

Universidade Federal do Rio Grande Do Sul  
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas  
Programa de Pós-Graduação em Sociologia

Natália Peres Kornijezuk

**DO PROGRAMA AO PLANO: A POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À  
SAÚDE DA MULHER (PAISM-PNAISM), CONTEXTO HISTÓRICO, ATORES  
POLÍTICOS E A QUESTÃO DA MENOPAUSA**

Porto Alegre, 2 de setembro de 2015.

Natália Peres Kornijezuk

**DO PROGRAMA AO PLANO: A POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À  
SAÚDE DA MULHER (PAISM-PNAISM), CONTEXTO HISTÓRICO, ATORES  
POLÍTICOS E A QUESTÃO DA MENOPAUSA**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Sociologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Sociologia.

Orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup>. Marilis Lemos de Almeida

Porto Alegre, 2 de setembro de 2015.

### CIP - Catalogação na Publicação

Peres Kornijezuk, Natália

DO PROGRAMA AO PLANO: A POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (PAISM-PNAISM), CONTEXTO HISTÓRICO, ATORES POLÍTICOS E A QUESTÃO DA MENOPAUSA / Natália Peres Kornijezuk. -- 2015.  
90 f.

Orientadora: Marilis Lemos de Almeida.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. saúde feminina. 2. políticas públicas. 3. menopausa. 4. paism. 5. pnaism. I. Lemos de Almeida, Marilis, orient. II. Título.

Natália Peres Kornijezuk

**DO PROGRAMA AO PLANO: A POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À  
SAÚDE DA MULHER (PAISM-PNAISM), CONTEXTO HISTÓRICO, ATORES  
POLÍTICOS E A QUESTÃO DA MENOPAUSA**

Esta dissertação foi apresentada para a obtenção do título de Mestre em Sociologia e aprovada pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, 2 de setembro de 2015.

**Banca Examinadora**

Prof. Dra. Marilis Lemos de Almeida – PPGS/UFRGS (Orientadora)

Prof. Dra. Miriam Steffen Vieira – PPGCS/UNISINOS

Prof. Dra. Lorena Holzmann – PPGS/UFRGS

Prof. Dra. Jussara Reis Prá – PPGCP/UFRGS

### CIP – Catalogação na Publicação

Kornijezuk, Natália Peres

DO PROGRAMA AO PLANO: A POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (PAISM-PNAISM), CONTEXTO HISTÓRICO, ATORES POLÍTICOS E A QUESTÃO DA MENOPAUSA / Natália Peres Kornijezuk -- 2015.  
(90) f.

Orientadora: Marilis Lemos de Almeida.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Porto Alegre, BR - RS, 2015.

Inclui referências.

1. Políticas públicas. 2. Saúde da Mulher. I. Almeida, Marilis Lemos de; orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

## RESUMO

Nesta dissertação procura-se analisar o contexto histórico da aprovação das políticas públicas destinadas à atenção integral da saúde da mulher (PAISM-PNAISM) e o papel dos diferentes atores sociais e políticos que tiveram um papel decisivo em sua história. A mobilização desses atores possibilitou a elaboração do PAISM, considerada a primeira política de atenção à saúde da mulher. A nova política evoluiu para o Plano Nacional, criando novos direitos, incluindo a questão do climatério/menopausa que será analisado nessa dissertação.

**Palavras-chave:** Políticas públicas; Saúde da mulher; PAISM; PNAISM; Climatério; Menopausa.

## **ABSTRACT**

In this thesis seeks to analyze the historical context of the adoption of public policies for the comprehensive care of women's health (PAISM - PNAISM) and the role of different social and political actors who played a decisive role in its history. The mobilization of these actors led to the drafting of PAISM, considered the first policy attention to women's health. The new policy evolved into the National Plan, by creating new rights, including the issue of menopause / menopause, which will be analyzed in this dissertation.

**Keywords:** Public policies; Women's health; PAISM; PNAISM; Climacteric; Menopause.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNSDM1°	Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher
8° CNS	8° Conferência Nacional de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
ABEPF	Associação Brasileira de Entidade de Planejamento Familiar
ABRH	Associação Brasileira de Reprodução Humana
AISM	Atenção Integral à Saúde da Mulher
APS	Atenção Primária em Saúde
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CMB	Centro da Mulher Brasileira
CPAIMC	Centro de Pesquisa e Assistência Integral à Mulher e à Criança
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CPMI	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
CIPD	Conferência Internacional de População e Desenvolvimento
CNPM	Conferência Nacional de Políticas para Mulheres
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
Conasp	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CPMI	Coordenação de Proteção Materno-Infantil
DNCr	Departamento Nacional da Criança
MES	Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde
DMP	Departamentos de Medicina Preventiva
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FINSOCIAL	Fundo de Investimento Social
FEDM	Fundo Especial dos Direitos da Mulher
GTI	Grupo de Trabalho Interministerial
I CNPM	I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres
II PND	II Plano Nacional de Desenvolvimento
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
IPPF	International Planned Parenthood Federation
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde

ONU	Organização das Nações Unidas
OEA	Organização dos Estados Americanos
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAISM	Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNPM	Plano Nacional de Políticas para Mulheres
I PNPM	Plano Nacional de Políticas Públicas Direcionadas às Mulheres Brasileiras
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde
PNS	Programa de Nutrição em Saúde
PPGAR	Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco
PRONAM	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PNSMI	Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil
PSF	Programa de Saúde da Família
MOC	Projeto Montes Claros
SEDIM	Secretaria dos Direitos das Mulheres
SPM	Secretaria Especial de Políticas para Mulheres
SUS	Sistema Único de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
BEMFAM	Sociedade de Bem-Estar da Família
UNICEF	The United Nations Children's Fund
UNFPA	United Nations Funds for Population Activities
USAID	United States Agency for International Development
UnB	Universidade de Brasília
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
USP	Universidade de São Paulo

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: “Esse sexo que é nosso”, Fundação Carlos Chagas.....	17
Figura 2: “Esse sexo que é nosso” (cont.), Fundação Carlos Chagas. ....	18
Figura 3: “Quando a consulta termina”, Fundação Carlos Chagas. ....	18
Figura 4: “ PAISM: uma conquista, um direito” Ministério da Saúde.....	67

## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO .....	11
1.1	METODOLOGIA.....	12
2	O CORPO E A SOCIEDADE.....	24
2.1	A PÍLULA ANTICONCEPCIONAL, OS ACORDOS INTERNACIONAIS E A POLÍTICA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR .....	27
2.2	MOVIMENTO FEMINISTA E DE MULHERES, DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS, ESPAÇO PRIVADO E PÚBLICO .....	45
2.3	DESFECHO DA POLÍTICA DE GÊNERO: A CRIAÇÃO DO PNAISM .....	54
3.1.1	Influência do conceito médico e a experiência da UNICAMP .....	59
3.1.2	Reforma Sanitarista e a Constituição de 88 .....	62
3.2	MUDANÇAS E PERMANÊNCIAS ENTRE PAISM E PNAISM .....	67
3.2.1	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher: bases de ação pragmática .	67
3.2.2	PNAISM – Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes 2004 .....	70
3.3	ENVELHECIMENTO, MENOPAUSA E CLIMATÉRIO NO PAISM E .....	73
	PNAISM: EXPANSÃO E CONTINUIDADE DA POLÍTICA .....	73
3	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	78
	REFERÊNCIAS.....	82

## 1. INTRODUÇÃO

Este trabalho busca analisar a criação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher, no Brasil, entre os anos de 1983 e 2004 pelo Ministério da Saúde. Particular destaque será dado a duas políticas de saúde da mulher: o Programa de Saúde Integral da Mulher (PAISM), lançado em 1983, e o Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), de 2004.

Tais políticas resultaram da discussão entre representantes do governo, dos movimentos feminista e de mulheres<sup>1</sup>, do movimento sanitarista e de outros movimentos da sociedade civil. A dissertação tem como objetivo geral analisar a articulação entre esses diferentes atores que desempenharam papel relevante na trajetória dos 20 anos de políticas públicas de saúde da mulher, entre 1983 a 2004, e comparar os seus avanços em relação a questão da menopausa/climatério.

Esse avanço nas políticas brasileiras de atenção à saúde da mulher é o tema que foi tratado na pesquisa: como essas políticas de saúde interferem no corpo feminino de formas distintas de acordo com o processo de construção da saúde da mulher no Brasil, e como essa interferência se refletiu nas políticas e nos atores sociais que a compuseram.

Durante esse período de 20 anos ocorreram importantes mudanças sociais no país: a universalização da saúde no Brasil e a redemocratização. Esses dois processos foram relevantes para a construção do PAISM, pois o processo de abertura política e democratização da sociedade permitiu que vários movimentos sociais ganhassem força. Isso possibilitou que pudessem fazer reivindicações de políticas públicas, resultou na criação do Sistema Único de Saúde, que sustentou o discurso biomédico, que foi a base da trajetória e fortalecimento políticos dos direitos à saúde da mulher através da reforma sanitarista.

---

<sup>1</sup> A heterogeneidade do movimento feminista não permite tratá-lo como único, para não incorrerem em uma simplificação que não retrata a realidade e a diversidade subjacente a ele. O movimento feminista é formado pelas mulheres informadas pela teoria, crenças e práticas feministas, que tem como objetivo questionar e alterar a submissão das mulheres em relação aos homens. Para ampliar o escopo, prefiro denominá-lo de movimentos feministas e de mulheres, o movimento de mulheres seria qualquer mobilização visando a realizar mudança social baseada na identificação explícita das ativistas como mulheres. Além de abarcar a heterogeneidade do movimento feminista, incluímos mulheres não necessariamente afiliadas a essas correntes, como acadêmicas, sanitaristas, mas também outros grupos que tinham em comum o mesmo ideal, que era a saúde integral das mulheres.

A relevância desta pesquisa resulta de sua contribuição ao debate sobre questões de gênero do este projeto pretende participar. A importância do estudo deste tema consiste na necessidade de aprofundar o conhecimento da desigualdade e discriminação históricas que as mulheres sofrem no país, e suas lutas para a criação de políticas públicas e as leis destinadas a assegurar a saúde da mulher. É de fundamental importância conhecer a contribuição e os resultados atingidos na conquista de políticas específicas de gênero, como a saúde e a assistência à saúde feminina, em geral.

Durante a o período de elaboração do PAISM, o movimento da reforma sanitária debatia a criação do Sistema Único de Saúde. Ambos movimentos se uniram para debater uma agenda comum de políticas públicas de saúde a partir de conceitos de universalidade, integralidade e gênero

A dissertação possui dois capítulos, além dessa introdução. No capítulo 2, aborda-se a pressão internacional para que os governos adotem medidas de planejamento familiar e o posicionamento do governo brasileiro face a ela. Em seguida, trata-se como essa política influenciou a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, e como esse se tornou a primeira política de planejamento familiar brasileira.

O capítulo 3 aborda as transformações ocorridas nas relações entre o Estado, a sociedade civil e as políticas públicas. A redemocratização do governo brasileiro propiciou o surgimento de diversos movimentos sociais, como o movimento de reforma sanitária, que influenciou a criação da carta de saúde da Constituição de 1988, que estabeleceu as bases para a fundação do Sistema Único de Saúde (SUS). Também se descreve a influência do Ambulatório Experimental de Tocoginecologia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Por fim, é feita uma comparação entre os documentos finais das duas políticas (PAISM e PNAISM), observando os sujeitos de direitos criados nesses vinte anos de política.

## 1.1 METODOLOGIA

Os passos metodológicos, sua operacionalização e a análise foram orientados por uma releitura feminista da epistemologia bachelardiana. Os estudos feministas que dialogam com o autor rompem para além das Ciências Sociais com a lógica cartesiana de interpretação dos fenômenos e, mais, introduzem a dimensão do cotidiano e da subjetividade na lógica dialética que põe os fenômenos em relações profundas e complexas (OLIVEIRA, 2008).

Adotando o conceito da “criação científica” Bachelard afirma que “nada é evidente. Nada é gratuito. Tudo é construído.” (BACHELARD, 1995, p. 32). Segundo este Autor, o cientista cria algo possível através de hipóteses e buscando verificá-las posteriormente experimentalmente, pois “o dado é relativo à cultura e é implicado necessariamente numa construção” (BACHELARD, 1995, p. 23). Traz a ciência para o cientista, os dados são os produtos da construção da pesquisa, o cientista é o responsável pela ciência, e é por meio de suas indagações que a pesquisa é construída.

A ciência era vista como uma coisa autônoma. Se fossem seguidos os métodos, a ciência caminharia sozinha. Na visão de Bachelard a ciência é influenciada pelo pesquisador, pela cultura e os materiais e descobertas disponíveis. Para o autor, a objetividade do fenômeno e a neutralidade do sujeito no processo de “fazer científico” parte da interpretação epistemológica do conhecimento feita na dinâmica e diversidade própria da história e da cultura.

Baseando sua análise da produção do conhecimento humano sob uma perspectiva histórica, o autor demarca períodos históricos nos quais analisa seus procedimentos e ideias desenvolvidas através de um estudo crítico do passado, para entender os caminhos trilhados para a construção dos conhecimentos nas etapas históricas do pensamento científico. Com o estudo crítico do passado, há a percepção de descontinuidade com o real, com a experiência imediata e com o seu passado, através das mudanças de métodos, ideias e objetivos nessas etapas históricas do pensamento científico. Assim, é possível mostrar que a produção do conhecimento não é linear e previsível, e também não é dedutível por uma lógica interna de funcionamento, como se um fato fosse simplesmente o resultado ou a soma de fatos anteriores.

A interpretação da história baseada no não continuísmo como um sistema de busca de erros e retificações é um instrumento metodológico fundamental de análise histórica da construção de conhecimento. Ou seja, a problematização dos erros proporciona uma construção de um novo conhecimento. É uma desmistificação de verdades absolutas na história da ciência, que mostra que “o espírito científico é

essencialmente uma retificação do saber, um alargamento dos quadros do conhecimento. Julga seu passado histórico, condenando-o. Sua estrutura é a consciência de suas faltas históricas. Cientificamente, pensa-se o verdadeiro como retificação histórica de um longo erro, pensa-se a experiência como retificação da ilusão comum e primeira” (BACHELARD, 1995, p.147).

Apesar de ser contrário aos juízos normativos, Bachelard diz que a crítica histórica deva ser feita de forma normativa, com um arcabouço epistemológico para ser possível fazer uma avaliação coerente, pois "mesmo nas ciências experimentais é sempre a interpretação racional que põe os fatos no seu devido lugar [...] Só a razão dinamiza a pesquisa, porque é a única que sugere, para além da experiência comum, (imediate e sedutora), a experiência científica (indireta e fecunda)" (BACHELARD, 1995, p. 22).

Para a criação do pensamento científico, é necessário que se rompa com o senso comum, pois os maiores obstáculos epistemológicos são as opiniões, trazendo o conceito de ruptura epistemológica mostra a preocupação com a melhora e o avanço do conhecimento científico e dialoga com as questões sociais e com os valores conferidos aos conhecimentos de sua época.

Os estudos feministas e de gênero trouxeram esse novo conhecimento científico ao fazerem uma crítica da história da ciência (KELLER; LONGINO, 1996, SCHIENBINGER, 2001 e HARDING, 1987), fazendo questionamentos ao processo histórico da construção da prática científica como a aparente neutralidade da ciência (o seu caráter dado como assexuado), mostrando as assimetrias de poder e compreendendo que os próprios objetos são construídos através de práticas sociais e sexuais.

Segundo Bandeira (2008), as feministas não foram as primeiras e nem as únicas a elaborarem uma crítica à ciência moderna. As teorias feministas deixaram de fazer apenas a denúncia de exclusão e invisibilidade da ciência para fazer questionamentos dos pressupostos básicos da ciência, ao fazer uma análise da relação entre gênero e ciência. Negam os conceitos de neutralidade e objetividade da ciência:

(...) contrapondo-se a um conhecimento totalizante, masculino e universalista, lembrando que a sua produção traz as características de seus criadores, uma vez que os cientistas são demarcados também com características de gênero, raça, classe social e cultural (BANDEIRA, 2008).

Existem diversas correntes teóricas feministas, não sendo possível afirmar que há uma teoria crítica geral feminista, pois muitos são os questionamentos e divergências na crítica à ciência. Têm em comum a crítica das relações sociais, cognitivas, éticas e

políticas entre homens e mulheres, que tenta explicar a subordinação feminina na sociedade.

As novas reflexões que a crítica feminista traz à história do conhecimento científico não descartam a ciência ou seus métodos tradicionais. Elas afirmam a ideia de não existir uma ciência absoluta, revelando que esta não é neutra, não produz um conhecimento objetivo e universal transcendente às restrições culturais e tem como consequência o sexismo na ciência. A exclusão e a ausência na história da ciência revelam a relação hegemônica entre masculinidade e pensamento científico (SCHIENBINGER, 2001).

A crítica feminista incorpora uma consciência crítica de gênero na formação básica da ciência, com um entendimento crítico de como os papéis sociais de homens e mulheres funcionam na ciência. Reconstrói a história da ciência para questionar o sistema de dominação masculino, que coloca as mulheres como inferiores na produção do conhecimento científico. E expõe as dificuldades da mulher de ingressar no mundo acadêmico, questionando a suposição liberal de igualdade de oportunidades, pois a presença feminina na ciência depende de valores interdependentes, tais como: prestígio das instituições científicas, clima político, economia, estrutura familiar (SCHIENBINGER, 2001).

O desafio da crítica feminista é contrapor-se aos hegemônicos eixos epistemológicos e conceituais - categoria, conceito e métodos –para que as diferenças históricas entre os dois sexos não sirvam de base para novas teorias científicas, e não criar um estilo feminino ou feminista de fazer ciência, reproduzindo as próprias características do sistema de dominação científica que tomou como objetivo da crítica. Criticando qualquer forma de proposta universal de ciência, pois elas acarretam em relação de dominação. Um sujeito universal e único não pode ser encontrado no laboratório, pois posturas teóricas se constroem como processo de conhecimento em um dado contexto social transitório (BANDEIRA, 2008).

A epistemologia histórica tem dado apoio às novas abordagens da crítica feminista da ciência e suas contribuições para a desmitificação da ciência moderna. Na medida em que essas abordagens têm demonstrado o caráter histórico, social e político das construções científicas, elas abrem espaço para questionar a suposta neutralidade e objetividade científica. Sem necessariamente invalidar a relevância dos achados científicos, esses novos desenvolvimentos na epistemologia histórica fazem a desconstrução dos fundamentos de universalidade e neutralidade da ciência moderna.

É nesse sentido da crítica feminista ao conhecimento científico hegemônico que elaboro a minha reflexão sobre a posição da mulher na construção da saúde feminina pela ciência médica, mais especificamente o corpo feminino durante o período da menopausa-climatério. Busco entender como mulheres ainda relacionavam esse período do corpo feminino ao conceito de um corpo doente, e como essa concepção influenciou a construção de políticas públicas para a saúde feminina.

Produzir saberes de relevância para as mulheres na disputa sobre os seus direitos e interesses emancipatórios, essa dissertação não se trata de uma avaliação não compromissada, defendendo uma postura de uma ciência feminista, com um saber alavancado em uma perspectiva crítica feminista de gênero.

A ciência ocidental hegemônica emerge nos discursos do saber objetivo e imparcial sobre a ordem das coisas. As teorias feministas investigam essa tradição do pensamento, para expor o caráter contingente e político do conhecimento científico, como repositório de teorias produzindo e fundamentando a questão do sexismo, do machismo, da cultura patriarcal, das construções sobre raça, das marcas de classe e da opressão capitalista e da heterossexualidade compulsória.

Donna Haraway, 1991, propõe a concepção de toda produção de conhecimento como prática política, defende que todo cientista tem de que localizar a sua fala. Não existe para ela a imparcialidade como produtora de um tipo de saber que historicamente serviu como instrumento de dominação: o saber universal. Analisa as reformulações das relações de etnocentrismo, androcentrismo, o racismo, divisões de classe, sexismo na construção de um saber construída à imagem e semelhança do homem branco ocidental independente.

Haraway se identifica a cada produção, essas informações buscam informar seus leitores sobre quem é a pessoa que fala, segundo sua proposta de “saberes localizados”, para entender o que ela chama de uma “objetividade local”. O conhecimento, assim, segundo a autora é: situado, contextualizado e corporizado. Portanto irei me posicionar e contextualizar pesquisa/pesquisadora, que mesmo se tratando de identificações relacionais elas dizem muito da minha relação com o meu texto, determinados privilégios e relações de poder que influenciaram na composição do texto:

Eu me identifico como: mulher, heterossexual, cis, branca, brasileira, solteira, em período fértil, filha de funcionários públicos aposentados, mestranda do PPGS e ex-integrante de grupos feminista.

Com a releitura feminista de Bachelard, é possível usar estratégias para romper e desconstruir o conhecimento no âmbito interno das epistemologias já instituídas. A primeira é a linguagem do senso-comum cotidiana: a ruptura com essa linguagem é fundamental para entender que os homens universalizam os sujeitos homens e mulheres, enraizada pelo senso comum e utilizada pelo conhecimento científico.

A ideia de utilização dessa estratégia vem do campo, por meio de duas experiências. A primeira ocorreu ao me deparar com materiais utilizados pelo Ministério da Saúde junto com ativistas feministas para tentar quebrar essa linguagem, médico científica, como vemos nas figuras 1, 2 e 3, que questionam o poder científico e a posição de poder decidir sobre as decisões sobre o próprio corpo. É uma tentativa de patologizar e medicalizar o período do climatério-menopausa, ou quando este era apenas invisível ou ignorado. Assim, é necessário nomear essas situações para torná-las visíveis, e definir como inaceitável aquilo que está posto como aceitável.

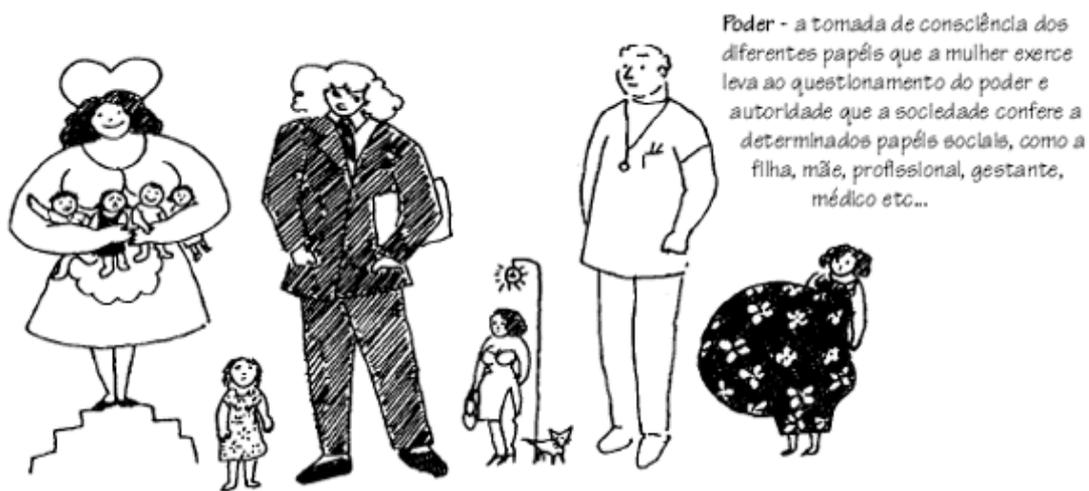


Figura 1: “Esse sexo que é nosso”, Fundação Carlos Chagas, 1984.

