saúde atualmente vigentes no país, os altos índices de patologias ginecológicas detectadas no presente trabalho demonstram a necessidade de um check-up ginecológico simplificado, como foi feito a todas as pacientes que procuravam serviços por outras queixas que não ginecológicas.

Os autores levantam a hipótese de que é provável a ocorrência desse mesmo tipo de problema em elementos adultos do sexo masculino, naturalmente respeitadas as prevalências mais importantes de moléstias desses mesmos adultos. Em função disso deve-se pensar que o mesmo tipo de trabalho deveria ser organizado para o sexo masculino.

Nossos dados mostram bem claramente que o primeiro tipo de atendimento que deve ser dado à população feminina que recorre a serviços médicos com as mesmas características do nosso é um auxílio na hierarquização de seus problemas de saúde. De fato, foi possível comprovar que a demanda expressa freqüentemente não corresponde à problemática de saúde mais importante da paciente.

Os dados aqui apresentados mostram mais uma vez a necessidade de organização do sistema de atenção primária em nossa região e possivelmente em nosso país. Demonstram também a necessidade da organização do sistema de saúde, a fim de que haja uma referência e uma contra-referência adequada dentro do sistema.

Enquanto não houver uma organização adequada do sistema de saúde, sugerimos que os hospitais que atendem a pacientes do sexo feminino realizem esse tipo de atendimento, cuja viabilidade organizacional e econômica é comprovada pelos dados aqui apresentados⁸⁴.

Em Conferência proferida na XXVII Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, em setembro de 1983, o Dr. Pinotti apontava como medidas necessárias para uma melhor atenção à saúde das mulheres, entre outras:

"Maior ênfase à Atenção Primária, dentro da reestruturação urgente e necessária do Sistema de Saúde.

⁸⁴ Pinotti, J.A. Brenelli, H.B. Díaz, A.J. et al. (1981a), p. 149.

Adoção de uma atitude mais agressiva na busca da população necessitada de programas de saúde, aproveitando cada contato que a mulher tem com o Sistema de Saúde. Esses contatos esporádicos devem ser oportunidades para criar um elo contínuo entre a mulher e o Sistema de Saúde.

Preocupação com a referência e contra-referência adequadas deve ser a condição "*sine qua non*" para se fazer a ligação entre a mulher e o Sistema, torná-la permanente e não esporádica, e também aumentar a eficácia e integração de níveis diferentes do Sistema"⁸⁵.

Internamente, os profissionais médicos envolvidos na experiência do Ambulatório de Tocoginecologia Preventiva e nas consultas simplificadas continuavam a discutir, sobre que tipo de atenção seria a melhor e mais adequada para a clientela que procurava os serviços oferecidos pela UNICAMP nessa área. Aos poucos, no final da década de 70 e início dos anos 80, foi se tornando claro que a preocupação era oferecer à mulher uma assistência integral, no sentido de enfatizar a necessidade do médico se preocupar com o corpo dela como um todo, e não apenas como órgãos isolados a serem tratados por diferentes especialistas

⁸⁶.

Segundo declarou em entrevista à autora o Dr. Anibal Faúndes⁸⁷, que foi um dos elaboradores do PAISM, nesse momento, a idéia que prevalecia não era criar um serviço que desse atendimento

⁸⁵ Pinotti, J.A. Faúndes, A. Cuidado obstétrico e ginecológico às mulheres do 3º mundo. *Gin. Obst. Bras.* 7(1):17-27, 1984, p. 26.

⁸⁶ Faúndes, A. Entrevista concedida à autora. Campinas, 1993; Pinotti, J.A. Faúndes, A., op. cit., 1988.

⁸⁷ *Ibid.*

para todos os possíveis problemas de saúde da mulher. O objetivo era que o serviço se preocupasse com a existência desses outros problemas, que poderiam ou não estar relacionados com aspectos ligados à ginecologia e à obstetria. Por exemplo, a idéia era fazer com que o ginecologista se preocupasse em saber se a mulher para a qual iria receitar pílula tinha algum problema de saúde que desaconselhasse o uso desse anticoncepcional. Ou então que o cardiologista que atendesse uma mulher se preocupasse em saber que método anticoncepcional ela estava usando, para ver se existia alguma relação entre os problemas dos quais ela se queixava e o uso desse método. O objetivo, enfim, era que os profissionais da área de saúde se preocupassem com essas interrelações e pudessem, ao menos encaminhar a mulher para outros tratamentos necessários e/ou orientá-la em relação a suas práticas na área da saúde.

Foi esse debate e a reflexão acerca das idéias acima referidas que resultaram na concepção que ficou conhecida por atenção integral à saúde da mulher (AISM). Segundo os médicos que participaram desse processo de discussão, essa nova concepção, embora pudesse parecer à primeira vista bem simples, veio romper com toda a estrutura do atendimento médico dado às mulheres, tanto no setor público quanto no privado:

"Considerar a mulher como um ser integral, biológico e psicossocial... como um ser que pensa, sente, e tem um cultura própria está longe do pensamento rotineiro que preside as consultas no sistema de saúde público e privado⁸⁸".

⁸⁸ Pinotti, J.A. Zeferino, L.C. Faúndes, A. op. cit., 1987, p. 51.

Os avanços promovidos pela concepção de AISM estavam primeiramente no fato de se conseguir que, pelo menos nos termos biomédicos, se pensasse nas mulheres como um todo e não em órgãos separados. Além disso, a AISM colocou como um objetivo a ser alcançado, e que foi identificado na sequência do debate de idéias na UNICAMP, a procura e o oferecimento de respostas para as diversas angústias das mulheres. A partir do reconhecimento de que suas emoções eram significativas no processo saúde-doença, passou-se a considerar essa busca de respostas como tão ou mais importante que oferecer-lhes os mais precisos diagnósticos biomédicos⁸⁹.

3.2 O conceito debatido

A idéia de AISM, gestada nas discussões do pessoal da UNICAMP, começou a ser divulgada nos trabalhos e intervenções públicas dos profissionais a ela relacionados. Ela passou a ser debatida em outros contextos, especialmente no seio dos movimentos organizados de mulheres que, no início dos anos 80, estavam ganhando destaque através de uma atuação que já se fazia notar nos meios de comunicação e nas esferas do poder público.

A atuação desses movimentos vinha se acentuando no rastro da ênfase dada à mulher, no cenário mundial, especialmente a partir de 1975, que foi denominado pela Organização das Nações Unidas (ONU) como o Ano Internacional da Mulher. Nesse ano aconteceu no México

⁸⁹ Pinotti, J.A. Zeferino, L.C. Faúndes, A. op. cit., (1987).

a Conferência Mundial do Ano Internacional da Mulher que proclamou o período 1976-1985 como o Decênio das Nações Unidas para a Mulher: Igualdade, Desenvolvimento e Paz. Durante esse decênio a ONU se preocupou em abordar insistentemente a necessidade de os diferentes países assumirem o compromisso político de propiciar às mulheres condições favoráveis em todas as áreas da vida. Em 1979, a Assembléia Geral da ONU aprovou a Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher. Em 1980 era lançado um programa de ação para cumprir os objetivos da segunda metade do decênio da Mulher⁹⁰.

Essas iniciativas oficiais vieram, na verdade incrementar o desenvolvimento dos movimentos de mulheres, que já se fazia notar desde os anos 60, fazendo com que eles se constituíssem em uma inegável força política nos anos 70, em diversos países. As frentes de luta variavam de acordo com o momento histórico e as características sócio-econômicas de cada país. Alguns temas, entretanto, tornaram-se recorrentes, de modo geral: sexualidade e violência, saúde, ideologia e formação profissional e mercado de trabalho.

Os grupos de mulheres multiplicaram-se nos Estados Unidos e na Europa durante os anos 60 e 70 promovendo, através de uma intensa atuação, uma conscientização acerca da importância de se

⁹⁰ Barroso, C. O impacto da crise sobre a saúde das mulheres pobres. O caso do Brasil. São Paulo: UNICEF/Fundação Carlos Chagas, Mimeo, 1986.

transformar a condição da mulher, conseguindo envolver nessa luta um grande número de pessoas, e não apenas de mulheres. Entre as conquistas desses grupos, Alves & Pitanguy⁹¹ citam, por exemplo, a legalização do direito ao aborto nos Estados Unidos e em vários países europeus, bem como a proliferação de departamentos de ensino e pesquisa universitários dedicados a estudos sobre a mulher.

Segundo Alves & Pitanguy⁹² a atuação dos movimentos de mulheres na área da saúde partiu do pressuposto de que elas deveriam ser o sujeito de sua sexualidade, para reapropriarem-se do conhecimento do corpo. Essa reapropriação permitiria recuperar o controle das funções corporais, como a menstruação, a reprodução, as relações sexuais, a fecundidade e a menopausa. O Coletivo de Mulheres de Boston foi um dos movimentos pioneiros nas lutas relativas à saúde. Em 1971 ele publicou o livro **Our bodies, ourselves**⁹³, que, em linguagem simples e didática, abordava a anatomia e fisiologia da mulher e outros temas como o controle da natalidade e o aborto, além de trazer depoimentos de mulheres a respeito da vivência de sua sexualidade.

No Brasil, o crescimento numérico dos movimentos de mulheres, acompanhado de um incremento em sua importância, veio se

⁹¹ Alves, B. M. & Pitanguy, J. **O que é feminismo**. São Paulo, Brasiliense, 1985.

⁹² Alves, B. M. & Pitanguy, J., op. cit., 1985.

⁹³ The Boston women's collective. **Our bodies, ourselves. A book by and for women**. 2nd. Edition. New York, Simon and Schuster, 1976.

verificando desde os meados da década de 70 e esteve historicamente associado às transformações políticas, sociais e econômicas dessa época. Aquele foi um período francamente recessivo, com o conseqüente agravamento das condições de vida da população, mas também de relativa liberalização política, o que possibilitou a atuação dos movimentos. O Conselho Nacional de Mulheres do Brasil foi uma das primeiras organizações de mulheres que permaneceu ativa nos anos 60 e 70. Em 1972 o Conselho organizou, no Rio de Janeiro, o Primeiro Congresso Nacional de Mulheres. Apesar de ter sido vigiado de perto pelo regime militar, esse encontro foi bem sucedido uma vez que conseguiu repercutir na mídia o tema da discriminação contra as mulheres em diversas áreas, como o trabalho e as leis⁹⁴.

Em 1975 foi fundado em São Paulo o Movimento Feminino pela Anistia e também aconteceu, no Rio de Janeiro, uma semana de debates sobre a condição feminina, promovida por um grupo de mulheres com apoio da ONU e da Associação Brasileira de Imprensa (ABI). Desses debates resultou a criação do **Centro da Mulher Brasileira**, no Rio e em São Paulo, outra organização pioneira dedicada às lutas das mulheres⁹⁵.

⁹⁴ Alvarez, S.E. *Engendering democracy in Brazil. Women's movement in transition politics*. New Jersey: Princeton University Press, 1990.

⁹⁵ Alvarez, S.E. *op. cit.*, 1990.

Entre 1977/78 aumentou a crise de legitimidade do governo militar, o que propiciou grande mobilização política e deu margem a novas bases para a atuação sindical e comunitária. Nesse espaço, multiplicaram-se os movimentos de mulheres e as publicações relativas às suas temáticas⁹⁶. De início, os diversos grupos priorizavam a luta mais ampla pela redemocratização do país e pela anistia. Em face da abertura, eles passaram a se interessar mais intensamente pelas questões especificamente relacionadas à condição feminina na sociedade brasileira. Os movimentos sociais, sobretudo nas periferias, contavam, na época acima referida, com grande participação de mulheres. Também acontecia uma maior presença feminina, embora com crescimento lento, nos sindicatos. A saúde despontou como um tema recorrente nas reivindicações dos movimentos e sindicatos em geral, que trabalhavam em diferentes frentes, compreendendo desde solicitações bem específicas, como o funcionamento de um posto de saúde em determinada comunidade, até questionamentos mais amplos, como as políticas de saúde, tentando dialogar com as esferas do poder público capazes de decisões efetivas nessa área⁹⁷.

Alvarez⁹⁸ acredita que o ponto alto da mobilização do recente movimento de mulheres no Brasil aconteceu entre 1979 e 1980, quando

⁹⁶ Barroso, C., op. cit., 1986. Alves, B.M & Pitanguy, J. op. cit., 1985.

⁹⁷ Barroso, C., op. cit., 1986.

⁹⁸ Alvarez, S.E. op. cit., 1990.

os grupos organizados se multiplicaram grandemente, somando perto de 100 em 1981. Em decorrência, apesar de divisões internas, que não nos cabem analisar aqui, a expressão política dos assuntos relativos às mulheres foi extremamente significativa nessa época, culminando com sua marcante presença nas plataformas e programas de muitos candidatos em particular, e de partidos políticos nacionais, durante o processo eleitoral de 1982. Desde o movimento sufragista (1920-1930) essa foi a primeira vez que questões de gênero estiveram disseminadas em uma mobilização eleitoral, e a desigualdade de gênero foi objeto do debate político em geral. Sendo assim, durante a campanha eleitoral foram largamente discutidos, entre outros assuntos, violência contra a mulher, creches, contracepção e sexualidade.

Quanto à anticoncepção, os movimentos de mulheres colocaram-se, no início dos anos 80, como uma força emergente e contrária à perspectiva que até então vinha orientando os debates polêmicos acerca do assunto. Durante a década de 70, a posição dos movimentos de mulheres esteve marcada pelo combate à idéia de planejamento familiar passada pela atuação da Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), de que a pobreza somente seria superada se os brasileiros tivessem menos filhos. Logo nos primeiros anos da década de 80 esses movimentos de mulheres passaram a colocar a questão em outros termos, deslocando o eixo da discussão para situar a anticoncepção no contexto da saúde reprodutiva, como um direito das mulheres.

Segundo a Dra. Ângela Bacha, coordenadora do PAISM em São Paulo entre 1986-1992, em entrevista pessoal à autora⁹⁹, a ênfase dos diversos grupos de mulheres passou a ser, nessa nova perspectiva, que qualquer atividade voltada para a regulação da fecundidade deveria fazer parte de uma abordagem integral da saúde da mulher, mais amplamente ainda de uma abordagem sobre os direitos das mulheres.

Essa mudança de enfoque em relação à regulação da fecundidade foi um fenômeno acontecido não apenas no âmbito dos movimentos de mulheres, tampouco exclusivamente no Brasil. Constituiu-se em um fato em escala mundial, que acompanhou a evolução do debate sobre as questões demográficas e de atenção à saúde das mulheres. Segundo Rocha¹⁰⁰, a discussão acerca da dinâmica populacional, e de como intervir para alterá-la, apresentou-se em vários momentos da história da humanidade, mas ressurgiu com grande força após a Segunda Guerra Mundial, nos anos 50. O foco, então, foi o crescimento acelerado dos chamados países do Terceiro Mundo, que passou a ser visto como uma ameaça política: à ordem interna, nos países pobres, que não seriam capazes de sustentar esse crescimento; e ao equilíbrio internacional de forças, então assentado sobre a grande divisão entre países capitalistas e socialistas.

⁹⁹ Bacha, A. Entrevista concedida à autora. Campinas, 1993.

¹⁰⁰ Rocha, M.I.B. Política demográfica e parlamento. Debates e decisões sobre o controle da natalidade. Textos NEPO 25. Campinas, UNICAMP, 1993.

Especialmente os Estados Unidos mostraram-se muito preocupados com a questão do crescimento populacional no Terceiro Mundo, e passaram a enfatizar a necessidade de se controlar a natalidade, produzindo abundante material escrito e de pesquisa sobre o tema. Para argumentar, utilizava-se uma racionalidade basicamente econômica, apontando os inconvenientes do referido aumento populacional para o desenvolvimento dos países em questão. Esses argumentos seriam ampliados nas décadas de 60 e 70, com trabalhos que alertavam não apenas para os problemas econômicos criados pelo aumento populacional desordenado nos países pobres, mas falavam também das suas implicações políticas, sociais, educacionais, sanitárias e ambientais. A partir desse alerta, fazia-se a recomendação de que os governos possibilitassem a liberdade das pessoas decidirem sobre o número de filhos que teriam, oferecendo-lhes informações e acesso a métodos anticoncepcionais eficazes, esclarecimentos sobre as vantagens da família pequena e derrubando as barreiras legais às atividades de controle da fecundidade¹⁰¹. Passava-se, portanto, do controle da natalidade para o planejamento familiar, ênfase da Primeira Conferência Mundial de População, realizada em Bucareste, em 1974.

Nos anos 80, diante de taxas de crescimento populacional em queda em várias partes do mundo, inclusive em alguns países mais pobres, como o Brasil, por exemplo, a tendência da discussão foi enveredar para as vantagens qualitativas da redução do crescimento

¹⁰¹ Rocha, M.I.B. op. cit., 1993.

populacional para a maior parte dos países subdesenvolvidos, mesmo que do ponto de vista quantitativo não houvesse dados suficientes para embasar tal afirmação¹⁰². Desta forma, as discussões na Segunda Conferência Mundial de População (México, 1984), embora ainda mantivessem o tom conservador, já não foram marcadamente controlistas, como em Bucareste. A ênfase esteve na melhora da qualidade e eficiência dos programas de planejamento familiar, para promover o bem-estar das mulheres, omitindo-se, entretanto, qualquer referência à sexualidade e ao papel masculino na contracepção¹⁰³.

Por ocasião da conferência do México já aparecia com força a questão dos direitos das mulheres. Como já se viu anteriormente, nessa época os movimentos de mulheres lutavam por incluir a questão anticoncepcional em um contexto mais amplo, de direitos e saúde reprodutiva. Da mesma forma, no Brasil, esses movimentos intensificavam, então, o questionamento acerca de qual tipo de atendimento as mulheres precisavam e queriam receber. As reivindicações eram feitas justamente a partir da queixa de que, em geral, os médicos encaravam as mulheres principalmente, quando não apenas, como úteros gravídicos. Percebe-se, portanto, que o conceito de AISM, desenvolvido na UNICAMP, vinha ao encontro de muitas dessas reclamações. Por isto, logo houve interesse de grupos

¹⁰² Rocha, M.I.B. op. cit., 1993.

¹⁰³ Mundigo, Axel. Comunicação Pessoal. Campinas, NEPO, 25 de maio de 1994.

organizados de mulheres em conhecê-lo e tentar influir em seu aperfeiçoamento, bem como em torná-lo um programa nacional.

Segundo informações da Dra. Ângela Bacha¹⁰⁴ e do Dr. Anibal Fáundes¹⁰⁵, foi na interação do pessoal médico da UNICAMP com representantes dos movimentos de mulheres, profissionais de outras áreas, como psicólogas e sociólogas, que o conceito de AISM foi ampliado. Elas sugeriam que o conceito *integral* deveria enfatizar não só a integração do colo, da mama e do útero, mas também de outros aspectos não físicos da vida das mulheres. O que elas queriam era que o *integral* se referisse também ao contexto social, psicológico e emocional das mulheres a serem atendidas. Em termos práticos, que o médico, ao atender, pensasse e visse a mulher como um ser completo, que não tem apenas corpo, mas está vivendo um momento emocional específico e se acha inserida em um determinado contexto sócio-econômico. Enfatizava-se, entre outras coisas, que o médico deveria procurar saber quais as condições de vida da mulher que atendia para poder avaliar melhor se ela teria condições de seguir as orientações dadas por ele. Por exemplo, o médico deveria procurar saber das condições financeiras da mulher antes de receitar qualquer medicamento. Além disso, segundo Alvarez¹⁰⁶, os movimentos de mulheres insistiram que a transformação do conceito de AISM em programa de saúde incluísse um forte componente de

¹⁰⁴ Bacha, A. Entrevista concedida à autora, 1994.

¹⁰⁵ Faúndes, A. Entrevista concedida à autora. Campinas, 1994.

¹⁰⁶ Alvarez, S.E. op. cit., 1990.

educação sexual e em saúde, de modo geral, para afastar qualquer possibilidade dele ser usado para o controle populacional coercitivo.

Paralelamente a essa discussão bem específica sobre a saúde da mulher, a idéia da integralidade da atenção já vinha se cristalizando como uma tendência nas propostas de modernização da concepção orientadora da assistência médica no Brasil. Desde os meados de 70, como se viu no item 1.2, vinha se tentando reestruturar o setor saúde, criando mecanismos de descentralização e tornando-se a enfatizar a necessidade de saneamento básico e do meio ambiente, bem como da adoção de ações voltadas para a saúde pública¹⁰⁷. O PREVSAÚDE, que fracassou sem ter sido implantado, foi um primeiro grande exemplo dessas tentativas de mudança. O que se pretendia, principalmente, era romper a tradição de direcionar as ações de saúde pública para doenças específicas (por exemplo, doenças sexualmente transmissíveis) e grupos característicos da população (por exemplo, crianças, mulheres em idade reprodutiva). A partir de uma perspectiva de integralidade, as pessoas deveriam ser atendidas pelos serviços de saúde não para tratar de uma doença específica, da qual estivessem se queixando naquele momento. Os

¹⁰⁷ Jacobim P., op. cit.; Núcleo de Estudos das Políticas Públicas (NEPP), op. cit.

serviços deveriam ter mecanismos para pesquisar, identificar e encaminhar o tratamento de todos os problemas trazidos por aquela pessoa¹⁰⁸.

Uma outra característica que se passou a enfatizar na elaboração das políticas públicas de saúde foi a universalidade do atendimento. Esta se traduziria no acesso garantido de qualquer pessoa aos serviços públicos de atendimento, independente de qualquer condição, como tinha sido até então a contribuição previdenciária¹⁰⁹.

Para viabilizar a integralidade e a universalidade incluíam-se os conceitos de regionalização e descentralização dos serviços. O primeiro implicava que os serviços de saúde seriam organizados por regiões em cada unidade da Federação, obedecendo a diferentes níveis de complexidade no atendimento, de acordo com o tipo de problema de saúde a ser tratado. Esses níveis estariam interligados por um sistema de referência e contra-referência, para permitir o encaminhamento das pessoas, conforme a necessidade. A prática dessa filosofia se daria em termos de que qualquer pessoa entraria no sistema de saúde pelo nível primário de atenção, o mais básico. Ali seriam rastreados os seus problemas de saúde, tratados os mais simples e, se houvesse problemas que exigissem tratamento mais complexo, a pessoa seria encaminhada para os níveis mais altos. A

¹⁰⁸ Fonseca Sobrinho, D., op. cit.

¹⁰⁹ Fonseca Sobrinho, D., op. cit.

descentralização significava a progressiva capacitação dos Estados e municípios para gerenciarem diretamente a prestação dos serviços de saúde em seus limites. Essa capacitação se daria, principalmente, pelo repasse de recursos da União¹¹⁰.

No plano institucional, desde o início dos anos 80, enfatizou-se a melhor e mais intensa utilização da rede pública de saúde. Para tanto, foram criadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), em que se estabeleceram convênios entre o Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais da Saúde. O plano das AIS foi iniciado em 1982, e os primeiros convênios foram assinados em meados de 1983¹¹¹. Segundo Canesqui¹¹², a assistência médico-hospitalar e farmacêutica, o desenvolvimento institucional nos setores de controle das doenças transmissíveis, a promoção da saúde da mulher e da criança e as doenças redutíveis por saneamento, foram as áreas estabelecidas como prioritárias para as AIS. Desde o início de sua implantação, as AIS apresentaram como resultados positivos:

¹¹⁰ Fonseca Sobrinho, D., op. cit.

¹¹¹ Núcleo de Estudos das Políticas Públicas (NEPP), op. cit.

