

INTEGRAL ATTENTION OF WOMAN'S HEALTH: SIGNIFICANCES AND IMPLICATIONS

Edir Nei Teixeira Mandú *
Majoreth Dióz **
Annelita Oliveira Reiners ***
Janete Tamami Tomiyoshi **

MANDÚ, E.N.T. et al. Atenção integral à saúde feminina: significados e implicações. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 33, n.1, p.31-8, mar. 1999.

RESUMO

Neste artigo, discutimos implicações políticas e práticas vinculadas a diferentes interpretações do conceito atenção integral à saúde da mulher, tomando por referência a multidimensionalidade humana/feminina.

UNITERMOS: Atenção integral. Saúde da mulher. Políticas de saúde.

ABSTRACT

The text is a reflexion about the political implications and practices related to the concept of integral attention of woman's health, in its several interpretations, for reference on the women multi-dimensionality.

UNITERMS: Integral attention. Health of women. Health politics.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, assim como em outros países, o desenvolvimento da atenção à saúde dos diferentes segmentos sociais é intermediado por planos político-assistenciais, estabelecidos pelo Estado - instituição que define políticas sociais, a partir da correlação de forças entre os interesses do modelo econômico vigente e as pressões dos trabalhadores e excluídos do mundo do trabalho produtivo.

Em relação à saúde da mulher, o estabelecimento de normas, planos e programas de caráter estatal, direcionados para o grupo a partir da década de 70, representou resposta tanto a demandas femininas por assistência médica, quanto à necessidade de regulação social da força de trabalho para um processo de industrialização em desenvolvimento (MANDÚ, 1997).

Inicialmente, as proposições políticas voltadas à saúde da mulher, no chamado Programa Materno-Infantil, coerentemente com o saber/fazer dominante no campo e o modo de se olhar socialmente para a mulher, centralizaram-se na sua vida reprodutiva, especificamente na atenção à gestação, ao parto e ao puerpério.

Nos anos 80, as condições político-sociais brasileiras possibilitaram a incorporação, nas formulações governamentais, de necessidades de saúde do grupo para além das relacionadas à reprodução, para o que contribuíram, enormemente, os movimentos reivindicatórios dos trabalhadores e, especificamente, de mulheres.

É nesse processo de luta e de conquistas que o conceito de atenção integral à saúde da mulher

* Enfermeira. Doutoranda em enfermagem. Professor adjunto do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Faculdade de Enfermagem e Nutrição da Universidade Federal de Mato Grosso.

** Enfermeira. Mestre em assistência de enfermagem. Professor assistente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Faculdade de Enfermagem e Nutrição da Universidade Federal de Mato Grosso.

*** Enfermeira. Mestre em enfermagem. Professor assistente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Faculdade de Enfermagem e Nutrição da Universidade Federal de Mato Grosso.

ganha espaço e incorpora-se no delineamento de uma política nacional de saúde dirigida ao grupo. Desde então, a menção a ele é freqüente - em planos políticos, na produção de conhecimentos e em práticas voltadas à saúde feminina.

Entretanto, ainda que exista uma certa socialização de tal noção, a sua referência e uso nem sempre são feitos com sentido e intenções únicas ou a partir da crítica às suas várias significações, revelando equívocos importantes que, em última instância, encobrem possibilidades reais e significativas de mudanças na qualidade da atenção voltada à saúde do grupo em questão.

Assim, nossas reflexões dirigem-se para a interpretação dos significados atribuídos ao conceito atenção integral em propostas e projetos políticos, em que, em alguma medida, se fundamenta a atual atenção à saúde da mulher¹.

Sujeitos sociais que trabalham junto ao grupo, que desenvolvem profissionalmente ou não ações voltadas à sua saúde, reportam-se freqüentemente a essa noção e muitas vezes o fazem sem dimensionar o seu potencial orientador de mudanças na prática. Assim, a nossa intenção é a de contribuir para uma compreensão crítica das implicações do conceito e seus diferentes significados para o saber/fazer em saúde feminina, buscando revelar alguns de seus elementos inovadores por referência à multidimensionalidade feminina.

2 O CONCEITO DE INTEGRALIDADE/ ATENÇÃO INTEGRAL NO CAMPO DAS PROPOSIÇÕES POLÍTICAS

No Brasil, o conceito de integralidade no campo da saúde ganhou espaço no contexto das lutas sociais por mudanças na produção da atenção sanitária às populações, encaminhadas sobretudo a partir dos anos oitenta.