*Compartilhar - recuperar o próprio poder de autoridade sobre si mesma é um dos efeitos de pertencer a um grupo no qual sua fala é ouvida e respeitada e onde se pode interagir, compreender e compartilhar histórias de outras mulheres.*

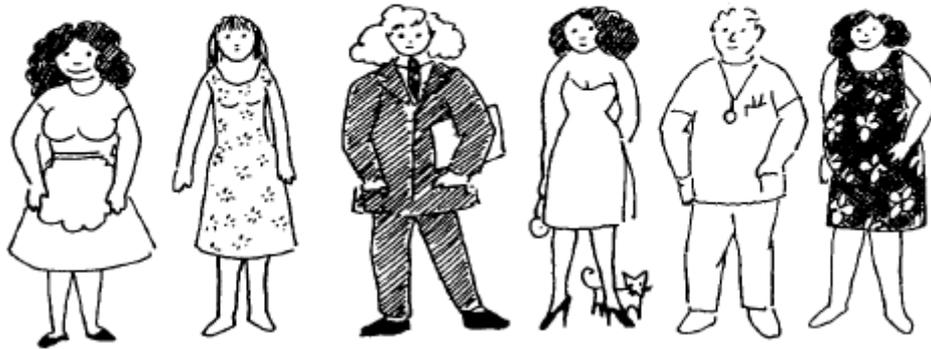


Figura 2: “Esse sexo que é nosso” (cont.), Fundação Carlos Chagas, 1984.

### **Quando a consulta termina...**

*No fim da consulta devemos receber uma orientação sobre o resultado do exame ginecológico. O médico deve explicar que exames está pedindo e para que servem. Se for indicado algum tratamento, também precisa ser bem orientado.*



Figura 3: “Quando a consulta termina”, Fundação Carlos Chagas, 1984.

A segunda situação foi ao analisar o documento do PAISM, no qual o climatério/menopausa é tratado de forma patologizada nas ações descritas no programa. O documento relaciona o climatério/menopausa com uma doença, quando na verdade é

apenas um período de envelhecimento, a doença como única via para se poder tornar visível esse período.

Usarei essas estratégias para esclarecer como se deram as rupturas necessárias para a criação das políticas de assistência integral à saúde da mulher, pois foi preciso uma ruptura epistemológica para entender a saúde feminina como um processo integral, e analisar como foi tratado o período do climatério-menopausa entre essas duas políticas (PAISM-PNAISM), a sua medicalização e a forma de torná-lo visível através da patologia.

A pesquisa qualitativa produz seus dados a partir de observações extraídas do estudo de pessoas, lugares ou processos com os quais o pesquisador procura estabelecer uma interação. Parte-se de questões mais amplas, que tomam uma forma mais definida à medida que se desenvolve o trabalho de campo. Por isso a escolha do nome percurso metodológico, como um caminho traçado: parti de uma questão ampla (climatério/menopausa como política pública) para criar um objetivo específico, que resultou na pesquisa que gerou essa dissertação. Irei relatar nessa subseção o percurso metodológico da pesquisa.

O meu primeiro projeto de pesquisa envolvia trabalhar com a questão da execução, implementação e avaliação do PNAISM no tratamento da menopausa/climatério. A metodologia envolvia uma pesquisa de campo na rede pública de saúde, através da observação participante, na qual o Programa de Climatério houvesse sido implementado. Contudo, a necessidade de passar pelo Comitê de Ética e Pesquisa e os prazos de tramitação, que poderiam comprometer o prazo de qualificação do projeto da dissertação, fez com que o foco dessa pesquisa se voltasse para uma análise documental e entrevista com pessoas envolvidas na elaboração das políticas.

A validade das hipóteses desta pesquisa foi verificada durante a pesquisa-campo, confirmando parcialmente algumas hipóteses e não confirmando outras. A principal hipótese foi de que existe uma ampliação da noção de integralidade na assistência à saúde da mulher do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher de 1983, para o Plano Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher de 2004, tendo em vista que novas demandas foram incluídas como centrais no processo dos direitos das mulheres no Brasil, gerando novas propostas de programas e sujeitos de direitos, fruto da diversidade de demandas sociais.

As hipóteses secundárias foram:

- i) No contexto democrático do país, e particularmente na composição política do governo Luis Inácio Lula da Silva, no qual houve o fortalecimento dos movimentos sociais, que passam a integrar diversas secretarias do governo, se abriu mais espaço para a incorporação das demandas do movimento de mulheres em relação à política anterior, de 1983 – o que pode explicar o incremento do foco no tema do climatério e menopausa;
- ii) Ambas políticas, de 1983 e de 2004, tal como expressas em seus respectivos documentos finais, resultaram da disputa entre os atores e grupos envolvidos, cujas controvérsias são encerradas com a construção de um documento que visa contemplar as diferentes perspectivas, considerando a força de cada grupo naquele momento.

No que concerne à hipótese secundária **ii**), ficou claro durante o processo de entrevista que minha hipótese seria parcialmente confirmada. Apesar de acreditar que as “demandas da sociedade”, a vinculação com a crescente organização do movimento de mulheres e outras questões tinham um peso maior na definição das políticas, no decorrer das entrevistas constatei a presença de um grupo coeso constituído por médicas coordenadoras, com um perfil similar, que definiu com relativa autonomia os princípios das políticas. Este grupo coeso estava junto à sociedade civil organizada e levava em conta suas demandas, porém o peso do grupo de médicas nas decisões finais foi mais definidor do que acreditava na minha primeira hipótese.

Na hipótese secundária **i**), assumi duas ideias. A primeira foi o fortalecimento e integração dos movimentos sociais nas discussões das políticas públicas no governo. A segunda ideia era que havia uma demanda no movimento de mulheres com foco no climatério/menopausa para que houvesse um incremento dessa temática entre o PAISM e o PNAISM.

Porém, em campo observei que não houve aumento das discussões sobre o tema climatério/menopausa com o fortalecimento dos movimentos durante o espaço entre as duas políticas, pois não era a demanda principal dentro dos movimentos de mulheres em relação aos direitos sexuais e reprodutivos e sobre a questão da saúde feminina. E, como verificado nas hipóteses **i** e **iii**), o peso maior na definição das políticas coube ao grupo de médicas coordenadoras.

Em um primeiro momento, esses achados no campo de estudo me levaram a repensar a viabilidade do trabalho proposto, pois, não conseguia encontrar meu objeto de pesquisa, que eram os avanços, as controvérsias e disputas de sentido acerca do

climatério e menopausa, por parte dos atores (Estado, movimentos sociais e campo biomédico) e grupos envolvidos na construção da política de assistência integral à saúde da mulher de 1983 e 2004, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e o Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, bem como o fechamento das mesmas, que se expressa através das políticas efetivamente implementadas.

Depois de confrontar estas questões optei por tomar justamente as ausências, as lacunas, como objeto de investigação, para conseguir analisar os meus objetivos específicos. São eles:

- i)** Identificar e comparar as propostas para atenção ao climatério e menopausa no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e no Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM);
- ii)** Analisar os impactos e/ou influência que os discursos médico-científico e do movimento de mulheres exerceram sobre os PAISM e PNAISM, medidos pela ausência ou presença de suas perspectivas e proposições no documento final;
- iii)** Verificar comparativamente se havia um incremento de ações com foco na menopausa e climatério, dentro das políticas de assistência à saúde integral da mulher, nos dois planos.

O campo e o objeto de estudo acabaram se definindo no caminho de formulação e reformulação durante o trabalho empírico. Isto redefiniu inclusive o problema de pesquisa, impondo a adoção de uma abordagem metodológica de caráter exploratório e descritivo, considerando o ambiente como fonte direta dos dados.

O delineamento do objeto constituiu-se em levantamento bibliográfico sobre o tema, que permitiu uma primeira ordenação do caminho do pensamento a ser seguido, constituindo do primeiro passo de conjunto de técnicas adotadas para construir uma realidade (Minayo, 2010). O primeiro contato com o tema foi através da pesquisa exploratória. Foram utilizados termos de busca como “saúde feminina”, “políticas de saúde feminina”, “PAISM”, “PNAISM”, “climatério”, “menopausa”, “saúde materno-infantil” e “direitos reprodutivos” em sites acadêmicos como SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde Fiocruz e sites institucionais como o site da biblioteca do Ministério da Saúde e o site da Secretaria de Políticas para as Mulheres. A pesquisa agregou um grande volume de trabalhos acadêmicos relacionados ao tema e outras informações como relatórios e programas governamentais, revelando debates entre instituições e atores do campo analisado.

Esse material coletado incluiu artigos científicos envolvendo análises e debates sobre as políticas de atenção à saúde integral da mulher, a questão de integralidade da saúde e a questão de saúde da mulher idosa. Incluiu também materiais de publicações institucionais, nos quais constavam o PAISM e o PNAISM. Ao todo, uma variedade de aproximadamente quarenta documentos entre artigos científicos, livros, matérias de revistas especializadas, relatórios, documentos oficiais, e boletins institucionais foram examinados na revisão bibliográfica.

Realizado o levantamento bibliográfico, selecionou-se dentre a bibliografia levantada documentos que permitissem fazer a comparação entre as duas políticas. Posteriormente, partiu-se para um estudo de campo com caráter exploratório e descritivo, para definir as categorias de análise dos dados levantados no trabalho de campo, a relação desses documentos se encontra no Anexo II.

Essas duas etapas se deram conforme Minayo (2010), que determina que o primeiro passo para o delineamento do objeto se constitui no levantamento bibliográfico sobre o tema, seguido pela fase de organização e leitura crítica do material coletado. A diversidade do material e a complexidade do campo exigiram leitura, análise, comparação e classificação dos documentos, feita através da leitura flutuante, seleção do material e construção do campo, de modo a adquirir familiaridade e uma capacidade crítica para a leitura. (Quivy e Campenhoudt, 1992).

A etapa exploratória do trabalho de campo revelou a existência de três grupos de atores que participaram na construção das políticas públicas de saúde femininas. São eles: o grupo acadêmico, o grupo de gestores e o grupo de ativistas. A seguir, foram identificados os integrantes dos três grupos que mais se destacavam em citações cruzadas e documentos. Para cada um dos grupos foram elaborados roteiros de entrevista, em torno das seguintes dimensões: **i)** Agenda; **ii)** Elaboração; **iii)** Concepção e; **iv)** Avaliação. A seleção dos atores foi completada durante o processo de realização das entrevistas, ocasião na qual os entrevistados eram solicitados a indicar outras pessoas envolvidas na elaboração das políticas que poderiam ser entrevistadas.

Foram feitas oito entrevistas com mulheres que participaram como coordenadoras e/ou consultoras durante a elaboração da política pública de atenção integral à saúde da mulher. Essas entrevistas foram fundamentais para auxiliar na análise dos documentos e na elaboração de categorias, a relação dos entrevistados se encontra no Anexo I.

Através da primeira leitura crítica e analítica, se deu a escolha dos documentos que seriam analisados. Com a análise do estado da arte, separei os documentos que se mostraram mais frequentemente citados e relevantes para o tema.

A análise documental mostrou que uma parte coube à construção da análise da construção da agenda internacional e como esta influenciou as políticas de saúde da mulher no Brasil, e à construção e à incorporação das questões de gênero por políticas públicas e programas governamentais que se deu através do fortalecimento do movimento feminista no país. Nesta parte, pude fazer a construção da formulação de agenda do PAISM de 1983 até a sua expansão em 2004, que culminou no PNAISM.

Através da análise dos documentos e entrevista construí um quadro com as mudanças que ocorreram na política internacional em relação ao planejamento familiar do final da Segunda Guerra Mundial até a formação do que Alves (2001) chama de agenda social planetária, o que deu início a uma extensa jornada de conferências que culminaram na produção de direitos sociais no âmbito internacional.

## 2 O CORPO E A SOCIEDADE

O corpo está intimamente ligado a transformações sociais e às mudanças no modo de controle social. O pensamento feminista questiona o determinismo do corpo sexuado e ao recolocar o controle do corpo em termos de gênero. O corpo é considerado não apenas como uma identidade biológica, natural, universal e pé-social, mas também como uma realidade culturalmente moldada, um produto social e simbólico moldado pela história e processos sociais.

Mary Douglas (2000) considera o corpo um objeto natural moldado pelas forças sociais e considera impossível compreender o corpo humano sem considerar sua dimensão social. A autora define o corpo como social e como físico: o primeiro definirá como percebemos o segundo. O corpo humano é tratado como uma imagem da sociedade, o corpo social condiciona a percepção do corpo físico. As categorias sociais reconhecem e modificam a experiência física do corpo sustentando uma visão cultural particular da sociedade e determinando certos padrões de comportamento, o que faz com que o corpo se torne uma condição de expressão restrita e controlada pela sociedade.

O controle do corpo constitui-se numa expressão de controle social, segundo Mary Douglas (2000), sendo a consequência de um esforço constante de se reforçar limites sociais. O corpo é um veículo de comunicação, que comunica informação para o sistema social que integra. Este sistema age sobre o corpo, afetando suas funções de maneira limitada, pois, o controle corporal exercido pelo controle social é a base para atitudes variantes no pensamento político e social, de acordo com a autora. Turner (1984) diz que a reprodução das populações no tempo, a regulação dos corpos no espaço, a repressão do corpo através de disciplina e a representação do corpo no espaço social são questões sociais; nenhuma sociedade deixa reprodução social livre de vínculos legais. Na sociedade moderna ocidental, apesar do comportamento sexual ser considerado de livre escolha do indivíduo, há regulamentações sobre o aborto, infanticídio, prostituição, homossexualidade; as políticas públicas para a saúde feminina, também, regulam a sexualidade e o controle da reprodução através do controle do corpo feminino.

Historicamente nas sociedades é exercido um controle corporal com objetivo de regular os processos e as atividades dos corpos. O controle resulta de exigências das diferentes conjunturas.

Um dos alvos principais desse controle é o corpo da mulher. Segundo Turner (1984), o corpo feminino é historicamente o foco do controle social e ideológico sobre o corpo da mulher, sendo a exigência de tal controle resultante do fato de serem as mulheres responsáveis pela reprodução da espécie.

Ao analisar a natureza política da medicina na sociedade Ocidental Foucault diz que há uma demanda por disciplina corporal, uma estratégia de controle social, que começa com o controle do corpo. “Métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realização a sujeição constante de suas forças e lhes impõe uma relação de docilidade-utilidade (FOUCAULT, 1983)”. Na sua obra *Vigiar e Punir* diz que o corpo está imerso em um campo político, no qual as relações de poder têm alcance imediato sobre ele, o corpo é objeto e alvo do poder. Articula a ideia do poder disciplinador com o bio-poder, no seu livro *A Microfísica do Poder* (1982). Nele questiona se o controle da sexualidade e da reprodução não teriam a função de assegurar o controle populacional.

“O grande crescimento demográfico do século XVIII na Europa Ocidental, a necessidade de coordenação e de integração ao aparato de produção e a urgência de controlá-lo, com mecanismos de poder mais sofisticados e adequados, possibilitaram a emergência da ‘população’, (com suas variedades numéricas de espaço e cronologia, longevidade e saúde), emergisse não só como problema, mas como um objeto de observação, análise, intervenção, modificação, etc. (FOUCAULT, 1982, p. 54)”.

A mulher, tradicionalmente, é considerada em condição de reprodutora da espécie, enquanto o homem é valorizado em sua condição de trabalhador. A maternidade é considerada a essência da natureza feminina, o papel fundamental da mulher. Dada a importância do papel da mulher na sociedade, na sociedade considera-se fundamental o controle do corpo feminino, cabendo à medicina um papel fundamental.

Segundo Rohden (2001) a ginecologia nasceu no século XIX, criada como instrumento para resolver os problemas relacionados à saúde da mulher. A prática desenhou parâmetros de distinção entre os sexos, associando a mulher à sua função reprodutora. A distinção dos dois sexos foi uma concepção historicamente contextualizada pela medicina.

Esta especialidade caracterizou as diferenças existentes entre os papéis sociais de homens e mulheres, criando um campo de intervenção sobre o corpo da mulher que ultrapassa o das doenças femininas. A prática médica não se restringia ao tratamento das doenças; ela também discutia o papel social da mulher. Tinha a menstruação como argumento central, associava-se a vida da mulher à reprodução, característica que

sintetizava a diferença entre o sexo feminino e masculino; para a medicina ela distingue os homens e das mulheres seja no plano da natureza seja na sociedade (ROHDEN, 2000).

A medicina científica, ocidental, não inventou a discriminação sexual, mas o seu discurso, deu respaldo aos conceitos sexistas vigentes na sociedade ocidental. Após a Segunda Guerra Mundial, a medicina consolidou um modelo tecnológico e científico, aumentando significativamente seu poder de intervenção no corpo humano para moldá-lo às necessidades da produção (ROHDEN, 2000).

O fundamento naturalista da biologia definiu a diferença entre os sexos e o útero como órgão central do sexo feminino. No início do século XX, a medicina considerava que o corpo da mulher era totalmente dominado pelo útero e ovário, que a psicologia feminina era mera extensão da sua capacidade reprodutiva (EHRENREICH, 1988).

Segundo Osis (1994), no começo do século XX, várias teses defendidas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia enfatizavam a natural vocação da mulher para a maternidade e sua suscetibilidade às influências externas. O corpo feminino era visto acima de tudo como um corpo destinado à reprodução e demandava uma atenção especial. Ainda hoje, entre os profissionais da área e no sistema de saúde a mulher deve ser cuidada para prepará-la para procriar e providenciar condições favoráveis à gestação e ao parto.

No Brasil, os programas de saúde voltados à mulher, anteriores ao PAISM, em geral, eram focados aos cuidados materno-infantis. Eram programas destinados ao cuidado dos corpos das mulheres-mães para que assegurassem uma adequada reprodução, como fica claro no lançamento da política de atenção integral à saúde da mulher de 1984:

O atendimento à mulher pelo sistema de saúde tem se limitado, quase que exclusivamente, ao período gravídico-puerperal, e, mesmo assim, de forma deficiente. Ao lado de exemplos sobejamente conhecidos, como a assistência preventiva e de diagnóstico precoce de doenças ginecológicas malignas, outros aspectos, como a prevenção, detecção e terapêutica de doenças de transmissão sexual, repercussões biopsicossociais da gravidez não desejada, abortamento, e acesso a métodos e técnicas de controle de fertilidade, têm sido relegados a planos secundários. (BRASIL, 1984, p. 5)

O PAISM rompeu com essa abordagem centralizada na atenção materno-infantil, constituindo-se numa nova abordagem da saúde da mulher, reconhecendo um novo papel da mulher na sociedade brasileira:

(..) esse quadro assume importância ainda maior ao se considerar a crescente presença da mulher na força de trabalho, além de seu papel fundamental no núcleo familiar (BRASIL, 1984, p. 5).

Introduz um novo conceito relativo à atenção integral da saúde da mulher, rompendo com a visão tradicional sobre a saúde da mulher.

As proposições contidas nesse documento, sem qualquer veleidade de serem inovadoras, devem refletir o conceito de assistência integral à saúde da mulher, preconizado pelo Ministério da Saúde: ações de saúde dirigidas para o atendimento global das necessidades prioritárias desse grupo populacional e de aplicação ampla no sistema básico de assistência à saúde (BRASIL, 1984, p. 6).

O PAISM constitui-se na primeira oportunidade em que o Estado brasileiro propôs, oficial e explicitamente, um programa de planejamento familiar sob sua responsabilidade (OSIS, 1994).

Esta nova política surgiu em decorrência pressões políticas explícitas para que o governo adotasse medidas de controle da natalidade, o que culminou com o lançamento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), posteriormente transformado no PNAISM.

As políticas públicas de saúde dedicadas à saúde da mulher, cuja ênfase era o grupo materno-infantil até a década de 1980, sofreram transformações com a emergência da concepção focada na saúde integral da mulher, incorporado ao PAISM.

Como, a seguir será visto, inúmeras foram as controvérsias em torno das políticas voltadas à saúde da mulher, à construção do corpo, à incorporação do conceito de gênero nas políticas públicas e as questões do corpo feminino no período da menopausa/climatério.

## 2.1 A PÍLULA ANTICONCEPCIONAL, OS ACORDOS INTERNACIONAIS E A POLÍTICA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

As discussões relativas às políticas públicas de atenção à saúde feminina ocorridas no Brasil estiveram estritamente ligadas à invenção da pílula anticoncepcional.

O debate sobre a questão populacional e os problemas relativos à saúde da mulher têm uma longa história. A discussão acerca da dinâmica populacional e de formas de alterá-la, seja pelos defensores do pró-natalismo ou dos controlista, sempre

esteve vinculada relacionada à regulação da fecundidade. Controlar o corpo feminino visava controlar sua fecundidade.

Entre os anos 1870 e 1920, teve início a transição demográfica<sup>2</sup> na Europa e nos Estados Unidos. Face aos processos de modernização da sociedade, da urbanização e da industrialização, ocorreu um aumento de renda da população, o ingresso da mulher no mercado de trabalho, a queda da mortalidade infantil e a redução da taxa de fecundidade. Esse processo foi estimulado pelo aumento do uso de contraceptivos (camisinhas, pessários, diafragmas e seringas), pelos métodos tradicionais (coito interrompido, abstenção) e, também, pela prática do aborto. A contracepção constituiu-se, assim, numa prática sistemática de planejamento familiar racional (ROHDEN, 2000).

Nesse período tiveram grande influência ideias neomalthusianas, que propunham a restrição voluntária do número de filhos. Elas inspiraram uma prática geral de combate à pobreza e, também, à promiscuidade e a limitação do tamanho das famílias. A teoria de Thomas Malthus teve grande influência no controle de natalidade através da contracepção, por acreditava-se que a “superpopulação estaria na origem da miséria e da guerra e precisaria ser combatida pelas práticas de restrição da natalidade” (ROHDEN,2000, p. 53)

Tal problemática ressurgiu na década de 1950, após a Segunda Guerra Mundial, face ao crescimento acelerado das populações dos chamados países do terceiro mundo, vistos como uma ameaça. Os países do terceiro mundo seriam incapazes de manter a ordem interna com um crescimento populacional acelerado e constituíram-se em uma a ameaça à ordem internacional.