¹¹² Canesqui, A.M., op. cit., 1987.

"... a transferência de recursos federais aos estados e municípios, o estímulo à produtividade das secretarias estaduais e municipais de saúde, o seu reequipamento, a ampliação dos níveis de equidade e universalização, o esforço de redução da duplicação e paralelismo das programações de saúde e o aumento de recursos do INAMPS à disposição da rede pública, o que antes não ocorria e a adoção de mecanismos de gestão colegiada"¹¹³.

Vê-se, então, que o debate específico sobre que tipo de atenção à saúde as mulheres deveriam e queriam receber já embutia o debate mais amplo acerca da reestruturação do sistema nacional de saúde, incluindo os conceitos de integralidade e universalidade. Foi então, nessa confluência de debates que o conceito de AISM foi incorporado a um programa de saúde pública proposto pelo Ministério da Saúde em 1983: o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Esse programa, como se verá a seguir, se constituiu em um marco no contexto em que surgiu porque trouxe uma proposta inovadora de abordagem à saúde da mulher. Propôs a mudança do foco de atenção da mulher-mãe para a mulher em todas as épocas de sua vida.

3.3 O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

Em abril de 1983, o Ministério da Saúde (MS) convocou três médicos e uma socióloga para prepararem o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM): Ana Maria Costa, médica da equipe do MS e fortemente identificada com o movimento de mulheres;

Maria da Graça Ohana, socióloga da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI); Anibal Faúndes e Osvaldo Grassioto, ginecologistas e professores do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, indicados pelo Dr. José Aristodemo Pinotti, chefe daquele departamento¹¹⁴. É interessante assinalar aqui, tendo em vista as análises posteriores, que a composição desse grupo já parecia indicar o percurso político do programa a ser elaborado. Ao incluir duas mulheres preparava-se a aproximação com os movimentos organizados. A formação dessas mulheres também se relacionava à intenção do governo vencer possíveis oposições ao programa: uma socióloga, portanto alguém não médico, e uma médica sanitarista vinculada aos próprios movimentos de mulheres, o que lhe conferia uma posição diferenciada em relação ao chamado poder médico, que tradicionalmente era visto como opressor. Concomitantemente, os médicos Grassioto e Faúndes pertenciam ao grupo da UNICAMP onde florescera o conceito inovador de AISM, e que vinha interessando aos movimentos de mulheres.

Além disso, vale frisar que o Dr. Faúndes, médico nascido e formado no Chile e que vive no Brasil desde 1976, hoje já naturalizado, tinha sido coordenador e co-autor do programa de saúde da mulher, semelhante ao PAISM, no Governo Allende no Chile (1970-1973). Portanto, tratava-se de uma pessoa que trabalhara para um governo considerado de esquerda, que foi convidado pelo Ministério da Saúde de um governo militar, de direita, a trazer

¹¹⁴ Fonseca Sobrinho, D., op. cit.

suas ideias para um programa de saúde para as mulheres brasileiras. Este fato aponta para mais um aspecto do caráter inovador do PAISM, desde suas origens.

A equipe acima descrita trabalhou sob a coordenação do Dr. Mozart de Abreu Lima, então Secretário Geral do MS. Segundo o Dr. Osvaldo Grassiotto¹¹⁵, em entrevista pessoal concedida à autora, o trabalho do grupo convocado pelo ministério consistiu em definir normas programáticas, especificando quais seriam as bases doutrinárias do programa que se estava propondo, e normas técnicas, descrevendo e especificando os diversos procedimentos médicos que seriam incluídos no programa. A sua missão incluía a necessidade de apresentar um programa que se justificasse também filosoficamente perante a sociedade em geral, atendendo os anseios que estavam se evidenciando, e que fosse considerado tecnicamente correto, dispensando grandes reformulações. Segundo Grassiotto, a razão dessas especificações é que o ministério desejava que o programa pudesse ter sua implantação iniciada imediatamente e de forma satisfatória.

Grassiotto¹¹⁶ contou-nos, ainda, que o ritmo de trabalho desse grupo foi intenso, concentrado em uma jornada semana de três dias em Brasília, para que já no mês de junho daquele ano o governo

¹¹⁵ Grassiotto, O. Entrevista concedida à autora. Campinas, 1994.

¹¹⁶ Grassiotto, O. Entrevista concedida à autora. Campinas, 1994.

pudesse lançar o programa. Segundo o entrevistado, a impressão que ele teve foi que o objetivo era o programa estar pronto para embasar o depoimento do então do Ministro da Saúde Waldir Arcoverde na Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) sobre o crescimento populacional, em andamento naquele momento no Senado. Na sua maneira de ver, aliás, o grupo da UNICAMP teve um papel significativo no convencimento do Ministro sobre a necessidade da proposta que ele iria apresentar em seu depoimento estar comprometida com uma abordagem integral à saúde da mulher, e não apenas direcionada à regulação da reprodução. Grassiotto disse que esse compromisso era importante para desestimular uma espécie de "disposição controlista" que, na avaliação dele e do grupo de trabalho, estaria existindo na CPI. E, de fato, o Ministro Arcoverde apresentou as bases do PAISM em seu depoimento à CPI em 21 de junho de 1983, salientando que as atividades de planejamento familiar estariam inseridas no elenco de ações materno-infantis em geral, não podendo ser realizadas isoladamente.

A partir do depoimento do Ministro Arcoverde, o governo programou a realização de um seminário para tornar pública e discutir a proposta preparada pelo grupo de trabalho. Esse encontro foi realizado em Campinas, no mês de outubro de 1983, e contou com a participação de profissionais da UNICAMP e outras pessoas convidadas pelo MS¹¹⁷.

¹¹⁷ Brasil. Ministério da Saúde. Relatório dos Trabalhos em Grupo do Seminário "Assistência Integral à Saúde da Mulher" realizado em Campinas, out. 1983.

Segundo informações verbais do Dr. Osvaldo Grassiotto¹¹⁸, o objetivo principal desse seminário foi divulgar o novo programa para pessoas consideradas líderes de diversos segmentos da sociedade, cuja identificação com as idéias do PAISM seria fundamental para que ele fosse implantado. Ao mesmo tempo, pretendeu-se discutir as normas técnicas que estavam sendo propostas no bojo do programa, para que estas fossem politicamente aceitas.

Nesse seminário foram constituídos diferentes grupos de trabalho, um para cada área abordada na proposta do programa. O Relatório Geral dos grupos começava pela explicitação das duas idéias que nortearam a avaliação do documento apresentado pelo Ministério da Saúde: a) as ações que compunham a assistência integral à saúde da mulher (AISM) não tinham objetivo de controle populacional - logo, quando se pensasse em avaliar o Programa, nunca deveriam ser levadas em conta alterações nos índices demográficos; b) apesar do Programa denominar-se de AISM, acreditava-se que estava em discussão a criação de bases para um programa global de assistência primária à saúde da população:

"Particularizar a atenção à saúde da mulher significa apenas um passo no sentido de aumentar a capacidade resolutiva da rede básica de serviços, trabalhando dentro de uma nova ótica - a da assistência integral - de modo a contribuir para o desenvolvimento institucional do setor e para o rearranjo do sistema de prestação de serviços de saúde como um todo"¹¹⁹.

¹¹⁸ Grassiotto, O. Entrevista concedida à autora. Campinas, 1984.

¹¹⁹ Brasil. Ministério da Saúde, op. cit., 1983.

Esse relatório, de forma geral, defendia que nenhuma das áreas de atuação do Programa fossem implantadas isoladamente. Admitia-se que era aceitável começar a implantação pela melhoria da atenção ao parto e puerpério, cujas atividades já existiam no sistema de saúde. Em relação às atividades de concepção e contracepção o texto mostrava-se enfático quanto ao fato de que elas nunca poderiam ser implantadas isoladamente:

"...nem aceitas num serviço que não responde às necessidades de saúde em seus outros aspectos"¹²⁰.

A parte específica do grupo clínico-ginecológico nesse relatório começava por explicitar a dificuldade que haviam tido para discutir as normas técnicas sem que todos os participantes fossem esclarecidos acerca do contexto em que se inseria o PAISM. Ao final dessa discussão preliminar, parece ter ficado claro que o Programa estava integrado em todo um projeto de reestruturação da atenção médica no país e o que se pretendia era aumentar a capacidade do sistema de saúde de dar respostas à crescente demanda que se verificava, sobretudo nos serviços de atendimento básico, primário. Isto significava não só aumentar a quantidade de recursos humanos e materiais disponíveis mas, principalmente, reciclá-los e criar mecanismos que viabilizassem o encaminhamento dos pacientes de um serviço a outro, conforme a sua necessidade. Nessa discussão também foi bastante enfatizada a necessidade de se deixar claro que

¹²⁰ Brasil. Ministério da Saúde, op. cit., 1983.

a AISM estivesse inserida em um programa mais abrangente de atenção à saúde do adulto¹²¹.

O grupo que discutiu a operacionalização do programa avaliou o documento do Ministério como bom, com propostas avançadas, capazes de atender uma necessidade real daquele momento. Porém, havia preocupação com a anteposição entre uma proposta avançada e a situação caótica da rede de serviços. Além disso, salientava-se que o Ministério da Saúde deveria explicitar a complementaridade e integração entre o PAISM e o programa de promoção da saúde da criança, já existente¹²².

O grupo responsável por avaliar as propostas em relação ao planejamento familiar salientou os seguintes pontos: a) deveria ser garantido à mulher o acesso e a informação sobre o maior número possível de opções anticoncepcionais, tomando-se cuidado para não interferir em sua decisão final sobre qual método usar. Isto significava, também, assegurar-lhe o controle de sua saúde independentemente da escolha que fizesse. Estava implícita aqui a condição de se encarar a mulher como ser sócio-cultural, portadora de uma compreensão específica sobre os diferentes contraceptivos e sobre a contracepção em geral; b) embora a mulher pudesse ir aos serviços de saúde à procura apenas de anticoncepção, ela deveria

¹²¹ Brasil. Ministério da Saúde, op. cit., 1983.

¹²² Brasil. Ministério da Saúde, op. cit., 1983.

receber atenção integral¹²³.

De modo geral, pode-se perceber que o referido seminário teve importância no que diz respeito a socializar a proposta do PAISM entre pessoas cujo apoio à idéia seria fundamental para o seu sucesso. Entretanto, não se evidenciou qualquer modificação no programa advinda das discussões acontecidas durante o seminário, uma vez que o documento publicado pelo Ministério da Saúde em 1984, **Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática**, repetia o mesmo conteúdo apresentado aos participantes do Seminário. Nesse documento, o conceito de AISM era definido como

"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"¹²⁴.

Os objetivos programáticos eram definidos nas seguintes áreas: pré-natal, parto, aleitamento materno, identificação e controle do câncer cérvico uterino e de mama, identificação e controle das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), identificação e controle de outras patologias de maior prevalência entre as mulheres, e atividades de regulação da fertilidade incluindo o diagnóstico e tratamento de estados de infertilidade.

¹²³ Brasil. Ministério da Saúde, op. cit., 1984, p. 6.

¹²⁴ Brasil. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

Para estabelecer sua proposta, o Ministério partia da constatação de que o cuidado da saúde da mulher pelo sistema de saúde, até então, limitava-se ao ciclo gravídico-puerperal. E, mesmo aí, era deficiente. Considerava-se esse quadro agravado face à

"... crescente presença da mulher na força de trabalho, além do seu papel fundamental no núcleo familiar"¹²⁵.

Salientava-se que o governo estava procurando agilizar a atenção à saúde da população em geral, atuando em duas frentes: expandir e consolidar a rede de serviços básicos de prestação de ações integrais de saúde (AIS); enfatizar atividades-chaves, identificadas por critérios epidemiológicos, pelo seu impacto e transcendência. Entre essas atividades estavam as voltadas para o grupo materno-infantil. A atenção à mulher deveria ser integral, 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.

Na seção "Bases doutrinárias, diretrizes e objetivos programáticos"¹²⁶ enfatizava-se a compreensão do PAISM dentro de uma nova ótica no setor de saúde - o da atenção integral à saúde de

¹²⁵ Brasil. Ministério da Saúde, op. cit., 1984, p. 5.

¹²⁶ Brasil. Ministério da Saúde, op. cit., 1984, p. 14.

toda a população que já vinha sendo proposta desde o estabelecimento das AIS. As ações do Programa não deveriam ser isoladas mas traduzirem, na prática, "uma abordagem integral do indivíduo e de grupos sobre os quais atuaria, procurando efeitos em âmbito coletivo e de proteção duradoura.

Situava-se nessa seção a ligação entre PAISM e planejamento familiar, em termos de que a AISM seria um instrumento para atender o anseio comum das diferentes correntes envolvidas no debate sobre planejamento familiar. Todos os segmentos da sociedade tinham o direito ao planejamento, à livre escolha dos padrões de reprodução que lhes parecessem adequados, como indivíduos ou casais. As atividades nessa área seriam complexas mas viáveis, justamente pela estratégia da AISM e pelo apoio de toda a sociedade brasileira.

Ainda em relação ao planejamento familiar, salientava-se a necessidade de não se vincular a adoção dessas atividades à solução dos problemas sociais e econômicos do país. Enfim, a postura do PAISM nessa área seria uma ressonância daquela colocada pelo Brasil na Conferência Mundial de População de Bucareste, em 1974. Ou seja, ao Estado caberia proporcionar meios e informações para que todos os brasileiros pudessem planejar suas famílias¹²⁷.

¹²⁷ Brasil. Ministério da Saúde, op. cit., 1984.

No capítulo das "Diretrizes gerais"¹²⁸ destacavam-se : a ênfase no controle das patologias mais prevalentes na população feminina; a necessidade de uma nova abordagem nos conteúdos dos programas de capacitação de recursos humanos; a necessidade de se incluírem no Programa atividades educativas para assegurar à população atendida a apropriação dos conhecimentos necessários para melhor poder controlar sua saúde. A inclusão de atividades de planejamento familiar no Programa obedecia a dois princípios: ao de equidade - dar a todas as mulheres as mesmas oportunidades de acesso aos meios de regulação da fertilidade, e ao médico - para controlar o risco gravídico. Logo, as atividades de planejamento familiar a serem desenvolvidas no PAISM deveriam estar completamente desvinculadas de qualquer caráter coercitivo.

O documento do Ministério incluía também uma breve descrição dos diversos procedimentos a serem aplicados na AISM e esboçava as estratégias para a implantação do Programa¹²⁹. A idéia geral era viabilizar a rede básica de serviços pela integração, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde.

Todas as atividades previstas no PAISM deveriam ser adotadas em conjunto. Entretanto, uma vez que algumas ações, como as relativas ao pré-natal, já se achavam incorporadas no atendimento da rede de saúde, o início da implementação poderia se dar pelo

¹²⁸ Brasil. Ministério da Saúde, op. cit., 1984, p. 16.

¹²⁸

¹²⁹ Brasil. Ministério da Saúde, op. cit., 1984, p. 23.

investimento na melhoria dessas ações. Frisava-se, entretanto, que as atividades de concepção e contracepção nunca poderiam ser implementadas isoladamente, tampouco seriam aceitas em serviços em que os outros objetivos programáticos do PAISM não estivessem em desenvolvimento.

A implantação do novo programa deveria ser iniciada por uma reciclagem completa tanto do pessoal envolvido diretamente na prestação dos serviços quanto do pessoal encarregado da supervisão e coordenação programática. Para realizar essa reciclagem de forma continuada, propunha-se a criação de centros de referência regionais. Paralelamente, o Ministério considerava importante identificar e apoiar os centros que faziam pesquisas operacionais e estudos epidemiológicos na área de saúde da mulher para tê-los na condição de fornecedores de subsídios técnico-científicos para facilitar a implantação do PAISM. Previa também um trabalho de adequação e implantação das normas técnicas do Ministério e do material instrucional que o nível central deveria fornecer às secretarias de saúde estaduais e municipais. Finalmente, salientava-se que as equipes envolvidas no programa também deveriam ser preparadas para fazer o acompanhamento, controle e avaliação do desempenho do programa.

3.4 A implantação do PAISM

3.4.1 Dificuldades iniciais

À medida que se definia a doutrina do PAISM, traduzida finalmente no documento "Bases de uma ação programática"¹³⁰, acima comentado, colocavam-se questões relativas à implementação do programa. Essas questões situavam-se, principalmente, em duas esferas: econômica/estrutural e política.

a) Condições econômicas/estruturais

Do ponto de vista das condições econômicas/estruturais, de modo geral, havia que se lutar contra o caos em que se achava o sistema de saúde, com notórios problemas de financiamento e de organização. Essa situação, aliás, vinha motivando, como já referido anteriormente, um movimento de reformulação no setor, na esteira do qual também surgira o PAISM. Nesse sentido, pairavam dúvidas quanto à capacidade dos organismos públicos de saúde implementarem as ações de assistência integral à saúde da mulher¹³¹.

Além disso, havia que se elaborar a questão das relações entre o MS, as secretarias estaduais e municipais, o repasse dos recursos

¹³⁰ Brasil. Ministério da Saúde, op. cit., 1984.

¹³¹ Pinotti, J.A. Faúndes, A. op. cit., 1988.

do nível federal para o estadual e municipal e a sensibilização dos profissionais que deveriam conduzir e executar o Programa. Segundo informação verbal da Dra. Angela Bacha¹³², coordenadora do PAISM em São Paulo entre 1986-1992, este último aspecto, aliás, sempre foi crucial para a implantação do Programa, porque se tratava de uma abordagem totalmente nova à saúde da mulher, para cujo sucesso se fazia necessária uma mudança de mentalidade no pessoal envolvido. O Dr. Grassiotto¹³³ em suas declarações verbais também salientou a importância do treinamento de pessoal para que o PAISM pudesse funcionar, e que esse ponto sempre foi dos mais discutidos no grupo que preparou o Programa, no Seminário de 1983, e continuou sendo debatido sempre que o PAISM tem estado em pauta.

b) Problemas políticos

Na esfera política, além da tradição curativa que já caracterizava a atenção à saúde no Brasil, o ponto crucial era administrar as tensões e controvérsias geradas pela inclusão das atividades de planejamento familiar no PAISM¹³⁴. Como já se disse anteriormente, havia grande polêmica em torno do controle da natalidade no país. A partir da instalação do regime militar foi emergindo uma discussão, cada vez mais acirrada, entre duas

¹³² Bacha, A. Entrevista concedida à autora. Campinas, 1993.

¹³³ Grassiotto, O. Entrevista concedida à autora. Campinas, 1994.

¹³⁴ Pinotti, J.A. Faúndes, A. op. cit., 1988.

correntes: antinatalista e anticontrolista¹³⁵. Esse debate pode ser melhor acompanhado discriminando-se os acontecimentos em duas esferas: a sociedade em geral e a posição do governo, e as iniciativas parlamentares.

b.1. A sociedade em geral e a posição do governo

Até o final da década de 50 prevaleceu a idéia de que a maior riqueza da Pátria era uma população em constante aumento, capaz de exercer com vigor a soberania nacional. Veja-se, por exemplo, a mensagem que o então presidente Getúlio Vargas enviou ao Congresso Nacional em 1952. Vargas escrevia com base em dados do censo demográfico de 1950:

"Quando se considera que a diminuição da mortalidade também significa o aumento da duração da vida economicamente ativa e da vida biologicamente reprodutiva, afigura-se promissor o futuro do Brasil, que contará, assim, com maior soma de elementos dedicados à construção de sua grandeza"¹³⁶.

Da metade para o final da década de 60 essa idéia foi sendo substituída pelo discurso de que o crescimento demográfico dificultava, até mesmo tornava impossível, o desenvolvimento econômico e que a miséria seria vencida pelo controle do

¹³⁵ Fonseca Sobrinho, D., op. cit.

¹³⁶ Vargas, G. Mensagem ao Congresso Nacional. Rio de Janeiro, 1952. Citado por Fonseca Sobrinho, D. op. cit., p. 242.

crescimento populacional. Segundo Fonseca Sobrinho, que entrevistou o coronel do exército Francisco Aguiar (ex-âssessor do General Leônidas Pires Gonçalves, ministro do exército durante o Governo Sarney), durante o primeiro governo militar disseminou-se nas Forças Armadas uma nova concepção de segurança nacional para a qual a maior ameaça era a agressão interna, através da subversão ideológica. Nesse contexto, não se poderia deixar de atentar para o que esses militares consideravam um fato:

"Ora, uma família pobre é tão mais insatisfeita e revoltada quanto mais filhos tiver, e portanto o número de filhos é diretamente proporcional ao nível de insatisfação social, e por decorrência ao risco de agressão interna"¹³⁶.

Essa nova concepção se opunha à idéia, que até então prevalecia sem contestação entre os militares, de que para assegurar a Pátria seria preciso preencher os imensos espaços vazios. Segundo o Coronel Aguiar, o que se recomendava era o controle da natalidade, para reduzi-la.

A fomentação dessas novas idéias é que veio a constituir a corrente antinatalista. Nela se alinharam conhecidos economistas brasileiros como Glycon de Paiva, Roberto Campos, Mário Henrique Simonsen e Rubens Vaz da Costa; militares da Escola Superior de Guerra (ESG); grandes empresários, que identificavam na taxa de crescimento demográfico uma barreira ao desenvolvimento; alguns

¹³⁶ Fonseca Sobrinho, D., op. cit., p. 98.

grupos de médicos, que viriam ligar-se à BEMFAM; e o governo dos Estados Unidos, que se preocupava com as repercussões sociais e políticas de uma suposta explosão demográfica que estaria em andamento no Terceiro Mundo, e enfatizava principalmente o crescimento exagerado da população do nordeste¹³⁷.

Glycon de Paiva, membro do Conselho Nacional de Economia, criado por Castello Branco, proferiu uma conferência no Instituto de Pesquisa e Estudos Sociais (IPES), em 26 de julho de 1965, na qual salientou que:

"... a sociologia moderna vê duas coisas capazes de destruir a humanidade: a bomba atômica e a explosão demográfica"¹³⁸.

Roberto Campos, o primeiro Ministro do Planejamento dos governos militares, também se preocupou em ressaltar a importância da questão demográfica para o desenvolvimento do país. Em documento publicado em 1966, ele chamou a atenção para o ônus de dependência que altas taxas de aumento natural do país poderiam trazer. Ele considerava que uma queda nessas taxas não aconteceria espontaneamente¹³⁹.

¹³⁷ Fonseca Sobrinho, D., op. cit.; Rocha, M.I.B. da. Política demográfica e parlamento - debates e decisões sobre o controle da natalidade. Textos NEPO 20. Campinas, NEPO/UNICAMP, 1993.

¹³⁸ Fonseca Sobrinho, D., op. cit., p. 99.

¹³⁹ Fonseca Sobrinho, D., op. cit.

Nessa mesma época surgiram as primeiras tentativas de planejamento familiar, independentes do governo. Em 1963 foi fundado o Serviço de Orientação à Família (SOF), em São Paulo. Em Belo Horizonte, a Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais obteve apoio financeiro da Fundação Ford para realizar, a partir de 1965, a distribuição de diafragmas. O Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP), promoveu em Recife, também em 1965, uma campanha de planejamento familiar¹⁴⁰.

Em 26 de novembro de 1965 foi fundada a Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), com o objetivo explicitado de promover e enfatizar o bem-estar da família. A BEMFAM foi estabelecida durante a última sessão da XV Jornada de Ginecologia e Obstetrícia, realizada no Rio de Janeiro, de 22 a 26 de novembro de 1965. Nessa jornada, o planejamento familiar se constituiu no centro das discussões, tendo sido o objeto de três mesas redondas, com os seguintes temas: Mesa 1 - estudo dos aspectos religiosos, sócio-econômicos e de saúde pública do planejamento familiar; Mesa 2 - aspectos ético-legais da planificação da família; Mesa 3 - aspectos médicos do planejamento familiar¹⁴¹.