No processo de proposição da Reforma Sanitária, esse conceito é apresentado formalmente como um dos elementos norteadores da reorganização do sistema, no sentido de "integralização de ações" setoriais, para a superação da dicotomia preventivo/curativo (CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE, 1986). Na sua formulação subtende-se tanto uma crítica à divisão do sistema em saúde pública e atenção médica, quanto a indicação de que as ações devem se definir a partir de problemas a enfrentar, considerando-se os sujeitos em seus ambientes físico-sociais.

No documento "Proposta de conteúdo para uma nova Lei do Sistema Nacional de Saúde", de maio de 1987, o princípio da "integralidade de ações" é reafirmado como essencial à constituição de uma rede nacional de serviços de saúde e traduzido como ações contínuas e integradas, intra e inter-setorialmente, para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organizadas a partir da cadeia epidemiológica (COMISSÃO NACIONAL DE REFORMA SANITÁRIA, 1987).

Na Constituição Federal vigente, para a organização do sistema único, entre outras diretrizes, é estabelecida a do "atendimento integral", em que se priorizam as atividades preventivas sem prejuízo para os serviços assistenciais (BRASIL, 1988).

Na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/8142), a "integralidade da assistência" é entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

Em tais documentos, o que constatamos é que a idéia de integralidade, apresentada como um dos princípios de reordenação do sistema, vincula-se à organização/realização de ações em saúde no plano institucional. Nesse sentido, ela é traduzida como integração da atenção individual - coletiva, e da promoção - prevenção - cura - reabilitação, uma vez que na raiz do modelo de saúde dominante, configurado historicamente, encontram-se lacunas e dicotomias entre esses componentes.

Por sua vez, o conceito de integralidade articulado à saúde feminina aparece oficialmente no cenário das políticas em 1983, quando o Ministério da Saúde lança o chamado Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Este Programa constituiu-se parte da estratégia de expansão e consolidação de uma rede de serviços básicos de saúde em todo o território nacional, no contexto das lutas por mudanças no sistema de saúde nacional, com a contribuição específica do movimento autônomo de mulheres (Mandú, 1997).

Nas proposições presentes no PAISM, o conceito de integralidade ora é referente a uma forma de se compreender o sujeito (mulher) da ação em saúde, ora aos aspectos a serem valorizados na atenção, e não propriamente ao modo de se organizar e realizar as ações. Nele, partindo de uma autocrítica ao atendimento deficiente ao período grávido-puerperal, o Ministério da Saúde propõe não só a sua melhoria, mas também a atenção a outras

¹ São analisados os seguintes documentos: Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde; Proposta de conteúdo para uma nova Lei do Sistema Nacional de Saúde de 1987; Constituição Federal de 1988 (capítulo da saúde); Lei Orgânica Nacional de Saúde de 1990 (8080/8142); Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM); Resolução 123/INAMPS; Relatório da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher de 1986.

necessidades de significação sócio-sanitária pertinentes à saúde feminina - como as doenças de transmissão sexual, as doenças ginecológicas malignas, o abortamento, a gestação indesejada, a infertilidade e as morbidades clínicas articuladas ou não às atividades profissionais (Brasil, 1984).

No documento em questão, a idéia de atenção integral inicialmente se refere à proposição de uma "assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltada para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; o controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário, e a assistência para concepção e contracepção" (Brasil, 1984).

De outro modo, encontra-se também a afirmação de que as proposições contidas no Programa devem refletir o conceito de assistência integral à saúde feminina, expresso como "ações dirigidas para o atendimento global das necessidades prioritárias desse grupo populacional e de aplicação ampla no sistema básico de assistência à saúde" (Brasil, 1984). No texto, o que se define como necessário/prioritário é a atenção aos problemas referidos (os apresentados no parágrafo anterior), em que se subentende que a integralidade da atenção resultaria de sua priorização.

Embora não se possa negar que tais problemas mereciam e merecem atenção por parte do sistema de saúde, assim como as várias fases da vida da mulher (adolescência, vida adulta e terceira idade), e mesmo que tais considerações refletem um certo avanço em relação às proposições anteriores em saúde feminina (como as do Programa Materno-Infantil de 1975), questionamos se a atenção nele priorizada dá conta do conjunto de necessidades de saúde que podem e devem ter respaldo no sistema de saúde. Afinal, são essas as necessidades de saúde dos diferentes grupos femininos (as priorizadas)? A atenção em saúde requerida resume-se à ações clínico-ginecológicas e educativas?