As pesquisas para o desenvolvimento da pílula anticoncepcional tiveram origem antes dos anos 1960. A primeira experiência que identificou os hormônios femininos como uma possível solução para impedir a gravidez ocorreu em 1921, quando Haberlandt provocou a infertilidade temporária em coelhas nas quais havia implantado ovários retirados de outras coelhas. Ele sugeriu que os extratos de ovários poderiam ser anticoncepcionais eficientes; após essa descoberta vários laboratórios

---

<sup>2</sup> Termo proposto em 1929, por Warren Thompson demógrafo estadunidense, para contestar matematicamente a Teoria Demográfica Malthusiana e estudar as modificações que ocorrem nas populações humanas, que segundo o autor, sofrem de oscilações periódicas e não um crescimento acelerado, analisa as oscilações através das taxas de natalidade e mortalidade (KIELING,2009).

começaram a desenvolver estudos sobre os hormônios femininos, que levaram à descoberta de que o hormônio progesterona era o responsável pela ação (UJVARI, 2014).

No ano de 1952, as Fundações Rockefeller e Ford iniciaram o financiamento de atividades acadêmicas e políticas nacionais que visassem o controle de natalidade. A United States Agency for International Development (USAID), agência de cooperação bilateral norte-americana, por sua vez, nos anos sessenta implementou uma agenda destinada a financiar uma política demográfica de orientação neomalthusiana e financiar programas de planejamento familiar. A USAID expandiu sua política em todo o mundo, tornando-se o instrumento de financiamento de programas de controle de natalidade de orientação norte-americana (ALVES; CORREA, 2003).

Em 1952, foi criada em Londres, por Margaret Singer, a Federação Internacional de Planejamento Familiar – International Planned Parenthood Federation (IPPF) –, contando com o apoio financeiro de várias instituições interessadas em promover o controle demográfico. O crescimento populacional deveria ser controlado para não prejudicar o crescimento econômico e o desenvolvimento dos países. O controle de natalidade era considerado de grande relevância pelos demógrafos neomalthusianos que consideravam o acelerado crescimento demográfico dos países pobres um entrave ao seu desenvolvimento econômico e, portanto, uma forma de perpetuar a pobreza (COSTA, 2004).

Em 1953, o químico Dr. Gregory Pincus e o ginecologista Dr. John Rock iniciaram a realização de testes e pesquisas laboratoriais em seres humanos. Os testes contaram com a colaboração da feminista e enfermeira Margaret Sanger. Ela defendia a necessidade de adotar políticas de controle da natalidade e foi a responsável pela criação da primeira clínica de planejamento familiar nos Estados Unidos, em 1916. As pesquisas foram financiadas Katharine McCormick, bióloga, filantropa e defensora da causa, que obteve recursos financeiros para as pesquisas. Devido às restrições legais aos contraceptivos existentes nos Estados Unidos, somente legalizados em 1960, a pesquisa foi realizada sob o pretexto descobrir um remédio para aliviar os sintomas da menstruação. Sendo os testes realizados em mulheres de Porto Rico e Haiti. No dia 18 de agosto de 1960, lançou-se o novo produto no mercado norte-americano: o Enovid-10, da G.D. Searle.

A invenção da pílula anticoncepcional ocorreu em uma época na qual predominava na política internacional a decisão de reduzir a população mundial,

principalmente nos países pobres. Influenciado pela teoria de Thomas Malthus, defendia-se a limitação do tamanho das famílias como forma de combater a pobreza; para tanto era fundamental o controle de natalidade através da contracepção (ROHDEN, 2003).

A necessidade do controle populacional emergiu no debate internacional como essencial nos debates sobre o desenvolvimento econômico. Considerava-se que para que um país prosperasse o tamanho da população deveria ser compatível com os recursos produzidos no país. Quanto maior fosse a população, maior era a necessidade de dividir os recursos produzidos, resultando disso a expansão da pobreza. Esta era a realidade mais frequente nos países pobres do mundo, também chamados de subdesenvolvidos ou do Terceiro Mundo, que possuíam altas taxas de natalidade. Para os países do Primeiro Mundo, a médio e longo prazo, o excesso populacional de alguns países levaria ao surgimento de movimentos migratórios e, conseqüentemente, a um problema mundial (BHERING, 2014).

Face aos riscos decorrentes da emergência do deslocamento de populações rumo aos países mais ricos, alguns países, como os Estados Unidos, criaram mecanismos de controle de movimentos migratórios originários de países latino-americanos com altos índices de pobreza. Essa política norte-americana foi diretamente influenciada pela Revolução Cubana de 1959, que passou a considerar a América Latina um campo fértil para as propostas comunistas surgirem. Começaram-se a criar organizações de ajuda aos latino-americanos, que traziam como exigência a adoção de programas e estratégias de redução do crescimento populacional.

A preocupação com o aumento geométrico das populações mais pobres deu origem a uma série de estudos e pesquisas -tais como medicina, ciências sociais, demografia- financiados por fundações privadas. Para tanto, fizeram-se parcerias com grupos locais, considerados estratégicos nessas áreas, e autoridades influentes que colaborassem com a expansão de políticas que destinadas à redução das elevadas taxas de crescimento demográfico (BHERING, 2014).

No Brasil, a divulgação de métodos contraceptivos modernos, entre eles a pílula anticoncepcional, também fez parte dessa política internacional. Em países como a França, a pílula foi liberada para a comercialização apenas em 1967, enquanto que no Brasil a sua comercialização foi liberada no começo da década de 1960.

Nessa época não havia nenhuma política voltada à saúde da mulher no Brasil nem instituições responsáveis pela distribuição da pílula anticoncepcional. A saúde da mulher, ainda, era orientada pelo programa estatal de proteção à maternidade, à infância

e à adolescência, instituído durante o Estado Novo (1937/1945), desenvolvido pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (MES), por intermédio da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância. O então Presidente Getúlio Vargas assinou o Decreto-Lei nº2024, em 17 de fevereiro de 1940, delegando as ações relativas à saúde da mulher ao Departamento Nacional da Criança (DNCr). Com o desmembramento do Ministério da Educação e da Saúde, foi instituído em 25 de julho de 1953 o Ministério da Saúde, que assumiu as ações até então de responsabilidade do DNCr. Começou-se então uma pressão internacional para a criação de um programa nacional que pudesse fazer essa distribuição.

Em 1961, a Conferência da Organização dos Estados Americanos (OEA), lançou a Aliança para o Progresso, um programa destinado a acelerar o desenvolvimento econômico e social dos países da América Latina, visando interromper o avanço do socialismo nesse continente. Entendia-se que o crescimento rápido da população latino-americana, e sua consequente pobreza, seriam fortes fatores de estímulo ao avanço da revolução comunista. Os 21 países signatários membros da OEA, tinham o compromisso de defender os interesses e a segurança do continente americano e, para tanto, tinha, que buscar adotar soluções pacíficas para seu desenvolvimento econômico, social e cultural.

Entre as décadas de 1960 e 1970, várias ditaduras militares se instauraram nos países da América Latina. No Brasil, durante o ano de 1964 o golpe militar estabeleceu uma ditadura militar que permaneceu até 1985. Os militares adotaram posturas demográficas expansionistas, expressas no Programa Estratégico de Desenvolvimento (1968-1970), o que fez a postura pró-natalista presente na cultura nacional permanecer hegemônica até meados da década de 1970, embora o Brasil nunca tenha chegado a formular uma política populacional explícita (FONSECA SOBRINHO, 1993).

Segundo Mesquita, 2010, com publicação da encíclica *Humanae Vitae* em 1968, a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) passou a defender os princípios que norteavam o controle da natalidade. A encíclica *Humanae Vitae* assumiu uma posição oposta à defendida pelos Governos e que se identificava com as políticas controlistas, fazendo um “Apelo aos governantes”:

Muitos são os que manifestam o receio de que a população mundial cresça mais rapidamente do que os recursos à sua disposição, com crescente angústia de tantas famílias e de povos em vias de desenvolvimento. De tal modo que é grande a tentação das Autoridades de contrapor a este perigo medidas radicais. (...)é a via de uma política familiar providente, de uma

sábua educação das populações, que respeite a lei moral e a liberdade dos cidadãos. (*Humanae Vitae*, 1968, p.1)

A Encíclica concedeu mais autonomia ao casal em relação à contracepção, ainda que de forma muito conservadora; nela afirmava-se diz que o homem havia dominado as forças naturais e organizou racionalmente as forças da natureza, e queria aplicar os mesmos métodos no domínio do corpo. Condenava o aborto e os métodos de controle artificiais, em especial a esterilização, indicava as “Graves consequências dos métodos de regulação artificial da natalidade ”; permitia, todavia, os métodos naturais (ritmo ou tabelinha) em casos de extrema necessidade, mas permanecia enaltecendo a educação à castidade:

(...)o homem fez progressos admiráveis no domínio e na organização racional das forças da natureza, de tal maneira que tende a tornar extensivo esse domínio ao seu próprio ser global: ao corpo, à vida psíquica, à vida social e até mesmo às leis que regulam a transmissão da vida (...)devemos, uma vez mais, declarar que é absolutamente de excluir, como via legítima para a regulação dos nascimentos a interrupção direta do processo generativo já iniciado, a esterilização direta, quer perpétua quer temporária, tanto do homem como da mulher (*Humanae Vitae*, 1968, p. 1)

Em 1968, o presidente do Banco Mundial fez uma visita ao Brasil e, nessa ocasião, manifestou-se favorável ao controle dos nascimentos em países subdesenvolvidos o que gerou certo mal-estar. Temia-se que os empréstimos internacionais fossem condicionados à existência de políticas de controle demográfico. Na ocasião, um projeto circulava no Congresso Nacional visando baratear o preço dos anticoncepcionais. O presidente Costa e Silva foi um dos primeiros presidentes a apoiar a Encíclica *Humanae Vitae* na qual o Papa Paulo VI condenava o controle governamental da natalidade e só aprovava a abstinência sexual como método contraceptivo:

Em nome do povo e do Governo do Brasil, manifesto a Vossa Santidade o sentimento de júbilo e gratidão causado pela Encíclica na qual a voz suprema da Igreja diz a palavra exata de condenação aos métodos anticristãos de controle da natalidade. Governante de um país que procura ocupar mais da metade de seu território, ainda exposto aos riscos de uma densidade demográfica não compatível com as necessidades globais de seu desenvolvimento e segurança, não me sirvo para aplaudir esse documento notável apenas de nossa fé inabalável nos mandamentos cristãos (...) (COSTA E SILVA, 1969 apud SOUZA JUNIOR, 2006).

Em 1967, foi criada uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para investigar as denúncias feitas sobre existência de “esterilização maciça de mulheres na Amazônia. Apesar de não chegar em nenhum resultado conclusivo, a discussão ajudou a

criar um clima de hostilidade contra o planejamento familiar” (FONSECA SOBRINHO, 1993).

A política de saúde adotada pós-golpe de 1964 concentrou a intervenção estatal na expansão da medicina previdenciária, fundada no cuidado médico individualizado de base hospitalar e ambulatorial. Estabeleceu uma dicotomia entre a saúde pública e a medicina individual, preterindo as práticas sanitaristas, e instituiu um modelo de atenção à saúde chamado de médico-assistencial/privatista, e sob gerência estatal. Esse modelo centralizador e individualista, não teve nenhuma ação destinada a atender às demandas sociais coletivas, como, os métodos de controle e espaçamento da fecundidade (OSIS, 1994).

A transição demográfica brasileira ocorreu no começo da década de 1970. O declínio das taxas de fecundidade, das taxas de mortalidade e do ritmo de crescimento demográfico, levou o governo alterar sua postura quanto ao controle populacional. O governo passou do discurso natalista, influenciado pela Igreja Católica, com seu conjunto de razões e argumentos de ordem moral e doutrinária vinculado à reprodução, expresso no *Humanae Vitae*, cujo documento foi apoiado pelo regime, para um enfoque relacionado à segurança nacional, ao mesmo tempo contrário às políticas controlistas, mas favorável ao planejamento familiar, como direito do casal e dever do Estado. A modificação da posição do Estado resultava da preocupação com a segurança nacional. O aumento do contingente de pessoas abaixo do nível da pobreza, torná-las objeto de cooptação por grupos de esquerda (VIEIRA, 2003).

Dada a ausência de políticas de planejamento familiar, de saúde reprodutiva ou de acesso aos métodos contraceptivos, ONGs estrangeiras, que já atuavam no Brasil começaram a investir, principalmente, em setores estratégicos. Nesses setores os médicos, ginecologistas e obstetras, assim como profissionais relacionados à saúde reprodutiva detinham um papel fundamental. Muitos atuavam em universidades, estavam em contato direto com a população, prescreviam métodos contraceptivos, promoviam planejamento familiar e estavam à frente de entidades e núcleos criados para o atendimento a mulheres e crianças (BHERING, 2014).

Assim, em 1965 foi criada a Sociedade de Bem-Estar da Família (BEMFAM), entidade privada sem fins lucrativos, com sede no Rio de Janeiro, e atuação em quase todo território brasileiro e financiada por capital internacional. Filiou-se em 1967 à International Planet Parenthood Federation (IPPF), já citada anteriormente, para oferecer serviços de planejamento familiar. Ela tinha o objetivo o treinamento de

profissionais de saúde para a prática de planejamento familiar e a prestação direta de assistência exclusiva em ações contraceptivas, através de suas unidades próprias ou conveniadas com prefeituras, sindicatos, secretarias de saúde e universidades. Inicialmente, integrou uma rede nacional de aproximadamente trinta clínicas nas principais cidades, e contou com o financiamento da Fundação para a criação de um programa de clínicas em cidades pequenas. A rede alcançou o número de 80 clínicas de planejamento familiar no país, com programas de distribuição comunitária de contracepção. O Programa de Distribuição Comunitária de Contraceptivos, adotado especialmente no Nordeste, tinha o objetivo de ampliar a cobertura e reduzir os custos com anticoncepcionais (COSTA, 1999).

Outras organizações não governamentais sem fins lucrativos também tiveram atuação no país. O Centro de Pesquisa e Assistência Integral à Mulher e à Criança (CPAIMEC), foi criado em 1971, mas só entrou em operação quatro anos mais tarde e funcionou até o ano de 1994, no Hospital Escola São Francisco de Assis, ligado à UFRJ. A instituição esteve envolvida em algumas polêmicas, chegando a ser acusada de promover a esterilização em massa. O CPAIMEC. Ao mesmo tempo em que se dedicava à atenção primária em saúde, integralidade e atendimento às populações marginalizadas, colaboravam com um projeto de controle populacional sob a influência de entidades internacionais envolvidas com projetos de controle demográfico, principais financiadoras de suas atividades, tais como Family Planning International Assistance (FPIA) e Pathfinder Foundation. Ela teve sucesso na consolidação de uma ideologia contraceptiva e intervencionista no meio médico, por meio do financiamento de cirurgias de esterilização e através da isenção de impostos para a compra de medicamentos importados; como entidade pública sem fins lucrativos, distribuía contraceptivos para instituições congêneres (BHERING, 2014).

Outras instituições atuaram no país, menos preocupadas com a oferta de serviços, mas ainda com a ideologia controlista, voltadas para a área de pesquisa reprodutiva, como a Associação Brasileira de Entidade de Planejamento Familiar (ABEPF) e a Associação Brasileira de Reprodução Humana (ABRH).

Apesar de pressões externas para o controle populacional, em 1968 a ONU reconheceu o direito de todas as pessoas a escolher, livre e responsavelmente, o número de filhos que desejavam ter e o momento das gestações, direito humano fundamental. Essa declaração era apenas uma declaração formal, pois como colocarei mais adiante o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA - United Nations Funds for

Population Activities), criado em 1969, teve influência direta na criação do PAISM. O UNFPA iniciou suas atividades administrado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Em 1971, a Assembleia Geral das Nações Unidas delegou ao UNFPA um papel de destaque no âmbito do Sistema ONU para a promoção de programas de população. No ano seguinte, o UNFPA adquiriu o mesmo status dado ao PNUD e UNICEF, sendo colocado diretamente sob a responsabilidade da Assembleia Geral da ONU em reconhecimento ao crescimento de seus recursos e alcance de suas operações.

As Nações Unidas empreenderam esforços, no começo da década de 1970, para atrair a atenção dos países para despertar uma série de ações voltadas para políticas e estudos sobre a mulher. Instituições internacionais começaram a investir maciçamente em pesquisas e estudos de gênero, compromissos de políticas para as mulheres foram assumidos, além do tema de gênero ter-se tornado um indicador relevante, em nível internacional, de desenvolvimento social. Dessa forma, tanto o ano de 1975, que foi declarado o Ano da Mulher pela ONU, como a Década da Mulher (1976-1985) tiveram um impacto positivo ao trazer a questão de gênero para as relações internacionais.

Com a extinção do DNCr, em 1969, foi criada, em 1970, a Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI), vinculada à Secretaria de Assistência Médica e com a atribuição de planejar, orientar, coordenar, controlar, auxiliar e fiscalizar as atividades de proteção à maternidade, à infância, à adolescência, conforme Decreto nº66.623, de 22 de maio de 1970(BRASIL,1969).

Em 1971, pela primeira vez há uma menção à necessidade da realização de cuidados específicos com o grupo materno infantil, no documento “Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil”. Dele constam programas de assistência ao parto, ao puerpério<sup>3</sup>, à gravidez de alto risco, ao controle das crianças de 0 a 4 anos de idade, do estímulo ao aleitamento materno e de nutrição. Também se previa a possibilidade de oferecer às mulheres orientação no período intergestacional, com propósito de espaçar o nascimento dos filhos face a problemas de saúde.

Em 1974, com o esgotamento do período do milagre econômico e o aumento de problemas sociais, buscaram-se novas soluções na intervenção estatal no campo

---

<sup>3</sup> Fase pós-parto, em que a mulher experimenta modificações físicas e psíquicas, que termina quando retorna a ovulação e a função reprodutiva da mulher.

social. A criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) trouxe mudanças no modelo centralizador e a forma de organizar e delimitar as atividades de saúde nos diferentes níveis: federal, estadual e municipal (OSIS, 1994).

Essas mudanças deram origem ao primeiro programa de atenção ao grupo materno-infantil, em 1975: o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PNSMI). Em relação à saúde da mulher, os alvos foram as gestantes, as parturientes, as puérperas e as que estavam em idade fértil. O PNSMI era integrado por seis subprogramas: Assistência Materna; Assistência à Criança e ao Adolescente; Expansão da Assistência Materno-Infantil; Suplementação Alimentar por Meio do Programa de Nutrição em Saúde do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (PNS/INAN); Educação para a Saúde; Capacitação de Recursos Humanos.

O Programa ainda estava inspirado na cultura da política pró-natalista e não intervencionista, pois considerava que o planejamento familiar deveria respeitar a decisão do casal sobre o tamanho da prole. As ações previstas nos documentos eram: “contribuir para a maior produtividade com o ingresso de novas e hípidas gerações na força de trabalho”, estavam descritas em consonância com o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), uma resposta do governo do general Ernesto Geisel à crise econômica decorrente do primeiro choque do petróleo, o que culminou no fim do chamado “milagre econômico brasileiro”.

O PNSMI ainda propunha o planejamento familiar como uma medida para compatibilizar as gestações com as condições do organismo materno e com as orientações médicas acerca dos efeitos das gestações de risco. Em 1977, constituiu-se o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR). Programado desde 1975, em sigilo, para evitar as reações da igreja católica, tradicionalmente avessa à utilização de métodos contraceptivos. Para elaborar esse programa, o Ministério da Saúde convocou uma grande equipe, formada por integrantes do próprio ministério, por membros de outras associações e sociedades médicas do Brasil, bem como organizações internacionais, como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Esse grupo redigiu e publicou o documento “Normas para Identificação e Controle dos Riscos Reprodutivo, Obstétrico e da Infertilidade no Programa de Saúde Materno-Infantil”, em 1978 (FONSECA SOBRINHO, 1993).

Em decorrência da oposição várias entidades da sociedade, como a Igreja Católica, alguns sanitaristas, os movimentos organizados de mulheres, que identificaram nele intenções do governo controlar a natalidade, o PPGAR não foi implementado e o

PNSMI ficou sem o seu componente de planejamento familiar. Essa reação resultou do fato de que os chamados critérios de identificação de riscos, adotados pelo programa, apenas ocupavam-se do controle de nascimentos entre populações pobres, negros e outras populações “descartáveis”. Para os críticos do PPGAR, além de tratar-se de uma política eugenista, o Estado responsabilizava as mulheres da classe baixa, em especial as mulheres negras, pela pobreza dos brasileiros, transferindo para os corpos dessas mulheres a tentativa de culpa de uma história social segregacionista (COSTA, 1999).

Segundo Mesquita, 2010, o PPGAR “formou uma relação entre o movimento sanitaria e as feministas”, a participação conjunta em eventos acadêmicos sobre o polêmico tema do controle da natalidade e planejamento. Dentre as instituições envolvidas nesses debates se encontravam o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em parceria com o Centro da Mulher Brasileira (CMB), relação importante para unir esses dois movimentos sociais em uma causa conjunta.

O Brasil assumiu posições contrárias à limitação populacional tanto na Conferência do Meio Ambiente em Estocolmo, 1972, quanto nas reuniões preparatórias para a Conferência de População de 1974, em Bucareste, quando foi debatida e denunciada a pressão exercida sobre os países denominados do terceiro mundo para que adotassem políticas de controle populacional. A primeira grande conferência intergovernamental a tratar da questão populacional, o encontro de Bucareste foi, sobretudo, um palco de divergências entre posições “controlistas” e “natalistas” (ALVES, 2001).

A Declaração de Alma-Ata, em 1978, aprovada no que hoje é o Cazaquistão, foi promovida pela OMS, com o objetivo de combater as desigualdades entre os povos e de alcançar a audaciosa meta de "Saúde Para Todos no Ano 2000". Foi resultado da 1ª Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde a qual veio completar o conceito de saúde com a ideia de atenção primária, a implementação dos “Cuidados de Saúde Primários” era o elemento-chave para a obtenção da “Saúde Para Todos”. Assumiu a “saúde como um direito humano fundamental”, tendo como desafio proposto a seguinte meta: "todos os povos, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita uma vida saudável e economicamente produtiva (ALMA-ATA, 1978)"

A Conferência teve como meta a defesa da “acessibilidade universal, equidade e justiça social”, entendendo as desigualdades na situação de saúde entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos traça como meta as “áreas prioritárias de

intervenção”, sendo o planejamento familiar considerado uma atividade dos serviços básicos de saúde:

(...) a educação para a saúde; a nutrição apropriada; a qualidade da água e saneamento básico; os cuidados de saúde materno-infantil (o que inclui o planejamento familiar); a imunização (dirigida às principais doenças endêmicas); a prevenção e controle de doenças endêmicas; o tratamento de doenças e lesões comuns; e o fornecimento de medicamentos essenciais. (ALMA-ATA,1978).