As discussões durante a XV Jornada, acima referida, enfatizaram o que denominaram o problema do excesso de população. Os economistas Glycon de Paiva e Mário Henrique Simonsen

¹⁴⁰ Fonseca Sobrinho, D., op. cit.

¹⁴¹ Fonseca Sobrinho, D., op. cit.

participaram dos debates e procuraram assinalar sempre a relação de desnível entre população e economia. Entretanto, também esteve ali representada a Igreja Católica, reafirmando sua tradicional posição contrária à utilização de qualquer método contraceptivo, a não ser por razões médicas ou biológicas¹⁴².

A BEMFAM, portanto, surgiu, já em meio a controvérsias, e logo no primeiro ano de sua atuação foi alvo de reclamações, mesmo dentro da categoria médica. Por exemplo, no segundo semestre de 1966 a Associação Médica do Estado da Guanabara (AMEG) pediu providências ao Conselho Regional de Medicina daquele estado (CREMEG) em relação à conduta da BEMFAM, que estaria, entre outras coisas, colocando DIU's indiscriminadamente e em massa. Esse tipo de suspeita acerca do trabalho da BEMFAM tornou-se recorrente desde então e incrementou o confronto entre antinatalistas e anticontrolistas. De modo geral, à medida que esse confronto progrediu a BEMFAM foi sendo identificada com as investidas do governo dos Estados Unidos para controlar a natalidade em países como o Brasil¹⁴³.

À medida que o debate foi se desenrolando, nas décadas de 70 e 80, outros argumentos vieram somar-se aos aqui já referidos, para defender a necessidade de medidas para regular a fecundidade da população brasileira. A exemplo do que aconteceu em várias partes

¹⁴² Fonseca Sobrinho, D., op. cit.

¹⁴³ Fonseca Sobrinho, D., op. cit.

do mundo, no Brasil também os argumentos que alcançaram maior expressão foram aqueles que situavam o planejamento familiar como indispensável à saúde materno-infantil; os que relacionavam o crescimento populacional a uma pressão indesejável sobre o meio-ambiente; e, finalmente, a visão do planejamento familiar como um direito da mulher¹⁴⁴.

Em reação a essa corrente antinatalista é que se estruturou o pensamento anticontrolista e que também reuniu diferentes interesses sob a mesma rubrica: a Igreja Católica, que alegou razões morais para colocar-se contra o uso de anticoncepcionais; a esquerda, que identificou na corrente oposta os interesses antinacionalistas, imperialistas e capitalistas; algumas frações das Forças Armadas, nacionalistas de direita, que ainda consideravam fundamental garantir a ocupação dos enormes vazios do território brasileiro¹⁴⁵.

Os movimentos de mulheres se alinharam na corrente anticontrolista, desde os meados da década de 70, encarando a regulação da fertilidade como um direito da mulher e que, por isso mesmo, não poderia ser tratado de forma impositiva, de cima para baixo. Também consideravam que não era um assunto para ser deixado à vontade, sem qualquer normatização oficial, como pretendiam algumas facções de esquerda naquela época. O controle da reprodução

¹⁴⁴ Rocha, M.I.B. da., op. cit.

¹⁴⁵ Fonseca Sobrinho, D., op. cit.

deveria ser democrático, a ser discutido pelas interessadas, e ao poder público caberia dar respostas aos anseios das mulheres como cidadãs que desejam exercer seus direitos plenamente. Nas palavras de Ruth Cardoso:

"Para que seja um direito de todas, é preciso que o Estado o promova (o direito de controlar a fecundidade), sem impô-lo... precisamos aceitar que só uma atuação democrática do Estado pode colocar à disposição dos mais carentes os recursos que estão fora de seu alcance"¹⁴⁶.

Em meio a esse debate, o governo tendia a colocar-se de forma ambígua, omissa. Oficialmente, com base na doutrina de segurança nacional, os três primeiros governos militares (Castelo Branco, Costa e Silva e Médici) adotaram um enfoque natalista. Entretanto, eram complacentes com as atividades voltadas para a regulação da fertilidade de certos segmentos da população, desenvolvidas principalmente pela BEMFAM. Embora oficialmente não houvesse relacionamento do governo com a referida instituição, esta mantinha convênios com diversas secretarias de saúde estaduais e municipais, sobretudo no nordeste, e em 1971 a BEMFAM foi reconhecida pelo governo federal como sendo de utilidade pública¹⁴⁷.

¹⁴⁶ Cardoso, R. Planejamento Familiar: novos tempos. **Novos Estudos CEBRAP** 2(3):nov. 1993, p. 20.

¹⁴⁷ Canesqui, A.M. op. cit., 1987; Costa, R.G. Evolução e ambiguidades da política de população referente a fecundidade no Brasil. Trabalho apresentado - Programa de pós-graduação em sociologia - UNICAMP. Campinas, Mimeo, 1991; Rocha, M.I.B. da., op. cit.

Apesar do governo expressar, em seus programas de saúde materno-infantil de 1974 e 1975, a sua preocupação com a educação para a paternidade responsável, e falar na possibilidade de oferecer métodos anticoncepcionais à população, nada realizou efetivamente nessa área. Tampouco se posicionou claramente acerca do tema¹⁴⁸.

Em 1974, Na Conferência Mundial de População de Bucareste, ao mesmo tempo em que ainda enfatizava a importância do crescimento populacional, o governo brasileiro admitia o estabelecimento de uma política de planejamento familiar. O documento ali apresentado considerava um dever do Estado, se solicitado, tornar disponíveis às populações de mais baixa renda informações e meios de regulação da fecundidade. No mesmo ano, o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PNAD) para o período 1975-1979 reforçava esse último aspecto e expressava uma preocupação bem mais moderada com relação à importância do aumento demográfico. Colocava-se uma certa inquietação a respeito do equilíbrio entre esse aumento e as possibilidades de expansão do emprego no país¹⁴⁹.

Oficialmente, o governo voltou a falar em regulação da fecundidade através do documento **Normas para a identificação e controle dos riscos reprodutivo, obstétrico e da infertilidade no**

¹⁴⁸ Canesqui, A.M. op. cit.; Costa, R.G., Ibid; Fonseca Sobrinho, D., op. cit.

¹⁴⁹ Canesqui, A.M. op. cit., 1987; Costa, R.G., op. cit.; Rocha, M.I.B. da., op. cit.

Programa de Saúde Materno-Infantil, publicado em 1978 pela Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI), do Ministério da Saúde. Na Introdução desse documento explicitava-se o propósito com que tinha sido elaborado:

"...regulamentar e operacionalizar as ações de assistência especial e especializada aos riscos reprodutivo e obstétrico, **à prevenção de gestações futuras, quando indicada** (grifo nosso), e ao diagnóstico e tratamento da esterilidade, previstas no planejamento familiar dentro da Política de Saúde Materno-Infantil, aprovada pelo Conselho de Desenvolvimento Social"¹⁵⁰.

Acrescentava-se que o documento havia sido preparado com base nos seguintes princípios:

- "- Será dever do médico alertar ao casal, informando-o com precisão sobre a natureza e gravidade dos riscos detectados; prestar a devida assistência de acordo com a patologia identificada e as informações sobre os meios para a prevenção de uma gestação futura, quando indicada.
- O casal, com inteira liberdade, decidirá, sob sua exclusiva responsabilidade, aceitando ou não as orientações de saúde para o planejamento familiar, escolhendo, dentre os meios indicados ao seu caso, aquele que melhor atenda suas preferências e convicções.
- O sistema médico-sanitário oficial deverá estar em condições de fornecer os meios artificiais recomendados para o planejamento familiar às pessoas que, necessitadas, não disponham de recursos para adquirí-los.

¹⁵⁰ DINSAMI, op. cit., p. 7.

- Encarado como uma atividade do programa materno-infantil, o planejamento familiar só se justificará quando integrado na assistência ao grupo materno-infantil, não devendo ser executado em agências especializadas, exclusivamente para tal fim específico"¹⁵¹.

Como já se salientou no Capítulo 2, esse programa não foi implantado porque a sua divulgação provocou uma forte reação no contexto do debate entre antinatalistas e anticontrolistas, sobretudo da parte da Igreja Católica que se opôs totalmente à sua implantação. A BEMFAM também reagiu negativamente, sentindo-se incomodada com a ênfase sobre a não realização de atividades de planejamento familiar isoladamente¹⁵².

O tema da regulação da fertilidade voltou aos documentos oficiais da área da saúde em 1980, no PREV-SAÚDE, no item "Atenção à Saúde Materno-Infantil". Tratava-se do intervalo entre os nascimentos dos filhos, da educação para a paternidade responsável, da informação ampla e seletiva sobre os métodos anticoncepcionais, e em revisar a legislação sobre a fecundidade. Como já se viu, o PREV-SAÚDE não teve condições de implantação, mas o seu conteúdo em relação à saúde materno-infantil foi revisto e complementado quando da formulação do PAISM¹⁵³.

¹⁵¹ DINSAMI, op. cit., p. 7.

¹⁵² Fonseca Sobrinho, D., op. cit.; Faúndes, A. op. cit., 1994.

¹⁵³ Fonseca Sobrinho, D., op. cit.; Rocha, M.I.B. da, op. cit.

Em março de 1983, o então presidente João Figueiredo, em sua mensagem ao Congresso, dizia-se preocupado com uma possível explosão demográfica pedindo, em especial ao Congresso Nacional, que debatesse o assunto em busca de soluções:

"No elenco dos fatos maiores que, em nosso tempo, abalam a humanidade, estão as mudanças resultantes do crescimento populacional. A explosão demográfica ocorre sobretudo nos países menos desenvolvidos, onde se comprimem cerca de dois terços da população mundial. No Brasil, nos últimos 40 anos, o aumento demográfico ultrapassou cinquenta milhões de habitantes. Esse crescimento humano, em termos explosivos, devora, como se tem observado, o crescimento econômico. Agente de instabilidade, acarreta desequilíbrios sociais, econômicos, culturais e políticos, que reclamam profunda meditação. Cuida-se de tema que merece detido exame da sociedade e de seus órgãos. O amplo debate da questão, sobretudo por parte do Congresso Nacional, contribuirá para que se fixem, de modo objetivo, diretrizes fundamentais a tal respeito"¹⁵⁴.

b.2. As iniciativas parlamentares

Logo nos primeiros anos do governo militar, a controvérsia sobre as questões que envolviam o crescimento populacional alcançou, inclusive, a Câmara dos Deputados, instalando-se ali, em 7 de junho de 1967, uma "Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para Estudar a Conveniência ou não de um Plano de Limitação da Natalidade em nosso país". O requerimento para a essa CPI foi do então Deputado Mário Covas, líder do MDB, motivado por vários questionamentos em relação às incipientes atividades de controle da natalidade-planejamento familiar voltadas para as populações mais

¹⁵⁴ Figueiredo, J.B. Mensagem ao Congresso Nacional. Brasília, mar. 1983.

pobres do país. Um dos elementos que deflagraram a CPI foi a denúncia pela imprensa de que membros de organizações estrangeiras estariam colocando dispositivos intra-uterinos (DIUs) em mulheres da região amazônica¹⁵⁵.

Foram convocadas a depor nessa CPI 24 pessoas, entre médicos, políticos e economistas, jornalistas e representantes da Igreja Católica. Os depoimentos prestados refletiam a contraposição entre antinatalistas e anticontrolistas. Apesar da quantidade de depoimentos, e da ampla documentação que reuniu, a CPI não concluiu seus trabalhos, conseqüentemente não apresentou um parecer sobre o assunto debatido. Essa não conclusão se atribuiu ao clima político extremamente conturbado que o Brasil atravessou durante 1968, culminando com a promulgação do Ato Institucional nº 5¹⁵⁶.

Durante a década de 70, especificamente na primeira metade, as iniciativas parlamentares estiveram bastante restringidas, pelo endurecimento do regime militar, em especial durante o governo Médici (1969-1975). Apesar disso, a Câmara dos Deputados conseguiu organizar um conjunto de reuniões públicas sobre a questão do controle da natalidade no ambiente das Comissões Permanentes, especificamente na Comissão de Saúde. Em 1970 houve uma reunião que consistiu em palestra apresentada por Walter Rodrigues, secretário-executivo da BEMFAM. Mais cinco encontros foram realizados no

¹⁵⁵ Rocha, M.I.B. da., op. cit.

¹⁵⁶ Fonseca Sobrinho, D., op. cit.; Rocha, M.I.B. da., op. cit.

segundo semestre de 1972, também sob a forma de palestras que trataram de questões médico-sociais ligadas ao planejamento familiar e ao aborto¹⁵⁷.

Em 1980, já no período de abertura política, surgiu o Grupo de Parlamentares para Estudos de População e Desenvolvimento (GPEPD). Esse grupo começou a ser formar, a partir de um seminário sobre planejamento familiar promovido pela BEMFAM na Paraíba em 1980, do qual participaram, a convite, alguns parlamentares. Em 1981 a BEMFAM realizou um seminário nacional, em Gramado, RS: "Seminário Brasileiro para Estudos de População e Desenvolvimento", durante o qual o GPEPD foi fundado, com 19 deputados estaduais e 18 federais. Esse grupo divulgou, por ocasião de sua criação, um documento, a Declaração de Gramado, em que ficava estabelecido que a BEMFAM ocuparia em caráter permanente o cargo de Assessora Técnica, Política e Administrativa do GPEPD. O documento salientava que o objetivo da reunião ali realizada era "...discutir a problemática gerada pelo crescimento populacional desordenado e a adoção de uma política de planejamento familiar, como fator ordenador da sociedade e compatibilizador do binômio população e desenvolvimento"¹⁵⁸.

O GPEPD patrocinou, em dezembro de 1982, a "Conferência de Parlamentares do Hemisfério Ocidental sobre População e

¹⁵⁷ Rocha, M.I.B. da, op. cit.

¹⁵⁸ Fonseca Sobrinho, D., op. cit.

Desenvolvimento", que teve a participação de representantes do Fundo das Nações Unidas para Atividades de População (FNUAP), do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (PNUD), da Organização dos Estados Americanos (OEA), da Organização Panamericana da Saúde (OPAS), da Federação Internacional de Planejamento Familiar (IPPF), e do Banco Mundial. Nas recomendações finais do documento produzido enfatizava-se que os governos da região deveriam adotar medidas que possibilitassem a todas as pessoas o exercício de seus direitos básicos de decidir, de forma livre e responsável, quando e quantos filhos ter¹⁵⁹.

Em resposta ao apelo feito pelo então presidente Figueiredo, no sentido do Congresso empenhar-se na busca de soluções para uma possível explosão demográfica no país, o Senado Federal instalou, em 10 de março de 1983, uma CPI com o objetivo de investigar problemas vinculados ao aumento populacional brasileiro. Ao contrário da CPI de 67/68, essa chegou ao final, em 27 de novembro de 1984, produzindo um relatório conclusivo e um anteprojeto de lei, que dispunha sobre a necessidade de uma política populacional e enfatizava que o governo deveria criar um programa específico nessa área¹⁶⁰.

¹⁵⁹ Fonseca Sobrinho, D., op. cit.

¹⁶⁰ Rocha, M.I.B. da, op. cit.

Segundo Rocha¹⁶¹, os depoimentos prestados nessa CPI podem ser classificados, de modo geral, segundo dois pontos de vista divergentes. O primeiro era o daqueles que argumentavam a favor de uma política vertical de planejamento familiar, com o objetivo explícito de controlar a fecundidade, em vista dos problemas econômicos e sociais do país que, segundo eles, incluíam as péssimas condições de saúde das mães e das crianças. O outro grupo era constituído por pessoas que manifestavam preocupação a respeito dos direitos reprodutivos, mencionando aspectos éticos e sanitários, contextualizando a questão da saúde da mulher, da concepção e da limitação de nascimentos. No primeiro grupo são citados os ministros de Estado, exceto o da saúde, os representantes da BEMFAM, do CPAIMC e do PROFAMÍLIA, a presidente da Associação das Donas de Casa de Brasília, o presidente do Conselho Federal de Medicina e o ex-secretário de saúde do Estado do Paraná. No segundo grupo ficavam, além do ministro da saúde, o reitor da UNICAMP, o presidente da Associação Médica Brasileira, uma pesquisadora e uma socióloga, ambas ligadas ao movimento feminista, e o secretário geral da CNBB.

Como já se viu anteriormente neste capítulo, foi por ocasião de seu depoimento na CPI, em 21 de junho de 1983, que o ministro da saúde, Waldyr Arcoverde, apresentou a proposta de criação do PAISM. Grassioto¹⁶² acredita que a apresentação do PAISM durante a CPI fez

¹⁶¹ Rocha, M.I.B. da, op. cit.

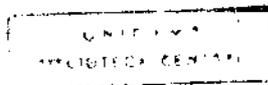
¹⁶² Grassioto, O. Entrevista concedida à autora, 1994.

parte de uma estratégia do governo para responder às pressões para que adotasse medidas oficiais na área de regulação da fertilidade. O governo se dispunha a agir, mas no contexto de um amplo programa de saúde pública voltado para as necessidades integrais de saúde das mulheres.

O relatório final dessa CPI continha uma proposta de encaminhamento em relação ao crescimento demográfico, que implicava reduzir os coeficientes de fecundidade pela adoção de uma política de planejamento familiar, a ser assumida pelo poder público através de um Conselho Nacional de População e Planejamento Familiar. Nas diretrizes apontadas pelo relatório enfatizava-se a vinculação do planejamento familiar à saúde materno-infantil e desvinculação de qualquer forma de coerção. O parecer do relator também salientava que, apesar de se implantar o planejamento familiar, não se deveriam esperar soluções imediatas para os graves problemas de qualidade de vida das populações mais pobres¹⁶³.

É importante observar aqui que a CPI de que se vem falando parece não ter interpretado que o PAISM apresentasse forte componente de planejamento familiar. Caso contrário, não seria coerente propor que o governo adotasse uma política de planejamento familiar, uma vez que o Ministro da Saúde lançara o Programa justamente em seu depoimento à CPI.

¹⁶³ Rocha, M.I.B. da, op. cit.



3.4.2 Estratégias para implantação

Para viabilizar economicamente a implantação do PAISM, o governo brasileiro contou com importante ajuda da UNICAMP na negociação de um financiamento junto ao Fundo das Nações Unidas para Atividades de População. O Projeto de Acordo entre o Governo do Brasil e o FNUAP¹⁶⁴, que deveria ser executado através da Organização Panamericana da Saúde (OPAS), foi preparado no último bimestre de 1983, e previa recursos advindos de fontes nacionais, principalmente do FINSOCIAL, e de acordos de cooperação internacional. Solicitou-se ao FNUAP um financiamento de US\$ 15.993.100,00, propondo-se uma contrapartida de Cr\$ 283.857.200.000,00 do governo brasileiro, para cobrir um período de quatro anos, a partir de 1985. Justificava-se a necessidade do programa pela identificação das precárias condições de saúde das mulheres e de que a atenção a esse grupo populacional era voltada unicamente para o período de gravidez e parto. O programa pretendia atender áreas até então desconsideradas pelas ações de saúde pública: prevenção e diagnóstico precoce do câncer ginecológico, detecção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, efeitos sociais, psicológicos e biológicos da gravidez indesejada e acesso a métodos de regulação da fertilidade. A verba solicitada estaria destinada a fortalecer a capacidade administrativa e gerencial das equipes responsáveis pelo programa; preparar e

¹⁶⁴ Brasil. Projeto de Acordo entre o Governo do Brasil e o Fundo das Nações Unidas para atividades de População. Brasília, 1993.

implementar normas técnicas aplicáveis a todas as atividades previstas; informar a população-alvo sobre as propostas e os serviços que o PAISM ofereceria; comprar equipamentos e suprimentos adequados para a rede de saúde e os laboratórios públicos, para que esses dessem suporte e repondessem à altura do aumento na demanda que se esperava.

No início do segundo trimestre de 1984 já estavam disponíveis e sendo aplicadas no programa verbas nacionais. Nesse momento se preparou um Adendo¹⁶⁵ ao projeto de financiamento, esclarecendo algumas dúvidas e respondendo a solicitações do FNUAP e da OPAS em relação à proposta de financiamento inicialmente apresentada a essas instituições, e que ainda não fora aprovada. Esclarecia-se que, como o projeto já estava em curso, a verba solicitada seria realocada para as prioridades e ênfases que se colocavam naquele momento. O destino principal do dinheiro do FNUAP seria as chamadas atividades-meio como, por exemplo, a formação de recursos humanos, a elaboração e difusão extensiva de material educativo, e as atividades de supervisão e avaliação.

No Adendo apresentado ao FNUAP salientava-se que a atenção integral à saúde da mulher situava-se no contexto de uma proposta global de assistência primária à saúde da população em geral. Outro ponto mais extensamente justificado foi a inclusão de atividades de

¹⁶⁵ Brasil. Adendo ao Projeto de Acordo entre o governo do Brasil e o Fundo das Nações Unidas para Atividades de População. Brasília, 1984.

planejamento familiar no PAISM. Traçava-se um breve histórico das tentativas do governo brasileiro de implantar tais atividades no setor de saúde pública, justamente porque não se pretendia com elas a redução da taxa de crescimento populacional, mas sim atender a um direito humano e às razões de saúde materno-infantil. Sendo assim, no PAISM, a atenção à concepção e contracepção colocava-se apenas como um dos itens a serem atendidos.

Na proposta de trabalho apresentada ao FNUAP¹⁶⁶, previa-se que as atividades a serem cobertas pelo financiamento seriam iniciadas, preferencialmente, em áreas onde já estavam implantadas as Ações Integradas de Saúde (AIS). Nesses locais as instituições prestadoras de serviço estavam integradas e eram coordenadas pelas Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), o que significava que ali já existia um esforço concentrado para se formar um sistema regionalizado, hierarquizado segundo os graus de complexidade das unidades de saúde. Em decorrência desse esforço, a rede de serviços havia sido ampliada fisicamente e estava sendo equipada para desenvolver as atividades previstas para o PAISM.

O financiamento do FNUAP foi conseguido e, segundo informações verbais do Dr. Osvaldo Grassioto¹⁶⁷, um dos médicos que participou da redação do PAISM, a maior parte dos recursos foram direcionados à sensibilização dos profissionais que estariam envolvidos na

¹⁶⁶ Brasil, op. cit, 1984.

¹⁶⁷ Grassioto, O. Entrevista concedida à autora, 1994.

execução do projeto, direta ou indiretamente. O treinamento desses profissionais visava não apenas a sua capacitação para aplicarem as normas técnicas estabelecidas. Enfatizava-se o significado da assistência integral à saúde da mulher, abordando tanto aspectos biológicos quanto psíquicos e sociais. Também se objetivava criar um mecanismo de multiplicação desses treinamentos, fazendo com que as pessoas treinadas pudessem repassar o conteúdo apreendido a outros profissionais mais próximos a elas.

Na esfera política, para superar as reações à implantação do PAISM, o governo adotou uma estratégia muito cuidadosa para imobilizar e/ou aliar os potenciais inimigos do programa. O coordenador político da implantação foi o Dr. Mozart de Abreu e Lima, então secretário geral do Ministério da Saúde¹⁶⁸. Segundo nos informou o Dr. Osvaldo Grassioto¹⁶⁹, durante o trabalho, nas discussões com o Dr. Mozart, foram identificados dois aliados potenciais, cuja cooperação seria fundamental para o sucesso do programa: a Igreja Católica e os grupos organizados de mulheres.