Nas formulações do PAISM não há indicação, de modo coerente, de como esses problemas/necessidades deveriam ser identificados e abordados pelo sistema, a partir de que bases, em que estrutura organizacional, em quais processos e relações de trabalho, através de que instrumentos, entre outros aspectos.

As proposições não põem em cheque o modelo dominante em saúde - clínico e masculino. Há uma preocupação manifesta com o dimensionamento de recursos para a solução dos problemas considerados textualmente como mais "prementes", de "maior prevalência" e com o aumento da capacidade resolutiva da rede básica assistencial (Brasil, 1984).

Tomando-se por referência a saúde como derivada de condições de vida, dependente de

medidas públicas equalizadores das desigualdades sociais, podemos perceber que a crítica à assistência e organização do sistema de saúde, ainda que presentes parcialmente no texto oficial do Ministério da Saúde, não se formaliza em propostas e estratégias amplas intra e extra-setoriais, em resposta à saúde do grupo feminino.

Contraditoriamente, entretanto, e certamente pelo seu peso político, a idéia de integralidade aparece com um sentido mais abrangente em trechos do documento, quando há a alegação de que a destinação seletiva de recursos não deve ser interpretada como subestimação de serviços que cabem à rede básica e, ainda, quando se preconiza que a assistência integral "envolve a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde do grupo em questão, onde todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação de sua saúde" (Brasil, 1984).

O Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social, através da Resolução 123/INAMPS, de maio de 1986, incorpora o PAISM na sua política de atendimento e amplia as formulações do Ministério da Saúde, acrescentando à concepção de atenção integral à saúde da mulher a necessidade de um atendimento amplo: "às especificidades da mulher, em todas as fases de sua vida, em todos os níveis institucionais, dos serviços próprios da Instituição (INAMPS), até os contratados e conveniados com terceiros". São considerados como riscos a que estão expostas as mulheres, os "oriundos do processo produtivo, do trabalho doméstico, do exercício da maternidade ou da exposição a quaisquer violências, tendo em vista assegurar a resolutividade do atendimento na sua abrangência médico-social". Propõe, ainda, a integração da mulher ao sistema, considerando-a "participante ativa das ações executadas, no âmbito dos cuidados perinatais, respeitando suas características sociais, culturais e psicológicas". (BRASIL, 1986).

Esses avanços no plano legal representaram o resultado das pressões e contribuições dos movimentos organizados de mulheres e do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (Ferreira, 1996). Foram consideradas conquistas: a proposição da atenção à saúde feminina nos diferentes etapas da vida; a afirmação da necessidade de o setor saúde considerar as especificidades e a subjetividade feminina; a afirmação do direito da mulher à informação para autocontrole do corpo; a consideração à participação da mulher nas decisões que lhes são pertinentes.

Entretanto, o processo de luta por amparo jurídico-institucional para a atenção integral à saúde da mulher reforçou a necessidade já colocada

nacionalmente de reestruturação sanitária, para a efetivação da integralidade da atenção à saúde. Assim, na Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher (CNSDM), de outubro de 1986², foram referendadas as proposições da VIII Conferência Nacional de Saúde para a Reforma Sanitária no Brasil. Nesta Conferência foi reafirmado o desafio de inserção das questões femininas na estruturação do sistema único, a necessidade de se repensar, sobretudo, as relações entre os profissionais e clientes e entre as comunidades e os serviços, propondo-se a consideração ao universo subjetivo, às vivências femininas, como forma de apreensão das necessidades do grupo (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE E DIREITOS DA MULHER, 1986).

A partir do entendimento de que para os serviços de saúde deslocam-se problemas resultantes das más condições de vida (pobreza, formas variadas de violência, discriminação, exploração, expropriação da identidade, entre outros), exigiu-se mudanças na identidade das Instituições, no sentido de que, nestas, as mulheres tivessem espaço para expressar os sofrimentos enfrentados no plano social. A humanização dos serviços é fortemente destacada como parte dessas mudanças necessárias, incluindo a observação aos significados/efeitos dos espaços físicos, rotinas e normas disciplinadoras de trabalho, dos instrumentos de diagnóstico e terapêutica, das relações entre profissionais e mulheres, ao como se lida com o corpo e a intimidade feminina, na pretendida integralidade da atenção. A recuperação do saber popular e a incorporação de práticas alternativas, com diálogo entre discursos de saúde popular e medicina oficial, são defendidas como parte da elaboração de uma nova identidade institucional. Por fim, a partir da reafirmação de que a determinação do processo saúde-doença coloca-se para além do alcance do setor saúde, alerta-se para que não se criem expectativas e soluções irreais de atuação no campo da saúde, valorizando-se a definição de políticas sociais integradas, voltadas ao enfrentamento das condições inadequadas de vida - econômicas, sociais, culturais, políticas (Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, 1986).