No documento afirmava-se que os “governos têm um papel decisivo” na formulação de políticas, estratégias e planos de ação, apela ao "espírito de comunidade e serviço", pela importância de pessoas, comunidades e nações no planejamento e implementação dos cuidados, pois a "saúde do povo de qualquer país interessa e beneficia directamente todos os outros países”, tendo o sistema nacional de saúde integrado no processo de desenvolvimento social e econômico do país, no qual seria “causa e consequência”(ALMA-ATA,1978)".

Em 1976, a Coordenação de Proteção Materno-Infantil passou a chamar-se Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI). Vinculada à Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, a DINSAMI tornou-se o órgão responsável, em âmbito nacional, da assistência à mulher, à criança e ao adolescente.

Apesar da política brasileira ter uma cultura não intervencionista até os anos oitenta, nas décadas posteriores as ações governamentais de controle da natalidade adotaram as orientações emanadas de órgãos internacionais. Apesar das autoridades governamentais reafirmarem a soberania do Brasil, como em Estocolmo e em Genebra, e em que pese as pressões internas de alguns setores da sociedade contrários às ideias controlistas, esta submissão ficou evidente pela brusca queda da natalidade nas décadas posteriores (FONSECA SOBRINHO, 1993).

Até o começo da década de 1980 a mulher alvo dos programas de saúde era a mãe, a reprodutora. As medidas propostas se dirigiam a criar condições favoráveis à reprodução saudável, a assegurar o nascimento de crianças saudáveis, a prevenir a morbidade e a mortalidade maternas, com a ênfase se deslocando para o controle da fertilidade feminina. No decorrer da década de 1980, a discussão sobre a saúde da mulher e saúde integral da mulher deu lugar, no Brasil e no mundo, ao conceito de “saúde reprodutiva”, adotado pela OMS em 1988.

Nas entrevistas realizadas e na reconstrução histórica do tratamento dado à questão da saúde feminina no Brasil, percebeu-se influência exercida pelos organismos

internacionais na mudança de foco ocorrida na política da saúde da mulher, que passou do foco materno-infantil para a saúde integral da mulher. A importância do financiamento do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) para esta mudança ficou evidenciado em todas as entrevistas realizadas.

Em 1983, o Ministério da Saúde, por meio da DINSAMI, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança. No ano seguinte, o PAISMC deu lugar a dois programas destinados à saúde da mulher e da criança, que funcionavam de forma integrada: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC).

Uma das representantes que esteve presente na construção do PAISMC fez seguinte relato<sup>4</sup>:

Me chamaram na época para discutir as questões dos aspectos da saúde da criança. Aí eu participei da reunião da mulher e da criança, era um programa só PAISMC, isso foi entre 80 e 83. Havia o PAISMC e depois ele se separou e agora eu vou explicar porque se dividiu a área materno-infantil: quando começou era um programa só, o Fundo das Nações Unidas para População quando viu, esse movimento que estavam envolvidas as feministas, o pessoal de universidade, eles ficaram muito ansiosos, porque eles tinham uma ação de planejamento familiar, eles eram muito controlistas, num sentido de esterilizar mulher pobre e a gente tinha muito medo, então a gente pensou, se botar a saúde da mulher junto da criança, põe a questão do pré-natal junto com a questão do planejamento, com uma visão mais como o Brasil queria. O dinheiro do Fundo, era um dinheiro muito grande e usávamos para mulher e para criança. Então esse foi um dos motivos pelos quais se associou os dois programas, para que o Fundo também investisse em saúde da criança, porque o interesse do Fundo era investir em planejamento familiar. Foram cinco anos de recursos, tinha também os recursos do ministério. A gente estava começando a normatizar a área da criança e a área da mulher, nessa época o programa estava fora do Ministério da Saúde fisicamente, continuava na área do INAN com a Secretaria de Atenção Básica, que tinha um programa de distribuição de alimentos, controle do bócio endêmico, controle de hipovitaminose A, mas foi na questão de nutrição que eles encaixaram o PAISMC, para não ficar muito deslocado tinha a questão das carências nutricionais da mulher e da criança. Depois o programa voltou para o Ministério da Saúde, mas o programa era um só que estava atrelado à rubrica do UNFPA (ENTREVISTADA I, 2014, médica pediatra, aposentada do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), ex-coordenadora do Departamento de Saúde da Criança).

O UNFPA tem atuado no Brasil desde 1973, exercendo influência no governo, em diversas organizações da sociedade civil, academia, movimentos sociais, na formação e monitoramento de políticas e programas sobre a população e desenvolvimento, com influência direta no PAISMC. O escritório da UNFPA no Brasil

---

<sup>4</sup>Como se trata de uma construção oral, inseri informações históricas intercaladas junto ao relato no texto.

foi inaugurado em 1985, em Brasília, com o objetivo de intensificar as relações já existentes com o Brasil, especialmente por meio da cooperação da área de saúde reprodutiva, como é descrito no site oficial da UNFPA Brasil<sup>5</sup>.

No PAISM a única coisa que aconteceu foi que quem deu o dinheiro foi o Fundo das Nações Unidas para População, e aí o fundo tem uma visão muito de diminuir crescimento de população pobre, esterilização mesmo. O programa quando foi para o ministério se separou, foi a Nova República, sai a Ditadura Militar e vem o governo Sarney e mudou ministros e aí eles trouxeram o programa de volta. Separou-se o programa da mulher, que ficou com um coordenador e o programa da criança ficou com outro coordenador, mas as coordenadorias trabalhavam lado a lado, na época que se separou eles ainda trabalhavam juntos, uma área muito colada a outra, as coordenadorias faziam reuniões e tudo junto. O programa de saúde da mulher ficou no ministério trabalhando em acompanhamento do planejamento familiar, distribuição de contraceptivos, a questão que se definiu muito bem foi que o planejamento familiar não era controle de natalidade, o UNFPA aceitou isso, mas de vez em quando ainda fazia uma pressão, a gente tentava controlar, colocava em todas as secretarias de saúde uma pessoa para ver as doações e quando chegava material, para ver se tinha alguma coisa para fazer aborto, conseguimos detectar alguns, a gente recolhia, não deixava. (ENTREVISTADA I, 2014, médica pediatra, aposentada do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), ex-coordenadora do Departamento de Saúde da Criança).

Segundo Osis (1994), o PAISM foi primeira iniciativa do Estado Brasileiro relacionada ao planejamento familiar sob sua responsabilidade, ou seja, um programa que contemplava o controle da reprodução. O PAISM num momento em que existiam fortes pressões para que o governo adotasse medidas de controle da natalidade. Osis, levanta a questão da contradição aparente da criação do programa, pois este era um programa inovador, que rompia com a questão materno-infantil, e ao mesmo tempo parecia ser um programa para controlar a reprodução via a reprodutora-mulher.

O planejamento foi uma coisa que foi começando devagar. Quando eles (UNFPA) quiseram dar dinheiro, a negociação foi feita com a coordenadora da época, que além de competente era uma pessoa muito politizada, feminista, mas no bom sentido. Ela disse: 'Não, a gente só faz se o planejamento estiver dentro da filosofia brasileira, de que o planejamento é uma ação de saúde que vai ser muito importante para baixar a mortalidade da mulher, é um planejamento com livre arbítrio da mulher, nós não vamos esterilizar a mulher por esterilizar e vamos colocar mulher e criança juntos, num programa só'. O programa já entrou com essa filosofia, mas eles tentaram um pouquinho aqui, acolá, a gente estava sempre vigilante, mas foi quando o UNFPA conquistou por trás alguns médicos, a dar alguns recursos e começou a fazer a esterilização (ENTREVISTADA I, 2014, médica

---

<sup>5</sup>Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/novo/index.php>>.

pediatra, aposentada do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), ex-coordenadora do Departamento de Saúde da Criança).

Em 1986, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgou os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), que revelaram que 27% das mulheres em união, que usavam algum tipo de controle de fecundidade, estavam esterilizadas cirurgicamente. Os dados também mostravam que os métodos contraceptivos mais utilizados pelas mulheres brasileiras eram, respectivamente, a pílula e a esterilização. Na França, apenas 6% das mulheres estavam esterilizadas na mesma época e na mesma situação, na Inglaterra, 7%, e na Itália, 4% (COSTA, 1999).

Em 1983, foi criada uma CPI (Comissão Parlamentar de Inquérito) para investigar os problemas vinculados ao aumento populacional, no contexto da crise econômica de 1981-1983. Houve um consenso de que não deveria haver controle coercitivo da fecundidade no país e que a disponibilidade de métodos contraceptivos deveria ser considerada um direito de todo cidadão, sendo um dever do Estado ofertá-los via sistema de saúde.

O Ministério da Saúde, ao apresentar o PAISM como proposta à CPI, de certa forma polarizou a discussão no âmbito governamental. O então Chefe do Estado-Maior das Forças Armadas, General Valdir Vasconcelos considerava que o controle de natalidade era uma questão de segurança nacional e fundamentou sua concepção nos elevados números de jovens “inaptos” ao serviço militar por baixa estatura, deficiência óssea e dentária, e concluía na limitação dos nascimentos estava a solução do “problema”. Apesar do processo de redemocratização do país, a classe militar ainda mantinha certo poder para manter vigente sua concepção neomalthusiana para controlar a população de baixa renda e responsabiliza-la pela reprodução das desigualdades sociais (COSTA, 1999).

Os movimentos feministas e de mulheres, da reforma sanitária e religiosa, apesar de terem posições opostas, eram unânimes na posição anti-controlista. Embora os movimentos de mulheres e feministas reivindicassem o acesso aos meios contraceptivos, o faziam segundo um ponto de vista que defendia o livre exercício da sexualidade, o direito a ter ou não ter filhos, da livre escolha do tamanho da prole e do direito aos serviços de saúde.

No PAISM o planejamento familiar era concebido como uma questão de livre arbítrio dos casais:

(...)deliberação das pessoas ou dos casais no sentido de limitar, regular ou mesmo aumentar o número de filhos, de acordo com os próprios projetos vida, sendo uma questão de foro íntimo e um direito fundamental... O planejamento familiar, não deve jamais ser entendido enquanto solução dos planejamentos sociais e econômicos, e nem submetido como componente na real necessidade no âmbito da saúde da mulher (BRASIL, 1984, p. 9).

Foi com base nos princípios fundadores do PAISM que o governo brasileiro definiu sua posição oficial na Conferência Internacional de População do México, em 1984. A Conferência do México ocorreu após a adoção de políticas de apoio ao planejamento familiar, ou de programas de planejamento populacional, em muitos países, dez anos depois da Conferência de Bucareste, para avaliar a implementação do Plano de Ação de Bucareste. A delegação do Brasil informou que o governo brasileiro havia aprovado a integração do apoio ao planejamento familiar aos serviços públicos de saúde através do PAISM. A maior inovação em relação a Bucareste foi a atenção dada à situação e ao papel da mulher, destacando a capacidade das mulheres de controlar sua própria fecundidade, condição fundamental para o gozo de outros direitos (ALVES, 2001).

Em 1991, o Congresso Nacional instalou uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) destinada a investigar a esterilização em massa das mulheres brasileiras. Entre os consensos resultantes dessa CPMI, foi a necessidade de regulamentação da esterilização cirúrgica e de todas as ações para o planejamento familiar. Tendo tramitado pelas duas casas do Congresso Nacional, o projeto recebeu veto presidencial. O segundo método mais utilizado entre as brasileiras, de acordo com o que foi apurado na CPMI, era a pílula anovulatória. Segundo o relatório, o uso da pílula ocorria num contexto de alto risco à saúde das usuárias e quase 50% automedicavam-se ou recebiam a indicação na farmácia.

O Congresso Nacional tentou reverter o veto presidencial, o que adiou até o ano de 1993 a divulgação do relatório final da CPMI. Foi criada através do Requerimento nº796/91-CN, destinado a examinar a “incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil.”

Como descrito no relatório final:

“[...] a quantidade de mulheres esterilizadas no Brasil é alarmante, principalmente se considerarmos que esse número foi atingido dentro de uma situação de suposta ilegalidade da esterilização, na medida em que o Código de Ética Médica proíbe esta prática e que não existe, entre nós, nenhuma lei específica que regulamente essa questão. (BRASIL, 1993)”

Do relatório constavam, também, documentos sobre a atuação da BEMFAM e da CPAIMC, sobre sua natureza, finalidade, bem como projetos e recursos de entidades internacionais, fontes de financiamento da sua atuação no país. A CPMI realizou uma audiência pública durante a ECO/92 na tenda do Planeta Fêmea, instalada no Rio de Janeiro.

Na ECO/92, realizada no Rio de Janeiro, cunhou-se o conceito do desenvolvimento sustentável, que englobou os sistemas produtivos, os padrões de consumo, a pobreza, o crescimento econômico, a população e sustentabilidade da vida no planeta. Este conceito foi importante para superar as antigas dicotomias entre “controlismo” e “natalismo”, “planejamento populacional” e “desenvolvimento econômico”, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de Cairo/1994 (CIPD) (ALVES, 2001).

A Conferência de Cairo, realizada em 1994 foi decisiva e marcou a evolução do direito das mulheres de tomar decisões sobre sua própria vida. Nesta Conferência foi reconhecido o pleno exercício dos direitos humanos e a ampliação dos meios de ação da mulher como fatores determinantes da qualidade de vida dos indivíduos, na qual a saúde reprodutiva é considerada um direito humano e fundamental da igualdade de gêneros. A discussão sobre o planejamento familiar deixou, assim, de ser uma questão entre “controlistas” e “natalistas” passando ser considerado tema relativo aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher.

Pela primeira vez considerou-se problemática da saúde da mulher idosa:

Os governos, em colaboração com organizações não-governamentais e com o setor privado, devem reforçar sistemas de apoio formais e informais e redes de segurança para pessoas idosas e eliminar todas as formas de violência e de discriminação contra o idoso em todos os países, dispensando especial atenção às necessidades de mulheres idosas (CAIRO, 1994, p. 34).

A Conferência do Cairo foi fundamental para a discussão da política de saúde da mulher no Brasil. Com o PAISM, lançado em 1983, o país já havia antecipado em uma década o espírito da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de Cairo. A experiência do Brasil foi essencial antes e durante a formulação do Programa de Ação do Cairo. Além dessa contribuição dada pelo Brasil, nos beneficiamos dos debates e conquistas da Conferência para fortalecer as posições internas sobre os direitos e a saúde da mulher.

Durante a fase preparatória da CIPD, o Ministério das Relações Exteriores (MRE) criou um comitê nacional composto por representantes dos diversos setores do

executivo, e realizou uma consulta nacional, com eventos como o “Encontro Nacional Mulher e População: nossos direitos para o Cairo 94”. Como resultado, foi elaborada a “Carta de Brasília” relativa à saúde integral da mulher e aos direitos sexuais e reprodutivos.

A IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing em setembro de 1995, inseriu-se em uma sequência de grandes encontros sobre o tema, inaugurados em 1975 por iniciativa do próprio movimento de mulheres. A conferência reafirmou o respeito das conquistas já obtidas. Como a abertura global propiciada pela ECO/92 ao reconhecer a perspectiva de gênero nas questões de meio ambiente; na Conferência Mundial sobre Direitos Humanos de 1993, na qual os direitos fundamentais da mulher foram tidos como parte integrante do conjunto de todos os direitos humanos, porém com tratamento particularizado; o reconhecimento pela conferência do Cairo de que as mulheres no controle de sua própria fecundidade são cruciais para o êxito de qualquer política populacional. No documento final da Conferência é definido a sua plataforma de ação como uma de suas áreas críticas de preocupação: “as desigualdades e inadequações no acesso aos serviços de saúde e conexos” (CAIRO,1994). Reafirmaram a necessidade de as mulheres controlarem todos os aspectos de sua saúde, em particular sua própria fecundidade, como elementos indispensáveis à boa saúde e para a emancipação feminina.

Em Beijing, 1995, ocorreu ampliou-se a concepção da saúde da mulher durante o climatério, mas ainda vinculada a um conceito de doença:

Com o incremento da expectativa de vida e o conseqüente número cada vez maior de anciães, a saúde das mulheres de idade avançada exige uma atenção particular. As perspectivas de longo prazo da saúde da mulher sofrem transformações na menopausa que, somadas a afecções crônicas e a outros fatores, como a má nutrição e a falta de atividade física, podem aumentar o risco de enfermidades cardiovasculares e de osteoporose. Também merecem uma atenção especial, outras enfermidades associadas ao envelhecimento e as inter-relações entre o envelhecimento da mulher e sua incapacidade física (PEQUIM,1995).

No Brasil, as Conferências Nacionais de Mulheres elaboraram uma agenda sobre questões de gênero inspirada nas resoluções da Conferência de Beijing e incorporou as seguintes temáticas/diretrizes: violência, saúde, meninas e adolescentes, geração de emprego e renda, educação, infraestrutura urbana e habitação, questão agrária, incorporação da perspectiva de gênero por toda política pública (transversalidade) e acesso ao poder político (FARAH, 2004).

O conceito de saúde reprodutiva apareceu pela primeira vez no documento final da Conferência Internacional de Direitos Humanos da ONU, realizada em Teerã-1968, relacionando-o ao direito ao planejamento familiar. Foi a partir da Eco/92, Cairo/94 e Beijing/95 que ocorreu uma quebra de paradigma no conceito de saúde reprodutiva, no qual “a saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico” (CAIRO, 1994). A definição do conceito de direitos sexuais e reprodutivos foi incluída na Plataforma de Ação de Beijing. Os conceitos de saúde e direitos reprodutivos excluíram a reprodução da esfera privada e a colocaram na esfera pública, avançando além do planejamento familiar, ao incorporar questões relativas à contracepção, esterilização, aborto, concepção e assistência à saúde.

Em 2004, o PAISM foi ampliado, dando origem ao PNAISM. Durante esse processo de expansão dos direitos femininos, o Brasil passou por uma transformação social e política. Com o início do processo de redemocratização, em 1985, com a aprovação da Constituição de 1988 e a Reforma Sanitarista, bem como o processo de formulação de políticas públicas teve início a ampliação do PAISM, transformado no Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que veremos a seguir.

## 2.2 MOVIMENTO FEMINISTA E DE MULHERES, DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS, ESPAÇO PRIVADO E PÚBLICO

Com o retorno à democracia, as demandas por maior participação da sociedade civil nas decisões do governo, relativas às políticas públicas, foram ganhando força. Novos movimentos sociais surgiram, como o movimento feminista na conquista de novos direitos sociais e políticos.

A luta das mulheres notabilizou-se pelo reconhecimento de seus direitos. As demandas feministas entraram na agenda política do Brasil graças à intensa e ininterrupta ação dos movimentos feministas e de mulheres. Esses progressos, todavia, não foram ocorreram de forma homogênea e democrática, face às diferenças existentes entre as mulheres, de raça/etnia e classe social (PITANGUY, 1999).

Na década de 1960, o movimento feminista e de mulheres havia conquistado muita força nos Estados Unidos, em sintonia com outros movimentos sociais, cuja pauta de reivindicações era ampla, que incluía desde o direito à sexualidade até a igualdade entre homens e mulheres. No Brasil, foi a partir de meados da década de 1970 o

movimento de mulheres desencadeou iniciativas em defesa dos direitos humanos das mulheres, criando diversos grupos ou instituições não governamentais que trabalhavam na área da saúde.

O processo de urbanização no Brasil acelerou-se a partir da década de 1950, com uma velocidade superior à de países desenvolvidos, tornando irreversível a hegemonia das cidades, onde concentravam-se as atividades econômicas, residência da população e como centro de difusão dos novos padrões de relações sociais e estilos de vida (BRITO, 2006). Esse predomínio das cidades fez com que os movimentos sociais urbanos fossem os principais agentes do processo de transformações na redemocratização do país.

Os movimentos feministas e de mulheres tiveram destaque no cenário urbano, pois, a modernização e a urbanização dela resultante, criou novas oportunidades para as mulheres no mercado de trabalho e no sistema educacional. Marcado pela ditadura, o movimento feminista e de mulheres, comprometido com a luta pelo retorno à democracia, denunciou as discriminações e desigualdades sofridas pelas mulheres, e passaram a reivindicar direitos específicos à vivência das mulheres nas cidades, contribuindo para a inclusão da questão de gênero nas políticas públicas. As mulheres, como sujeito coletivo, passaram a atuar na esfera pública (FARAH, 2004).

No Brasil, as mulheres integram grupos politicamente minoritários, mas a partir da organização do movimento feminista e de mulheres, elas passaram a questionar a sua posição na sociedade e a defender seus interesses através de uma perspectiva de gênero. Com o processo de abertura política, as questões feministas ganharam espaço político, os movimentos deslocaram o foco da opressão feminina para questões ligadas as transformações do papel da mulher na sociedade, como o direito a saúde e a sexualidade.

Durante as entrevistas realizadas houve muitos relatos de mulheres ligadas ao movimento feminista, trabalhando no Ministério da Saúde, e mesmo coordenando departamentos ligados a saúde da mulher.

Os movimentos das mulheres e feministas tinham como meta conquistar maior participação política das mulheres na tomada de decisões, tornando a mulher a figura central, reconhecendo-a como “sujeito de direito”, e não como “objeto” das políticas. Elas consideravam que as políticas de saúde reprodutiva deveriam ter como meta o bem-estar das mulheres e o melhoramento de sua qualidade de vida e seu direito a decidir de maneira livre e informada sobre o número de filhos que desejavam ter (FARAH, 2004).

Com o lema “Nosso corpo nos pertence”, na década de 1980, os movimentos feministas e de mulheres abriram o debate político sobre o copo feminino, dando um novo significado a este, à contracepção, ao planejamento familiar, ao aborto, à sexualidade e à maternidade opcional, princípios do que seria entendido, posteriormente, como “direitos sexuais e reprodutivos”. Buscou-se conquistar a autonomia feminina sobre os corpos disciplinados e controlados, rejeitando sua determinação pela função reprodutora e pelo papel de mãe. Os movimentos feministas e de mulheres começaram a criticar os programas verticais de saúde materno-infantil, que não entendiam o corpo da mulher como um todo, focando apenas a doença, a maternidade, sem levar em conta a especificidades da mulher. Essas críticas surgiram dos questionamentos sobre sexualidade e desigualdade de gênero; eram negligenciados os problemas de saúde relacionados às demais fases da vida da mulher, como a menopausa/climatério, DST’s, contracepção, entre outros (FARAH,2004).