O relacionamento do ministério com os grupos de mulheres foi direto, começando por designar uma equipe totalmente composta de mulheres (12 ao todo) para conduzir a implantação do PAISM. Essas mulheres, a começar pela primeira coordenadora nacional do programa, Dra. Ana Costa, que já participara da preparação, tinham

¹⁶⁸ Fonseca Sobrinho, D. op. cit.

¹⁶⁹ Grassioto, O. op. cit.

identificação com as bandeiras feministas. O ministério também adotou o procedimento de consultar mulheres com projeção profissional na área de saúde e população a respeito das normas a serem seguidas na implantação do programa¹⁷⁰.

Segundo o Dr. Grassioto¹⁷¹, de modo geral, a recepção do PAISM pelos grupos de mulheres foi positiva, sendo que, desde o início dos contatos, esses grupos já se propuseram a intervir na formulação e implantação do programa, relacionando-o claramente com uma tentativa politicamente satisfatória do governo agir na área da reprodução, no contexto de uma atenção integral à saúde da mulher. O aspecto mais atraente do PAISM, aos olhos de lideranças feministas, parecia ser a proposta de se atender à demanda das mulheres por anticoncepcionais sem vinculá-la a políticas populacionais¹⁷².

Segundo as informações verbais do Dr. Grassioto¹⁷³, com a Igreja Católica foi feito um trabalho aproximativo, especialmente com o então Secretário Geral da CNBB, D. Luciano Mendes de Almeida. O Dr. Mozart de Abreu e Lima o convidava frequentemente para longas

¹⁷⁰ Fonseca Sobrinho, D., op. cit.

¹⁷¹ Grassioto, O. op. cit.

¹⁷² Costa, A.M. Contextos e questões da sexualidade e da saúde reprodutiva no Brasil. Mesa redonda no 3º Programa de Estudos em Saúde Reprodutiva e Sexualidade. Campinas, NEPO/CEMICAMP. 6 jun. 1994; Grassioto, O., op. cit.

¹⁷³ Grassioto, O. op. cit.

conversas a respeito dos planos governamentais, procurando estabelecer um clima favorável e de cooperação. Do ponto de vista ético, a Igreja colocava a condenação ao aborto e, por extensão, ao DIU que, em sua visão era microabortivo, e que o governo iria incluir nas normas sobre planejamento familiar do PAISM. O governo contra-argumentava situando as práticas anticoncepcionais como sendo preventivas. O Dr. Grassioto disse que a Igreja convidou os profissionais encarregados das normas técnicas em anticoncepção no PAISM a visitarem a Confederação dos Centros de Planejamento Natural da Família (CENPAFLAM). A visita aconteceu em um clima de cooperação e entendimento e, em 1986, foi assinado um convênio entre o Ministério da Saúde e a CENPAFLAM para o treinamento dos profissionais da rede pública no emprego dos chamados métodos naturais. Nesses contatos com a Igreja, o governo também enfatizou que o modelo de DIU a ser oferecido pelos serviços públicos seria o T de cobre que, comprovadamente, agiria impedindo a fecundação, antes da formação do ovo, não sendo, portanto, abortivo¹⁷⁴.

O Ministério da Saúde também identificou alguns inimigos a serem imobilizados, já que não via meios de torná-los aliados para implantar o PAISM com sucesso. Uma parte desses inimigos era composta por médicos, ginecologistas e obstetras vinculados à BEMFAM, ao Centro de Pesquisa e Atenção Integrada à Saúde da Mulher e da Criança (CPAIMC), e algumas facções dentro da FEBRASGO. Esses

¹⁷⁴ Fonseca Sobrinho, D., op. cit.

grupos caracterizavam-se por posturas e práticas que pretendiam a implementação de atividades de planejamento familiar isoladamente da atenção global à saúde das mulheres. Para neutralizá-los, o Ministério da Saúde passou a agir com os recursos legais de que dispunha para inviabilizar suas ações nessa área: recusava sistematicamente os pedidos de importação de métodos anticoncepcionais (MACs) e equipamentos, especialmente à BEMFAM e CPAIMC. Por outro lado, procurava-se ocupar todos os espaços possíveis em congressos médicos, seminários e encontros para se divulgarem as bases programáticas do PAISM. Isso era feito com a colaboração de médicos não comprometidos com aquelas instituições e que eram partidários da política de atenção integral à saúde da mulher, sobretudo o grupo da UNICAMP¹⁷⁵.

Grassiotto¹⁷⁶ informou também que outra facção que poderia atrapalhar a implantação do PAISM era a corrente controlista no Congresso Nacional, que atuava junto à CPI de 1983, já referida. Essa corrente era composta principalmente pelos parlamentares do GPEPD. Para neutralizar a atuação desse grupo, o Ministério conseguiu levar para deporem na CPI pessoas com posição contrária ao controle da natalidade e que defendiam a filosofia do PAISM. Nesse sentido foram muito importantes os depoimentos do próprio ministro Arcoverde, de D. Luciano Mendes de Almeida e do Dr. José A. Pinotti, então reitor da UNICAMP.

¹⁷⁵ Fonseca Sobrinho, D., op. cit.

¹⁷⁶ Grassiotto, O. op. cit.

Segundo Fonseca Sobrinho¹⁷⁷, no rol dos adversários do PAISM, estariam, finalmente, as facções controlistas das Forças Armadas, que poderiam influenciar, principalmente, o Presidente da República em relação ao Programa. O Ministério apostou na eficácia da informação para ganhar a confiança do presidente: durante todo o período em que se preparava a implantação do PAISM, levava-se ao General Figueiredo um relatório semanal detalhado com o noticiário da imprensa, os contatos feitos com a Igreja Católica, com os movimentos de mulheres, os detalhes técnicos, etc. O ministério acreditava que essa informação teria uma influência positiva sobre o presidente e o afastaria da pressão dos militares controlistas.

Para pontuar mais publicamente a sua posição política, em 1984 o Brasil compareceu à Conferência Mundial de População do México reafirmando a postura assumida em Bucareste dez anos antes. Em seu discurso, o Ministro da Saúde, Waldyr Arcoverde¹⁷⁸, chefe da delegação do Brasil nessa Conferência, frisou que a questão populacional, dada sua natureza e a diversidade das situações nacionais, deveria ser assunto de inteira soberania de cada governo. Nessa perspectiva, salientou que, em 1974, o Brasil não pode concordar com a visão que motivara a convocação daquela

¹⁷⁷ Fonseca Sobrinho, D., op.cit.

¹⁷⁸ Arcoverde, W. Discurso proferido na Conferência Internacional sobre População. Cidade do México, 6 a 13 ago. 1984.

assembléia, que era a visão dos países industrializados sobre a eminente ameaça de uma escassez de recursos naturais em plano mundial. Entretanto, considerava que nos dez anos que tinham se passado a crise prevista havia se concretizado, como uma espécie de profecia maligna, mas não pela exaustão de recursos ou pela explosão demográfica. As origens dos problemas econômicos e materiais que os diferentes países atravessavam em 1984 eram voluntárias e políticas, porque derivavam da própria estrutura da ordem internacional vigente.

Feitas as ressalvas acima mencionadas, o Ministro Arcoverde colocava a posição do Brasil a respeito do crescimento populacional. Registrava o declínio da fecundidade de forma acentuada e generalizada a partir de 1960, considerando esse um fenômeno que ainda precisava ser estudado para saber em que medida afetaria o crescimento futuro da população. Paralelamente, considerava o fato do povo brasileiro ser jovem como um indício de que haveria ainda por muitos anos um incremento absoluto da população

"... com a provável duplicação do estoque atual em pouco mais de quatro décadas"¹⁷⁹.

¹⁷⁹ Arcoverde, W. op. cit. p. 7.

O governo brasileiro considerava, portanto, que deveria encarar o desafio do crescimento populacional, sobretudo em vista do momento de crise econômica,

"... induzida por fatores fora do controle nacional e numa conjuntura em que se comprimem os níveis de emprego e de consumo"¹⁸⁰.

Embora reconhecesse que o cenário era dramático, Arcoverde salientava que o governo brasileiro não pretendia dar à política demográfica uma visão conjuntural, marcada pelo que chamou de "modismos doutrinários". Pretendia obter resultados a longo prazo e, por isso mesmo, reiterava

"... os princípios básicos da política populacional brasileira, formulada em 1974 ... Essés princípios se fundamentam no conceito do domínio soberano do Estado, que não aceitará interferências externas, de caráter oficial ou privado, na sua política demográfica"¹⁸¹.

Segundo o ministro, a preocupação do governo brasileiro naquele momento era instrumentar e operacionalizar a política populacional acima referida, o que implicava não apenas considerar a interação entre taxas de natalidade e de mortalidade, mas também ponderar sobre a distribuição da população sobre o espaço geográfico nacional. Especificamente em relação à reprodução, salientava que o governo estava atento a uma crescente demanda do

¹⁸⁰ Arcoverde, W., op. cit. p. 7.

¹⁸¹ Arcoverde, W., op. cit. p. 8.

povo brasileiro por conhecimentos e meios adequados de planejamento da prole. A resposta do governo estava pautada por uma conduta ética de reconhecimento de que esse planejamento é um dos direitos fundamentais do ser humano. Logo, esse assunto não poderia ser matéria de metas pré-fixadas mas o resultado de um consenso social:

"... a meta de crescimento legítima para o Brasil é aquela consubstanciada pelo somatório de ações livres e informadas dos casais e dos indivíduos visando o planejamento de sua vida reprodutiva"¹⁸².

Arcoverde reconhecia o papel do Estado como decisivo para assegurar o direito à saúde, quer a população crescesse ou decrescesse, e era nesse contexto que estavam sendo inseridas as atividades de planejamento familiar, e que deveriam ser supervisionadas pelos órgãos competentes do poder público. Essa inserção estava se dando

"... dentro de uma estratégia de Assistência Integral à Saúde da Mulher, valorizando seu papel como ser integral e não definido em sua capacidade reprodutora"¹⁸³.

O discurso finalizava com a ênfase sobre a vinculação entre universalização do direito fundamental ao planejamento da prole e a universalização do direito à saúde e à cidadania, passíveis de serem alcançadas apenas mediante

¹⁸² Arcoverde, W., op. cit. p. 9.

¹⁸³ Arcoverde, W., op. cit. p. 10.

"... uma política de desenvolvimento que assegure uma efetiva oportunidade de participação a todos os estratos sociais" ¹⁸⁴.

3.4.3 A implantação e seus problemas

Embora não faça parte dos objetivos desse trabalho analisar a implantação do PAISM, acreditamos ser útil para as reflexões que pretendemos fazer colecionar algumas informações acerca de como o Ministério da Saúde pretendeu colocar em prática o Programa. Longe de uma análise exaustiva o que pretendemos nesta seção é colocar alguns exemplos do que se passou e do que acontece atualmente com o PAISM nos serviços públicos de saúde.

Adotada a estratégia acima descrita para superação das dificuldades inicialmente colocadas ao PAISM, o Ministério da Saúde propôs a implantação do programa em etapas, nas quais os diferentes estados da federação seriam alcançados progressivamente. Segundo informações verbais do Dr. Osvaldo Grassioto¹⁸⁵, membro da equipe que elaborou o Programa, foram estabelecidos três locais para iniciar a implantação: Campinas (SP), por ser um centro urbano situado em uma região de acentuado desenvolvimento sócio-econômico; Porto Nacional, em Goiás, por ser uma área rural; e Jaboatão, na Região Metropolitana de Recife, um centro urbano situado em uma área com dificuldades de desenvolvimento.

¹⁸⁴ Arcoverde, W., op. cit. p. 10.

¹⁸⁵ Grassioto, O. op. cit.

Em 1984, o primeiro ano proposto para o desenvolvimento do PAISM, as principais atividades consistiram em divulgação do programa, seleção de áreas para implantação, elaboração de normas para a operacionalização e a criação dos primeiros centros de referência, na UNICAMP e no Instituto Materno-Infantil de Pernambuco - IMIP (Recife), para treinamento do pessoal que deveria estar envolvido na prestação de serviços e dar assessoria aos estados que estivessem implementando o programa¹⁸⁶.

Até 1985 tentou-se implementar o PAISM em 10 estados além do Distrito Federal: Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Sergipe, Goiás, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Minas Gerais. O motivo para se escolherem essas regiões estava associado ao fato de que ali já se achavam em desenvolvimento as Ações Integradas de Saúde (AIS), que continham elementos da própria filosofia do PAISM. Os principais obstáculos enfrentados nesse período, como já se previa, diziam respeito à precariedade da rede de saúde pública, aos padrões administrativos e burocráticos não adequados à absorção dos recursos e à aceitação das bases doutrinárias do Programa. Havia, inclusive, em muitos locais, resistência a aceitar as normas federais¹⁸⁷.

¹⁸⁶ NEPP, op. cit., 1986.

¹⁸⁷ Canesqui, A.M., op. cit., 1987.

Um exemplo desses problemas iniciais de aceitação foi relatado pela Dra. Ângela Bacha¹⁸⁸. Ela contou que, como Coordenadora do PAISM em São Paulo, a partir de 1986, vivenciou resistências à implantação da doutrina proposta pelo Programa:

"Em 1986 começaram os cursos de sensibilização para o PAISM, dirigidos aos profissionais que deveriam envolver-se na execução. Esses cursos foram financiados pelo Ministério da Saúde. Em 1988, todos os profissionais já tinham sido sensibilizados. Da parte dos médicos havia mais resistência a fazer os cursos. Isso, eu acredito, em parte, porque esses cursos não eram exclusivos para médicos, mas misturavam outras pessoas. E em parte porque eram muito longos e em tempo integral, e os médicos, em geral, têm outros empregos".

Em 1986, quando o PAISM foi adotado pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS), contabilizaram-se 27 unidades de saúde, em Sorocaba e Campinas, em que o programa já estava implantado, além de outras nos Estados de Minas Gerais e Goiás. Ao mesmo tempo, centravam-se esforços para conseguir a implantação em todos os estados onde já se desenvolviam as Ações Integridas de Saúde (AIS) que facilitariam o processo. Durante 1986, registraram-se como atividades do PAISM: apoio técnico e financeiro às unidades federadas que estavam implementando o programa, continuidade da elaboração de normas técnicas e do treinamento de pesquisa, apoio a iniciativas referentes à produção nacional de tecnologia anticonceptiva (geléias, espermicidas e diafragmas); distribuição

¹⁸⁸ Bacha, A. op. cit. 1993.

de 10.000 anéis medidores para diafragma, de preservativos e de pílulas¹⁸⁹.

O Banco Mundial, em uma avaliação feita em 1989, concluiu, em relação ao PAISM que, apesar da responsabilidade da sua implementação estar principalmente atribuída aos governos estaduais e municipais, os técnicos desses governos necessitavam urgentemente de treinamento e assistência técnica para executarem o programa, e que faltavam recursos para expandir a infraestrutura de saúde em áreas pouco atendidas. O PAISM poderia, ainda, ser reforçado se as políticas públicas também se direcionassem ao currículo de educação médica, a programas de informação dos usuários dos serviços, à regulamentação dos prestadores privados, do controle de preços de produtos anticoncepcionais e regulamentação e aprovação de fármacos e dispositivos. Outro setor, apontado pelo Banco Mundial como necessário colaborador dos governos, seria os grupos organizados de mulheres, as organizações não governamentais (ONGs), que poderiam monitorar o controle de qualidade do programa, desenvolver programas de educação e informação, e dar assistência às mulheres, principalmente nos locais onde os serviços públicos de saúde são deficientes¹⁹⁰.

¹⁸⁹ NEPP, op. cit. 1988.

¹⁹⁰ Banco Mundial. Brasil - Saúde reprodutiva da mulher. Relatório nº8215-BR. Divisão de Recursos Humanos. Departamento I, Região da América Latina e Caribe. s.l.p., 1992.

Quando se recorre a dados empíricos acerca da implantação do PAISM, é possível identificar mais diretamente as deficiências que persistem. Por exemplo, pesquisas de avaliação do PAISM no Estado de São Paulo têm revelado que, apesar de uma cobertura satisfatória (ou seja, o programa estaria acessível a uma parcela razoável da população a que se destina) a qualidade não alcança cumprir as diretrizes filosófico-doutrinárias propostas pelo PAISM.

Em 1988, estudou-se uma amostra de 3703 mulheres, com idade entre 15-49 anos, de baixa renda, potenciais usuárias dos serviços públicos na área metropolitana de São Paulo e no interior do estado. Dentre as entrevistadas, embora cerca de 90% dissessem conhecer o exame preventivo de câncer do colo do útero, metade nunca o havia feito, sendo que mais de 10% referiram não saber onde podiam fazer o exame¹⁹¹.

Mesmo em relação às atividades de pré-natal nos serviços públicos que, supostamente, já estariam em franca implementação quando o PAISM foi proposto, a referida pesquisa encontrou resultados que indicam não ter havido grandes avanços ou, pelo menos, avanços significativos na assistência que é prestada às grávidas. Quase 15% das mulheres que tinham estado grávidas no ano anterior à entrevista não fizeram ou não estavam fazendo pré-natal. Mesmo entre as que fizeram pré-natal, um terço começou as consultas

¹⁹¹ Pinotti, J.A. Faúndes, A. Hardy, E.E. et al. Avaliação da assistência ginecológica no Estado de São Paulo. *Rev Ginec Obste* 1(1):7-21, 1990.

depois do terceiro mês de gestação e quase a metade não chegou a fazer seis consultas no total, condições consideradas não apropriadas, do ponto de vista médico, para assegurar um bom acompanhamento¹⁹².

Em relação às atividades de planejamento familiar, cuja inclusão no PAISM, como se viu, foi alvo de tanta polêmica, os dados dessa pesquisa permitiram observar que apenas 6% das mulheres disseram não conhecer métodos para não engravidar, sendo os mais conhecidos a pílula, o condom e a ligadura de trompas. Observando-se o uso de métodos entre as mulheres que tinham companheiro na época da entrevista, verificou-se que quase um terço já tinha sido laqueada e mais de um quarto usava pílulas. Nenhum dos outros métodos, teoricamente disponíveis nos serviços públicos, alcançou 5% de uso¹⁹³.

Quando se estudaram especificamente as mulheres que disseram estar tomando pílula, encontrou-se que perto da metade delas apresentava um ou mais problemas da saúde que contra-indicaria o uso desse método. A presença dessas contra-indicações não se alterava, mesmo quando se tratava de mulheres que haviam consultado

¹⁹² Osis, M.J.D. Hardy, E. Faúndes, A. et al., op. cit., 1993.

¹⁹³ Pinotti, J.A. Faúndes, A. Hardy, E.E. et al., op. cit., 1990.

um serviço de saúde ao iniciar o uso da pílula¹⁹⁴.

Observando-se as mulheres que disseram ter feito laqueadura, verificou-se que cerca de 14% delas tinham sido operadas com menos de 25 anos de idade e mais de um terço das que tinham dois filhos já estavam laqueadas. Investigando-se o conhecimento que essas mulheres tinham sobre outros métodos anticoncepcionais, verificou-se que esse era bem alto. Os únicos MACs que foram referidos como conhecidos por menos da metade das mulheres foram: temperatura, diafragma e billings. Outro dado que chama a atenção é que 72% das laqueaduras tinham sido feitas durante uma operação de cesareana. Além disso, quase 30% das mulheres que disseram ter feito a laqueadura em um serviço público também disseram que pagaram "por fora" para que ela fosse feita¹⁹⁵.

Em 1991, três anos depois da primeira pesquisa, foi feita uma reavaliação do PAISM em São Paulo, usando como base populacional o Escritório Regional de Saúde (ERSA) de Penha de França, na capital, e o de Campinas no interior do estado. Nesse momento, encontraram-se alguns avanços em relação à proporção de mulheres que já haviam feito exame preventivo para câncer de colo do útero. Em relação ao pré-natal, na capital, verificou-se crescimento na proporção de

¹⁹⁴ Hardy, E. et al. Reavaliação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Relatório I. Campinas, CEMICAMP, 1991b.

¹⁹⁵ Hardy, E. et al., op. cit. 1993; Osis, M.J.D. Hardy, E.E. Simões, I.R.S. et al., op. cit. 1990.

grávidas que o havia iniciado até os três meses de gestação, mas houve diminuição em Campinas. Quanto ao número de consultas, manteve-se estável em Campinas e cresceu em Penha de França. Na área da contracepção, em linhas gerais, não se observaram mudanças em relação a 1988, no que diz respeito ao conhecimento de MACs, exceto por um aumento na proporção de mulheres que referiram conhecer o diafragma. Porém, focalizando-se o uso dos MACs, verificou-se que, apesar de mais conhecido, o diafragma não se tornou mais usado. De modo geral, observou-se o mesmo padrão de uso que em 1988: predomínio de pílula e laqueadura em condições inapropriadas¹⁹⁶.

Esses exemplos da situação do PAISM em São Paulo servem de indicadores para se imaginar o que acontece no restante do país, uma vez que São Paulo, ao lado do Rio Grande do Sul, é o estado em que se considera que o PAISM logrou melhor desenvolvimento. Segundo informou a Dra. Angela Bacha¹⁹⁷, isto se dá em São Paulo porque aqui o programa foi duplamente enfatizado desde o início, tanto pela iniciativa federal quanto pela do próprio estado que, quase simultaneamente, também lançou o seu próprio Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher que, inclusive, teve suas normas completadas antes do PAISM federal. Além disso, segundo o

¹⁹⁶ Hardy, E. et al., op. cit. 1991b; Hardy, E. et al., op. cit., 1993.

¹⁹⁷ Bacha, A., op. cit., 1993.

Dr. Osvaldo Grassioto¹⁹⁸, outro fator que teria contribuído para o melhor desenvolvimento do PAISM em São Paulo foi a participação intensa, desde as primeiras discussões para implantação, dos grupos de mulheres.

Aquilo que se imagina a partir de São Paulo se constata em avaliações mais amplas. A Coordenadoria de Saúde Materno-Infantil (COSMI) do Ministério da Saúde, em seu relatório¹⁹⁹ para o ano de 1990, apontou que o PAISM se achava parcialmente implantado no país. Segundo esse documento, 16% das unidades de saúde ofereciam atendimento pré-natal completo, 26% faziam a prevenção do câncer de colo de útero e de mamas, 19% tinham um programa completo de planejamento familiar e apenas 5% prestavam atendimento clínico-ginecológico completo, o que inclui o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). A maior parte das unidades de saúde apresentam as atividades que compõem o PAISM implantadas parcialmente, mas 20% não faziam pré-natal, 30% não prestavam assistência clínico-ginecológica, 29% não faziam prevenção de câncer e 32% não ofereciam serviços de planejamento familiar (Costa, 1992; DINSAMI, s.d.p.). Esses dados indicam a tendência que se verificou desde o início da implantação do PAISM: morosidade. Aquilo que se previa para ser feito em pouco tempo não conseguiu

¹⁹⁸ Grassiotto, O. op. cit., 1994.

¹⁹⁹ Costa, A.M. **O PAISM: uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada.** São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução, 1992; DINSAMI. Relatório de Atividades, 1990. Brasília, Ministério da Saúde, s.d.p.

ainda ser concluído em 10 anos.