Essas críticas e proposições dos movimentos de mulheres, no que se refere à atenção integral à saúde da mulher, resgatam a necessidade de se redimensionar a orientação dominante na atenção à saúde feminina - o olhar centralizado na reprodução enquanto processo biológico, a negação das condições sociais e culturais que conferem especificidade de vida e saúde à mulher, a

supervalorização do olhar científico em detrimento de um saber-fazer popular. Mais do que isto, apontam para a necessidade de uma ampla revisão nas relações de trabalho decorrentes de tal orientação (desumanização das relações e processos de trabalho) e toda a organização do sistema de saúde, de modo a garantir a universalidade, equidade e a participação das mulheres nas decisões que lhe são pertinentes. Partindo de uma visão mais ampla das necessidades de saúde feminina, consideram que a integralidade da atenção requer medidas para além do setor saúde, no enfrentamento das inadequadas e diferentes condições de vida dos vários grupos e, particularmente, para a superação da discriminação e desvalorização da mulher em sua condição de gênero, classe e raça.

Assim, a tradução do conceito atenção integral nessas proposições tem contornos bem mais amplos do que os presentes nas políticas formuladas oficialmente pelo governo federal - naquelas, a interpretação do conceito se dá a partir do resgate da multidimensionalidade feminina e implicam na necessidade de se encaminhar um conjunto de transformações que abranjam não só a organização dos serviços de saúde, mas também os seus processos e a sua cultura de trabalho.

3 DE QUE PROJETO DE INTEGRALIDADE É POSSÍVEL FALAR-SE?

Vimos, a partir de determinadas proposições políticas, que o conceito atenção integral não abarca significação única. O seu conteúdo depende, sobretudo, da finalidade social e histórica atribuída por diferentes atores sociais à atenção à saúde. Identificamos que o conceito define-se sobretudo por referência e especificação à finalidade da atenção (saúde/cura) e pela percepção dos sujeitos (mulheres/corpo biológico) aos quais a atenção é dirigida. Diferentes respostas sociais dadas a questões como: o que é saúde? quem são os sujeitos para os quais se dirige a atenção? quais são as suas necessidades em saúde? definem e dão sentido ao conceito.

Historicamente, sob a orientação do paradigma clínico, o conceito liga-se a uma interpretação de integralidade humana referida ao corpo biológico, em que a saúde é compreendida por oposição à disfunção, ao desequilíbrio orgânico do corpo, que precisa ser cuidado, reparado, consertado, numa perspectiva individualizada (Mendes, 1992). Assim, a integralidade da mulher resume-se à sua dimensão

² A CNSDM congregou um conjunto de proposições que foram sendo amadurecidas, particularmente por mulheres, na década de 80, sob a influência do movimento da Reforma Sanitária e movimentos de mulheres, que nacionalmente vinham debatendo questões de vida, saúde e direitos femininos.

física. A atenção à sua saúde centraliza-se em processos psico-biológicos manifestos individualmente. Considera-se socialmente como campo de atenção as necessidades limitadas à função "natural" (vista como tal) da mulher na procriação (Xavier; Ávila; Corrêa, 1989).

Dessa perspectiva, o conceito atenção integral à mulher incorpora as marcas de uma visão estreita de integralidade feminina, da saúde e suas determinações, e, por decorrência, de quais são os carecimentos em saúde do grupo em questão.

Em oposição a essa forma de tradução histórica dos elementos implicados no conceito, existe outra, não dominante, construída a partir da correlação entre saúde e estrutura sócio-cultural, em que se consubstanciam proposições como as dos movimentos de mulheres.

Nessa direção, a visão de integralidade da mulher abrange, de modo complexo e inter-relacional, as várias dimensões de sua vida – a bio, psico-emocional, sócio-cultural e físico-ambiental. A mulher é compreendida não só como um ser dotado de uma estrutura biológica, racional, mas como um ser com emoções e desejos, com valores, conhecimentos e crenças, frutos da sua interação com o ambiente físico e sócio-cultural passado, presente e o projetado para o futuro. A mulher é vista como um ser que possui uma socialidade, constituindo-se em uma trama conflitante de ações, de condutas, de normas, de valores, de relações de trabalho, de consumo e de poder. Ela é um ser que se faz em uma sociedade concreta e que pela ação interfere no ambiente que a cerca, buscando satisfazer as suas necessidades, construindo, reproduzindo, impondo, criando, dividindo tarefas, refletindo, modificando-se a si e ao meio com o qual interage. Assim, é mais do que uma estrutura orgânica "natural". Seu agir, seu saber, suas emoções, as relações que estabelece, seu corpo físico, possuem as características dos contextos sociais partilhados. A mulher é sujeito que se faz culturalmente, molda-se e, ao mesmo tempo, constrói o mundo.