O acesso à informação tornou possível a meta de separar a sexualidade da concepção, através da contracepção, principalmente com o uso do DIU e da pílula anticoncepcional, sem ser necessário recorrer às cirurgias de esterilização. Dessa forma, foi aumentando a autonomia das mulheres em relação aos profissionais de saúde; através da democratização da informação sobre corpo, sexualidade e saúde as mulheres foram conquistando maior liberdade sobre seu corpo (COSTA; BAHIA; CONTE, 2004).

Operou-se, no plano político e normativo, o resgate formal das liberdades civis e políticas, consolidadas na nova Constituição Federal, promulgada no ano de 1988. Essa década foi de fundamental importância para a organização social e política, por todo o país. Os movimentos de mulheres e feministas, também tiveram suas vitórias, conquistando um espaço institucional no novo governo democrático, o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) e, por meio de sua intensa ação política, alcançaram o reconhecimento da plena cidadania das mulheres (PITANGUY, 1999).

Para que as mulheres conquistassem o status de sujeitos de direitos, de diferenças, foi necessário que as mulheres conseguissem assegurar o poder sobre seus corpos e suas escolhas.

Com o avanço da visibilidade do movimento de mulheres, as reivindicações das mulheres não podiam mais ser ignoradas. Foi, então, que, no início da década de 1980, as mulheres começaram a ser ouvidas na elaboração de políticas e programas criados para atendê-las. Isto refletiu-se na discussão sobre as políticas públicas de saúde para a

mulher e em suas reivindicações de realizar reformas nas instituições de saúde. O movimento feminista e de mulheres no Brasil, definiu a saúde da mulher como prioridade e o controle do próprio corpo, pré-requisitos para controlar outras esferas da própria vida como a sua sexualidade e sua liberdade (BARROSO, 1985 apud VIEIRA, 2003).

Os movimentos feministas e de mulheres levaram à expansão de sua consciência da questão de gênero. A política de saúde para as mulheres libertou-as das concepções restritivas do programa materno infantil. Por muitos anos, o assunto esteve pautado na intervenção sobre os corpos das mulheres-mães, de maneira a assegurar que os corpos dos filhos fossem saudáveis e úteis à sociedade.

Os movimentos feministas internacionais adotaram o conceito de direitos sexuais e reprodutivos como estratégia discursiva na prática política, a partir do 4º Encontro Internacional de Saúde da Mulher em Amsterdã, realizado em 1984. Nele predominou a preocupação com garantias legais e políticas de igualdade, liberdade e justiça social no exercício da sexualidade e função reprodutiva. Com esse conceito, o feminismo coloca uma nova posição alternativa tanto ao “natalismo” quanto ao “controlismo” no debate populacional então vigente.

A expressão “direitos sexuais e reprodutivos” contestava as leis e modelos autoritários e restritos de assistência à saúde da mulher, pelo seu caráter discursivo na reivindicação de garantia legais e políticas. Essa nova expressão aumentou a autonomia reprodutiva feminina, pois garantia-lhe a autonomia nas suas decisões reprodutivas, o controle do próprio corpo e o livre exercício da orientação sexual. O conceito de direitos sexuais e reprodutivos, fundamentado nos direitos humanos, trouxe uma mudança na posição das mulheres em relação ao poder político de seus países. Historicamente, as mulheres sofreram maiores restrições à liberdade sexual e reprodutiva. Com a conquista desses direitos elas adquiriram maior poder de decisão sobre o próprio corpo, podendo interferir decisões sobre a concepção (VENTURA, 2011).

No Brasil a luta pela conquista de direitos sexuais e reprodutivos foi liderada por movimentos de mulheres e feministas, influenciados por movimentos semelhantes que estavam ocorrendo em outros países. Os movimentos incluíram em sua pauta de discussões esses direitos e sua incorporação às políticas sociais. Os defensores dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher entendiam a saúde, sobretudo, como uma questão de cidadania e de justiça social, e não apenas uma questão biológica. A

concepção de direitos sexuais não se limitava à vida sexual e reprodutiva, mas passou a abranger um conjunto de direitos humanos, individuais e sociais que deviam interagir em busca do pleno exercício da sexualidade e da reprodução (VENTURA, 2011).

Os movimentos feminista e de mulheres passaram a conceber o exercício dos direitos reprodutivos uma condição de cidadania e a contracepção, uma opção das mulheres brasileiras. A escolha de ter ou não filhos constava de uma ampla rede de direitos sociais, tanto no espaço público como privado, que envolvia a educação, a sexualidade, a gravidez indesejada e o aborto, a qualidade da assistência gineco-obstétrica, a divisão social e sexual do trabalho e o apoio social à maternidade, o que fez com que as questões de contracepção se colocassem em um marco ampliado dos direitos reprodutivos e sexuais (CORRÊA; PETSKY, 1994). A mulher passou a ser vista de forma integral, encarada como indivíduo e sujeito de direitos e percebidas como uma totalidade, e não reduzida a um corpo reprodutivo, individual ou demográfico.

No decorrer dessa fase de lutas pela conquista de direitos, vários grupos de mulheres organizaram movimentos para pressionar o governo para aprovar as políticas específicas de gênero. À medida que estes movimentos obtiveram maior representação e força política, as lutas por representação política, planejamento familiar não coercitivo e a temática de gênero foram sendo introduzidas nas áreas institucionais e passou-se a reivindicar o recorte de gênero na elaboração e na implementação das políticas públicas. (FARRAH, 2004).

Uma das vitórias dessas lutas foi PAISM. As transformações políticas e sociais ocorridas no transcurso da década de 1980 propiciaram a criação de novos espaços democráticos no país, como o Conselho Nacional de Direitos das Mulheres (CNDM), as delegacias de defesa da mulher, o PAISM, que legitimaram a inclusão das mulheres nas políticas públicas. Formou-se, assim, uma agenda de gênero que buscou ações que rompessem com a desigualdade entre homens e mulheres.

A criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), através da Lei nº7353 de 29 de agosto de 1985, foi consequência da atuação dos movimentos de mulheres e feministas e teve como principal resultado a discussão de políticas destinadas às mulheres, visando eliminar a discriminação da mulher e assegurar sua participação nas atividades políticas, econômicas e culturais do país:

Art. 1º – Fica criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher – CNDM – com a finalidade de promover em âmbito nacional, políticas que visem a eliminar a discriminação da mulher, assegurando-lhes condições de liberdade

e de igualdade de direitos, bem como sua plena participação nas atividades políticas, econômicas e culturais do país. (BRASIL,1985, p.1)

Assim como:

Art. 4º – Compete ao Conselho Nacional dos Direitos da Mulher:

- a) Formular diretrizes e promover políticas em todos os níveis da administração pública direta e indireta, visando à eliminação das discriminações que atingem a mulher;
- b) prestar assessoria ao Poder Executivo, emitindo pareceres e acompanhando a elaboração e execução de programas de Governo no âmbito federal, estadual e municipal, nas questões que atingem a mulher, com vistas à defesa de suas necessidades e de seus direitos;
- c) estimular, apoiar e desenvolver o estudo e o debate da condição da mulher brasileira, bem como propor medidas de Governo, objetivando eliminar todas as formas de discriminação identificadas;
- d) sugerir ao Presidente da República a elaboração de projetos de lei que visem a assegurar os direitos da mulher, assim como a eliminar a legislação de conteúdo discriminatório;
- e) fiscalizar e exigir o cumprimento da legislação que assegura os direitos da mulher;
- f) promover intercâmbio e firmar convênios com organismos nacionais e estrangeiros, públicos ou particulares, com o objetivo de implementar políticas e programas do Conselho;
- g) receber e examinar denúncias relativas à discriminação da mulher e encaminhá-las aos órgãos competentes, exigindo providências efetivas;
- h) manter canais permanentes de relação com o movimento de mulheres, apoiando o desenvolvimento das atividades dos grupos autônomos, sem interferir no conteúdo e orientação de suas atividades;
- i) desenvolver programas e projetos em diferentes áreas de atuação, no sentido de eliminar a discriminação, incentivando a participação social e política da mulher. (BRASIL,1985, p.1)

A lei que criou CNDM também criou o Fundo Especial dos Direitos da Mulher (FEDM), que garantia os recursos para que o Conselho desenvolvesse suas atividades: “Art. 8º Fica instituído o Fundo Especial dos Direitos da Mulher, destinado a gerir recursos e financiar as atividades do CNDM (BRASIL, 1985, p. 1)”

Entre 1985 e 1989, o CNDM abordou quase todos os temas que relacionados a luta feminista e de mulheres e teve êxito na conquista de diversas leis ligadas a questões a saúde da mulher, regulação de profissionais urbanos e rurais, violência contra a mulher. A atuação das mulheres foi decisiva durante a elaboração da Constituição de 1988, principalmente, junto à Assembleia Nacional Constituinte, na qual o chamado lobby do batom conseguiu aprovar cerca de 80% de suas propostas de ação (PINTO, 2003).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (8º CNS), em março de 1986, como resultado desse amplo processo de mobilização social da primeira metade da década de 1980, reunia os princípios de um programa de implantação da Reforma Sanitária. A institucionalização dessa proposta deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS). Em outubro do mesmo ano, com influência da 8ª CNS, ocorreu a Primeira Conferência de Saúde e Direitos da Mulher.

Segundo Mesquita, 2010, a reforma na política de saúde da mulher (PAISM) precedeu a chamada reforma sanitária que resultou no capítulo da saúde na Constituição Federal de 1988 e na criação do SUS. O movimento de mulheres e feminista, juntamente com o movimento da reforma sanitária, lutaram pela redefinição dos serviços básicos de saúde: sua democratização, universalização, horizontalização, ampliação e integralidade desses serviços.

O movimento feminista e de mulheres e os sanitaristas fizeram parte de um grupo maior de setores que denunciavam as teses neomalthusianas e as ações de controle da natalidade como política de desenvolvimento econômico. Segundo Osis (1994), foi no PAISM que pela primeira vez o Estado Brasileiro propôs, oficial e explicitamente, um programa de planejamento familiar sob sua responsabilidade. O quesito do planejamento familiar entrou na política através do debate e da atuação conjunta do movimento feminista e de mulheres com o movimento sanitarista, e outros atores sociais anticontrolista.

O PAISM surge neste momento da efervescência do movimento feminista e de mulheres no Brasil juntamente com o movimento médico-sanitarista. Foi um marco histórico nas mudanças ocorridas no trato dedicado às mulheres pelo serviço de saúde, garantindo uma visão de sujeito integral, e não apenas em quanto sujeito objeto de um processo ciclo gravídico-puerperal.

Influenciado pelas ideias feministas e da reforma sanitária, o PAISM teve como fonte inspiradora, apesar de terem pontos divergentes. Desacordos ocorreram acerca dos critérios médico-sanitarista e das considerações feministas, no processo de substituição do conceito de saúde materno-infantil, na formulação de uma política de saúde que abrangesse o conceito de saúde integral e que garantisse o planejamento familiar de forma a respeitar as decisões das mulheres e seu desejo de concepção. Ambas eram favoráveis à ampliação da cobertura assistencial, apesar de usarem lógicas diferentes: enquanto o feminismo pautava a discussão pela noção de integralidade, o movimento da reforma sanitarista, argumentava em prol da proposta de priorização. As mulheres

queriam ter acesso ampliado a serviços que diminuíssem a relação de desigualdade e aumentasse a autonomia sobre o próprio corpo; os médicos tinham como ideal um acesso ampliado racionalizado através das ações do ponto de vista médico-sanitário, na priorização das escolhas baseadas no saber médico. A ampliação da cobertura assistencial não foi o único ponto em comum; valores proporcionados pelo período de redemocratização, também criaram pontos em comum entre esses dois grupos, como democracia, universalização de direitos e cidadania e diminuição das desigualdades sociais (D'OLIVEIRA, 1996).

Esse consenso, apesar das divergências, garantiu pela primeira vez um programa dirigido à saúde feminina, que tivesse as próprias mulheres organizadas como interlocutoras privilegiadas, influenciando em seu planejamento. O PAISM foi elaborado por uma comissão que reunia sanitaristas, feministas e representantes do Ministério da Saúde, montada pelo ministério para ser apresentada como proposta à Comissão de Inquérito Parlamentar (CPI) para investigar o crescimento populacional.

Essas vitórias do movimento feminista e de mulheres continuaram provocando debates e disputas e, em novembro de 1984, ocorreu em Itapecerica da Serra (SP), o I Encontro Nacional de Saúde da Mulher, promovido pela Casa da Mulher – SP e a Casa da Mulher do Grajaú. O encontro foi um marco na área de saúde feminina, constituído por mulheres organizadas, feministas e trabalhadoras da saúde que elaboraram a Carta de Itapecerica:

Nós, mulheres de 19 estados do Brasil, trabalhando na área de saúde, reunidas no 1º Encontro de Saúde da Mulher, vimos de público apresentar uma denúncia da atual crise sociopolítica, econômica e de saúde, no Brasil, propostas e encaminhamentos necessários para superação dos problemas atualmente existente na área específica da saúde da mulher (ITAPECERICA, 1984, p 6).

Participaram do encontro mais de 70 grupos de mulheres e feministas de todo o país. A Carta de Itapecerica passou a subsidiar políticas públicas e foi formalizada no que hoje é denominado de Rede Feminista de Direitos Reprodutivos. Fica claro que “o papel sexual e reprodutor imposto à mulher pela sociedade, que a exclui das decisões sobre o próprio corpo, faz com que tenhamos problemas específicos de saúde (ITAPECERICA, 1984) ”.

A Carta de Itapecerica criticava veementemente o governo e suas políticas de planejamento familiar, citando a esterilização em massa de homens e mulheres e campanhas de eugenia levadas a cabo por militares dentro de uma concepção de

segurança nacional. Aponta que o principal fator de pobreza no Brasil e nos demais países do terceiro mundo é o modelo econômico concentrador de renda, e não o crescimento populacional, como apontam as teorias neomalthusianas que influenciaram as políticas internacionais depois da Segunda Guerra Mundial.

A estratégia construída pelo movimento das mulheres na Carta de Itapecerica foi de reconhecer os diversos níveis do Estado, seja municipal, estadual ou federal, e os vários meandros institucionais e todo arcabouço estatal, seja das usuárias com os hospitais e serviços de saúde, em geral, seja na sua composição como orçamentária, de execução, de pesquisas, comunicação, monitoramento, entre outros. Essa estratégia se aproxima do pensamento da reforma sanitarista, que tinha como proposta a descentralização do sistema de saúde:

Pressionar o governo a nível federal, estadual e municipal para incluir no seu orçamento anual reservas e repasses de verbas para execução dos programas de saúde da mulher (ITAPECERICA, 1984 p. 2).

A Carta de Itapecerica é o primeiro documento que versa sobre a saúde diferenciada da mulher indígena e negra, considerando a discriminação social, sexual e racial que elas enfrentam. Precedendo o caráter de expansão que ocorreria no PNAISM em 2004, que traria a saúde da mulher negra e indígena como fatores de atenção diferenciados, dada a desigualdade e a opressão que essas mulheres são submetidas, diferente das mulheres brancas, e por isso as demandas não podem ser consideradas idênticas. Conforme a Carta,

Vivemos em um país de economia dependente, onde a maioria da população não tem acesso a alimentação, habitação, transporte, emprego, terra, saúde, lazer e prazer, gerando com isso uma situação de limite de subsistência, onde predominam miséria, desemprego, subnutrição, violência, baixa esperança de vida, alta mortalidade infantil; discriminação social, sexual e racial (indígena e negra) que agrava a qualidade de vida da maioria da população de nosso país (ITAPECERICA, 1984, p. 3).

No governo de Fernando Collor em 1989, o Brasil passava por um período neoliberal, no qual houve um encolhimento da máquina administrativa. Com isso muitas políticas públicas foram reduzidas, o CNDM reduziu-se a uma entidade meramente consultiva com representantes nomeados sem o menor vínculo com as causas das mulheres, para em seguida perder sua autonomia financeira. Durante o governo Collor, o pensamento neoliberal diminuiu expressivamente a participação dos movimentos sociais, que teriam uma volta expressiva à participação no governo Lula.

O CNDM foi reativado pelo então presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC) em 1995, a partir da pressão de alguns setores do movimento de mulheres, mas sem alteração significativa. No final da sua administração, o presidente FHC em 2002 criou a Secretaria dos Direitos das Mulheres (SEDIM), em resposta às pressões das organizações de mulheres. A secretaria não atendeu às expectativas, que eram a articulação dos setores do governo com a sociedade civil a fim de pautar as políticas demandadas pelas mulheres. Apenas em 2003, no governo Luís Inácio Lula da Silva, o CNDM volta com representantes da sociedade civil e do governo e passa a compor a estrutura da recém-criada Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM).

Todas essas reivindicações e organizações citadas, integravam sua dessa agenda de gênero, formada por temas e propostas elaboradas por mulheres dos movimentos de mulheres e feministas, desde a década de 1970, chegaram a seu ápice com a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM). O Estado reconhecendo sua importância, criou um espaço específico para as variadas demandas desse segmento; uma agência pública federal para a discussão e elaboração de políticas para as mulheres.

### 2.3 DESFECHO DA POLÍTICA DE GÊNERO: A CRIAÇÃO DO PNAISM

A criação do PNAISM em 2004 fez parte do processo de elaboração de políticas públicas na área de saúde feminina e na inclusão da discussão de gênero. O PNAISM ampliou a representação de mulheres, que historicamente haviam tido seus direitos negados: mulheres negras, indígenas, trabalhadoras rurais, homossexuais, portadoras de necessidades especiais e presidiárias.

O PNAISM, lançado no mesmo ano, foi influenciado por esses princípios e diretrizes, e foi um caminho para na resolução dos problemas na saúde da mulher:

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher adotou os princípios da humanização e da qualidade da atenção em saúde como condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados; na satisfação das usuárias; no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas; no reconhecimento e respeito aos seus direitos e na promoção do autocuidado (I CNPM, 2004).

Uma das primeiras metas da SPM consistiu em construir um Plano Nacional de Políticas Públicas Direcionadas às Mulheres Brasileiras (I PNPM), elaborado a partir das deliberações da Iª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (I CNPM). O Plano teve quatro áreas de atuação: autonomia; igualdade no mundo do trabalho e

cidadania; educação inclusiva e não sexista; saúde das mulheres, direitos sexuais e reprodutivos; e, enfrentamento à violência contra as mulheres. Nessas áreas foram elaboradas as políticas e as ações destinadas a diminuir as desigualdades de gênero.

Segundo as informações contidas no PNPM de 2004, a elaboração do plano teve início com o decreto de 15 de julho de 2004, que criou o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), integrado por representantes de 07 ministérios (Saúde; Educação; Trabalho e Emprego; Justiça; Desenvolvimento Agrário; Desenvolvimento Social; Planejamento, Orçamento e Gestão), da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, do CNDM e das Secretarias da Mulher do Acre e de Campinas, sob a coordenação da SPM.

O documento apresentou os pressupostos, princípios e diretrizes das políticas a serem implementadas durante o primeiro mandato do governo Lula, são eles: 1 – autonomia, igualdade no mundo do trabalho e cidadania; 2 – educação inclusiva e não-sexista; 3 – saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos; e 4 – combate à violência contra as mulheres.

O 1º PNPM estabeleceu os objetivos, as metas e as prioridades para as políticas públicas de saúde das mulheres. Os objetivos principais foram:

I. Promover a melhoria da saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, em todo território brasileiro.

II. Garantir os direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres.

III. Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.

IV. Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004, p. 63).

No Plano eram feitas referências a doenças que atingiam, diferentemente, mulheres negras, indígenas e brancas; mulheres portadoras de necessidades especiais; com diferentes opções sexuais; em estado de liberdade condicional; entre as mulheres que moravam em zonas urbanas e daquelas que moravam em zonas rurais. Essa diferenciação é relevante, pois marcará uma das maiores diferenças entre o PAISM e o PNAISM, no que tange sua abrangência e expansão.

No PAISM houve uma ampliação dos sujeitos de direitos, o que não ocorria no PAISM, pois, assegurou uma representação das populações historicamente discriminadas segundo raça/etnia, gênero, sexualidade, classe, entre outros.

Os problemas de saúde atingem a população de maneira diferenciada. Alguns são mais prevalentes em determinados grupos raciais e étnicos. No caso das mulheres negras, a literatura científica refere maior frequência de diabetes tipo II, miomas, hipertensão arterial e anemia falciforme.

Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher (Ministério da Saúde) identificou a necessidade de articulação com outras áreas e ações, quais sejam: atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, índias, presidiárias e lésbicas (BRASIL, 2004, p. 62).

O Iº PNPM discutiu a saúde sexual e reprodutiva da mulher, o excesso de intervenções cirúrgicas e sua prevalência nas regiões onde as mulheres tinham menor nível de escolaridade e condições socioeconômicas mais precárias. Também mencionava que o acesso à anticoncepção, direito garantido constitucionalmente, não era amplamente atendido. O Iº PNPM, também, preocupava-se com a incidência da HIV/AIDS, não explorado no PAISM, e tornara-se um problema mundial.

No PAISM, eram abordadas as DSTs – apesar de ser uma DST, o HIV/AIDS, tornou-se uma preocupação maior na saúde feminina após o meio da década de 1980. Como apontado I PNPM, em 1986, 0,5% dos casos de AIDS notificados eram do sexo feminino; após os anos 2000 a participação das mulheres no conjunto dos casos chegou a ser 30%.

O Iº PNPM ao tratar da criação do PAISM destacou as dificuldades políticas, técnicas e administrativas a serem enfrentadas para sua efetivação e afirmava que a saúde reprodutiva, bem como a redução da mortalidade materna, foi priorizada, mesmo que a proposta do PAISM fosse a atenção integral à saúde da mulher, e a partir dessa discussão a necessidade da expansão dessa política:

Em 1984, o Ministério da Saúde publicou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando uma ruptura conceitual com os princípios até então norteadores da política de saúde das mulheres e critérios para eleição de prioridades neste campo. Estudos realizados sobre o PAISM demonstram a existência de dificuldades na implantação dessas ações e, embora não se tenha um panorama abrangente da situação em todos os municípios, pode-se afirmar que a maioria enfrenta ainda dificuldades políticas, técnicas e administrativas (BRASIL, 2004, p. 62).

O Iº PNPM também estabeleceu metas a serem alcançadas, e fazia referências mais detalhadas aos sujeitos que estariam envolvidos na formulação das políticas.