Outro estudo, realizado pelo Instituto Brasileiro da Administração Municipal - Núcleo de Estudos sobre a Mulher e Políticas Públicas, avaliou o papel dos municípios na implementação das políticas públicas voltadas para a mulher. Resultados preliminares²⁰⁰ dessa pesquisa, obtidos em março de 1992, indicam que, entre os 551 municípios que responderam ao questionário enviado, apenas 18 fizeram menção explícita ao PAISM, localizando-se esses principalmente no Estado de São Paulo, Paraná e Rio Grande do Sul. Entretanto, apesar de se referirem ao PAISM, conseqüentemente ao conceito de integralidade da atenção, apenas seis municípios implementavam ações não restritas ao atendimento ginecológico e obstétrico. Os outros davam atendimento parcial na área de saúde: programas de ginecologia (28%) ou de obstetrícia (31%), ginecologia e obstetrícia (4%), ou ginecologia, obstetrícia e planejamento familiar (22%).

As mais recentes informações sobre a situação das atividades de planejamento familiar no âmbito do PAISM, a que tivemos acesso, são provenientes do relatório "Análise da necessidade de introdução de anticoncepcionais no Brasil"²⁰¹, apresentado em março de 1994.

²⁰⁰ Costa, A.M. op. cit., 1992.

²⁰¹ OMS/MS/CEMICAMP. Análise da necessidade de introdução de anticoncepcionais no Brasil. Relatório apresentado no Workshop "Necessidade de métodos anticoncepcionais das mulheres brasileiras". Brasília, DF, 24-25 de março de 1994.

Esse relatório traz os resultados de uma análise colaborativa feita pela Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde, Centro de Pesquisas das Doenças Materno-Infantis de Campinas (CEMICAMP), e duas representantes de movimentos de mulheres, a respeito da necessidade de introdução de anticoncepcionais no país. As conclusões apontam a persistência de um padrão de uso de anticoncepcionais caracterizado por uma altíssima prevalência de métodos (das maiores do mundo), mas essencialmente concentrada em dois deles: pílula e ligadura tubária. Além disso, existem grandes restrições quanto à disponibilidade e acesso aos métodos anticoncepcionais nos serviços públicos. Esses fatos, somados a uma grande fragilidade na qualidade da atenção que é dada à população feminina indicam que, apesar do planejamento familiar ser um dos componentes do PAISM e estar, inclusive, previsto na Constituição Federal, não parece existir um compromisso político capaz de implementar consistentemente as atividades necessárias nessa área.

Verifica-se, pelos dados aqui reportados, que as atividades previstas no PAISM não conseguem alcançar os serviços de saúde em todo o Brasil. A qualidade do programa também não vem conseguindo se firmar. O conceito de assistência integral à saúde da mulher parece constantemente diluir-se, não conseguindo se refletir no atendimento efetivamente prestado às mulheres.

De modo geral, não é de se estranhar a morosidade com que o PAISM vem sendo implementado. Existe uma inevitável e fundamental

interdependência entre a implementação do PAISM e a consolidação do SUS. Sem este, aquele não se completará. Conseqüentemente, pelas condições que têm caracterizado o sistema de saúde no Brasil nestes últimos 10 anos, não surpreende que o PAISM não tenha conseguido, ainda, se firmar como política de saúde. Além disso, por suas características especiais, de ser um programa voltado exclusivamente para a mulher, mas pretendendo vê-la de forma distinta de programas anteriores, não se pode imaginar que os obstáculos políticos tenham-se colocado apenas no início de sua trajetória. É mais realístico pensar que as dificuldades para implantação identificadas pelo MS em 1983, vêm acompanhando o PAISM e limitando sua afirmação, simultaneamente aos entraves estruturais.

4. OS SIGNIFICADOS SOCIAIS DO PAISM

Como uma política de saúde pública, é lógico que o PAISM se destinou a atender demandas definidas socialmente. Como se discutiu no Capítulo 2, o momento em que o PAISM emergiu era de intensa movimentação na sociedade brasileira que buscava, inclusive, meios de se reestruturar para sair de um período de ditadura. Em decorrência disso, e considerando o conteúdo e os antecedentes do Programa, é possível imaginar que ele reunia condições para se constituir em um acontecimento relevante, com intensas repercussões. Isto significa que se pode pensar que o PAISM, naquele momento, foi capaz de mobilizar muitos setores da sociedade para discutí-lo, aprovando-o ou não, em função das diferentes demandas de cada setor e de como o Programa as atendia ou não.

Consideramos que uma maneira objetiva de se identificarem as possíveis repercussões sociais do PAISM é a investigação de sua reflete e faz emergir os debates que predominam em uma sociedade, em dado momento. Segundo Capelatto²⁰³, a imprensa, de modo geral, não deve ser vista como um nível isolado da realidade social na qual se acha inserida. Ao contrário, segundo essa autora, a imprensa representa, fundamentalmente, um instrumento de

²⁰³ Capelatto, M. H. R. Populismo na imprensa: Última Hora e Notícias Populares. In: Mello, J. M. (Coord.). **Populismo e comunicação**. São Paulo: Cortez, 1981.

manipulação de interesses e intervenção na vida social. Avançando mais ainda nessas considerações, encontramos a tese defendida por Mello²⁰⁴ de que a produção dos meios de comunicação constitui um complexo simbólico que faz a mediação entre os processos sociais.

A partir do pressuposto acima explicitado, decidimos fazer inicialmente um levantamento no Banco de Dados do jornal **Folha de São Paulo**, revisando seus arquivos no período 1977-1986, para identificar matérias que se relacionassem ao PAISM. Escolhemos esse Banco de Dados por ser bem completo e organizado. Na definição do período a ser pesquisado procuramos abranger um tempo razoável, que antecederesse e sucedesse o lançamento do PAISM, para se identificar o contexto do Programa. Consideramos que 1977 era adequado para marcar os antecedentes porque, como já se disse anteriormente, foi da metade para o final da década de 70 que se intensificaram os debates sobre a situação da mulher no Brasil, em geral, e mais especificamente sobre a atenção à sua saúde. Em termos do que se seguiu ao lançamento do PAISM, entendemos que 1986 seria um bom parâmetro, uma vez que já estaria em andamento o mandato do governo que sucedeu aquele durante o qual o Programa surgiu, e já teria havido tempo suficiente para que se definissem posturas, oficiais ou não, frente a ele.

²⁰⁴ Mello, J. M. **Comunicação: teoria e política**. São Paulo: Summus, 1985.

No período pesquisado, encontraram-se 19 matérias publicadas em diferentes jornais e uma em revista, que tratavam, direta ou indiretamente, do PAISM. Olhando para um conjunto desse material, consideramos que ele é suficiente para alcançar o propósito de investigar as repercussões sociais do PAISM. Isto porque as matérias contemplam diferentes aspectos do Programa (políticos, econômicos, de implantação), foram escritas por pessoas de diferentes procedências sociais e adotaram focos variados de abordagem.

Uma classificação geral do material levantado pode ser feita em dois grupos: uma série de matérias abordava diversas questões em relação à implantação do Programa como, por exemplo, a sua viabilidade econômica e em termos dos recursos humanos necessários, e como a inclusão de atividades de anticoncepção estaria relacionada com o debate acerca da possibilidade de se estabelecer no país uma política de controle da natalidade. Outra série de matérias tratava exclusivamente das atividades de anticoncepção incluídas no PAISM e de que maneira esta inclusão se relacionava à questão do controle da natalidade.

4.1. O conteúdo geral do PAISM discutido

No primeiro grupo, acima referido, as matérias com conteúdo informativo apresentavam, principalmente, as falas oficiais, ou seja, quem informava sobre o PAISM eram pessoas vinculadas ao

Ministério da Saúde, responsável direto pelo lançamento e implantação do Programa.

Em outubro de 1983, a **Folha de São Paulo** publicou duas notícias sobre o PAISM. Na primeira delas²⁰⁵ informava-se que o então Ministro da Saúde, Waldir Arcoverde, no dia anterior havia relatado ao Presidente Figueiredo o desenvolvimento do Programa. Ele teria assegurado que até novembro daquele ano estaria definida a proposta final e que a implantação deveria começar pelo Nordeste, provavelmente no segundo semestre de 1984. Essa proposta seria preparada em um encontro de especialistas da área de ginecologia da UNICAMP e técnicos do Ministério da Saúde, no final de outubro. A matéria ainda relatava que o ministro havia dito que o PAISM pretendia orientar sobre os métodos anticoncepcionais e a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Outra matéria, da mesma época, noticiava a realização em Campinas de um seminário para discutir o PAISM. Estariam presentes representantes de 15 secretarias estaduais de saúde, ginecologistas de todo o país e o secretário geral da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), D. Luciano Mendes de Almeida.

²⁰⁵ Saúde da mulher. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 5 out. 1983.

Em 5 de dezembro de 1983 a **Folha da Tarde** noticiava "Saúde lança programa de assistência à mulher"²⁰⁶. Nesta matéria apareciam como algumas das atividades do PAISM a tentativa de diminuir as altas taxas de cesarianas registradas no país, a promoção de orientação sobre métodos anticonceptivos adequados às características de cada mulher e diminuir o número de doenças sexualmente transmissíveis. O Ministro Arcoverde fazia questão de deixar claro que não se tratava de um programa de controle da natalidade, mas de atendimento à mulher desde a puberdade até a terceira idade. Entretanto, é importante notar que ele também disse que o PAISM vinha preencher uma grande omissão do governo até então,

"... especialmente levando-se em consideração que várias entidades privadas já executam atividades de planejamento familiar no país".

Ainda, segundo o ministro, os recursos para a implementação das atividades estavam sendo negociados com o Fundo das Nações Unidas para Atividades de População (FNUAP), e que

"... além disso, poderá ser usado o Finsocial... para a compra de contraceptivos".

Ao falar da população-alvo do programa, o ministro se referiu a mais de 38 milhões de mulheres com idade superior a 12 anos, uma

²⁰⁶ Saúde lança programa de assistência à mulher. **Folha da Tarde**, São Paulo, 5 dez. 1983.

vez que se pretendia atendê-las em três períodos: pré-concepcional, concepcional e intergestacional. A previsão era de que a partir de maio de 1984 o PAISM já estivesse sendo implementado no Nordeste, e que em 1985 todo o país tivesse sido alcançado.

A mesma *Folha da Tarde* publicou, em 11 de abril de 1984, uma matéria sobre a alocação de recursos para a implantação do PAISM: "Verba para PAISM é analisada"²⁰⁷. O artigo noticiava o encontro do Ministro da Saúde com a diretora executiva do FNUAP em Brasília, para tratar de verba de US\$ 15 milhões para o PAISM. Os recursos já tinham sido aprovados e previa-se que o contrato entre as partes fosse assinado até maio daquele mesmo ano, ocasião em que o Programa já deveria ter definido as unidades de saúde em que seria executado e a capacitação dos recursos humanos para isto. Nessa mesma reunião, o Ministro Arcoverde assinou duas portarias, criando dois centros nacionais de referência para o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança, na Universidade Estadual de Campinas e no Instituto Materno-Infantil de Pernambuco. Quanto às atividades de anticoncepção do PAISM, a diretora do FNUAP dizia que

"...todas as mulheres devem ter informações com relação a todos os métodos e seus efeitos colaterais. Caberá a ela ou ao casal... a decisão final".

²⁰⁷ Verba para PAISM é analisada. *Folha da Tarde*, São Paulo, 11 abril 1984.

Ressaltou também a importância de que o homem fosse bem informado sobre o assunto.

Observando-se o conteúdo dessas notícias, até aqui relatadas, percebe-se que as falas oficiais acerca do PAISM revelavam sempre a preocupação de enfatizar aquilo de inovador que ele trazia, ou seja, a atenção à saúde da mulher de forma integral e não apenas direcionada à reprodutora da espécie. Nesse contexto, situava-se a inclusão das atividades de anticoncepção como apenas mais um item a ser desenvolvido, sem qualquer prioridade dentro do conjunto das atividades propostas pelo programa. Em torno das informações veiculadas acerca do que era e de como seria implantado o PAISM, é possível identificar esse cuidado para que não se fizesse uma associação entre o Programa e qualquer tentativa governamental para estabelecer meios de controle da natalidade.

Nesse primeiro grupo de matérias sobre o PAISM havia ainda artigos de opinião acerca do assunto. No levantamento realizado, encontraram-se quatro artigos desse tipo. Um escrito por Irede Cardoso, da equipe de articulistas do jornal, e três por Carmen Barroso, pesquisadora da Fundação Carlos Chagas e professora do Departamento de Ciências Sociais da Universidade de São Paulo. É importante pontuar aqui que, tanto Carmen Barroso como Irede Cardoso eram, à altura em que escreveram esses artigos, figuras de peso em meio aos grupos organizados de mulheres. Logo, é possível pensar que as idéias por elas defendidas eram em boa parte

representativas de posturas desses grupos. Mesmo que assim não fosse, não há dúvidas de que essas idéias estavam ou estariam sendo debatidas intensamente nos grupos. Sendo assim, parece haver uma clara indicação, respaldada também por documentos produzidos em reuniões promovidas pelo movimento de mulheres (como a Carta de Itapeçirica²⁰⁸, por exemplo) de que o PAISM, de modo geral, foi bem recebido pelas mulheres organizadas, que encamparam a luta pela sua efetiva implantação.

Irede Cardoso²⁰⁹ escreveu e a *Folha de São Paulo* publicou em 19 de setembro de 1984: "O programa de saúde que remete à questão do poder". A propósito do debate sobre o PAISM, que se verificava nos grupos organizados de mulheres, enfatizava a necessidade das feministas não perderem de vista a luta política mais ampla. Elas deveriam estar engajadas na reivindicação de um projeto político democrático para a sociedade brasileira. Fora da democracia, qualquer programa de saúde cairia

...
"nas mãos de 'autoridades' apenas interessadas no controle da natalidade, no controle da reprodução dos explorados".

Nas entrelinhas é possível perceber que a autora considerava o programa muito bem elaborado pelos especialistas, mas que isso não era garantia de sua aplicação apropriada:

²⁰⁸ Carta de Itapeçirica. In: Labra, M. E. (Org.). *Mulher, saúde e sociedade no Brasil*. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1989.

²⁰⁹ Cardoso, I. O programa de saúde que remete à questão do poder. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 19 set. 1984.

"... o fato é que sua aplicação escapa até mesmo aos que os elaboraram".

Requeria-se a vigilância das mulheres sobre qual seria a utilização política do Programa, nela embutida uma luta mais abrangente, que era justamente a da democratização de nosso país.

Em "Saúde da Mulher", publicado em 17 de outubro de 1984 pela **Folha de São Paulo**, Carmen Barroso²¹⁰ discutia qual seria o papel das oposições nos debates sobre o PAISM. Criticava a postura por elas adotada até então de questionarem as reais intenções do governo, e as pressões internacionais implícitas no sentido de se controlar a natalidade no Brasil. Admitia-se que segundas intenções deveriam mesmo existir, mas isto não diminuía a propriedade do Programa, que partia de um diagnóstico preciso da grave situação da saúde das mulheres brasileiras e propunha medidas cuja adoção eram, de fato, do interesse das mesmas. A autora acreditava ser desconfortável ter de reconhecer que um governo ao qual se contestava oferecia agora um projeto que atendia aos anseios de facções da própria oposição. Esse incômodo chegava ao ponto de fazer com que se perdesse tempo em devaneios sobre as forças ocultas atrás do Programa e não se aprofundassem discussões que poderiam, inclusive, aperfeiçoá-lo.

²¹⁰ Barroso, C. Saúde da mulher. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 17 out. 1984a.

Carmen Barroso considerava fundamental que fossem discutidos os seguintes pontos em relação ao PAISM: como haveria recursos humanos treinados, não só tecnicamente mas, principalmente, em uma nova mentalidade, para ver a mulher na perspectiva proposta pelo programa? Como garantir que as atividades educativas seriam participativas e respeitassem a experiência e desejos das mulheres enquanto indivíduos, e contribuíssem para o seu auto-conhecimento e auto-estima? Como seriam adquiridos e/ou fabricados os métodos anticoncepcionais que seriam oferecidos? Como seria feita a integração e hierarquização entre os diferentes serviços de atendimento? Como seriam supridas as deficiências da rede básica? No plano apresentado, o que seria de fato exequível naquele momento? Como seriam superados os obstáculos para a implantação do Programa? Para ela, estas questões tinham uma importante dimensão política, para cuja solução a participação e vigilância populares seriam fundamentais. À oposição caberia fomentar e agilizar esse debate.

A mesma articulista publicou na **Folha de São Paulo** de 10 de dezembro de 1984: "Saúde: o que querem as mulheres²¹¹". Referia-se à Carta de Itapeccerica, resultado do Encontro Nacional de Saúde da Mulher, acontecido em outubro daquele ano. Esse documento partia do diagnóstico de que as condições de saúde da mulher no Brasil eram escandalosas. Reinvidicava um programa integral, que

²¹¹ Barroso, C. Saúde: o que querem as mulheres. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 10 dez. 1984b.

atendesse às mulheres desde a infância até a velhice, incluindo a saúde mental e as doenças causadas pelo trabalho dentro e fora de casa. Que tivesse a preocupação de integrar prevenção e cura. Tendo em vista essas reivindicações, a Carta, que seria entregue aos Secretários de Saúde dos estados reunidos aquele dia no Rio de Janeiro, sugeria educação sexual participativa; reciclagem para o pessoal de saúde, tanto na parte técnica quanto na maneira de se relacionar com as pacientes; que os orçamentos, da União, dos estados e dos municípios, tivessem verbas específicas para os programas de saúde da mulher; e que os grupos organizados de mulheres fossem chamados a participar da elaboração, execução e fiscalização dos programas. É interessante notar que o PAISM não foi mencionado explicitamente nesse artigo, embora a Carta de Itapeverica, que motivou o escrito, tenha salientado entre os seus encaminhamentos justamente incentivar o controle popular na implantação do PAISM.

Em 3 de março de 1985 Carmen Barroso²¹² voltou a publicar artigo na *Folha de São Paulo*: "O continuísmo, a saúde e o sexo forte". Sua preocupação era com a eminente mudança de governo e o que poderia acontecer ao PAISM nessa passagem. Nesse sentido, ela advogava que, quanto ao Programa, a chamada Nova República assumisse uma postura continuísta, para que não se perdessem os avanços conquistados pelas mulheres mediante o início da

²¹² Barroso, C. O continuísmo, a saúde e o sexo forte. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 3 mar. 1985.

implantação do PAISM. Apesar de ter sido proposto pelo último governo da ditadura, o Programa era inovador e havia conquistado o respeito das oposições. Ressaltava-se, também, todo o intenso trabalho já realizado em termos de negociações políticas e obtenção de financiamento para a implantação, e que não deveria ser desperdiçado.

Nesses artigos de opinião, enfatizavam-se aspectos políticos em relação à viabilização e implantação efetivas do Programa. Parecia haver consenso de que se tratava de uma proposta inovadora, abrangente, para tratar as precárias condições de saúde das mulheres no Brasil, independente de estarem ou não no ciclo reprodutivo. O problema estava em como fazer funcionar o plano, em como ativar a vontade política do governo, de forma que houvesse recursos humanos e materiais adequados para a implementação do PAISM. Também era comum situar a discussão sobre o plano apresentado pelo último governo ditatorial em termos das lutas que se travavam naquele momento, em busca de um projeto democrático duradouro para toda a sociedade brasileira. Apesar do consenso sobre a qualidade do PAISM, esses artigos remetem a discussão para a necessidade de contextualizá-lo no embate mais amplo, que se dava no sentido de conquistar e assegurar a democracia.

Quanto às relações do PAISM com a discussão sobre planejamento familiar/controlado da natalidade, os artigos de opinião não parecem muito preocupados com elas. Parece claro para as articulistas, em especial para Carmen Barroso, que a própria inclusão das atividades de anticoncepção atendia a um anseio das mulheres brasileiras, e não tinha sido recebida por elas com desconfiança. Entretanto, não se ignorava que, certamente, poderia haver segundas intenções por trás da adoção do PAISM, mas Barroso considerava isso superável diante do conteúdo e da filosofia do Programa. Vale a pena citá-la:

" Especula-se a respeito das intenções 'reais' do governo e do papel das pressões internacionais. É bem possível que setores do governo tenham a ilusão de que a redução da fertilidade amainaria as consequências da crise econômica, e que esta tenha sido a motivação básica que os levou a apoiar a criação do programa. É também provável que esta ilusão tenha sido direta ou indiretamente alimentada por aqueles setores das forças internacionais que ainda se refugiam nestas fantasias. Mas isto é problema deles, não de quem está interessado em atender às reivindicações populares. E estas são claras, como sabe qualquer pessoa que tenha um mínimo de contato com a realidade. As mulheres estão lutando desesperadamente para controlar sua fecundidade, e o estão fazendo nas piores condições possíveis"²¹³.

Apesar de considerar que não era irrelevante o aspecto das intenções com as quais o Programa estava sendo adotado, Carmen Barroso acreditava que ele não representava perigo de coerção, de controlismo, pelas características intrínsecas do projeto proposto, que assegurava a autonomia individual na decisão sobre o número de filhos desejado.

²¹³ Barroso, C. op. cit., 1984a.

4.2. PAISM e controle da natalidade

O segundo grupo de matérias publicadas na imprensa, encontrado em nosso levantamento, era composto de artigos em que a ênfase estava em relacionar o PAISM ao debate sobre a possibilidade de se estabelecer no Brasil uma política explícita de controle da natalidade. A Folha de São Paulo publicou, em 19 de junho de 1983, matéria com o título "Saúde analisa as opções existentes"²¹⁴. O redator da notícia, vinda de Brasília, dizia que

"... no bojo do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, elaborado pelo Ministério da Saúde, o governo inseriu assistência médica para prevenir câncer, problemas ginecológicos diversos e educação pré-natal, entre outras orientações, um plano de controle da natalidade, sem a pretensão de ser uma atitude estatal imposta à população".

No restante da notícia também predominavam as referências às atividades de anticoncepção do PAISM. Há três parágrafos, como que perdidos no meio da matéria, que informavam os objetivos gerais e como deveria ser implementado o programa. Outro fato que chama atenção é que da leitura do parágrafo inicial, acima citado, fica-se com a impressão de que o PAISM teria sido elaborado pelo Ministério da Saúde e depois aproveitado pelo governo como veículo para medidas de controle da natalidade.

²¹⁴ Saúde analisa as opções existentes. Folha de São Paulo, São Paulo, 19 jun. 1983.

Em julho de 1983 foram publicadas duas notícias sobre o tema na **Folha de São Paulo**. No dia 3²¹⁵ se informava a realização de um debate, promovido pelo próprio jornal, quando seriam tratadas, por diversos médicos e especialistas, entre outras questões, as medidas práticas necessárias para se melhorar o atendimento da população feminina na rede pública de saúde, que serviços os postos de saúde deveriam prestar sistematicamente às mulheres. Destacava-se o planejamento familiar (PF) como "um dos itens mais polêmicos a serem debatidos". A propósito disso, a Dra. Elza Berquó, demógrafa de renome internacional e engajada nos movimentos de mulheres, teria advertido que "... esse é apenas um dos muitos aspectos de um efetivo trabalho em relação à saúde da mulher", e que se deveria estar pensando em algo mais geral, no caso a saúde do adulto.

A notícia " Deputada critica os programas governamentais para a mulher"²¹⁶, de 15 de julho, dava conta da realização de um seminário, na Fundação Carlos Chagas, sobre Políticas Públicas e Condição Feminina, promovido pelo UNICEF em colaboração com o Ministério do Planejamento. Naquela oportunidade falou a Deputada Ecléa Guazelli (PMDB-RS), no painel sobre Políticas de Promoção Social:

²¹⁵ Saúde da mulher reúne médicos e especialistas. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 3 jul. 1983.

²¹⁶ Deputada critica os programas governamentais para a mulher. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 14 jul. 1983.