Dessa leitura, não deverá ser o orgânico/individual, limitado à reprodução, o alvo da atenção à saúde feminina, mas a mulher enquanto um ser com múltiplas dimensões, que não devem ser dicotomizadas. As necessidades em saúde feminina não podem ser reduzidas a processos patológicos. Derivadas de um conjunto de processos físico-sociais – de condições de subsistência, de relações de desigualdade, de exploração, de dominação, de resistência – exigem a consideração às condições e relações concretas de vida, expressas coletiva e individualmente (Vaitsman, 1992). Da totalidade do ser humano emergem necessidades que incluem a sobrevivência, o desenvolvimento humano e a emancipação, de cuja garantia depende a saúde feminina.

O desenvolvimento econômico, social e político de um país define em que medida os seus vários integrantes têm, terão ou não, equitativamente, acesso a bens e recursos de vida e saúde - educação, emprego, renda, alimentação, lazer, saneamento, moradia, serviços de saúde, entre outros (Leal et al, 1992).

O modo como os vários grupos populacionais organizam, produzem e constroem valores e conhecimentos sobre si, sobre o mundo, sobre os seus processos de vida, sobre a saúde e a doença, define ou não riscos e alternativas em saúde, de variadas conseqüências (Mandú, 1995).

De igual modo, a forma como se estabelecem diferenças e hierarquias - atribuindo-se-lhes maior ou menor valor no sentido de controle de uns sobre outros - coloca grupos humanos em posições mais ou menos favoráveis à saúde. A histórica subordinação feminina, associada a direitos sociais discriminatórios e a dupla responsabilidade na esfera do trabalho, repercute-se diretamente no seu organismo (Los Rios; GomeS, 1993). Tal subordinação articula a saúde da mulher à superação da desvalorização a que é submetida em sociedades que a colocam em posição de subalternidade em relação aos homens, tendo-se em vista o controle das condições sociais de produção e dominação.

A saúde, em uma perspectiva mais ampla, também se articula a um movimento ativo dos sujeitos frente às dificuldades do ambiente físico-social de que participa. Isto exige pensar que a atenção deve abranger processos que favoreçam a formação de sujeitos capazes de se perceber e à realidade, para que enfrentem criativamente os limites, problemas e necessidades que lhes são impostos (Carneiro; Agostini, 1994). Trata-se de valorizar a autonomia para que o sujeito perceba-se pessoal, profissional e socialmente e engaje-se politicamente, enfrentando o cotidiano adverso.

Assim, a resposta às necessidades de saúde feminina passa, necessariamente, pela garantia de níveis críticos de qualidade de vida (moradia, atenção à saúde, nutrição, educação, lazer, trabalho, relações mais justas, entre outras), pelo enfrentamento das discriminações sociais (de qualquer origem) e pelo autodesenvolvimento da mulher, que inclui o seu direito à participação ativa e consciente no campo social.

No campo das políticas sociais, cabe ao Estado garantir serviços e medidas de caráter público, que instrumentem e viabilizem o processo de cidadania feminina, impulsionado pela participação organizada e representativa dos diferentes interesses existentes na atual sociedade.

No que se refere à atenção à saúde do grupo, cabe ao setor público a execução de serviços de qualidade e a regulação dos serviços privados. Nesse

sentido, de modo amplo, novos modelos de organização de serviços e uma nova atenção precisam ser construídos, na direção da universalidade, equidade, hierarquização, integralidade e descentralização de ações e serviços.³ Os serviços deverão se organizar conforme as necessidades de saúde das diferentes comunidades e grupos sociais. Há que se combinar esforços intersetoriais na integração de ações de prevenção e cura. O sistema deverá compor-se em instâncias de complexidade crescente, conforme os diferentes perfis epidemiológicos e sociais da população.