- A. Implantar em um município de cada região do país, com equipes de Saúde da Família (SF), a atenção qualificada às mulheres com queixas clínico-ginecológicas; no climatério, adolescentes, na terceira idade, com especial atenção à raça e etnia.
- B. Implantar projetos pilotos de um modelo de atenção à saúde mental das mulheres na perspectiva de gênero, em 10 municípios com Centros de Atenção Psicossocial (CAPs).
- C. Implementar em um município de cada região do país, com Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, ações voltadas aos agravos à saúde das trabalhadoras do campo e da cidade.
- D. Implantar a atenção integral à saúde da mulher índia em 10% dos pólos básicos.
- E. Habilitar 35% dos estados que tem presídios femininos, para a Atenção Integral à Saúde das presidiárias.
- F. Ampliar as ações de Planejamento Familiar, garantindo a oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis para 60% da população de mulheres em idade fértil, usuárias do SUS, em todos os municípios com equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou aderidos ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN).
- G. Reduzir em 5% o número de complicações de aborto atendidas pelo SUS.
- H. Reduzir em 15% a razão de Mortalidade Materna no Brasil, considerando a meta estabelecida no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal lançado em março de 2004.
- I. Reduzir em 3% a incidência de Aids em mulheres.
- J. Eliminar a sífilis congênita como problema de saúde pública.
- K. Aumentar em 30% a cobertura de Papanicolau na população de risco (35 a 49 anos).
- L. Aumentar em 30% o número de mamografias realizadas (BRASIL,2004, p. 65).

Na primeira meta era reforçada a necessidade de ampliar a atenção aos sujeitos de direito, garantindo sua inclusão e superando práticas excludentes. Outros grupos minoritários também eram mencionados em outras metas, como as trabalhadoras do campo na meta **C**, as indígenas na meta **D** e as presidiárias na meta **E**, em resposta às demandas dos respectivos grupos.

Ainda eram apresentadas as prioridades nas políticas públicas de saúde da mulher:

- 3.1. Estimular a implantação, na Atenção Integral à Saúde da Mulher, de ações que atendam às necessidades específicas das mulheres nas diferentes fases do ciclo vital, abrangendo as mulheres negras; com deficiência; índias;

presidiárias, trabalhadoras rurais e urbanas; e com diferentes orientações sexuais; contemplando questões ligadas às relações de gênero.

3.2. Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, na perspectiva da atenção integral à saúde.

3.3. Promover a atenção obstétrica, qualificadas e humanizadas, inclusive a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes, visando reduzir a mortalidade materna, especialmente entre as mulheres negras.

3.4. Promover a prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/Aids na população feminina.

3.5. Reduzir a morbimortalidade por câncer cérvico-uterino e de mamas na população feminina.

3.6. Revisar a legislação punitiva que trata da interrupção voluntária da gravidez (BRASIL,2004, p. 65).

As prioridades revelam a preocupação com as doenças e com a mortalidade feminina e explicitam a intenção de ampliar os serviços, tais como: equipes de saúde da família, acesso à mamografia, Papanicolau, planejamento familiar (exceto pela última meta, em 3.6).

A Iº CNPM influenciou diretamente o Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004. A partir da adoção do enfoque de gênero buscou a integralidade e a promoção da saúde como princípios que norteiam e consolidam os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Observa-se, portanto, um esforço para voltar às bases do PAISM e ir além, com a inclusão de novas propostas.

O Plano Nacional foi uma nova diretriz que estabeleceu uma perspectiva de saúde integral da mulher, respeitadas das especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos sociais de mulheres, criando novos sujeitos de direitos.

### 3 ESPAÇO DE DISPUTA E CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA NO PAISM E PNAISM (1987-2004)

O reflexo de todas as mudanças sociais nacionais e internacionais que ocorreram desde a década de 1970 – o movimento feminista e de mulheres ganhando força, a redemocratização do Brasil e as conferências internacionais com uma agenda social planetária, que interferiu nas políticas públicas nacionais –, foi a criação de uma política pública. A seguir será abordado o tema da integralidade da visão médico-sanitarista e a experiência da UNICAMP, que colocaram o conceito de integralidade no centro da discussão da saúde feminina.

#### 3.1.1 Influência do conceito médico e a experiência da UNICAMP

Mesmo que possuísse o caráter de controle da reprodução através do corpo da mulher, o surgimento de um conceito de atenção integral à saúde da mulher rompeu com o enfoque tradicional, que era a saúde materno-infantil. O conceito de integralidade surgiu também pelas influências médico-sanitaristas, além das visões do movimento feminista e de mulheres. Essa combinação resultou na visão inovadora na saúde da mulher.

A integralidade começou a ser debatida nos chamados programas verticais, desenvolvidos pela área biomédica da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), em meados dos anos 1960. A precariedade da atenção primária à saúde da população que procurava o hospital universitário começou a ser discutida pelos profissionais de saúde da UNICAMP. Como consequência dessa reflexão e das dificuldades para dar às mulheres todas as possibilidades de detecção e prevenção de doenças, pretendeu-se horizontalizar os programas de prevenção, ou seja, transformá-los de forma global e integrada. Com este propósito, foi criado na UNICAMP, na década de 1970, o Ambulatório Experimental de Tocoginecologia Preventiva, cujo diretor era o ginecologista Dr. José Aristodemo Pinotti.

A experiência com o ambulatório foi relatada em vários congressos e trabalhos publicados por profissionais envolvidos no projeto, nos quais destacava-se a necessidade de estruturar um sistema de atenção primária à saúde em todo o país. Esses trabalhos e conferências versavam sobre a necessidade de dar maior ênfase à atenção primária e realizar uma reestruturação do Sistema de Saúde, para realizar a ligação entre

a mulher e o Sistema. Esses estudos e os profissionais envolvidos nesse projeto influenciaram diretamente o PAISM, além de propagarem as ideias de ambulatório no meio acadêmico, estavam diretamente envolvidos com a elaboração da política (OSIS, 1994).

O conceito de atenção primária e simplificada aplicado pelo ambulatório privilegiava as triagens em postos de saúde comunitários antes do atendimento em centros de saúde e hospitais especializados, pois se percebeu que os centros especializados estavam transformando-se apenas em prontos-socorros. A atenção horizontal possui uma visão global e integrada dos problemas de saúde do indivíduo, ao contrário da atenção vertical, centrada numa parte do corpo do paciente.

A partir dessa experiência e das reflexões realizadas pelos participantes no projeto, nasceu a concepção conhecida como Atenção Integral à Saúde da Mulher (AISM). Esta concepção rompeu com toda estrutura anterior do atendimento médico das mulheres. Os avanços introduzidos pela AISM consistiram no fato de pensar as mulheres desde uma perspectiva totalizante, e não em um conjunto de órgãos separados.

A influência dessa experiência foi direta, pois, pessoas ligadas ao Departamento de Tocoginecologia fizeram parte da comissão que criou a proposta do PAISM na CPI que investigava o crescimento populacional.

Os militares, favoráveis ao planejamento familiar como forma de controlar o aumento da população e de estimular o desenvolvimento econômico, criaram uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para investigar o crescimento populacional, em junho de 1983, em resposta ao pronunciamento do presidente Figueiredo sobre as consequências da superpopulação no Brasil.

O Ministério da Saúde apresentou a proposta de criação do PAISM, o Programa de Saúde da Mulher que estava sendo elaborado por técnicos do governo e que incluiria a oferta de serviços de planejamento familiar. A proposta levada pelo ministro da saúde Waldyr Arcoverde à CPI, resultou do trabalho de uma comissão especial montada pelo MS para a preparar o texto do PAISM. Integravam a comissão a socióloga Maria da Graça Ohana, funcionária da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI) e três médicos, Ana Maria Costa, funcionária do próprio Ministério e integrante dos movimentos de mulheres e três médicos; Anibal Faúndes e Osvaldo Grassioto, ginecologistas e professores do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), indicados pelo Dr. José Aristodemo Pinotti, chefe daquele departamento (FONSECA SOBRINHO, 1993).

Segundo Osis (1994) foi a UNICAMP que negociou o financiamento do PAISM com o UNFPA, através da OPAS. Também contaram com recursos do Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL) e de acordos de cooperação internacional.

Nas entrevistas realizadas, foram feitas referências à influência desse departamento da UNICAMP na elaboração da política:

(...)era muita gente de universidade que saiu para o MS (...) a saúde da mulher a gente trabalhou com planejamento familiar, aí aquele professor da UNICAMP, o Pinotti, me cedeu uma funcionária que ele tinha para fazer as normas de planejamento (ENTREVISTADA II, 2014, médica pediatra, aposentada do Ministério da Saúde, ex-coordenadora do Departamento da Saúde da Criança e do Adolescente, revisora do Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher).

(...) tinha um ginecologista (refere-se ao Dr. Pinotti), ele foi aluno meu, era coordenador da saúde da mulher (ENTREVISTADA I, 2014, médica pediatra, aposentada do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), ex-coordenadora do Departamento de Saúde da Criança).

A proposta da AISM, gestada nas discussões da UNICAMP, começou a ser divulgada nos trabalhos e intervenções públicas dos profissionais a ela relacionados. Passou a ser debatida em outros contextos, especialmente nos movimentos de mulheres e feministas, que afirmavam que as mulheres deveriam ser sujeitos de sua sexualidade para reapropriarem-se do conhecimento do seu corpo. A proposta de AISM vinha ao encontro dessas reivindicações dos movimentos de mulheres e feministas, que provocou muito interesse entre as mulheres em conhecê-lo e em participar mais intensamente em seu aperfeiçoamento (OSIS, 1994).

Os movimentos de mulheres e feministas insistiram na transformação do AISM em programa que incluísse um forte componente de educação sexual e em saúde, para afastar qualquer possibilidade ser usado para o controle populacional coercitivo. O resultado imediato foi a publicação, ainda em 1983, de um variado material educativo, contendo um documento com as bases para uma ação educativa: folhetos informativos, cartilhas, manuais de coordenadores de grupos de pré-natal e planejamento familiar, cartazes e slides. Boa parte desse material foi produzido por ONGs feministas em conjunto com o Ministério da Saúde e outras instituições. Uma série de cartilhas intituladas “Esse sexo que é nosso”, produzida pela Fundação Carlos Chagas, chegou a ser distribuída e apreendida pelo Ministério da Saúde.

No material de difusão educativa a ser utilizada pelos serviços de saúde havia uma crítica feminista ao saber/poder médico e às relações de gênero, como as FIGURA 1, FIGURA 2 e FIGURA 3 exibidas anteriormente. Uma das médicas sanitaristas entrevistadas fez referência a este material, em específico sobre a FIGURA 3 “Quando a consulta termina”:

(...) esse material que era usado problematizava em ter uma versão das mulheres a respeito de como elas se sentiam na relação com os serviços de saúde, com os profissionais de saúde, havia uma crítica à medicalização, à falta de atenção dos profissionais aos direitos de escolha, as questões da escolha informada e assim por diante ((ENTREVISTADA III, 2014, professora do departamento de saúde coletiva da Universidade de São Paulo – USP, médica sanitarista participante do Movimento Sanitarista.)

O Ministério da Saúde no lançamento do PAISM, também, distribuiu material de divulgação, que reforçava o PAISM como um direito adquirido.



Figura 4: “PAISM: uma conquista, um direito” Ministério da Saúde

### 3.1.2 Reforma Sanitarista e a Constituição de 88

Na década de 1970 foi formulada uma proposta de reforma da saúde, que apontava a necessidade de uma reforma das políticas e serviços de saúde. Este processo

vinculava-se a um movimento mais amplo da sociedade, que defendia a redemocratização brasileira. O movimento sanitarista visava, não só, a redemocratização do país e a melhoria das condições de saúde para a população; para tanto a democracia era fundamental para equacionar o binômio saúde-doença e indispensável para a criação de um novo modelo de atenção à saúde.

O governo militar criou um sistema estatal de atenção à saúde com predominância da Previdência Social sobre a oferta de serviço de saúde; o Ministério da Saúde desempenhava um papel secundário. O Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) prestava serviços aos trabalhadores e seus familiares com vínculos trabalhistas; o MS, era responsável pelas ações e serviços coletivos e ao atendimento às populações rurais e de pequenas cidades. A inserção de técnicos no MS ocorreu somente em 1979, quando a crise econômica atingiu o MPAS, a crise do governo Geisel não conseguindo manter os altos gastos com o MPAS, impulsionou a implementação de modelos experimentais na área de saúde (NITAO, 2006).

Tendo como característica uma saúde previdenciária, a extensão de cobertura e de volume de recursos físicos e financeiros do sistema de saúde militar, era destinada quase exclusivamente ao atendimento dos trabalhadores com vínculos empregatícios formais no mercado de trabalho, com carteira assinada, e submetido aos direitos previdenciários. À maior parte da população brasileira era reservada apenas cuidados básicos, simplificados ou emergenciais, ou o serviço de saúde privado. A reforma sanitária lutava pela universalização desse sistema através junção entre os sistemas de saúde do MPAS e MS, pois a atribuição e responsabilidades entre esses dois ministérios representava o principal entrave para uma política universal de saúde. Para esse propósito passa a recuperar as Conferências Nacionais de Saúde como espaço privilegiado para a legitimação das propostas do movimento sanitarista.

A reforma sanitária tinha criticava o binômio “saúde-doença”, utilizado nas implementações de políticas públicas e a proposta de um sistema de saúde único, sob controle público, descentralizado e universal, tendo o setor privado apenas uma atuação suplementar. De origem acadêmica, desenvolvido nos departamentos de medicina preventiva e social e nas escolas de saúde pública, o movimento sanitarista se articulou com outros segmentos sociais e governamentais. Os Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) da Unicamp, da Universidade de São Paulo (USP) e da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), foram fontes de inspiração ideológica do movimento (NITAO, 2006).

A descentralização proposta pela reforma buscava dar maior racionalidade ao sistema de saúde, com a valorização de criação de novos espaços de participação, com poder deliberativo dos segmentos organizados da sociedade, através dessa estratégia a reforma queria incluir outras demandas na deliberação das decisões, abrir o diálogo para uma nova formulação do binômio saúde-doença com outros movimentos sociais, o que incluía o movimento feminista e de mulheres.

A reforma sanitária tinha como perspectiva a Medicina Integral, e opunha-se ao sistema de saúde brasileira, baseado nos ideais de Medicina Preventiva e da Medicina Comunitária. A vertente da Medicina Social, desenvolvida na Europa em meados do século XX, também exerceu influência.

Da junção dessas duas correntes teóricas, a Medicina Integral e Medicina Preventiva, resultou uma nova concepção sobre o binômio saúde-doença. Segundo seus defensores, além dos componentes biológicos, era necessário ampliar o horizonte de análise na investigação de diferentes realidades, expandindo o debate para além do debate médico-científico e dialogando com outros fenômenos determinados social e historicamente (NITAO, 2006).

Centros de pesquisas e experimentações relativas às práticas de saúde foram desenvolvidas, como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), fundado em julho de 1976, por ocasião da 32ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), na Universidade de Brasília (UnB). O Cebes foi uma instituição essencial para a promoção das ideias sanitaristas. Em 1979, tornou-se órgão de consultoria técnica do governo, divulgando a reforma sanitária no país. No I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, em 1980, o Cebes apresentou o documento “A Questão Democrática da Saúde”, propondo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

No começo da década de 1980, o Ministério da Saúde aumentou a política de cobertura assistencial, em resposta às proposições da Conferência de Alma-Ata, que preconizava a atenção primária a saúde com o slogan “Saúde para todos no ano 2000”. O conceito de atenção primária à saúde visava simplificar os procedimentos para torná-los mais baratos e acessíveis a um número maior de pessoas; uma estratégia de baratear os custos, sem a necessidade de especializações ou tecnologias, como o investimento em saúde familiar e preventiva. O governo brasileiro, que passava por uma crise econômica ocasionada pelo segundo choque do petróleo, adotou esta estratégia por ser

uma solução barata e sem exigência de preparos técnicos mais qualificados, criando novas estratégias de articulações do sistema de saúde (BODSTEIN, 1987).

O Ministério da Saúde, influenciado pelo forte movimento sanitarista brasileiro e pelos novos movimentos feministas, criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Este foi apresentado como sendo uma resposta às demandas de uma CPI do Congresso Nacional, criada para examinar o “risco de explosão demográfica” e que debatia o crescimento populacional e planejamento familiar no país. O Programa foi o resultado da forte mobilização desses dois movimentos, incorporando em seu texto o conceito de integralidade da saúde, importante para os dois movimentos (COSTA, 2004).

No contexto de transição democrática da Nova República, em 1986, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que contou com a participação de técnicos do setor saúde, de gestores e da sociedade organizada, presidida por Sérgio Arouca, então presidente da Fundação Oswaldo Cruz. O então Presidente José Sarney, sugeriu na abertura da Conferência que esta deveria constituir-se numa pré-constituinte.

Na 8ª CNS, foi proposto um modelo de proteção social com a garantia do direito à saúde integral, que pregava o princípio da universalização do acesso às ações e serviços de saúde, a integralidade da saúde e a descentralização da saúde. Líderes do movimento sanitarista passam a ocupar posições de destaque no âmbito político-institucional no país, coordenando as políticas e negociações no setor da saúde e previdência. O relatório da Conferência serviu de referência para a discussão da Assembleia Nacional Constituinte em 1987/1988, sendo reconhecido como um documento de expressão social.

No relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde consta que:

Saúde como Direito - em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, que podem gerar desigualdades nos níveis de vida.

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (BRASIL, 1986, p.10).

Durante o Governo Sarney foram adotadas Ações Integradas de Saúde (AIS) como estratégia de transição para reorientar as políticas de saúde, visando evitar as descontinuidades das prestações de serviços de saúde a população, pois não havia um sistema unificado de saúde no país. Em 1987 foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que se baseava nos princípios da universalização, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação comunitária.

Em 5 de outubro de 1988, foi promulgada a nova Constituição do Brasil, denominada Constituição Cidadã, constituindo-se um marco fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde pública. Ao longo de 1989 as negociações se concentraram em torno da lei complementar que daria bases operacionais para o SUS. Nesse mesmo ano foi realizada a primeira eleição direta para presidente da República. Em janeiro de 1990, assumiu a presidência Fernando Collor de Mello, que promulgou a Lei Orgânica da Saúde.

Na 8ª CNS houve um amplo reconhecimento das especificidades do problema da Saúde da Mulher, o que levou à convocação da 1ª Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher (CNSDM), o que representou a participação feminina no Movimento da Reforma Sanitária. A Conferência, organizada pelo Conselho Nacional de Direitos da Mulher, em 1986, aprovou as resoluções que referendaram a criação de um sistema universal de Saúde e da Política de Atenção Integral às Mulheres, reiteraram a autonomia, propunham a descriminalização do aborto e a liberdade de planejamento familiar. O documento final da Conferência ficou conhecido como a “Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes” e tinha duas premissas: a Saúde era um direito de todos e um dever do Estado, e a de que a mulher tinha o direito a atenção à sua saúde, independentemente do seu papel de mãe.

A Constituição de 1988 acolheu, seletivamente, as mais de 120 propostas e ementas substitutivas encaminhadas pelos movimentos de mulheres ao Congresso Nacional. Entre elas estavam as demandas relativas à saúde feminina, à saúde como um direito amplo e integral, não somente da saúde reprodutiva.

A partir da criação do SUS ficou estabelecido que o Planejamento Familiar era da livre escolha das pessoas. A Carta Magna, no Art. 226, parágrafo 7º, determina que é função do Estado disponibilizar recursos “educacionais e científicos” para viabilizar o exercício deste direito. Finalmente, em 1996, a Lei n.º 9.263 regulamentou o Planejamento Familiar. O artigo 2º desta lei definiu o planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade, que garanta direitos iguais de

constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal, sendo proibido qualquer tipo de controle demográfico.

O Programa de Planejamento Familiar desenvolvido pelo SUS visava informar as pessoas, através de um conjunto de ações e atitudes clínicas e práticas em saúde, bem como orientar a prática da anticoncepção, fornecendo total liberdade de escolha. Com informação e conhecimento as pessoas poderiam escolher, de forma segura e eficaz, o momento que considerassem mais conveniente para a concepção.

### 3.2 MUDANÇAS E PERMANÊNCIAS ENTRE PAISM E PNAISM

Diferentemente do PAISM, o PNAISM foi dividido em dois documentos: um documento conceitual sobre os princípios e diretrizes da política nacional e outro que detalhava o plano de ação de 2004 a 2007, que subsidiou a elaboração do plano plurianual do governo federal.

#### 3.2.1 Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher: bases de ação pragmática

O Programa é apresentado em um documento de 27 páginas elaborado em 1984. O documento não apresenta os nomes dos integrantes da equipe encarregada de sua elaboração, sendo de autoria do Ministério da Saúde, coordenada pela médica Zuleica Portela Albuquerque. O documento é composto por cinco capítulos, sendo três centrais: o terceiro apresenta as diretrizes gerais e objetivos programáticos; o quarto apresenta os conteúdos do Programa que envolvem assistência clínico-ginecológica, assistência pré-natal e assistência ao parto e puerpério imediato; e o quinto apresenta as estratégias de implantação.

O objetivo principal do Programa é oferecer assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltadas à saúde da mulher. É mencionada a questão da atenção à saúde da terceira idade, embora, no decorrer do programa, a parte dedicada ao período do climatério/menopausa não seja muito extensa.

O PAISM propunha três princípios: descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, incluindo, também, ações educativas, preventivas, diagnóstico, tratamento e recuperação. Também fazem parte do PAISM a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto, puerpério, planejamento familiar, DST, câncer de colo do útero e de mama, climatério, além do atendimento a outras

necessidades femininas. Antes do PAISM, só era vista a saúde reprodutiva da mulher. Como está escrito na introdução do PAISM,

O atendimento à mulher pelo sistema de saúde tem se limitado, quase que exclusivamente, ao período gravídico-puerperal, e, mesmo assim, de forma deficiente. [...] A desatenção aos aspectos integrais da saúde da mulher explica também a importância secundária que se dá à profilaxia e terapêutica da morbidade clínica, bem como os fatores ligados ao aparelho reprodutivo [...]. Em relação à atenção à saúde da mulher – objetivo primordial dessa proposta – os serviços de saúde devem ser dotados de meios adequados, articulando-se os esforços do governo federal, dos estados e municípios, com objetivo de oferecer atividades de assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltado para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; A abordagem dos problemas presentes desde a adolescência e a terceira idade; o controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário, e assistência para concepção e contracepção (BRASIL, 1984, p.5).