"Todos os programas governamentais de saúde e promoção social negam à mulher a condição de ser integral, para vê-la apenas como mãe e aparelho reprodutor".

A Deputada criticou também o programa de controle da natalidade (sic) , dizendo que não se pode terminar com a pobreza eliminando os pobres. No mesmo evento, a representante do Ministério da Saúde enfatizou a necessidade de tratar a mulher integralmente, em todos os estágios de sua vida. A solução seria criar ações integradas de assistência à mulher na rede de serviços básicos de saúde.

"Um abismo a evitar"²¹⁷ foi a matéria publicada na **Revista Veja**, na edição de 16 de novembro de 1983. O artigo era introduzido com a seguinte epígrafe: " Alarmado com a idéia de virar o século com 200 milhões de habitantes, o Brasil prepara a implantação do planejamento familiar". A partir dessa contextualização, a matéria se organizava no sentido de mostrar como o Brasil se preparava para enfrentar a ameaça da explosão demográfica. Logo no início se destacava que "... o país contempla com inquietação as faíscas do curto-circuito demográfico, convencido de que é preciso evitar a explosão". Na interpretação da revista, o governo estaria pretendo fazer uma espécie de ataque "em pinça". Uma das alças seria o PAISM, identificado como um programa que traçava uma política nacional de planejamento familiar, e a outra um programa que estaria sendo gestado via estudos do Estado Maior das Forças

²¹⁷ Um abismo a evitar. **Revista Veja**, 16 de novembro de 1983.

Armadas (EMFA). Sobre o PAISM foi colocada apenas uma fala explícita, do então Ministro da Saúde, Waldyr Arcoverde, garantindo que " O programa pretende atender à mulher desde a puberdade até a terceira idade".

A matéria trazia falas diversas, em prol ou contrariamente à adoção de medidas oficiais de controle da natalidade no país. Em um dos extremos aparecia o brigadeiro Waldir Vasconcelos, então chefe do EMFA, classificando de vergonhosa a posição do Brasil no grupo dos países com taxas de crescimento populacional anual acima de 2%. Do outro lado da linha, aparecia o Partido Comunista Brasileiro sentenciando que "O melhor anticoncepcional é o desenvolvimento econômico", de maneira que não seria preciso fazer-se uma opção entre crescimento econômico e a adoção de um programa de planejamento familiar porque, conforme era possível constatar na experiência dos países mais desenvolvidos, as duas coisas se complementavam harmoniosamente. A demógrafa Elza Berquó, entretanto, pontuava que, por detrás dos projetos de planejamento familiar que estavam sendo gestados no Planalto, havia

"... um feio propósito... que os pobres tenham menos filhos".

O governo respondia, através da senadora amazonense Eunice Michillis, dizendo que, ao contrário do que se insinuava, o que se pretendia era democratizar o acesso ao planejamento familiar, até então restrito às classes média e alta, que dispunham de recursos

para pagar por serviços desse tipo. A matéria terminava evocando os exemplos da China e da Índia, onde a explosão demográfica chegara ao extremo, comportando, inclusive, programas de esterilização em massa. Essa evocação era feita no sentido de alertar para o fato de que o Brasil ainda tinha tempo para evitar uma situação semelhante.

Em 1986 foi notícia na imprensa a integração do PAISM nos programas do INAMPS. Em 27 de maio de 1986 aparecia na **Folha da Tarde** "Começa hoje atenção integral à saúde da mulher - Estão em pauta: planejamento familiar e distribuição de contraceptivos. E o Governo pede apoio da Igreja"²¹⁸. O destaque da matéria era quase todo para as atividades de planejamento familiar, apesar das ressalvas feitas pela própria Coordenadora do Programa de Planejamento Familiar do INAMPS de que "... o planejamento familiar é apenas parte de um amplo programa de atendimento clínico-ginecológico não só para as grávidas, mas também para adolescentes e idosas". Informava-se que o presidente do INAMPS teria pedido apoio à CNBB para a implantação do Programa, mas esta, até então, não se pronunciara a respeito.

²¹⁸ Começa hoje atenção integral à saúde da mulher - Estão em pauta: planejamento familiar e distribuição de contraceptivos. E o governo pede apoio da igreja. **Folha da Tarde**, São Paulo, 27 maio 1986.

A *Gazeta Mercantil* de 12 de junho de 1986 trazia a matéria "Compras para atender ao novo plano podem chegar a CZ\$ 3,5 bilhões"²¹⁹. Nesse artigo falava-se do montante de recursos que seriam necessários para a implantação do PAISM pelo INAMPS e o Ministério da Previdência e Assistência Social. As informações concentravam-se no capítulo sobre PF, na questão da demanda por anticoncepcionais, sobre a qual o Ministério não teria idéia ainda. A mesma matéria apresentava um quadro intitulado "As tentativas anteriores". Ali se falava das discussões que já tinham havido no país a respeito de implantar-se um programa oficial de PF. A primeira tentativa teria sido em 1977, pela adoção por parte do governo Geisel do Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco, a ser implantado no ano seguinte, o que, entretanto, não aconteceu. Esse Programa foi acusado de controlista, apesar das justificativas oficiais de que seu objetivo era reduzir a mortalidade materna e infantil, o que poderia, inclusive, aumentar o crescimento populacional.

"Lançado no Rio plano de saúde para a mulher"²²⁰ e "Plano pretende atender mulheres de forma global"²²¹ foram notícias

²¹⁹ Borges, C. Compras para atender ao novo plano podem chegar a CZ\$ 3,5 bilhões. *Gazeta Mercantil*, Rio de Janeiro, 12 jun. 1986.

²²⁰ Lançado no Rio plano de saúde para a mulher. *Folha da Tarde*, São Paulo, 28 maio 1986.

²²¹ Plano pretende atender as mulheres de forma global. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 28 maio 1986.

publicadas em 28 de maio de 1986 na **Folha da Tarde** e na **Folha de São Paulo**, respectivamente. O seu conteúdo era similar, informando-se que o INAMPS assinara, no dia anterior, portaria sobre o PAISM. Destacava-se o convênio firmado com a Confederação Nacional de Centros de Planejamento Familiar (CENPLAFAM), entidade ligada à CNBB. O acordo visava o treinamento de profissionais de saúde para darem orientação sobre métodos anticoncepcionais naturais. Ressalvava-se que, apesar desse convênio, o Programa também iria prescrever outros métodos, além dos naturais, mesmo não sendo aprovados pela Igreja Católica.

As duas matérias acima referidas citavam a opinião de Jacqueline Pitanguy, então presidente do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) sobre a resolução do INAMPS:

"... o Estado assume pela primeira vez a responsabilidade pelo direito à opção da maternidade".

A Deputada Ruth Escobar, presidente de honra do CNDM, dizia que se o Programa atendesse às reivindicações do Conselho, contribuiria para a redução do número de abortos provocados no país. Além do CNDM, também a Associação Paulista de Medicina apoiava o Programa, desde que ele não se resumisse apenas ao controle da natalidade.

Nesse grupo de matérias que vimos analisando, o PAISM aparecia predominantemente associado ao debate sobre a possibilidade do governo brasileiro estar pretendendo, de forma camuflada, adotar uma política de controle da natalidade. A grande maioria das matérias fazia, ou ensaiava, críticas à essa possível utilização do PAISM. Entretanto, a matéria publicada pela **Revista Veja** ao final de 1983, ao contrário das demais, assumia que o PAISM estava voltado para esse objetivo e que era pertinente, ou seja, era mesmo necessário e urgente que o governo fizesse alguma coisa para controlar o crescimento populacional.

Um exemplo das dúvidas levantadas na academia acerca dos objetivos do PAISM é o artigo publicado por Ana Maria Canesqui²²² na **Revista Saúde em Debate**, no início de 1984. A partir de uma retrospectiva histórica das políticas adotadas pelos governos brasileiros com respeito à saúde do grupo materno-infantil, a autora se propunha a situar e analisar três programas de saúde voltados para a mulher, que coexistiam naquele momento: Programa Integrado de Planejamento Familiar e Educação Primária de Saúde, apresentado pela BEMFAM em 1973; PAISM, apresentado pelo Ministério da Saúde em 1983, preparado por um grupo de trabalho com assessoria da UNICAMP; Programa de Saúde da Mulher, apresentado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em 1983. O foco da análise, declarado no texto, seria o conteúdo dos

²²² Canesqui, A.M. A saúde da mulher em debate. **Revista Saúde em Debate**, 15/16: 29-36, 1984.

três programas quanto às atividades de concepção e contracepção.

Com respeito ao PAISM, Canesqui o vê surgindo num momento de grave crise econômica na sociedade brasileira, mas em meio a um consenso de que era preciso modificar a assistência médica, torná-la mais eficaz, abrangente, nacional, hierarquizada e, conseqüentemente, menos onerosa. A autora contesta a denominação do Programa, quanto à utilização da palavra 'integral'. Embora, por um lado, se ultrapassasse o enfoque à mulher apenas no ciclo reprodutivo, por outro,

"... as ações médico-educativas propostas pelo programa atêm-se apenas à obstetrícia e à ginecologia ... sem contudo efetivamente ultrapassar outras possibilidades, no trato com a totalidade da condição feminina, que não contemplem apenas as questões relativas ao aparelho reprodutor e à sexualidade, às quais acaba por restringir-se"²²³.

A exclusão do homem do conteúdo programático do PAISM era vista pela autora em questão como indicativa do reforço ali dos valores sociais de que apenas a mulher é que deve se preocupar com a contracepção, concepção e maternidade. Do ponto de vista político, no que dizia respeito às atividades de regulação da fertilidade, Canesqui considerava que o Programa estava afinado com a posição assumida pelo Brasil em Bucareste, 1974. Nesse aspecto, representava um contraste positivo às atividades da BEMFAM e similares.

²²³ Canesqui, A. M. op. cit., p. 35.

O Programa de Saúde da Mulher, de São Paulo, era visto no artigo de Canesqui como mais avançado que o PAISM, porque estava inserido em um contexto mais amplo, de atenção à saúde do adulto. Além disso, a emergência desse projeto teria sido mais democrática que a do PAISM. O Programa de São Paulo seria resultado de propostas debatidas amplamente na campanha para o governo, em 1982, e que continuaram a ser discutidas por vários setores da sociedade após a posse do Governador Franco Montoro. O PAISM, entretanto, teria sido fruto do trabalho de apenas um grupo escolhido pelo Ministério, e a sua implantação foi imposta à sociedade, que não pode opinar a respeito.

Outro artigo que também criticava o PAISM apareceu no mesmo número da **Revista Saúde em Debate**: "Projeto de Assistência Integral à Saúde da Mulher - Algumas interrogações", assinado pelo Núcleo do CEBES²²⁴ do Distrito Federal. O foco das críticas era a questão do planejamento familiar. O texto dizia que, à primeira vista, o projeto apresentado pelo Ministério da Saúde não estava voltado para a redução da natalidade, porque estaria preocupado em atender às necessidades integrais de saúde das mulheres. Porém, o CEBES considerava que, na verdade, o que se pretendia era atender as mulheres que tivessem atividade sexual e risco de engravidar. Isto seria apontado claramente pelos próprios objetivos declarados do Projeto, voltados apenas para

²²⁴ CEBES - Bahia. Controle da natalidade: contribuição para um debate. **Revista Saúde em Debate**: 40-42, 1984.

situações relacionadas à atividade sexual, gravidez, parto, puerpério e contracepção. Além disso, o homem, que também faz parte do processo reprodutivo, só estaria sendo lembrado quando se falava da vasectomia, e apenas quando a mulher estivesse impedida de usar outras formas de aniconcepção. Assim, o Projeto também considerava que a mulher era a única responsável por regular a fertilidade.

Em face da situação exposta acima, os redatores perguntavam:

"Não estaríamos aqui diante de uma preocupação real com a redução de natalidade escamoteada por um discurso de assistência integral?"²²⁵.

Para os autores a resposta seria sim. O que estaria ocorrendo era que o Governo, exitante em assumir publicamente seu desejo de controlar a natalidade, estaria usando o Programa proposto para justificar-se.

Esses dois artigos acima mencionados evidenciam que, para os que consideravam o PAISM apenas como um disfarce adotado pelo Governo para agir sobre a fecundidade da população, as evidências disso estavam na própria forma de apresentação do Programa. Merecia destaque a contradição entre a denominação 'integral' e os objetivos explicitados no conteúdo, que estariam concentrados nos problemas de saúde decorrentes da atividade sexual e

²²⁵ CEBES - Bahia. op. cit., p.37.

reprodutiva da mulher. Para aqueles que não chegavam a tanto, ainda assim o 'integral' estava mal aplicado, porque o Programa persistia na visão, amplamente já difundida na sociedade, de que a mulher se define pela sua capacidade de reprodução.

Comparando-se o conteúdo das matérias publicadas na imprensa especializada com a não especializada, verifica-se que havia pontos de contato significativos. Primeiramente, parece que existia um consenso de que o Programa surgia em um momento de crise, econômica e política na sociedade brasileira, e vinha responder a demandas importantes na área da política da saúde. Essas demandas eram, principalmente, por uma atenção à saúde universalizada e integral, especialmente em relação às mulheres, até então tratadas apenas como reprodutoras. Por outro lado, justamente por surgir em época de crise a imprensa em geral, mais que a academia, refletia certa preocupação quanto à viabilidade da implantação do PAISM.

A opinião expressa pela academia apresentava alguns detalhes ausentes nas matérias da imprensa não especializada no que dizia respeito às propostas de universalidade e integralidade contidas no PAISM. Canesqui²²⁶, por exemplo, frisou que a exclusão do homem do Programa apresentado pelo Ministério da Saúde implicava a noção de que só a mulher era responsável pela contracepção, concepção e maternidade, e que se o Programa se pretendia integral e universal

²²⁶ Canesqui, A. M. op. cit., 1984.

deveria ser, na verdade, de atenção à saúde do adulto.

Porém, o que consideramos mais interessante na comparação das matérias publicadas na imprensa especializada com as da não especializada, foi o tratamento dado às possíveis relações do PAISM com a questão do controle da natalidade. Nos dois conjuntos de matérias apareceu com frequência a preocupação de que talvez o programa estivesse sendo usado como pretexto para que o Governo adotasse medidas de redução da natalidade no país. Pela sua própria natureza, as matérias dos jornais apresentavam maior dinamicidade em contrapor as opiniões das pessoas que achavam que o PAISM era um disfarce para medidas oficiais na área de população e as falas dos que julgavam que não. Além disso, as notícias, em geral, costumavam trazer pronunciamentos de pessoas ligadas ao Ministério da Saúde que sempre frisavam o não comprometimento do programa com as questões demográficas.

Em cada um dos dois artigos encontrados na revista **Saúde em Debate** era defendida uma das duas interpretações acerca das atividades de planejamento familiar no PAISM, acima referidas. O artigo de Canesqui²²⁷ assumiu o ponto de vista de que o PAISM não tinha intenções controlistas, mencionando, inclusive, a posição do Brasil em Bucareste (1974), mas também abriu espaço para discutir o que considerou a ênfase dada pelo Programa na atenção às mulheres

²²⁷ Canesqui, A. M. op. cit., 1984.

no período reprodutivo. Já o artigo do CEBES²²⁸ revelou uma posição mais radical, considerando o PAISM controlista, não colocando sequer a mínima dúvida acerca dessa classificação.

Uma diferença a ser ressaltada é que na imprensa especializada não apareceu a defesa da necessidade de se fazer um controle da natalidade no Brasil, enquanto isto ficou explícito na matéria publicada pela *Revista Veja*²²⁹ em 1983.

Fazendo um balanço da comparação realizada até aqui, verificamos que havia preocupações com o PAISM dentro e fora da academia. As publicações especializadas e as matérias sobre o assunto na imprensa em geral apresentavam itens recorrentes e pontos de vista que mais se aproximavam do que se distanciavam.

Outra consideração que se faz necessária acerca do tratamento recebido pelo PAISM na imprensa, especializada ou não, é que, a partir do seu lançamento, o debate acerca do crescimento populacional e das posturas que se esperavam do governo brasileiro, ou que se imaginava que ele adotaria, passou a ter esse Programa como seu ponto de referência. Por um lado, colocavam-se as falas oficiais, preocupadas em deixar clara a desvinculação do PAISM de qualquer tentativa do Governo estabelecer o controle da natalidade.

²²⁸ CEBES - Bahia. op. cit.

²²⁹ Um abismo a evitar. op. cit., 1983.

Por outro lado, os diferentes setores da sociedade manifestavam-se em relação a essas falas, aceitando-as ou delas duvidando.

Parece não restar dúvidas de que o ponto crucial do conteúdo do PAISM foi mesmo a inclusão das atividades de anticoncepção. Historicamente, como se viu no capítulo 2, fica realmente difícil desvincular totalmente o surgimento do Programa da questão populacional. Isto não significa, entretanto, que o PAISM estabeleceu qualquer política de controle da natalidade. Significa antes, a nosso ver, que a referida questão funcionou como forte motivação para que o governo brasileiro, pela primeira vez, propusesse um programa de planejamento familiar a ser subsidiado pelo Estado. Significa, também, por outro lado, que essa forte motivação da questão populacional foi intensificada pelas pressões dos movimentos sociais, especialmente das mulheres, no sentido de que o governo providenciasse um programa capaz de atender à mulher em todas as suas necessidades de saúde, inclusive na área de anticoncepção. E isto aconteceu de forma que o conteúdo total do Programa fosse recebido e percebido de modo geral, como um avanço na abordagem dada à saúde da mulher.

5. REFLEXÕES FINAIS

Em primeiro lugar, consideramos importante discutir o significado da palavra *integral* no título do Programa, porque ela é que estaria, teoricamente, expressando as diferenças de conteúdo do PAISM em relação aos outros programas de saúde voltados para a mulher. Pelo que nos foi possível investigar, essa palavra não era entendida univocamente pelos atores envolvidos na discussão e adoção do Programa. O que se pôde depreender das entrevistas de Anibal Faúndes²³⁰, Angela Bacha²³¹, Osvaldo Grassioto²³², para o grupo da UNICAMP, que concebeu originalmente o conceito de assistência integral à saúde da mulher (AISM), o *integral* estava se referindo a tratar o corpo das mulheres de forma completa, e não apenas os úteros gravídicos. Os movimentos de mulheres, aparentemente, ampliaram essa concepção, incluindo as dimensões culturais e psicossociais no atendimento.

Entretanto, no contexto das políticas de saúde pública, a palavra em questão refere-se à atenção à saúde que engloba os aspectos curativos e preventivos, que se constituiu na ênfase do

²³⁰ Faúndes, A. Entrevista concedida à autora. Campinas, 1993.

²³¹ Bacha, A. Entrevista concedida à autora. Campinas, 1993.

²³² Grassioto, O. Entrevista concedida à autora. Campinas, 1993.

movimento de reestruturação da saúde pública nos anos 80, como se verá mais à frente²³³.

Percebe-se, portanto, que havia uma diferença de perspectiva quanto ao significado da palavra *integral*, o que nos leva a pensar que havia um descompasso entre o que o grupo que escreveu a proposta pretendia e os movimentos de mulheres apoiaram e ampliaram, e o que o Ministério da Saúde tinha em mente.

A impressão que fica, e que pretendemos explorar um pouco mais adiante nestas reflexões, é que a solicitação do ministério por um programa destinado às mulheres foi aproveitada pelo grupo de redatores, e pelos que encamparam a idéia, para elaboração de uma proposta muito mais abrangente e inovadora que aquela que o Governo pretendia inicialmente. É importante deixar claro que não se está dizendo que o Governo, ingenuamente, aceitou um pacote que não encomendara. Pelo que se verá mais à frente, a proposta apresentada acabou sendo conveniente ao Governo, nas circunstâncias políticas daquele momento.

Apesar das divergências sobre o significado da palavra *integral*, o PAISM acabou por representar uma importante inversão na lógica que, desde há muito tempo, dirigiu as intervenções sobre o corpo das mulheres. A origem do conceito de AISM reforça o seu

²³³ Mercadante, O.A. Yunes, J. Chorny, A.H. Descentralización y municipalización de los servicios de salud en São Paulo, Brasil. *Bol Oficina Sanit Panam* 116(5):381-396, 1994.

caráter inovador. Este é um conceito trazido à luz e ao debate por pessoas pertencentes a um grupo que, historicamente, como se discutiu na Introdução, sempre representou um papel-chave no controle do corpo da mulher e na sua redução à matriz reprodutora da espécie. O conceito de AISM surgiu e se desenvolveu entre médicos, obstetras e ginecologistas da UNICAMP. Quando o debate a respeito dessa idéia repercutiu fora da Academia, logo se aglutinaram em torno da AISM todos quantos pretendiam que a saúde das mulheres fosse tratada como um direito inerente à cidadania.

Com respeito à origem do conceito de AISM, consideramos importante fazer duas reflexões. Primeiramente, que ele representou uma ruptura na maneira como a medicina tradicionalmente tem tratado as mulheres. E essa ruptura é bem pontual, específica mesmo, de sorte que hoje, cerca de quinze anos depois das primeiras discussões internas na UNICAMP, aparentemente não se têm dúvidas em apontar o grupo de médicos de Campinas como os pais da idéia. Consequentemente, um caminho frutífero para se investigar esse assunto seria estudar a história de vida dos membros desse grupo, pelo menos de seus líderes, e a história do grupo em si, o que não foi feito nesta dissertação porque fugia aos objetivos propostos para a pesquisa. Entretanto, consideramos importante enfatizar que acreditamos que o conceito de AISM tenha suas raízes na trajetória pessoal desses médicos e na sua interação enquanto grupo de trabalho. Ou seja, nas suas histórias de vida estariam os fatores

que os fizeram subverter a lógica de seu próprio saber em relação às mulheres, criando uma nova abordagem de sua saúde.

Um segundo ponto a ser colocado quanto à origem do conceito de AISM é o peso que ela teve para sua aceitação pública. Como vimos no Capítulo 2, o processo de medicalização da sociedade brasileira resultou em poder e legitimidade para o discurso médico, especialmente em relação às mulheres. Tradicionalmente, esse discurso teve influência marcante na subordinação das mulheres e na redução de seu corpo às funções de reprodução. Na história do PAISM, entretanto, esse poder médico acabou ficando a serviço da desconstrução da mulher-mãe enquanto objeto das políticas de saúde. Foi de um grupo de médicos que partiu a proposta, que se tornou oficial, de um novo enfoque sobre a saúde das mulheres, e a eles se aliaram os movimentos de mulheres em suas reivindicações nessa área. É claro que não estamos nos referindo aqui a uma suposta classe médica, monolítica e coesa, mas queremos salientar que foi entre aqueles cujo discurso tem sido usado costumeiramente para legitimar as políticas de saúde voltadas apenas a controlar a reprodução no corpo feminino, que se levantou essa bandeira da AISM. Sendo assim, aquela legitimidade atribuída ao discurso médico foi revertida a favor dos interesses das mulheres. Essa contradição, inclusive, implicou reação entre os próprios médicos, acostumados, quiçá, a estarem do outro lado.

Entretanto, não se pode deixar de notar aqui que, apesar da ruptura que o conceito de AISM representou, ele ainda trouxe, implícita, a idéia de que os médicos têm autoridade para decidir que problemas de saúde das mulheres são significativos e precisam ser tratados, em comparação com outros de importância secundária (ver capítulo 3.1). Talvez, justamente por isso, a origem do conceito tenha favorecido a sua aceitação e transformação em política pública de saúde, porque se tratavam de medidas com o aval de um discurso ao qual se costuma atribuir legitimidade social para tratar de assuntos como esses (ver Introdução e Capítulo 2).