Com relação aos processos de trabalho em saúde feminina, identificamos a necessidade de que o alvo do conhecimento e intervenção, do corpo doente, desloque-se para os sujeitos mulheres, a partir das suas condições concretas de existência. Nesse sentido, nossa experiência nos diz que não basta avançar da centralização no biológico para a valorização da dimensão psico-emocional e social, se o indivíduo/mulher, destacada do seu concreto, "naturalizada", mantiver-se como alvo predominante da atenção. Tomar aspectos psicoemocionais e sociais como fatores isolados no indivíduo para ordenar a atenção é permanecer em uma situação abstrata e não enfrentar os determinantes dos problemas em saúde (AYRES, 1993).

Para uma verdadeira atenção integral à saúde da mulher, os processos de trabalho em saúde deverão avançar do espaço individualizado para o coletivo, a partir da identificação das determinações do processo saúde-doença, lembrando-se que as necessidades de saúde extrapolam categorias identificáveis a nível individual⁴.

É verdade que a crítica à centralização da atenção no corpo biológico feminino tem gerado um olhar e práticas importantes, que abarcam elementos do universo psico-emocional e social da mulher. Tais práticas, porém, revelam-se limitadas porque geralmente se recompõem a partir de fatores isolados no sujeito da atenção, via processos individualizados. Nelas, recorta-se na mulher os determinantes de necessidades de saúde que são de expressão coletiva. A consulta que propõe a identificação/consideração a condições psicossociais da mulher, é um bom exemplo disto. Nela, ainda que levantados aspectos sociais, culturais e psicoemocionais (relativos ao núcleo familiar, às relações sociais, de trabalho e outras), estes são, quando muito, utilizados como indicadores de risco da saúde feminina, mas não geram diagnóstico ou propostas de intervenção para além da mulher, como se os "riscos" pudessem ser enfrentados somente através dos seus próprios comportamentos.

Assim, essa reorientação da atenção não dá conta de responder a problemas e necessidades cuja origem encontra-se fora dos sujeitos. Portanto, no que se refere à saúde da mulher (assim como a de outros segmentos), a ação precisa deslocar-se para os espaços de determinação do processo saúde-doença como, por exemplo, para a inserção da mulher no processo produtivo, para a esfera do trabalho doméstico, para o micro-ambiente familiar, abarcando processos coletivos.

Isso não significa negar a importância da atenção individualizada, de que esta considere amplamente as várias dimensões da mulher, e mesmo a necessidade da cura. Ao contrário, significa que só podemos falar de integralidade numa perspectiva mais ampla quando esses elementos integrarem-se e se subordinarem ao olhar/fazer junto a sujeitos concretos, em processos coletivos.

Do mesmo modo, tal perspectiva requer busca e construção de novos saberes em saúde feminina, sem que se negue o conhecimento acumulado. Por um lado, há que se considerar que as necessidades que derivam da multidimensionalidade humana/feminina não podem ser apreendidas e atendidas elegendo-se como único e inquestionável o olhar e o fazer da ciência. Esta não pode se colocar na condição de única e verdadeira, pois a complexidade humana jamais poderá ser captada somente por uma forma de conhecimento, a científica, e, ainda mais, se nesta, as bases epistemológicas considerarem os fenômenos como universais e aistóricos (positivismo). Essa compreensão exige o redimensionamento do lugar do senso comum, da arte, da cultura popular e da subjetividade no campo da atenção em saúde. Por outro lado, há que se redimensionar o olhar masculino das práticas voltadas à saúde da mulher – a partir de uma perspectiva feminina, de modo que ambos se conjuguem em saberes que promovam a superação das hierarquias entre mulheres e homens.

Uma visão abrangente de integralidade também requer o questionamento do modo como se levantam as necessidades, do modo como elas são explicadas, e das intervenções assumidas. A identificação e a análise abrangente dos diferentes problemas e necessidades dos vários segmentos femininos, nos vários espaços coletivos, é que devem orientar as decisões acerca de quais ações e processos devem ser encaminhados para o seu enfrentamento. A epidemiologia, não a que se volta para o corpo e seus processos segundo os ditames da clínica, mas a que olha para os determinantes socioculturais e os interpreta, é que deverá dar suporte à prática. Os instrumentos de trabalho, antes de mais nada, devem permitir a localização social das

³ As proposições da Reforma Sanitária são amplas em relação à reordenação do sistema e, aqui, nelas não nos deteremos.