No segundo capítulo, titulado “Sumário diagnóstico”, são apresentados dados demográficos que justificavam a implementação do Programa, associando a questão reprodutiva, óbito e doenças relacionadas ao período pueril. Nesta direção, as indagações principais são dirigidas aos métodos contraceptivos, cujo uso é explicado como resultado da maior inserção das mulheres no mercado de trabalho e da migração da população da zona rural para a urbana.

Segundo o censo demográfico de 1980, a população total do país era, então, de 119 070 865 habitantes, dos quais 31,86% correspondiam à população feminina acima de 15 anos. [...] No sentido de complementar os quadros de mortalidade e morbidade apresentados, deve-se ressaltar algumas questões relativas ao comportamento reprodutivo da população feminina na década de 1960-1970. [...] A segunda hipótese diz respeito às razões que têm levado a população a fazer uso desses métodos (contraceptivos) e, conseqüentemente, a limitar a prole. A resposta a essa questão transcende o âmbito do setor saúde, embora lhe seja subjacente. Entre essas questões destacam-se o papel cada vez mais importante da mulher, tanto na força de trabalho quanto no núcleo familiar, e o crescente aumento da percentagem de população migrante nos centros urbanos, sem que lhe tenha havido um correspondente aumento dos bens e serviços de infra-estrutura social capazes de atender a este contingente populacional (BRASIL, 1984, p. 7).

O documento indicava como principais problemas de saúde: o baixo acompanhamento pré-natal, o câncer uterino do colo e da mama, DST, aborto, a falta de informação e acesso aos métodos contraceptivos, gravidez na adolescência, esterilidade conjugal e assistência na fase de transição para a menopausa. Salientava que o climatério era um dos principais problemas de saúde feminina, ao associá-lo com doenças relacionados ao declínio do estrogênio como o câncer cérvico-uterino e o mamário.

O período de puberdade feminina, caracterizado pela menarca (primeira menstruação), era apresentado como uma fase de grande transformação hormonal do corpo feminino, sendo uma fase da vida da mulher fortemente associada à reprodução. O climatério, uma fase da vida como a puberdade, era apresentado, contudo, relacionado a doenças.

No capítulo “Sumário diagnóstico”, a questão da menopausa apresenta-se diretamente:

As mulheres com mais de 49 anos de idade apresentam risco mais elevado de câncer cérvico-uterino e mamário, além dos problemas próprios da menopausa, decorrentes do desaparecimento das funções ovarianas e da consequente queda de produção estrogênica. Esta situação, por si só, indica necessidade de ações oportunas a serem realizadas nos serviços de saúde. A fase de transição para a menopausa caracteriza-se por grandes mudanças físicas e emocionais na mulher, só comparáveis às ocorridas na puberdade. É necessário que o grupo que se encontra nessa fase receba a mesma assistência destinada aos demais (BRASIL, 1984, p. 11).

A menopausa só foi retomada no quarto capítulo do PAISM, titulado “Conteúdos programáticos”. Este tema foi retomado de forma indireta através das patologias associadas ao período do climatério, na descrição dos procedimentos que compõem a assistência clínico-ginecológica.

Por assistência clínico-ginecológica compreende-se o conjunto de ações e procedimentos voltados para identificação, diagnóstico e tratamento das patologias sistêmicas, das patologias do aparelho reprodutivo, inclusive a prevenção do câncer de colo uterino e de mama, e orientação sobre planejamento familiar (BRASIL, 1984, p. 15).

Embora a política declare propor um número de problemas femininos independentemente da idade, a mulher idosa em fase do climatério é sempre evocada através das patologias associadas ao declínio hormonal. O climatério não é visto, primordialmente, como uma fase hormonal do envelhecimento feminino e sim como uma patologia do envelhecimento.

O documento da Conferência Nacional de Direitos da Mulher (1986) é importante por que o PAISM se vale dos conceitos de gênero, saúde feminina e, sobretudo de direitos reprodutivos, nos quais se insere a questão do climatério. Além disso, esta foi a primeira vez que a saúde feminina foi tratada desvinculada da questão materno-infantil, princípio este que não foi totalmente incorporado pelo PAISM, visto que se buscou mobilizar esta temática para ter acesso aos recursos da OMS e não se submeter às orientações da Organização no que tange ao controle de natalidade.

### 3.2.2 PNAISM – Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes 2004

O PNAISM é apresentado em um documento composto por 82 páginas, elaborado em 2004. A coordenação e a equipe responsáveis pela elaboração, distribuição e informações do documento foram o Ministério da Saúde, a Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de ações programáticas estratégicas e a Área Técnica de Saúde da Mulher. A equipe técnica, composta por 11 mulheres, e a equipe de apoio, composta por quatro mulheres, foram coordenadas pela médica doutora Maria José de Oliveira Araújo.

O documento é composto por 13 capítulos, sendo oito centrais: o quarto, trata da saúde da mulher e o enfoque de gênero; o quinto, trata da evolução das políticas de atenção à saúde da mulher; o sexto, descreve a situação demográfica; o sétimo, apresenta um breve diagnóstico da situação da saúde da mulher no Brasil; o oitavo versa sobre os princípios para uma política de atenção integral à saúde da mulher, sua humanização e qualidade; o nono, descreve as diretrizes do PNAISM; o décimo, aponta os objetivos gerais do PNAISM; e o décimo primeiro, aponta os objetivos específicos e estratégicos da política.

Com essa configuração, o PAISM toma a forma de Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, tendo como objetivo principal, a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas previsíveis e evitáveis. O PNAISM buscou atingir este objetivo através da adoção do enfoque de gênero, da integralidade e da promoção da saúde como princípios norteadores da política e da ampliação das ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades, ao mesmo tempo em que procurava garantir os avanços já alcançados desde o PAISM.

O documento amplia as propostas do PAISM relativas à saúde da mulher e o enfoque de gênero. Ele traz uma discussão elaborada sobre esses dois conceitos que vão além dos aspectos biológicos e anatômicos do corpo feminino. Refere-se à Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de 1994, na qual a saúde reprodutiva é definida como “um estado de complemento bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, não apenas mera ausência de doença ou enfermidade” (CIPD, 1994). O documento vai além dessa

definição, tomando como referência, também, o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS). No Plano foram incorporadas as dimensões da sexualidade e da reprodução humana como direitos, tratando a saúde-doença como um processo na perspectiva da epidemiologia social. Também amplia o conceito de saúde feminina, para além dos aspectos biológicos, trazendo o gênero como elemento constitutivo das relações sociais entre homens e mulheres e como uma construção social e histórica. A perspectiva de gênero é incorporada na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde.

Nos capítulos anteriores, dissertei sobre as políticas de atenção à saúde da mulher no Brasil. Foi possível perceber que o PAISM de 1983 foi uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres que até então eram limitadas às demandas relativas à gravidez e ao parto. Também foi observado que o processo de criação do SUS teve grande influência sobre a implementação deste mesmo programa, pois este incorporou como princípios e diretrizes propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como integralidade e equidade da atenção. Estes conceitos foram concebidos no Movimento Sanitário, que seria o arcabouço conceitual que embasaria a formação do SUS.

Apesar dos avanços ocorridos, tanto nos níveis municipais e como estaduais, e federal, o processo de implementação do PAISM enfrentou dificuldades e descontinuidades. Entre os anos 1998 e 2002, um balanço institucional foi elaborado por Correa e Piola. Ele constatou que nesse período priorizou-se a saúde reprodutiva, embora se tenha mantido como imagem-objetiva a atenção integral à saúde da mulher. Essa perspectiva comprometeu a transversalidade de gênero e raça, apesar de se perceber um avanço no sentido da integralidade e uma ruptura com as ações verticalizadas do passado. Lacunas são apontadas na atenção ao climatério/menopausa: queixas ginecológicas, saúde mental, dentre outras, assim como a inclusão da perspectiva gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas.

Assim como o PAISM, o PNAISM apresenta uma análise sobre a situação demográfica brasileira como parte da justificativa elaborada para implementação da política. Porém, o próprio documento reconhece que a realidade é multifacetada e sua complexidade deve ser considerada na formulação de políticas públicas, portanto vai além e traz um novo diagnóstico sobre a saúde da mulher no Brasil. Neste diagnóstico, a situação da saúde da mulher no climatério/menopausa é pela primeira vez relatada “não

como uma doença e sim uma fase da vida da mulher” (BRASIL, 2004). Conforme o PNAISM, “a maioria das mulheres passa por ela sem apresentar queixas e sem necessitar de medicamentos. Outras apresentam sintomas de intensidade variável e que são, geralmente, transitórios” (BRASIL, 2004).

O documento também aborda outras dimensões desse período da vida da mulher. Sua autoimagem, o papel e as relações sociais, as expectativas e projetos de vida que influenciam o aparecimento e a intensidade dos sintomas, além de destacar a importância da juventude e da beleza em uma sociedade patriarcal. Afirma que a menopausa não é o final da vida, nem da capacidade produtiva e, tampouco, o fim da sexualidade, sendo apenas o fim do período de fecundidade.

O PNAISM faz referência à importância de melhor qualidade de vida durante e após o climatério, visto o aumento da expectativa de vida e seu impacto sobre a saúde da população feminina. Através do combate ao sedentarismo, do tabagismo e do controle de peso, e não com a medicalização do corpo das mulheres, com uso de hormônios durante esse período as mulheres terão uma vida mais saudável e alegre.

O tema da menopausa/climatério é tratado no último capítulo do documento “Objetivos Específicos e Estratégias do Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher” no qual é recomenda-se implantar e implementar a atenção à saúde da mulher no climatério, ampliando e qualificando o acesso na rede SUS, sem trazer nenhum tipo de ação efetiva e/ou específica.

O Plano de ação 2004-2007 do PNAISM foi coordenado pela mesma equipe que projetou os princípios e diretrizes do Plano Nacional. Coordenado, também, pela médica doutora Maria José de Oliveira Araújo, o documento possui 48 páginas, divididas em três capítulos: “Introdução”, “Interfaces” e “Operacionalização”.

O capítulo “Operacionalização”, primordial do documento, está dividido em seis partes: a elaboração, a produção e a distribuição de materiais e normas técnicas para a rede SUS; a consolidação das políticas nacionais de saúde da mulher; a aquisição e distribuição de insumos estratégicos para a saúde da mulher; o apoio à implementação de polos de educação permanente; os estudos e pesquisas sobre saúde da mulher e a qualificação e o fortalecimento do controle social. Além dessas divisões, possui 14 objetivos específicos, o que mostra claramente a diferença entre os dois documentos que integram o PNAISM.

O objetivo 8 aponta para a implementação de um modelo de atenção à saúde da mulher no climatério, cuja meta é “implantar em 100% das capitais e incorporar a

atenção à saúde da mulher no climatério nas ações desenvolvidas pelas equipes PSF”. O objetivo divide-se em quatro ações: 1 – criar a câmara temática sobre a atenção à saúde da mulher no climatério; 2 – mapear as experiências exemplares na atenção à saúde da mulher no climatério; 3 – elaborar manual técnico e material educativo sobre a atenção à saúde da mulher no climatério e distribuí-los para 100% dos municípios; 4 – apoiar a capacitação de profissionais para atuarem como multiplicadores. A meta visa ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde às mulheres no climatério.

### **3.3 ENVELHECIMENTO, MENOPAUSA E CLIMATÉRIO NO PAISM E PNAISM: EXPANSÃO E CONTINUIDADE DA POLÍTICA**

A decisão de analisar o climatério/menopausa nas políticas públicas de saúde PAISM e PNAISM ocorreu porque há em torno do climatério uma complexa rede de inter-relações e significados que, em seu conjunto, articulam dimensões biológicas, políticas, sociais, culturais, éticas e morais. Porém, durante o trabalho de campo, não foi possível obter as informações necessárias e, o que era o objeto principal da pesquisa, acabou se transformando em uma análise comparativa. Decidi manter as hipóteses originais, para mostrar como a questão que pretendia estudar e analisar no começo da pesquisa não apareceu no campo, e durante um período insisti nesses processos de busca, que acabou mostrando outras facetas das políticas públicas de saúde da mulher.

A principal hipótese é a de que existiria uma ampliação da noção de integralidade na assistência à saúde da mulher do PAISM para o PNAISM, tendo em vista que novas demandas foram incluídas como centrais no processo dos direitos das mulheres no Brasil, gerando novas propostas de programas e sujeitos de direitos, fruto da diversidade de demandas sociais. Os processos históricos e as lutas por direitos das mulheres, contudo, mostraram que os avanços dentro do conceito de saúde feminina ainda giram em torno de preocupações primárias, como a mortalidade materna, e a preocupação materno-infantil, apesar das inegáveis conquistas e avanços. Como os novos sujeitos de direitos gerados pelo PNAISM: as mulheres negras, indígenas, homossexuais, presidiárias, trabalhadoras rurais e apesar de reforçar o conceito da saúde da mulher no climatério/menopausa, o PNAISM deixa de fora ainda as mulheres transexuais e transgênero, bem como a questão da saúde mental da mulher.

Nesse contexto, interagem, ainda, interesses políticos e econômicos, que interferem nas políticas públicas de saúde feminina e no avanço da ciência, na construção do corpo feminino como um objeto de cuidados.

Os movimentos sociais, ao rejeitarem essa construção da mulher e ao mesmo tempo que a colocam como detentora de direitos, favoreceram a tomada de consciência sobre si, como sujeito. Isso foi fundamental para a produção do entendimento de que a repressão à sexualidade é uma estratégia de dominação. Porém, as mulheres ainda não têm os direitos garantidos e retrocessos dentro do conceito de integralidade fazem com que as políticas não avancem no sentido de garantir essa integralidade dentro das políticas públicas de saúde. O que era para se tornar uma política horizontal continua propagando uma representação do corpo feminino de forma verticalizada e como ser adoentado.

O climatério/menopausa ainda é considerado uma doença e, em torno desta “doença” se estruturam, no plano simbólico, novos significados, que provocam mudanças no comportamento e nas relações sociais, em especial com relação ao corpo da mulher. Isto nos remete a pensar na importância das representações sociais sobre o corpo feminino durante esse período que estão sendo elaboradas pelo campo biomédico, ou seja, por esta geração de mulheres de meia-idade que está construindo sua experiência baseada no tratamento hormonal.

Definido pela Organização Mundial de Saúde como uma fase biológica da vida feminina, o processo climatério/menopausa não é considerado uma patologia, mas uma etapa de transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo. O climatério é o período de transição entre a fase reprodutiva e aquela em que a reprodução natural não é mais possível. Nesse período ocorrem diversas transformações físicas e emocionais na mulher, e a menopausa, caracterizada pela interrupção definitiva dos ciclos menstruais, é considerada o principal evento.

Apesar de todo discurso biomédico sobre a menopausa, esta continua tendo uma concepção social. Os indivíduos, de acordo com Minayo (1997), criam sua cultura e, conseqüentemente, simbolizam suas vivências para poder expressá-las a nível consciente ou inconsciente. Assim, cada sociedade tem uma construção social diferenciada da menopausa. Essa concepção acompanha a mulher desde o seu nascimento até o seu óbito e está diretamente associada à vida, a reprodução e a morte.

O corpo feminino é marcado pela menarca e a menopausa, pela reprodução e a não reprodução, cada um desempenhando papéis definidos pela sociedade.

Para a mulher, o papel de mãe é definidor de todos os demais. Toda a sua socialização compreende a exaltação e inevitabilidade desse papel (BERGER, 1983). A identidade que a mulher assume e, que é sustentada socialmente, é a de mãe, reprodutora. Quando a mulher menstrua pela primeira vez, quando tem a sua menarca, esse é um episódio importante, por que a partir daí ela é considerada apta para exercer em plenitude seu papel reprodutivo (ALMEIDA, 2003).

A menopausa é o oposto porque marca o declínio do ciclo reprodutivo da mulher, perdendo seu principal papel na sociedade, e a sua possibilidade de assumi-lo. A mulher vivencia uma mudança dos papéis que, a partir daí lhe são atribuídos pela sociedade. Este fato representa um conflito, pois significa romper com uma autoimagem introjetada desde a sua infância (BERGER, 1983). Supõe-se que o climatério seja um período em que o valor social da mulher é questionado, fazendo com que a própria mulher se questione sobre a sua identidade.

A imagem que o indivíduo constrói do seu corpo é condicionada pelo contexto cultural e social em que vive. A imagem do corpo é socialmente construída, e contingente com o contexto social e discursivo que o envolve é resultante do construtivismo social. O próprio comportamento humano é hoje amplamente reconhecido enquanto produto de uma complexa interação de fatores biológicos e culturais; a discussão gira em torno do peso atribuído à biologia ou à cultura (VANCE, 1991). Essa imagem negativa da menopausa é pautada pelo o discurso biomédico, que a vê como um envelhecimento do corpo (ou uma doença) e relaciona-se a uma visão ocidental.

Eventos relacionados com o ciclo reprodutivo feminino - menstruação, gravidez, parto, (in) fertilidade, menopausa – têm sido objetos de uma continuada medicalização. Esses acontecimentos fisiológicos naturais, enquanto deficiências endócrinas, dão origem ao desenvolvimento de especialidades médicas e de tecnologia reprodutiva para os diagnosticar e tratar.

A visão da menopausa como doença não é nova. Desde a Grécia Antiga, filósofos como Hipócrates e Aristóteles entendiam que o fim da menstruação carecia de intervenção médica na forma de escorrimento de sangue. A menopausa não foi, ao longo do tempo, definida pela medicina ocidental do mesmo modo; no século XIX a menopausa era considerada causadora de doenças; a partir da metade do século XX, a menopausa passou a ser definida, ela própria, como uma doença (BALLARD, 2001). Esse discurso acarretou uma ampla medicalização do corpo feminino no climatério, que

embora os médicos tentem demonstrar a partir da definição médica da menopausa, enquanto doença e deficiência, que esta constituía um evento fisiológico normal do ciclo de vida feminino.

A cultura ocidental enaltece a juventude, sinônimo de beleza, a percepção corpo da mulher no climatério/menopausa, que está na meia-idade, é tida como um corpo feio, doente, para a sociedade e para a própria mulher. Ela se vê, muitas vezes, à margem do padrão de beleza aceito pela sociedade e, desta forma, não se percebe enquanto objeto de desejo, capaz de despertar o interesse do outro (VIGETA; BRETAS, 2004). Uma sociedade caracterizada basicamente pelo consumo, que valoriza a juventude e discrimina a velhice; exalta o útil, o produtivo, e descarta o que se encaixa nesse modelo (ALMEIDA, 2003).

Revisando criticamente as teorias médico-científicas do final do século XIX, Rohden (2003) observa que, comumente, o discurso biomédico ressaltava a influência do ambiente físico e cultural no organismo humano, visto que os aspectos fisiológico, mental e social eram concebidos como intimamente interligados. Sobreposta a essa concepção jazia a ideia científica comum de instabilidade: “tanto os processos fisiológicos quanto os sociais eram suscetíveis às mudanças constantes” (ROHDEN, 2003, p. 15). A explicação biológica era privilegiada, contudo, “aquilo que a natureza havia fornecido poderia ser modificado pelo ambiente, a nutrição ou a vida social (ROHDEN, 2003, p. 16)”.

Pesquisas comparativas mostram que em algumas sociedades não existe sequer um termo popular, tradicional ou científico para a menopausa. Os sintomas que são identificados no ocidente podem estar ausentes em outras sociedades, ou, se presentes, tidos como insignificantes. Podemos, portanto, depreender que a consciência e a percepção social da imagem do corpo não são universais (FEATHERSTONE, 1994; HARDY; ALVES; IOSIS, 1995; UCHÔA, 2003). A sociedade ocidental construiu estereótipos da mulher, nessa época da vida, que são a base da sua socialização desde sua infância, pelos diferentes processos educativos pelos quais ela passa. Esses estereótipos baseiam-se no valor do útil, do produtivo e aliam-se a uma visão biomédica e patriarcal da posição da mulher na sociedade.

Esses estereótipos sobre o corpo da mulher exercem uma pressão sobre a mulher de meia-idade que passa por transformações psicossociais e biológicas, que segundo Margis e Cordioli, 2006 envolvem a:

(...) aceitação do corpo que envelhece; aceitação da limitação do tempo e da morte; revisão dos papéis sociais exercidos nos relacionamentos (cônjuge, filhos, pais e outros membros da sociedade), com a inserção em novas posições sociais; apreensão de novas habilidades e sentidos para a vida; e preparação para a velhice por meio de estratégias de prevenção e promoção de saúde, incluindo vínculos sociais (MARGIS; CORDIOLI, 2006).

Entendo o climatério não apenas como um processo biológico, mas também cultural, social e simbólico. As mudanças estruturais que ocorrem na sociedade impactam questões relativas climatério e às políticas públicas a ele relacionadas. Também interferem nas trajetórias de vida dos múltiplos sujeitos de direitos que foram apresentados no PNAISM, como a mulher negra, a indígena, e as desigualdades enfrentadas pelas mulheres em relação ao homem.

As mudanças que ocorrem na vida da mulher na sociedade moderna são muitas, e elas devem ser levadas em consideração pelas políticas públicas de saúde da mulher no climatério, pois são mudanças sociais e psicológicas que influenciam o corpo biológico da mulher. A diminuição da taxa do crescimento populacional, causada pela queda do número de filhos por mulher; o aumento da expectativa de vida e a consequente modificação do ciclo vital causada pela longevidade, forçam a criação de novos estágios do transcurso da vida.

A mudança na vida sexual e reprodutiva, após as melhorias trazidas pelos contraceptivos e as novas tecnologias de saúde trazem o aumento na expectativa e qualidade de vida. A submissão feminina, consequência das assimetrias das relações de gênero e poder, deixa as mulheres vulneráveis, em especial nessa faixa etária, as DSTs e ao vírus da imunodeficiência humana (HIV); com relacionamentos mais estáveis a mulher idosa tem a dificuldade em negociar o uso do preservativo com o parceiro, além da falsa ideia de imunidade que esse tipo de relacionamento traz baseado na crença do amor romântico. Também ocorrem mudanças na jornada de trabalho das mulheres, que após a sua inserção no mercado de trabalho enfrentam a dupla jornada, para auxiliar no orçamento doméstico e atua como mãe, dona de casa e esposa, representando uma sobrecarga de responsabilidades para as mulheres.

Tais transformações necessitam ser contempladas pelas políticas públicas de saúde. Porém, isso não ocorre nas políticas de saúde feminina. O PNAISM apresenta um recorte de gênero e desvincula o climatério apenas da visão da doença, que não existia no PAISM. Contudo, ao se analisar as ações programadas para essa parte da vida da mulher, não há nenhum tipo de ação realmente efetiva para essa parcela da população.