Também a propósito do que se vem discutindo até aqui, é possível retomar o pensamento de Mary Douglas²³⁰ sobre o simbolismo corporal, e inquirir sobre o que o conceito de AISM expressa acerca do corpo das mulheres. Pelo que se viu, podemos pensar que o referido conceito redimensiona o significado do corpo feminino no contexto social, expressando a mudança de posição das mulheres. Ao situar a reprodução como uma entre outras funções do corpo feminino, e não mais a função por excelência, o conceito de AISM reflete a nova posição que as mulheres vinham tentando conquistar na sociedade brasileira dos anos 80: de cidadãs e não mais apenas de parideiras.

²³⁰ Douglas, M. **Símbolos naturales - exploraciones en cosmología**. Madrid: Alianza Editorial, 1978.

Quanto ao significado do PAISM como política pública, podemos dizer, primeiramente, que ele constituiu um dos primeiros frutos, enquanto programa oficial, das propostas de mudanças no setor da saúde, que vinham despontando durante os anos 70. Essas propostas detonaram um processo de transformação do sistema de saúde, iniciado com o lançamento, em 1982, do Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), e que culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, que contou com expressiva participação da sociedade civil. Dessa conferência surgiram as diretrizes para o sistema de saúde, que originaram o capítulo sobre seguridade social e saúde na nova Constituição Federal de 1988, a partir da qual se organizou o Sistema Único de Saúde (SUS).

Para Mercadante e colaboradores²³¹, o lançamento das AIS representou o reconhecimento por parte da Previdência Social de que era preciso ampliar a cobertura da assistência à saúde da população pelo fortalecimento dos serviços básicos de saúde pública. O desdobramento dessa idéia resultou em um dos princípios fundamentais do SUS, que é o reconhecimento do direito à saúde como um dos direitos sociais, um direito universal, sem divisões entre filiados e não filiados a qualquer sistema assistencial. Ao lado de seu caráter universal, a atenção à saúde, nos termos dessa nova proposta, deve ser integral:

²³¹ Mercadante, O. A. Yunes, J. Chorny, A. H. Descentralización y municipalización de los servicios de salud en São Paulo, Brasil. *Bol Oficina Sanit Panam* 116 (5): 381-396, 1994.

"... dando prioridade às atividades preventivas sem que isto signifique adiar as assistenciais. Para conseguir esse resultado, integram-se atividades preventivas e curativas em uma mesma estrutura de organização de serviços"²³².

Percebe-se, portanto, como o PAISM antecipou essas características que seriam propostas em 1986, na VIII Conferência, materializando o novo modelo de atenção à saúde. As suas **Bases de Ação Programática**²³³ contêm os dois princípios, da universalidade e da integralidade, e o Ministério da Saúde propôs a sua implantação inicial justamente nos locais em que as AIS já estivessem em andamento, consolidando assim a tendência de mudança nas políticas públicas da área da saúde, que seria oficializada na Constituição de 1988.

Por outro lado, o PAISM foi a culminação de um processo de mudanças no enfoque dos programas de saúde pública sobre as mulheres. Os primeiros sinais das referidas mudanças podem ser identificados no conteúdo explícito e implícito do Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR)²³⁴, lançado em 1978. Apesar de sua denominação, esse programa continha um avanço

²³² Mercadante, O. A. op. cit., p. 385.

²³³ Brasil, Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de ação programática**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

²³⁴ DINSAMI. **Programa de Prevenção da Gravidez de Alto-Risco**. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Normas para a identificação e controle dos riscos reprodutivos, obstétrico e da infertilidade no Programa de Saúde Materno-Infantil. Brasília, Ministério da Saúde, 1978.

importante na maneira de tratar a função reprodutora da mulher, porque propunha a integração das atividades de planejamento familiar à assistência global ao grupo materno-infantil. Isso, embora não representasse ainda uma inversão completa na lógica desse tipo de programa, abria caminho para se entender a reprodução como apenas uma parte das necessidades femininas a serem atendidas e, o mais importante, salientava que a atenção à reprodução não poderia ser um fim em si mesmo. A forte reação da BEMFAM contra o PPGAR indica que esta interpretação é provavelmente correta.

De fato, o controle da reprodução foi o alvo constante desde o primeiro decreto voltado à preservação da saúde das mulheres no Brasil, datado de 1917 e em forma de dispositivo trabalhista. As diferentes leis e decretos desde então embutiam a intenção de controle sobre o corpo das mulheres. Esse controle pretende ser exercido de diferentes formas em diversas áreas da vida social, via instituições ou não. A família e o Estado têm desempenhado um papel constante nesse processo de controle, mas não são os únicos meios pelo quais ele se efetiva. Por exemplo, como foi visto no Capítulo 2, o discurso médico, desde o século passado, passou a ser uma das principais armas nessa batalha de subjugação das mulheres aos chamados interesses sociais. Por outro lado, apesar do aparato de que dispõe para exercer esse controle, o Estado, várias vezes, tem sido enfrentado e vencido pelas mulheres que desejam afirmarem-se

como cidadãos do Direito. Foi assim nas lutas sufragistas e também na adoção do PAISM, como se verá mais à frente.

Nesse contexto de controle, à medida que percorremos as leis, decretos e programas que têm abordado a saúde das mulheres, identificamos ali sempre presente a preocupação de preservar a mãe para preservar os filhos. De forma indireta, podemos observar, como Turner²³⁵, que o principal foco na abordagem da saúde das mulheres acabava se traduzindo mesmo em formas de controle da sua sexualidade enquanto veículo da reprodução.

Até o final da década de 60, a ênfase em relação ao controle da função reprodutiva das mulheres estava em garantir que a reprodução fosse sadia, produzindo gerações capazes de promover a ordem e o progresso nacionais. Nos anos 70, o foco sobre a mulher-mãe foi se deslocando no sentido de garantir a qualidade da reprodução através do controle sobre a sua quantidade. Essa mudança de enfoque teve, como se viu, raízes em fenômenos sociais de amplitude mundial, uma vez que a preocupação com uma possível explosão demográfica no Terceiro Mundo veio crescendo desde os primeiros anos da década de 60, culminando com a Conferência de Bucareste, em 1974.

²³⁵ Turner, B. S. **The body and society - exploration in social theory.** Oxford: Brasil, Blackwell, 1984.

Nesse contexto, o Brasil, politicamente inserido na ordem mundial no grupo dos chamados países em desenvolvimento, viu-se pressionado, nos anos 70, a lançar mão de disciplina corporal²³⁶ que produzisse o efeito social desejado de controlar sua população no espaço²³⁷. Internamente, entretanto, à medida que se aproximavam os anos 80, o país passava por um momento delicado, de liberalização e esgotamento do regime militar. Nos espaços que se abriam, como se viu, emergiram com força as ações dos movimentos sociais, reivindicando, entre outras coisas, uma atenção digna, integral e universal, à saúde dos cidadãos brasileiros. Ao mesmo tempo, desde os meados da década de 70, os movimentos de mulheres começaram a ganhar força, amparados pela ênfase mundial sobre as questões femininas, que veio, em grande parte, como decorrência da decretação, pela Organização das Nações Unidas (ONU), da Década da Mulher (1975-1985).

Para efeito de análise, então, podemos situar o surgimento do PAISM em meio a essas três forças que, no início da década de 80, alcançaram uma significativa expressão política: as pressões internacionais para que os países em desenvolvimento controlassem o crescimento populacional; as pressões internas dos movimentos sociais por mudanças na política de saúde; e as pressões dos

²³⁶ Foucault, M. **História da sexualidade I - a vontade de saber**. Tradução por Maria Thereza da C. Albuquerque & J. A. Guilhaon Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1980. Foucault, M. **Microfísica do poder**. Tradução por Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

²³⁷ Turner, B. S. op. cit., 1984.

movimentos de mulheres no sentido de que elas fossem tratadas como cidadãs, na plenitude de seus direitos, o que incluía a atenção à sua saúde como um todo, e não apenas como mães em potencial.

É dessa confluência que emergiu a proposta do PAISM, de atenção integral à saúde da mulher e em que, pela primeira vez, de forma explícita, o governo brasileiro assumiu para si a responsabilidade de oferecer à população um programa de planejamento familiar. A filosofia desse programa, como se viu, propunha a inversão da lógica dos programas de saúde materno-infantil, porque nele a saúde das mulheres foi colocada como fim e não como meio. Propôs-se atender a mulher independentemente dela estar na fase reprodutiva de sua vida.

A inserção das atividades de anticoncepção, pelo contexto em que o programa surgiu, levantou a suspeita, na sociedade em geral, dentro e fora da Academia, de que o governo teria, na verdade, a intenção de promover o controle da natalidade, mas que, pelas pressões internas, optou por ocultá-las através de um programa cuja proposta inovadora pudesse dissimulá-la. Essa suspeita foi rebatida com veemência pelo Ministério da Saúde, mas não apenas por ele. A propósito disto, é importante dar voz àqueles que foram responsáveis diretos pelo conteúdo do programa. Em trabalho publicado em 1992, a Dra. Ana Maria Costa, uma das elaboradoras do programa, escreveu:

" O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher surge em 1983, representando uma esperança de resposta ao dramático quadro epidemiológico da população feminina.

Neste sentido grandes esforços foram empreendidos pelos movimentos sociais, particularmente o de mulheres, visando a implantação daquela prática assistencial, convencidos de que aquele modelo assistencial proposto pelo PAISM, é capaz de atender às necessidades globais da saúde da mulher"²³⁸.

Nesse mesmo sentido, pronunciou-se, em entrevista pessoal à autora, outro dos elaboradores do PAISM, o Dr. Anibal Faúndes²³⁹, do grupo da UNICAMP. Para ele, essas suspeitas sobre as possíveis intenções encobertas do programa revelavam, da parte dos que as levantavam, uma escandalosa ignorância acerca da situação da saúde das mulheres brasileiras no momento em que o PAISM foi lançado. Segundo o Dr. Faúndes, especificamente em relação à anticoncepção, naquela época já estava constatada a inadequação do uso de pílulas, utilizadas por um grande número de mulheres, compradas livremente nas farmácias ou distribuídas indiscriminadamente por entidades como a BEMFAM; também já se alertava sobre a progressão perversa da prevalência da ligadura tubária. Entretanto, justamente quando se propôs a ampliação das opções anticoncepcionais para evitar essas distorções, e a colocação das atividades de contracepção no contexto de uma atenção integral à saúde das mulheres, e sob supervisão do Ministério da Saúde, é que se levantaram suspeitas de que se pretendia controlar a natalidade no país.

²³⁸ Costa, A. M. O PAISM: uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada. São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução, 1992, p.1.

²³⁹ Faúndes, A. Entrevista Pessoal. Campinas, 1994.

Por tudo que se conseguiu investigar com esta pesquisa, ao contrário das suspeitas levantadas sobre possíveis intenções controlistas do PAISM, parece-nos mais próximo da realidade entendê-lo como a alternativa que o governo brasileiro encontrou para administrar e manter sob controle as pressões externas e internas, aqui já mencionadas, presentes no momento em que o programa foi lançado. Caso propusesse uma política de controle da natalidade, naquele momento de efervescência política, a oposição a essa política criaria ainda mais problemas para o regime que já se preparava para abandonar o cenário. Ao contrário, ao lançar o PAISM, o governo respondeu às pressões externas por controle da natalidade com um programa que preservava a sua posição oficial no cenário internacional, defendida em Bucareste, 1974. Ao mesmo tempo, o governo conseguiu surpreender até seus opositores que, em grande medida, foram obrigados a reconhecer os méritos da proposta.

É importante lembrar aqui as considerações que iniciaram estas reflexões, para que fique claro que, em nossa interpretação, o que o Governo tinha em mente ao encomendar um programa de saúde para as mulheres não era o que acabou aparecendo como versão final. Mas, por uma conveniência política daquele momento, a proposta apresentada foi acatada como a melhor solução para administrar as pressões aqui já mencionadas.

Por outro lado, retornando às proposições de Mary Douglas²⁴⁰ sobre o simbolismo corporal, é possível conjecturar sobre o que o governo brasileiro quis dizer quando transformou o conceito de AISM em um programa oficial de saúde pública, promovendo uma nova intervenção sobre o corpo das mulheres. Tendo em vista o fato marcante da adoção do PAISM constituir-se na primeira vez que o governo brasileiro assumiu explícita e publicamente sua responsabilidade como provedor de atividades de planejamento familiar, pode-se pensar que essa intervenção, proposta pelo Programa, constituiu-se em uma metáfora. Ou seja, ela continha mensagens além das que se podiam ler diretamente no texto do PAISM. Uma dessas mensagens dizia respeito ao controle do crescimento populacional. O governo sentia-se impelido a tomar alguma medida nessa área mas, pelas circunstâncias políticas, acima discutidas, reconhecia que não podia usar qualquer recurso coercitivo. Sendo assim, elegeu o corpo das mulheres como sendo ainda o melhor instrumento para o controle necessário, utilizando-o, entretanto, de forma diferente das empregadas anteriormente nos programas de saúde materno-infantil, incorporando as reivindicações dos movimentos de mulheres.

Paralelamente, a adoção desse programa explicitou que, mesmo em governos não democráticos há espaços e ocasiões para conquistas que, aparentemente, contrariam a filosofia de ação desses governos.

²⁴⁰ Douglas, M. Op. cit., 1978.

Recorrendo à análise feita por Merhy²⁴¹, podemos pensar que o Estado desenvolve padrões de seletividade que possibilitam que um determinado conjunto de interesses, ou de formulações, consiga penetrar nas esferas de decisão das políticas sociais, pressionando a seu favor a decisão sobre o que deve e o que não deve ser objeto de políticas públicas. Merhy entende esses padrões de seletividade como mecanismos tais como arenas de decisão, atores formuladores, questões a serem tratadas ou excluídas das agendas dos governos, que vão sendo alterados pela ampliação dos direitos sociais e políticos, permitindo, em alguns momentos, a incorporação de interesses que, pelo menos aparentemente, responderiam a necessidades de grupos socialmente subalternos.

Nesse sentido, O PAISM pode ser visto como uma conquista de todos os que lutavam por melhor atenção à saúde das mulheres, facilitada e alimentada pela confluência das três pressões referidas acima. Segundo Alvarez²⁴², a proposta do PAISM constituiu-se em uma oportunidade pouco usual de acesso, através do qual os movimentos de mulheres puderam influenciar o aparato estatal autoritário. Essa possibilidade concretizou-se primeiramente porque a equipe convocada pelo Ministério da Saúde para elaborar o programa era composta de profissionais

²⁴¹ Merhy, E. E. *A saúde pública como política. Um estudo de formuladores de políticas.* São Paulo: Hucitec, 1992.

²⁴² Alvarez, S.E. *Engendering democracy in Brazil. Women's movement in transition politics.* New Jersey: Princeton University Press, 1990.

identificados com as reivindicações das mulheres, e foram capazes de sustentar nas concepções doutrinárias do PAISM a defesa dos direitos reprodutivos das mulheres, confrontando-se com outras facções da sociedade que, quiçá, pretenderam usar o programa para impor o controle da natalidade.

Porém, o PAISM, além de ser analisado do ponto de vista das forças políticas que atuaram para que ele surgisse, pode ser visto a partir de uma perspectiva de gênero. Adotando-se aqui a definição de Joan Scott (1990), consideramos que:

" O gênero é um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos e... é um primeiro modo de dar significado às relações de poder"²⁴³.

Nessa perspectiva, seguindo a linha do pensamento de Scott, podemos olhar para a história do PAISM, enquanto uma intervenção sobre o corpo das mulheres, nas circunstâncias já discutidas aqui, e pensar em que medida as diferenças percebidas entre os sexos alimentaram a construção dessa nova proposta de abordagem à saúde da mulher. Nesse sentido, nos permitimos algumas considerações sobre que relações podem haver entre a proposição de um programa governamental, o PAISM, e o poder de Estado no Brasil. Além disso, podemos pensar sobre que relações podem ser identificadas entre a

²⁴³ Scott, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade* 16(2): 5-22, 1990, p.14.

proposição desse programa e as relações de poder em nossa sociedade.

Ainda recorrendo a Scott (1990), consideramos importante, para tentar falar dessas relações, pontuar que, historicamente, pode ser identificado um nexo entre regimes autoritários e controle das mulheres. Segundo a autora em questão, nesses governos se intensificariam as medidas restritivas sobre as mulheres, ao mesmo tempo que existiria a tendência a identificar-se o masculino com a dominação, a força, a autoridade central e o poder soberano, enquanto os subversivos, os inimigos, e a fraqueza seriam identificados com o feminino. Identificando o feminino à fraqueza, coloca-se a necessidade de proteger as mulheres. Essas tendências devem ser entendidas, segundo Scott, como estando

"... integradas numa análise da construção e consolidação do poder"²⁴⁴.

Entretanto, os governos democráticos do século XX também construíram suas ideologias políticas a partir de conceitos generificados, que foram traduzidos em políticas concretas. Por exemplo, o Estado-providência demonstrou seu paternalismo através de leis dirigidas para mulheres e crianças²⁴⁵. Essa tendência paternalista, inclusive, pode ser identificada em muitas

²⁴⁴ Scott, J. op. cit. p. 17.

²⁴⁵ Scott. J. op. cit.

justificativas para a adoção de medidas de proteção à saúde materno-infantil no Brasil, como se viu no Capítulo 2.

Mas o PAISM pode ser colocado no mesmo plano dessas chamadas medidas paternalistas, uma vez que ele propõe inverter a lógica da atenção à saúde das mulheres? Será que ao não se dirigir prioritariamente à mulher-mãe esse programa ainda tinha motivações paternalistas? Voltando ao documento **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**, com o qual o Ministério da Saúde lançou o PAISM, encontramos a justificativa para a sua criação, do ponto de vista da política de saúde que o governo de então procurava implementar:

" Na política de ação adotada pelo setor saúde, no atual governo, tem-se buscado a geração de métodos e processos de trabalho mais criativos e realistas, contemplando uma melhor utilização dos recursos disponíveis para o atendimento das necessidades mais essenciais.

.....
Nessa perspectiva, propõe-se realizar novos investimentos, destinados a dotar de capacidade resolutiva a rede básica de serviços de saúde (ainda uma presença simbólica em inúmeros municípios brasileiros), **concentrando esforços nos problemas de maior significação sócio-sanitária e que incidem, principalmente, sobre o grupo materno-infantil**"²⁴⁶.

Observa-se, então, que o PAISM foi proposto tendo em vista a identificação de problemas significativos, em nível de saúde pública, no grupo materno-infantil. É interessante pontuar aqui

²⁴⁶ Brasil. op. cit., 1984, p. 5.

que, segundo o Dr. Osvaldo Grassioto²⁴⁷, a denominação do programa, antes do seu lançamento público, oscilou em alguns momentos, ora incluindo ora retirando a assistência à criança. Inclusive, o pedido de financiamento ao FNUAP denominava o projeto como Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança. Conforme o Dr. Grassioto, a equipe que preparou o PAISM foi que insistiu junto ao Ministério da Saúde para que o programa se restringisse apenas à mulher, incluindo no item sobre assistência ao parto e ao puerpério apenas orientações sobre o aleitamento materno no pós-parto imediato²⁴⁸.

É possível inferir, portanto, que para o Ministério da Saúde a motivação para apresentar o PAISM, do ponto de vista das políticas públicas, foi uma preocupação explicitamente direcionada ao grupo materno-infantil. Entretanto, de alguma forma, essa preocupação foi moldada no conteúdo do programa, de maneira que a proposta finalmente apresentada procurava se desvincular da ênfase sobre a mulher-mãe.

Ora, se fizermos a contraposição com o fato de que não existiu, na mesma época, qualquer iniciativa para melhorar as condições de saúde dos homens em especial, não podemos deixar de pensar que o PAISM, apesar de um conteúdo inovador, foi motivado, em parte, por antigas e tradicionais preocupações em se proteger

²⁴⁷ Grassioto, O. Entrevista Pessoal. Campinas, 1994.

²⁴⁸ Brasil. op. cit., 1984, p. 20.

especialmente mulheres e crianças. Nesse sentido, enquanto política governamental, poderíamos concordar com Joan Scott quando ela diz que

" Frequentemente a ênfase posta sobre o gênero não é explícita, mas ele não deixa de ser uma dimensão decisiva da organização da igualdade e da desigualdade".²⁴⁹

Aplicando essa proposição de Joan Scott, pode-se entender o PAISM como a expressão que o Estado brasileiro deu ao reconhecimento de que, por serem inferiores no exercício da cidadania, as mulheres precisavam de um mecanismo especialmente destinado a defender o seu direito à saúde. Porém, olhando atentamente para o conteúdo do programa, não podemos deixar de considerar entre as possíveis intenções de seus criadores a contemplação da especificidade para superação da desigualdade. Ou seja, é possível pensar que, ao dirigir-se especial e unicamente às mulheres, o PAISM tenha sido pensado para dar condições de igualdade às mulheres enquanto cidadãs que precisavam ser atendidas em necessidades de saúde específicas. Essa consideração, entretanto, recoloca a questão das diferenças biológicas entre mulheres e homens e, em última análise, recoloca a discussão sobre a dicotomia mulher-natureza/homem-cultura, questionada com veemência pelas feministas.

²⁴⁹ Scott, J. op. cit., 1990, p.16.

Sandra Harding²⁵⁰ considera que, apesar desse questionamento das feministas, a dicotomia acima referida acaba sempre se apresentando quando se discute o pensamento sobre gênero, sexo ou sobre o sistema gênero/sexo. Em estudos que abordam esses temas, acaba-se por reconhecer que essa dicotomia estrutura a política pública, as práticas sociais institucionais e individuais, e a própria organização das disciplinas em ciências sociais e naturais.

Olhando por esse prisma, poderíamos pensar que o PAISM aborda a saúde das mulheres unicamente pelo viés do sexo, afirmando o seu corpo como diferente dos homens e, por isso mesmo, necessitado de uma atenção diferenciada. Reafirmaria, portanto, a desigualdade. Essa interpretação apoiaria uma das críticas feitas ao PAISM por ocasião de seu lançamento, de que, apesar de sua denominação incluir a palavra integral e do discurso de seus criadores afirmá-lo como uma preocupação com a saúde das mulheres em geral, o programa enfatizava o cuidado com a reprodução. Essa crítica foi feita, por exemplo, por Ana Maria Canesqui. Ela considerou que:

" As ações médico-educativas propostas pelo programa atêm-se apenas à obstetrícia e à ginecologia. Transborda a visão de assistência integral à mulher, afeita ao ciclo reprodutivo e fora deste, sem contudo efetivamente ultrapassar outras possibilidades, no trato com a totalidade da condição feminina, que não contemplem apenas as questões relativas ao aparelho reprodutor e à sexualidade, às quais acaba por restringir-se"²⁵¹.

²⁵⁰ Harding, S. A instabilidade das categorias analíticas na teoria feminista. *Estudos Feministas* 1: 7-31, 1993.

²⁵¹ Canesqui, A. M. A saúde da mulher em debate. *Revista Saúde em Debate* 15/16: 29-36, 1984, p. 35.