⁴ Faz uma discussão importante nesse sentido, Ayres, J. R. de C. M., no texto *Adolescência e saúde coletiva: aspectos epistemológicos da abordagem programática*. In: Schraiber, L. (Org.) *Programação em saúde hoje*. 2. ed., São Paulo: Hucitec, 1993.

necessidades de saúde. Tais instrumentos, fugindo de uma visão positivista, deverão considerar que, diferentes condições de vida, cultura e trabalho produzem diferentes perfis e necessidades em saúde.

Uma nova integralidade da atenção requer que as relações entre as mulheres e os profissionais da saúde sejam reconstruídas, no sentido da conquista da autonomia feminina sobre seu corpo e a sua vida. A atenção à saúde deverá garantir o acesso da mulher à educação para o auto-conhecimento e construção de novas relações sociais (CARNEIRO; AGOSTINI, 1994).

Isto requer, necessariamente, mudanças na atitude dos profissionais em relação às mulheres, na direção do rompimento com o distanciamento construído entre ambos. Aos serviços de saúde e seus profissionais em geral cabe valorizar o saber e as expectativas das mulheres que os procuram, permitindo que estes sejam expressos e usados como indicadores das decisões a serem tomadas. As relações e processos de trabalho deverão apoiar-se em vivências e consideração às subjetividades, abrindo espaço para o controle das mulheres sobre si mesmas.

A atenção deverá possibilitar a expressão de alegrias, realizações, violências e opressões vividas, em um ambiente que gere confiança. Para isto, os profissionais necessitam despojar-se do histórico papel autoritário que exercem sobre a vida das mulheres que buscam apoio nos serviços de saúde, através de uma atenção mais próxima das suas expectativas, necessidades e interesses (DIÓZ, 1997). Esta aproximação requer o rompimento com uma suposta sapiência, que ao invés de beneficiar o convívio acaba por determinar uma distância entre os que, supostamente, sabem e as que “não sabem”. As queixas e demandas femininas, quaisquer que sejam elas, devem ser consideradas, fugindo das classificações preestabelecidas (presentes, por exemplo, em nossos roteiros de consultas) e das normatizações típicas na atenção que predomina em saúde.

É necessário que confrontemos o que hoje consideramos problemas de saúde feminina. De fato eles correspondem às necessidades dos vários e diferentes segmentos? Precisamos nos perguntar se as mulheres querem ter as suas vidas, os seus problemas e necessidades expostos, explorados pelos profissionais da saúde. Será que as mulheres desejam, dos serviços, respostas para certos problemas que vivenciam, ainda que estes comprometam seu bem-estar? Será que os profissionais podem responder a estas necessidades? O que a mulher busca nos serviços? Por que não demanda certos processos? No mínimo, estas são questões a serem refletidas e respondidas com a participação das mulheres.

O vínculo e acolhimento são também fundamentais na perspectiva de novas relações (CAMPOS, 1994). Nesse sentido, a questão do acesso há que ser repensado para que a população feminina se identifique com o serviço. De igual modo, o conteúdo das comunicações formais e informais entre os sujeitos envolvidos, que tanto pode favorecer como dificultar o desenvolvimento de sujeitos mais autônomos. A privacidade da mulher deve ser garantida.

A mulher deve sentir-se respeitada, acolhida, a partir de seus próprios parâmetros e não dos normatizados pela prática médica ou por um olhar unicamente masculino sobre o que merece atenção e o modo como esta deve ser dada. No atendimento, entre outras coisas, devem ser revisados os horários, as condições dos espaços físicos, as rotinas estabelecidas, que não permitem a livre expressão de vivências, desejos e carências ou respostas aos problemas vividos.

Mais amplamente, há que se possibilitar e estimular a participação da mulher no desenvolvimento das políticas relativas à saúde, na direção de suas necessidades, considerando-se a possibilidade histórica de uma sociedade menos desigual como processo de conquista por parte dos interessados.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalizando, cabe-nos retomar o colocado anteriormente - identificamos a impossibilidade de se pensar/realizar a atenção integral à saúde feminina - numa perspectiva ampla - nos limites do setor saúde, uma vez que este não pode responder a uma totalidade que se define fora de seu âmbito. Se considerarmos as várias dimensões e a complexidade da vida humana/feminina e as necessidades que dela emergem, a atenção integral à saúde da mulher não pode ser vista como proposição restrita ao sistema de saúde. Também evidenciamos no texto que a construção de uma nova integralidade na atenção à mulher encontra limites no sistema de saúde presente, que, a despeito das transformações em curso, se mantém predominantemente orientado pelo paradigma clínico.