Segundo o estudo de Mori; Coelho e Estralla, que analisou o atendimento psicológico meia-idade, na rede pública de saúde do Distrito Federal, tais ações deveriam considerar fenômenos como:

“precocidade da menarca e do início das relações sexuais entre jovens; meios contraceptivos que desvinculam sexo de reprodução; aumento da incidência de gravidez na adolescência e tardia (depois dos quarenta, devido às tecnologias que garantem a fertilização mesmo após a menopausa); jovens adultos solteiros e mesmo divorciados morando com os pais; homens e mulheres coabitando por mais tempo antes de formalizarem uma união; divórcios e re-casamentos promovendo rearranjos familiares, idosos convivendo com doenças crônico-degenerativas com amplas repercussões sobre a família. Por outro lado, aqueles que possuem uma vida saudável na velhice enfrentam maiores desafios para sua inserção social (MORI, COELHO, ESTRALLA 2006) ”.

### **3 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Neste trabalho, procurei demonstrar a articulação entre as ideias e as experiências de diferentes atores sociais e contextos históricos e sociais. A política internacional, a redemocratização do país, o movimento sanitário, o movimento feminista e o Estado desempenharam papel relevante no desenho de uma política pública de saúde da mulher, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em outubro de 1983, pelo Ministério da Saúde, e culminou na sua expansão em 2004 o Plano Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).

A partir da reconstrução histórica, análise de documentos e entrevistas, foi evidenciada a pressão internacional para se implementar uma política de planejamento familiar no país e como essa pressão culminou na primeira política de atenção integral a saúde da mulher, sem o enfoque principal ser a saúde materno-infantil. Apresentar o PAISM como proposta a CPI que se instaurou para investigar o crescimento da população foi a estratégia dos grupos anticontrolistas, pois o planejamento estava presente nas ações ligadas aos princípios de equidade e proteção à saúde. Até então, o Brasil contava apenas com uma política natalista difusa, e o PAISM se transformou na primeira política de planejamento familiar do país.

O polêmico tema de controle da natalidade e planejamento familiar mobilizou diversos atores sociais: o movimento feminista e de mulheres, o movimento sanitarista, o movimento religioso, durante as décadas de 1960, 1970 e 1980. Essa mobilização fez com que o PAISM se transforme não em uma política de controle populacional, mas em

uma política social, com propostas inovadoras para a questão do planejamento familiar, sendo possível unir diferentes movimentos sociais com pautas diversas em uma causa conjunta neste contexto histórico nacional. O período em questão foi marcado por importantes transformações nas relações entre Estado e sociedade no Brasil e nas políticas públicas, entre as quais a redemocratização do país que favoreceu a articulação do movimento de feminista e de mulheres e o movimento sanitarista em prol da integralidade e descentralização do sistema de saúde.

Essa intensa participação social foi um instrumento de pressão para garantir que as decisões coletivas e deliberadas em fóruns de debate e negociação fossem legitimadas pelos governantes, e garantidas pela Constituição de 88. O ideal da consolidação de uma sociedade democrática, naquele momento, tornou possível um consenso entre diferentes setores da oposição ao regime militar e ao neomalthusianismo, apesar da sua diversidade ideológica, na elaboração do PAISM.

Unindo-se, os movimentos sociais, perceberam que tinham mais forças para que suas demandas fossem atendidas, principalmente o movimento feminista e de mulheres, que tinham múltiplas demandas, mas que transformaram a demanda da saúde em sua principal causa. A saúde se transformou em uma causa importante ao movimento feminista, pois através dela, era possível debater outros temas da mulher na sociedade. Controlando o seu próprio corpo e a sua sexualidade, a mulher passaria a ser um sujeito de direitos, desvinculado a figura masculina, ou a materna.

Essa mudança nacional convergiu com uma mudança no discurso internacional, no começo da década de 1990, que passou a usar o conceito de direitos sexuais e reprodutivos deixando o discurso dicotômico “controlistas” e “naturalistas” de lado. O conceito de direitos sexuais e reprodutivos tira a reprodução da esfera privada colocando-a na esfera pública, avançando para além do planejamento familiar ao abranger contracepção, esterilização, aborto, contracepção e assistência à saúde. O PAISM já havia adiantado em 10 anos o conceito de planejamento familiar, direitos sexuais, que fez com que o Brasil ocupasse um papel de destaque nos debates, ao mesmo tempo em que fortalecia posições internas sobre os direitos e a saúde da mulher.

No começo da década de 1990, apesar do governo neoliberal que se instalou no país, e das tentativas de esvaziamento da integralidade como eixo de políticas públicas de saúde da mulher, esse princípio ainda estava forte no ideário dos atores da saúde quando realização a elaboração do PNAISM. Tanto que em 2004, vinte anos depois da criação do PAISM, o Ministério da Saúde lançou o Plano Nacional de Atenção Integral

à Saúde da Mulher, retomando o conceito de integralidade e buscando ampliar o acesso ao planejamento familiar no Brasil.

O movimento feminista e de mulheres conquistaram uma política de gênero durante as décadas de 1970 e 1980, através da abertura política do país, dos debates das Conferências Internacionais e com a união a outros movimentos sociais construíram uma agenda de gênero. Essas políticas sofreram um esvaziamento na década seguinte, mas ainda alcançaram algumas vitórias como o Conselho Nacional de Mulheres e a Secretaria de Direitos das Mulheres (SEDIM). O ápice se deu com a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), no governo Lula, que representou uma reformulação e atualização das políticas de gênero através do Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (CNPM).

A CNPM debateu sobre vários aspectos da realidade feminina, sendo a saúde uma das pautas mais importantes. A saúde da mulher deixou de ser uma Programa para virar um Plano Nacional, essa reformulação das políticas de saúde amplia e objetiva a representação de mulheres que historicamente tiveram seus direitos negados: mulheres negras, indígenas, trabalhadoras rurais, homossexuais, portadoras de necessidades especiais e presidiárias. Ampliando os sujeitos de direito dentro da política de saúde.

O documento tinha como objetivo principal a análise e construção do conceito do climatério/menopausa durante os 20 anos da política pública de saúde da mulher brasileira, PAISM - PNAISM. Durante o estudo de campo, me deparei com a ausência do conceito da saúde da mulher de meia idade, pois apesar do movimento feminista e do avanço das políticas de saúde para as mulheres, as questões tidas como primárias, tais como (mortalidade materna, aborto, parto humanizado, esterilização e o próprio conceito de integralidade) ainda são assuntos que carecem de atenção primordial, como foi deliberado pela CNPM.

O PNAISM traz um enfoque de gênero mais elaborado do que o PAISM, faz um debate teórico sobre a construção de gênero e dominação do corpo feminino. Busca elaborar um plano de qualidade de vida para a mulher, além de apenas tratar de questões ligadas ao binômio saúde-doença, ainda muito presente no PAISM. Quando elabora a questão do climatério/menopausa nos princípios e diretrizes tira o enfoque na doença, e coloca este uma parte integrante do envelhecimento feminino, e diz que a medicalização do corpo é uma escolha da mulher. Contudo, não traz ações efetivas para essas mulheres, nos planos de ação.

As políticas de saúde para a mulher no Brasil foram marcadas pela luta dos direitos sexuais e reprodutivos, a mulher na menopausa faz parte desses direitos, porém o fato de termos uma política de atenção integral à saúde da mulher desenvolvida não quer dizer que esses direitos foram garantidos pelas mulheres. Esses direitos ainda se encontram em disputa, e questões como o aborto, parto humanizado, demandas ligadas a morte materna – que apresenta altos índices no Brasil – são demanda mais fortemente ligadas aos movimentos feministas e de mulheres, e que não tiveram suas demandas atendidas, o que faz com que outras demandas que não envolvem o risco de vida feminino como a menopausa não se torne uma pauta de disputa dentro dos movimentos, apesar de já ser uma demanda social, dado o envelhecimento da população brasileira

O PNAISM trouxe uma mudança no enfoque da questão do climatério/menopausa, porém as ações de políticas públicas de saúde ainda não reconhecem a especificidade da saúde da mulher durante o período do climatério/menopausa. Ainda resta enfrentar a visão estereotipada que a sociedade tem das mulheres na meia-idade, devido a transformações biológicas causadas pela menopausa e o fato de a mulher ter de lidar com o processo de envelhecimento em uma sociedade machista. Todas essas transformações apontam para uma complexa formulação de políticas públicas, o que ainda não ocorreu durante esses vinte anos de políticas, marcada pela falta de integralidade da saúde da mulher. Pode-se afirmar que houve apenas o começo de um outro entendimento acerca desta fase de transição do corpo da mulher.

Os estudos sociológicos acerca do corpo feminino durante o período do climatério/menopausa ainda são muito poucos explorados, essa temática tem um grande potencial a ser explorado e coube a essa dissertação apenas um trabalho introdutório ao tema, para que futuros estudos possam evoluir dentro do debate e assim construir uma base sólida para um discurso, pois a ausência de dados e de debates sobre o tema nas Ciências Sociais foi a grande dificuldade encontrada por mim durante o processo de formulação da minha dissertação. Pesquisas futuras podem explorar tanto a implementação dessa política, como a construção e percepção do corpo feminino através do olhar biomédico, social tanto quanto da própria mulher.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Áurea Beirão. **Reavaliando o climatério**: enfoque atual e multidisciplinar. São Paulo: Atheneu, 2003.

ALMEIDA, Celia M. de.; OLIVEIRA, Carlos R. **O despertar da Phoenix? Algumas notas sobre a instituição Ministério da Saúde no período 1974-1978**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1979.

ALVES, José Augusto. **Relações Internacionais e temas sociais**: a década das conferências. Brasília: IBRI, 2001.

ALVES, José Eustáquio Diniz. As políticas populacionais e os direitos reprodutivos: o choque de civilizações versus progressos civilizatórios. In: CAETANO, Andre J.; ALVES, Jose. E. D.; CORRÊA, Sonia. (Org.). **Dez anos do Cairo: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil**. 1 ed. Campinas: ABEP/UNFPA, 2004, v. 1, p. 21-47.

BACHELARD, Gaston. **O novo espírito científico**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1995.

BALLARD, K.; KUH, D.; WASWORTH, M. The role of the menopause in women's experience of the 'change of life'. **Sociology of Health and Illness**, v. 23, p. 397-424, 2001.

BANDEIRA, Lourdes. A contribuição da crítica feminista à ciência. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 207-228, abr. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2008000100020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2008000100020&lng=en&nrm=iso)>.

BERGER, Peter. **A construção social da realidade**. Petrópolis. Vozes, 1983.

BHERING, Marcos Jungmann. **Controle de natalidade no Brasil**: um estudo sobre o Centro de Pesquisas e Assistência Integral à Mulher e à Criança (1975-1994). Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2014. 202 f.

BOBBIO, Norberto. **A era dos diretos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BODSTEIN, Regina Cele de Andrade (coord). **História e saúde pública**: a política de controle do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1987. 209 p.

BRITO, Fausto. **Expansão urbana nas grandes metrópoles: o significado das migrações intrametropolitanas e da mobilidade pendular na reprodução da pobreza**. Revista Perspectiva, São Paulo: Fundação SEADE, jan. 2006

CORRÊA, S.; PETCHESKY; R. Reproductive and sexual rights: a feminist perspective. In: SEM, G.; GERMAINE, A.; CHEN, L. (Org.). **Population policies reconsidered: health, empowerment and rights**. Boston: Harvard School of Public Health, 1994.

CARVALHO, Marília Pinto de. Gênero e trabalho docente: em busca de um referencial teórico. In: BRUSCHINI, Cristina; BUARQUE DE HOLLANDA, Heloísa (Orgs.). **Horizontes plurais: novos estudos de gênero no Brasil**. São Paulo: Editora 34/Fundação Carlos Chagas, 1998.

COSTA, Ana Maria. **Atenção integral à saúde das mulheres: QUO VADIS?** Uma avaliação da integralidade na atenção à saúde das mulheres no Brasil. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Planejamento familiar no Brasil. **Bioética**, Brasília, v. 4, n. 2, p. 209-217, 2000. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio2v4/planeja.html>>.

COSTA, Ana Maria. Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah H. (orgs). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1999.

COSTA, Ana Maria; BAHIA, Ligia; CONTE, Danielle. A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para mulheres no Brasil. V. 31, n 75/76/77, p 13-24. *Saúde em Debate*, 2004.

DOUGLAS, Mary. **Natural symbols: explorations in cosmology**. Londres: Routledge, 2000.

D'OLIVEIRA, A F.P.L. **Gênero e violência nas práticas de saúde: contribuição ao estudo da atenção integral à saúde da mulher**. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade de São Paulo, 1996. 193p.

EHRENREICH, B., ENGLISH, D. **Dolencias y transtornos: politica sexual de la enfermedad**. Barcelona: Dones, 1988.

FARAH, Marta F. S. Gênero e políticas públicas. **Estudos Feministas**, v. 12, n. 1, p. 47-71, 2004.

FEATHERSTONE, Mike. O curso da vida: corpo, cultura e o imaginário no processo de envelhecimento. In: Debert, G. G. (Org.). **Antropologia e velhice**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1994.

FONSECA SOBRINHO, Délcio da. **Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos/FNUAP, 1993.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Ed: Graal, Rio de Janeiro, 1982.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Ed: Vozes. Rio de Janeiro, 1983.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 2: o uso dos prazeres**. Ed: Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 1994.

HARDING, Sandra. **Feminism & methodology**. Indiana: Indiana University Press, 1987.

HARDY, E; Alves, G; IOSIS, MJD. Sociologia do climatério. In: PINOTTI, J. A., HALBE, H.W., HEGG, R. **Menopausa**. São Paulo: Roca, 1995.

KELLER, Evelyn Fox; LONGINO, Helen E. **Feminism & science**. Oxford: Oxford University Press, 1996.

KIELING, Rejane Inês. **Janela de oportunidade demográfica: um estudo sobre os impactos econômicos da transição demográfica no Brasil**. Dissertação (Mestrado Profissional em Economia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2009.

MARGIS, R.; CORDIOLI, A. V. Idade adulta: meia-idade. In: EIZIRIK, C. L.; KAPCZINSKI, F.; BASSOLS, A. M. S. (Orgs.). **Ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

MESQUITA, Cecília. **Saúde da Mulher e Redemocratização: ideias e atores políticos na história do PAISM**. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, 2010.

MINAYO, Cecília. **Introdução à metodologia de pesquisa social**. São Paulo: Editora Hucitec/ABRASCO, 1998.

MINAYO, Cecília. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MORI, Maria Elizabeth; COELHO, Vera Lúcia Decnop; ESTRELLA, Renata da Costa Netto. Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.9, p. 1825-1833,2006.

NITÃO, Frederico Jorge. **Passado o Futuro: o ideário reformista na saúde**. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade de Brasília, 2006.

OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de. O feminismo desconstruindo e re-construindo o conhecimento. **Rev. Estud. Fem.**, v.16, n.1, p. 229-245, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2008000100021>>.

OSIS, Maria José. PAISM: Um marco na abordagem reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. supl. 1, p. 25-33, 1998.

OSIS, Maria José. **Atenção Integral à Saúde da Mulher, o conceito e o programa:** história de uma intervenção. Dissertação (Mestrado em Filosofia e Ciências Humanas) – Universidade Estadual de Campinas, 1994.

PATRIOTA, T. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento:** Plataforma de Cairo, 1994. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>.

PINTO, Céli Regina Jardim. **Uma história do feminismo no Brasil.** São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2003.

PITANGUY, Jaqueline. O movimento nacional e internacional de saúde e direitos reprodutivos. In (Org) GIFFIN, Karen. **Questões da saúde reprodutiva.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van. **Manual de investigação em ciências sociais.** Lisboa: Gravida, 1992.

ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença:** sexo, contracepção e natalidade na medicina da mulher. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2000.

\_\_\_\_\_. **Uma ciência da diferença:** sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

\_\_\_\_\_. **A construção da diferença sexual na medicina.** Cadernos de Saúde Pública, 19(Supl. 2), S201-S212. Retrieved August 25, 2015, from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000800002&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800002&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S0102-311X2003000800002, 2003.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

TURNER, Bryan. **The body & society:** explorations in social theory. Oxford: Blackwell, 1984.

SCHIENBINGER, Londa. **O feminismo mudou a ciência?** Bauru: EDUSC, 2001.

SOUZA JUNIOR, Aujôr de. **A política demográfica da Igreja Católica e a medicalização da contracepção (1960-1980).** Dissertação (Mestrado em História Cultural) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

UCHÔA, Elizabeth. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 849-853, mai./jun. 2003.

UJVARI, Stefan. **A história do século XX pelas descobertas da medicina**. São Paulo: Contexto, 2014.

VANCE, Carole. Anthropology rediscovers sexuality: a theoretical comment. **Soc. Sci. Med.**, v. 33, n. 8, p. 875-884, 1991.

VENTURA, Miriam. **Direitos reprodutivos no Brasil**. São Paulo: Câmara Brasileira do Livro, 2011.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. Políticas Públicas e contracepção no Brasil. In: Elza Berquó (Org.). **Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Unicamp, 2003.

VIGETA, Sônia Maria Garcia; BRETAS, Ana Cristina Passarella. A experiência da perimenopausa e pós-menopausa com mulheres que fazem uso ou não da terapia de reposição hormonal. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 6, p. 1682-1689, 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000600027>>.

## **Apêndice I**

### **Lista dos Entrevistados**

Entrevistada I. Médica pediatra, aposentada do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), ex-coordenadora do Departamento de Saúde da Criança. Entrevista concedida no dia 04/04/2014, Brasília – DF.

Entrevistada II. Médica pediatra, aposentada do Ministério da Saúde, ex-coordenadora do Departamento da Saúde da Criança e do Adolescente, revisora do Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Entrevista concedida no dia 06/05/2014, Brasília – DF.

Entrevistada III. Professora do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de São Paulo – USP, médica sanitária participante do movimento sanitária. Entrevista concedida no dia 20/06/2014, via Skype.

Entrevistado IV. Médico sanitária aposentado pelo Hospital de Base de Brasília, participante da reforma sanitária de 1988. Entrevista concedida no dia 22/06/2014, Brasília- DF

Entrevistado V. Médico ginecologista diretor do departamento de atenção ao climatério do Conselho Regional de Ginecologia. Entrevista concedida no dia 23/06/2014, Brasília –DF.

Entrevistada VI. Médica pediatra, aposentada pelo Ministério da Saúde, ex-coordenadora do Departamento de Saúde da Mulher, revisora do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Entrevista concedida no dia 07/07/2014, Brasília-DF.

Entrevistada VII. Médica pediatra, aposentada pelo Ministério da Saúde, ex-coordenadora do Departamento da Criança e do Adolescente, revisora do Manual de Atenção ao Climatério. Entrevista concedida dia 10/07/2014, Brasília – DF.

Entrevistada VIII. Médica ginecologista, concursada do Ministério da Saúde ex-coordenadora do Departamento de Atenção à Saúde da Mulher. Entrevista concedida no dia 15/07/2014, Brasília- DF

## Apêndice II

### Lista dos documentos analisados

ALMA-ATA, 1978. **Declaração de Alma-Ata**. Saúde Para Todos no Ano 2000. Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, ALMA-ATA, 1978.

BRASIL, Congresso Nacional. **Relatório Final da Comissão Mista de Inquérito, criada através do Requerimento nº 796/91- CN, destinada a examinar a “incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil”**. Brasília, 1993.

BRASIL. **Constituição** (1988). Senado Federal: Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases para uma ação programática**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher. Bases para uma prática educativa**. Documento preliminar. INAM/MS. Brasília, outubro de 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. PAISM. **Cartilha “Vida de Mulher”**. Ministério da Saúde/SNPES/DINSAMI/PAISM, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Plano de Ação 2004-2007**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, 10 a 13 de outubro de 1986 - Relatório Final**. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1987.

BRASIL. Ministério da Previdência e a Assistência Social - PAISM. **Cartilha Educação em doenças sexualmente transmissíveis**. SNPES – DINSAMI – DNDS. INAMPS, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea para o Controle Social do SUS**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8º CNS**. 8º Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº7.353, de 29 de agosto de 1985. **Diário Oficial da União**, Brasília, 30 ago. 1985. Seção 1, p. 12713.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, 2004.

BRASIL MULHER. **Pílulas, ora pílula**. Ano 1, n.1, dezembro de 1975. Série Periódicos: Arquivo Nacional.

BRASIL MULHER. **Continuamos nascendo**. Ano 1, n. 4, 1976. p. 6 (série Periódicos, fundo Comba Marques Porto, Arquivo Nacional - RJ).

BRASIL MULHER. **Nosso Corpo – parte 1**. Ano 4, n. 13, junho de 1978. Caderno Periódicos Alternativos, Ministério da Saúde.

BRASIL MULHER. **Nosso Corpo – parte 2**. Ano 4, n. 14, junho de 1978. Caderno Periódicos Alternativos, Ministério da Saúde.

CAIRO. Relatório da Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento. Plataforma de Cairo, 1994.

COMISSÃO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR E CONTROLE DA NATALIDADE das entidades feministas de São Paulo. **Controle da Natalidade e Planejamento Familiar** – Não à proposta oficial, ambígua e indefinida. São Paulo, 1980 (mimeo). Ministério da Saúde.

IDAC – PROJETO MULHER. **As mulheres e a saúde**. Aprender para viver melhor. Projeto Paraty. Rio de Janeiro, dezembro de 1983.

INFORME MULHER - CNDM, Brasília, maio de 1989. Série Periódicos, Ministério da Saúde.

ITAPECERICA. **Carta de Itapecerica**. Outubro de 1984. Secretaria de Políticas para as Mulheres.

GRUPO FEMINISTA EVA DE NOVO. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). **O que pensamos dele**. Goiânia, maio de 1984. Ministério da Saúde.

LABRA, Maria Eliana. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher do Ministério da Saúde. **Comentários para discussão interna**. CEBES-RJ, Rio de Janeiro, novembro de 1983.

MELO, Carlos Gentile de. **Planejamento Familiar**. Simpósio sobre Problemas Demográficos Brasileiros da Comissão de Saúde do Senado Federal. Brasília, outubro de 1979. Série Planejamento Familiar, Ministério da Saúde.

PACHECO, Mario Victor de Assis. **Controle de Natalidade**. Simpósio sobre Problemas Demográficos Brasileiros, Brasília, 4 de outubro de 1979. Série Planejamento Familiar, Ministério da Saúde.

PEQUIM. **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher.** Pequim, 1995.

SILVA, Telma Camargo da. **Nosso Corpo nos Pertence.** Manifesto sobre planejamento familiar e aborto no Brasil. O Popular. Goiânia, 15 de abril de 1983.

SINDICATO DOS MÉDICOS DE SÃO PAULO. **Planejamento Familiar ou Controle da Natalidade?** São Paulo, 1980, Ministério da Saúde.