Entretanto, essa crítica de Canesqui pode ser rebatida pelo pensamento de Einsentein²⁵². Essa autora propõe-se estudar as chamadas leis liberais praticadas nas sociedades ocidentais industriais, enfocando as relações entre os símbolos, a linguagem, o poder e as diferenças de sexo e de gênero, e a igualdade sexual. Neste contexto, fala das diferenças entre os corpos de homens e mulheres, abordando questões de gênero em relação às leis que protegem as mulheres grávidas. Quanto às referidas diferenças, essa autora as situa como parte da construção social dos corpos. Considera que elas costumam ser evocadas quando se pretende colocar as mulheres em posição de desigualdade frente aos homens, salientando-se o que falta a elas em relação ao padrão - eles. Para afirmar-se a igualdade entre homens e mulheres costuma-se assumir que ambos têm corpos iguais. Para essa autora, essas duas colocações não admitem ver as mulheres como sendo o feminino-biológico, um ser cujo sexo pode ser biologicamente categorizado; e o feminino-gênero, um indivíduo que pode ser socialmente categorizado.

Einsenstein aponta que o corpo das mulheres, apesar de ser uma entidade biológica engendrada através da linguagem, que o diferencia do corpo dos homens,

²⁵² Einsenstein, Z. R. The female body and law. Berkeley: University of California Press, 1988.

"... é também único e particular em termos da sua capacidade de reproduzir-se sexualmente"²⁵³.

Sendo assim, essa autora considera impróprio situar a idade da mulher reproduzir-se como uma diferença em relação aos homens porque, ao estabelecer-se essa comparação, situa-se mais vez o homem como padrão e, portanto, coloca-se a mulher em igualdade frente a ele. Para situar a mulher em posição de igualdade, a possibilidade de reprodução deve ser tratada à parte, característica específica, exclusiva, das mulheres.

Interpretando o PAISM com esse instrumental teórico, podemos vê-lo como um grande passo no sentido de reconhecer a especificidade do corpo das mulheres e tratá-las dignamente. Ao contrário do que pensou Canesqui²⁵⁴, o conteúdo do PAISM parece realmente atribuir às mulheres uma posição de igualdade na sociedade brasileira, porque as está reconhecendo como alvo de uma política de saúde exclusiva que lhes garanta o atendimento à sua especificidade. O Estado reconhece, pela adoção do programa, que as mulheres exercerem com dignidade o seu direito à saúde, e não devam ver contempladas suas especificidades biológicas.

Além disso, é preciso considerar que, enquanto política de saúde, o fato de se dirigir um programa especificamente às mulheres também está relacionado a questões estratégicas.

²⁵³ Einsenstein, Z. R. op. cit., p. 79.

²⁵⁴ Canesqui, A. M. op. cit., 1984.

Geralmente são as mulheres as mais acessíveis e as que melhor respondem a quaisquer iniciativas na área de saúde, porque são elas também que mais frequentam os serviços, na maioria das vezes para procurar atendimento para os filhos. Queiroz, por exemplo, concluiu, em um estudo sobre concepções e práticas em relação à saúde e à doença, que:

"... a mulher percebe, muito mais do que o homem, sintomas de doenças, assim como procura mais intensamente por soluções dentro ou fora do âmbito da medicina oficial, tanto para ela como para seus filhos. Portanto, o contato que a mulher mantém com os agentes tanto da medicina oficial...como da medicina popular religiosa... é muito mais frequente do que o que ocorre com o homem..."²⁵⁵.

Levando em conta essas considerações, o fato do governo dirigir um programa específico às mulheres também pode ser visto em termos de uma estratégia comumente adotada para alcançar as famílias em geral. Entretanto, é preciso frisar que essa estratégia pode dar resultados em relação a alguns itens de saúde, mas não em outros. Um exemplo significativo dessa situação é, quiçá, o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), em que é comum a mulher apresentar episódios constantes de DSTs, não havendo cura porque seu parceiro não é tratado. E ele não é tratado porque se recusa a tomar os medicamentos prescritos e/ou ir ao médico ou, infelizmente, porque talvez em alguns serviços esqueçam-se dele e, efetivamente, tratem apenas a mulher.

²⁵⁵ Queiroz, M. S. Representações sobre saúde e doença. Agentes de cura e pacientes no contexto de SUDS. Campinas, UNICAMP, 1991, p. 34.

Finalizando, cabem algumas palavras sobre o desenvolvimento e a implementação do PAISM. Consideramos reveladoras as estatísticas sobre o ritmo da implantação do programa nestes dez anos desde o seu lançamento. Esses números apontam a morosidade, o descompasso entre a discussão, o planejamento e as medidas práticas, o que traduz a falta de compromisso político para com a implantação do PAISM. Podem também indicar um hiato entre o discurso e a prática. Neste sentido é importante lembrar que o programa foi adotado pelo governo como a melhor alternativa para administrar as pressões do momento nessa área. Sendo assim, não é difícil imaginar o descompasso entre a proposta e as condições objetivas para executá-la. Mas, além disso, e o que consideramos mais significativo, é preciso pensar na distância que havia, no momento de lançamento do PAISM, entre a doutrina da AISM e a filosofia seguida há tanto tempo pelos serviços de saúde que atendem as mulheres.

Um exemplo desse descompasso entre as propostas do PAISM e a preparação do pessoal para sua execução pode ser encontrado em documentos do próprio Ministério da Saúde. No I Plano de Desenvolvimento do Setor Saúde da Nova República (1986-1989) falava-se em PAISM como se fosse sinônimo de proteção materno-infantil. O novo governo propunha-se empenhar na

"... promoção das ações de proteção à saúde da criança e da mulher, sem qualquer tipo de indução de medidas de alcance coletivo que visem ao controle do crescimento demográfico"

"...implementação do programa de assistência integral à saúde da mulher e da criança em toda a sua plenitude..."²⁵⁶

Os profissionais da área, em sua maioria, certamente não estavam sintonizados com a AISM e, como eles são os executores diretos do programa, pode-se imaginar as dificuldades criadas por esse despreparo. Aliás, como se viu no Capítulo 3, o treinamento dessas pessoas foi uma das principais preocupações dos elaboradores do PAISM, de maneira que a maior parte da verba conseguida junto ao FNUAP para financiar o PAISM foi utilizada na formação de pessoal, em todos os níveis, para atuar na execução do programa.

Em relação ao preparo do pessoal que deve executar o Programa, um dos grandes entraves ao desenvolvimento do PAISM, e que foi citado em entrevista pessoal pelo Dr. Osvaldo Grassioto²⁵⁷, um dos elaboradores do programa, e pela Dra. Angela Bacha²⁵⁸, coordenadora do PAISM no Estado de São Paulo entre 1986-1991, tem sido a alta rotatividade dos profissionais da saúde. Pela defasagem progressiva dos salários nessa área dos serviços públicos, especialmente a partir de 1990, os profissionais têm deixado seus postos para

²⁵⁶ Brasil, Ministério da Saúde. I Plano de Desenvolvimento do Setor Saúde da Nova República - 1986-1989. Brasília, 1986, p. 18, 26.

²⁵⁷ Grassioto, O. Entrevista Pessoal. Campinas, 1994.

²⁵⁸ Bacha, A. Entrevista Pessoal. Campinas, 1993.

procurarem melhores oportunidades no setor privado, e os substitutos não estão, e nem têm sido preparados para estar, devidamente sensibilizados para se comprometerem com as idéias do Programa. Pelo que se tem relatado sobre o desenvolvimento do PAISM, percebe-se que, em grande parte, ele tem sido vivenciado, no dia-a-dia dos serviços de saúde, como um novo discurso não frequentemente acompanhado da prática correspondente²⁵⁹.

Por outro lado, não podemos analisar a não implantação plena do PAISM de forma isolada e exclusiva. É preciso situar a inoperância do Programa no caos de todo o sistema público de saúde, que tem sido debatido exaustivamente nestes dias. A saúde das mulheres não é bem tratada, da mesma maneira que a saúde das crianças, dos homens, da população em geral, não recebe a atenção necessária nos serviços públicos.

Embora a Constituição de 1988 tenha estabelecido o SUS, ele não conseguiu firmar-se em termos de resultados positivos e visíveis para a população em geral. A deterioração dos serviços públicos de saúde foi generalizada nos anos que se seguiram ao lançamento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. No entanto, as concepções em que o Programa se sustenta sobreviveram e ganharam expressão internacional. O PAISM já incorporava, em 1983, a visão abrangente e integral de saúde

²⁵⁹ Vieira, E.M. **Prática Médica e corpo feminino**. Dissertação de Mestrado. Depto. Med. Preventiva - USP. São Paulo, Mimeo, 1990.

reprodutiva estabelecida pela OMS em 1988 e ampliada na Conferência Mundial de População do Cairo, em 1994²⁶⁰. Sendo assim, por sua força conceitual o PAISM não deveria ser abandonado. Ao contrário, acreditamos que o governo e a sociedade em geral, e as mulheres em especial, devem continuar empenhados em sua recuperação e implantação.

²⁶⁰ Berquó, E. Saúde sexual e reprodutiva de quarentena até o Cairo. Apresentado na Conferência Internacional sobre população e desenvolvimento. Brasília, 6-7 de junho de 1994.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarez, S.E. Engendering democracy in Brazil. Women's movement in transition politics. New Jersey: Princeton University Press, 1990.
- Alves, B.M. & Pitanguy, J. O que é feminismo. São Paulo, Brasiliense, 1985.
- Arcoverde, W. Discurso proferido na Conferência Internacional sobre População. Cidade do México, 6 a 13 de agosto de 1984.
- Assistência integral à saúde da mulher. Seminário realizado a pedido do Ministério da Saúde para debater o PAISM. Campinas, Mimeo, 1983.
- Bacha, A. Entrevista concedida à autora. Campinas, 1993.
- Banco Mundial. Brasil - Saúde reprodutiva da mulher. Relatório nº 8215-BR. Divisão de Recursos Humanos, Departamento I, Região da América Latina e Caribe. s.l.p., 1992.
- Barroso, C. Mulher, sociedade e estado no Brasil. São Paulo: Unicef/Brasiliense, 1982.

- Barroso, C. Saúde da Mulher. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 17 out. 1984a.
- Barroso, C. Saúde: o que querem as mulheres. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 10 dez. 1984b.
- Barroso, C. O continuísmo, a saúde e o sexo forte. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 3 mar. 1985.
- Barroso, C. O impacto da crise sobre a saúde das mulheres pobres. O caso do Brasil. São Paulo: UNICEF/Fundação Carlos Chagas, Mimeo, 1986.
- Beauvoir, S. **The second sex**. New York: Vitage Books, 1974.
- Berquó, E. Saúde sexual e reprodutiva de quarentena até o Cairo. Apresentado na Conferência Internacional sobre população e desenvolvimento. Brasília, 6-7 de junho de 1994.
- Borges, C. Compras para atender ao novo plano podem chegar a Cz\$ 3,5 bilhões. **Gazeta Mercantil**, Rio de Janeiro, 12 jun. 1986.
- Boston Women's Health Book Collective. **Our bodies, our selves**. New York: Simon and Schuster, 1975.

- Braga, J.C.S. Paula, S.G. **Saúde e Previdência Estudos da Política Social**. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1981.
- Brasil. Ministério da Saúde. **O Departamento Nacional da Criança 1940-1965**. Rio de Janeiro, 1967.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Diretrizes gerais da política nacional de saúde materno-infantil**. Brasília, 1971.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde Materno-Infantil**. Brasília, 1974.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Materno-Infantil**, Brasília, 1975.
- Brasil. **Projeto de Acordo entre o Governo do Brasil e o Fundo das Nações Unidas para Atividades de População**. Brasília, 1983.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Relatórios dos trabalhos em grupo do Seminário "Assistência Internacional à Saúde da Mulher" realizado em Campinas**. Out. 1983.
- Brasil. **Adendo ao Projeto de Acordo entre o governo do Brasil e o Fundo das Nações Unidas para Atividades de População**. Brasília, 1984.

- Brasil. Ministério da Saúde - Brasil. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática.** Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.
- Brasil. Ministério da Saúde - Brasil. **Proposição de diretrizes. Uma contribuição do Ministério da Saúde (versão preliminar).** s.l.p., sdp. 7a. Conferência Nacional de Saúde.
- Campanhole, A.S. Campanhole, H.B. **Constituições do Brasil.** São Paulo: Atlas, 1984.
- Canesqui, A.M. A saúde da mulher em debate. **Revista Saúde em Debate** 15/16:29-36, 1984.
- Canesqui, A.M. Assistência médica e a saúde e reprodução humana. **Textos NEPO 13.** Campinas, 1987.
- Capelatto, M.H.R. Populismo na Imprensa: Última Hora e Notícias Populares. **In: Mello, J.M. (coord). Populismo e Comunicação.** São Paulo: Cortez, 1981.
- Cardoso, I. O programa de saúde que remete à questão do poder. **Folha de São Paulo,** São Paulo, 19 set. 1984.
- Cardoso, R. Planejamento Familiar: novos tempos. **Novos Estudos CEBRAP** 2(3): nov. 1993.

- Carta de Itapecerica. In: Labra, M. E. (Org.) **Mulher, saúde e sociedade no Brasil**. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1989.

- CEBES-Bahia. Controle da natalidade: contribuição para um debate. **Revista Saúde em Debate**: 40-42, 1984.

- Começa hoje atenção integral à saúde da mulher - Estão em pauta: planejamento familiar e distribuição de contraceptivos. E o governo pede apoio da Igreja. **Folha da Tarde**, São Paulo, 27 maio 1986.

- Costa, A.M. **O PAISM: uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada**. São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução, dez. 1992.

- Costa, A.M. Contextos e questões da sexualidade e da saúde reprodutiva no Brasil. Mesa redonda no 3º Programa de Estudos em Saúde Reprodutiva e Sexualidade. Campinas, NEPO/CEMICAMP, 6 de junho de 1994.

- Costa, J.F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

- Costa, R. G. Evolução e ambiguidades da política de população referente a fecundidade no Brasil. Trabalho apresentado - Programa de pós-graduação em sociologia - UNICAMP. Campinas, Mimeo, 1991.

- Deputada critica os programas governamentais para a mulher. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 14 jul. 1983.

- DINSAMI, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. **Normas para a identificação e controle dos riscos reprodutivo, obstétrico e da infertilidade no Programa de Saúde Materno-Infantil**. Brasília, Ministério da Saúde, 1978.

- DINSAMI. **Relatório de Atividades, 1990**. Brasília, Ministério da Saúde, s.d.p.

- Douglas, M. **Símbolos naturales - exploraciones en cosmologia**. Madrid: Alianza Editorial, 1978.

- Ehrenreich, B. English, D. **Complaints & disorders - the sexual politics of sickness**. London: Writers and Readers Publishing Cooperative, 1976.

- Em debate, o programa de saúde da mulher. **Folha da Tarde**, São Paulo, 26 abr. 1985.

- Eisenstein, Z.R. **The female body and law**. Berkeley: University of California Press, 1988.

- Encontro debate com comunidade saúde da mulher. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 26 abr. 1985.

- Engel, M. **Meretrizes e doutores. Saber médico e prostituição no Rio de Janeiro (1840-1890)**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

- Eu sei tudo-Magazine Mensal Ilustrado. 1917-1920.

- Faúndes, A. Hardy, E. Pinotti, JA. Commentary on women's reproductive health: means or end? **Int. Y. Gynecol. Obstet. Suppl.** 3:115-118, 1989.

- Faúndes, A. Entrevista concedida à autora. Campinas, 1993.

- Faúndes, A. Entrevista concedida à autora. Campinas, 1994.

- Figueiredo, J.B. Mensagem ao Congresso Nacional. Brasília, mar., 1983.

- Fonseca Sobrinho, D. **Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos/FNUAP, 1993.

- Foucault, M. **História da sexualidade I - a vontade de saber.** Tradução por Maria Thereza da C. Albuquerque & J.A. Guilhaon Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

- Foucault, M. **Microfísica do poder.** Tradução por Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

- Freyre, G. **Sobrados e Mucambos.** 3ª ed. Rio de Janeiro: J. Olympio, 1961.

- Jacobi, P. **Movimentos sociais e políticas públicas - demandas por saneamento básico e saúde, 1974-84.** São Paulo: Cortez, 1989.

- Gomes, A.M. de C. **Burguesia e trabalho. Política e legislação social no Brasil.** Rio de Janeiro:Campus, 1979.

- Grassioto, O. **Entrevista concedida à autora.** Campinas, 1994.

- Harding, S. **A instabilidade das categorias analíticas na teoria feminista.** *Estudos Feministas* 1:7-31, 1993.

- Hardy, E.E. Moraes T. de M. Faúndes, A. et al. **Adequação do uso de pílula anticoncepção entre mulheres unidas.** *Rev. Saúde públ* 25(2):96-102, 1991a.

- Hardy, E. et al. Reavaliação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Relatório I. Campinas, CEMICAMP, 1991b.
- Hardy, E. et al. Reavaliação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Relatório II. Campinas, CEMICAMP, 1993.
- Hardy, E. Osis, M.J.D. Faúndes, A. et al. A laqueadura tubárea precoce e durante a cesárea. Dimensões atuais e fatores que a determinam. *Rev Ginecol Obstet* 4(2):70-76, 1993.
- Labra, M.E. (Org.). *Mulher, saúde e sociedade no Brasil*. Petrópolis, Vozes/ABRASCO, 1989.
- Lacerda, M.A. *A evolução legislativa do direito social brasileiro*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1980.
- Lançado no Rio plano de saúde para a mulher. *Folha da Tarde*, São Paulo, 28 maio 1986.
- Leme, M.S. *A ideologia dos industriais brasileiros*. Petrópolis, Vozes, 1978.
- Machado, R. et al. *Danação da Norma*. Rio de Janeiro, Grall, 1978.

- Marques, M.B. A atenção materno-infantil como prioridade política. In: Guimarães, R. (Org.). **Saúde e medicina no Brasil - contribuição para um debate.** Rio de Janeiro, Graal, 1978.

- Médici, A.C. Machado, M.H. Nogueira, R.P. et al. **O mercado de trabalho em saúde no Brasil. Estrutura e conjuntura.** Rio de Janeiro: Fund. Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1992.

- Mello, J.M. **Comunicação: teoria e política.** São Paulo: Summus, 1985.

- Mercadante, O.A. Yunes, J. Chorny, A.H. Descentralización y municipalización de los servicios de salud en São Paulo, Brasil. **Bol Oficina Sanit Panam** 116(5):381-396, 1994.

- Merhy, E.E. **A saúde pública como política. Um estudo de formuladores de políticas.** São Paulo: Hucitec, 1992.

- Ministro relata programa. **Folha de São Paulo,** São Paulo, 5 out. 1983.

- Munakata, W. **A legislação trabalhista no Brasil.** São Paulo, Brasiliense, 1981.

- Novaes, H.M.D. A puericultura em questão. Dissertação de Mestrado. USP, 1979. Citada por Canesqui, A.M. **Assistência médica e a saúde e reprodução humana**. Textos NEPO 13. Campinas, 1987.

- Núcleo de Estudos das Políticas Públicas (NEPP). **Brasil 1985. Relatório sobre a situação social do país**. vol. 1. Campinas: UNICAMP, 1986.

- Núcleo de Estudos das Políticas Públicas - NEPP. **Brasil, 1986. Relatório sobre a situação social do país**. Campinas: UNICAMP 1988.

- Nunes, S. A. Medicina social e regulação do corpo feminino. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social - UERJ. 1982.

- Oakley, A. **The sociology of housework**. New York, Pantheon Books, 1974.

- OMS/MS/CEMICAMP. Análise da necessidade de introdução de anticoncepcionais no Brasil. Relatório apresentado no Workshop "Necessidade de métodos anticoncepcionais das mulheres brasileiras". Brasília, DF, 24-25 de março de 1994.

- Osis, M.J.D. Análise do discurso sobre a mulher: família e reprodução no Brasil 1850-1920. Ensaio apresentado no processo de seleção ao Mestrado. Campinas, IFCH, UNICAMP, 1989.

- Osis, M.J.D. Hardy, E.E. Simões, I.R.S. et al. Laqueadura tubária nos serviços de saúde do estado de São Paulo. *Rev Ginec e Obst* 1(3):195-204, 1990.

- Osis, M.J.D. Hardy, E. Faúndes A. et al. Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 27(1):49-53, 1993.

- Pena, M.V.J. *Mulheres e trabalhadoras. Presença feminina na constituição do sistema fabril.* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

- Pinheiro, P.S. Hall, M. *A classe operária no Brasil. Documentos.* vol. 2. São Paulo: Brasiliense/FUNCAMP, 1981.

- Pinotti, J.A. Brenelli, H.B. Díaz, A.J. et al. Programa de Tocoginecologia preventiva. Plano piloto de medicina integral. *Bol of Sanit Panam* 90(2):144-148, 1981a.

- Pinotti, J.A. Pastene, L.L. Moraguez, A.J.D. et al. Consulta ginecológica simplificada realizada por pessoal paramédico, treinado a nível do Ambulatório de Ginecologia. **Gin. Obst. Bras.** 4(1):107-111, 1981b.

- Pinotti, J.A. Faúndes, A. Cuidado Obstétrico e Ginecológico às mulheres do 3º mundo. **Gin. Obst. Bras.** 7(1):17-27, 1984.

- Pinotti, J.A. Zeferino, L.C. Faúndes, A. Conceito de atenção integral à saúde da mulher. In: Halbe, H. **Tratado de Ginecologia.** São Paulo, Rocca, 1987.

- Pinotti, J. A. Faúndes, A. **A mulher e seu direito à saúde: por uma política de saúde no Brasil.** São Paulo: Manole, 1988.

- Pinotti, J. A. Faúndes, A. Hardy, E.E. et al. Avaliação da assistência ginecológica no Estado de São Paulo. **Rev Ginec Obste** 1(1):7-21. 1990.

- Plano pretende atender mulheres de forma global. **Folha de São Paulo,** São Paulo, 28 maio 1986.

- Rago, M. **Do cabaré ao lar - a utopia da cidade disciplinar. Brasil 1890-1930.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

- Ribeiro, M.A.R. **Condições de trabalho na indústria têxtil paulista (1870-1930)**. Campinas, UNICAMP. Mimeo. 1980.

- Rocha, M.I.B. da. **Política demográfica e parlamento - debates e decisões sobre o controle da natalidade**. Textos NEPO 20. Campinas, NEPO/UNICAMP. 1993.

- Saffioti, H. **A mulher na sociedade de classes**. Petrópolis: Vozes, 1976.

- Saffioti, H. **Movimentos sociais: face feminina**. In: Carvalho N.V. (Org.) **A condição feminina**. Enciclopédia Aberta de Ciências Sociais, São Paulo, Vertice, 1988.

- **Saúde analisa as opções existentes**. Folha de São Paulo, 19 de junho de 1983.

- **Saúde lança programa de assistência à mulher**. Folha da Tarde, 5 de dezembro de 1983.

- **"Saúde da Mulher" reúne médicos e especialistas**. Folha de São Paulo, 3 de julho de 1983.

- **Saúde da mulher**. Folha de São Paulo, 5 de outubro de 1993.

Scott, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade** 16(2):5-22, 1990.

Sussewind A. et al. **Direito brasileiro do trabalho**. Rio de Janeiro. A Noite/Livraria Jacinto, 1943.

Taxa de fecundidade preocupa. **Folha da Tarde**, 17 de março de 1984.

Turner, B.S. **The body & society - explorations in social theory**. Oxford, Brasil Blackwell, 1984.

Um abismo a evitar. **Revista Veja**, 16 de novembro de 1983.

Vargas, G. Mensagem ao Congresso Nacional. Rio de Janeiro, 1952. Citado por Fonseca Sobrinho, D. **Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil**. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos/FNUAP, 1993.

Verba para PAISM é analisada. **Folha da Tarde**, São Paulo, 11 abril 1984.

Vieira, E.M. **Prática médica e corpo feminino**. Dissertação de Mestrado. Depto. Med. Preventiva - USP. São Paulo, Mimeo, 1990.