Contudo, avançando nessas colocações, cabe-nos ainda considerar que, apesar desses limites, identificamos a possibilidade de se encaminharem proposições mais coerentes para o setor. A transformação do setor saúde depende de processos sociais externos, mais amplos, mas também depende de movimentos internos ao setor, orientados pela direção pretendida. Nesse sentido, identificar limites e possibilidades são fundamentais e balizadores de quais e para onde os esforços devem se dirigir.

Assim, vemos como necessária e possível a construção de projetos de atenção à saúde feminina orientados por uma perspectiva ampla de integralidade (feminina/de atenção), que serão mais abrangentes quanto mais se estabeleçam alianças e articulações com outros setores da sociedade, quanto mais se valorize a participação social da mulher no desenvolvimento de políticas voltadas à promoção da sua saúde e quanto mais se introduza um novo modo de ver e fazer no cotidiano dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AYRES, J. R. de C. M.. Adolescência e saúde coletiva: aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: SCHRAIBER, L. B. (org.) **Programação em saúde hoje**. 2. ed. São Paulo, Hucitec, 1993. p.139-82.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.
- BRASIL. Leis, etc. Resolução 123 de 27 de maio de 1986. **Boletim de Serviço do INAMPS**, n. 126, jul., 1986.
- BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo, Atlas, 1988.
- BRASIL. Leis, etc. Lei n.8080 de 19 de setembro de 1990. In: Lei orgânica da saúde. **Hosp.Adm.Saúde**, v.15, n.1, p. 14-9, 1991.
- BRASIL, Leis, etc. Lei n. 8142 de 28 de dezembro de 1990. In: SANTOS, G.I de C.L. **Sistema único de saúde: comentários à lei orgânica da Saúde**. São Paulo, Hucitec, 1995. 271-83
- CAMPOS, G. W. de S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. de O. (org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo, Hucitec, 1994. cap.1, p. 29-87. (Saúde em Debate, 73).
- CARNEIRO, F.; AGOSTINI, M. Oficinas de reflexão: espaços de liberdade e saúde. In: AGOSTINI, M.; D'ACRI, V. (orgs.) **Trabalho feminino e saúde**. Rio de Janeiro, ENSP, 1994. p. 53-83.
- COMISSÃO NACIONAL DE REFORMA SANITÁRIA. **Proposta de conteúdo para uma nova Lei do Sistema Nacional de saúde**. Brasília, 1987.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, Brasília, 1986. **Relatório final**. Brasília, 1986a.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE E DIREITOS DA MULHER, 1, Brasília, 1986. **Relatório final**. Brasília, 1986b.
- CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA MULHER. **Os serviços de saúde: o que as mulheres querem: documento oficial do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher**. Brasília, CNDM, 1986.
- DIÓZ, M. **Assistindo a mulheres grávidas na perspectiva da educação para a sua integralidade e autonomia**. Relatório de prática assistencial. Santa Catarina, 1987. Dissertação (mestrado) Interinstitucional em Assistência de Enfermagem, UFSC/UFMT, 1997.
- FERREIRA, S. L. **Mulher e saúde: o processo de trabalho em Distritos Sanitários**. Salvador, Ultragraph, 1996.
- LEAL, M. do C. et al (orgs.) **A ética do desenvolvimento e as relações com saúde e ambiente**. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 1992..
- LOS RIOS, R.; GÓMEZ, E. **A mulher face à saúde e ao desenvolvimento: um enfoque alternativo**. Brasília, OPAS, 1993.
- MANDÚ, E. N. T. Políticas de atenção à saúde da mulher no contexto brasileiro. **Rev. Baiana de Enf.**, Salvador, v.10, n. 1/2, p. 57-70, 1997.
- _____ **Saúde no olhar de mulheres: afirmação e negação dos saberes e práticas dominantes no campo médico**. Ribeirão Preto, 1995. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- MENDES, E. V. **O processo de construção do sistema único: reflexões sobre uma agenda mínima para a reforma sanitária**. Manual do curso para dirigentes municipais de saúde. IBAM, FNS, 1992. p. 67-83.
- VAITSMAN, J. Saúde, cultura e necessidades. In: FLEURY, S. (org.) **Saúde coletiva? questionando a onipotência do social**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992. p.157-74.
- XAVIER, D.; ÁVILA, M. B.; CORRÊA, S. Questões feministas para a ordem médica: o feminismo e o conceito de saúde integral. In: LABRA, M. E. (org.) **Mulher, saúde e sociedade no Brasil**. Petrópolis, Vozes, 1989. Pág. 203-22.