

## Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil

The Program for Integrated Women's Health Care (PAISM): a landmark in the approach to reproductive health in Brazil

Maria José Martins Duarte Osis <sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Centro de Pesquisa das Doenças Materno-Infantis de Campinas. C. P. 6181, Campinas, SP 13081-970, Brasil.

**Abstract** *The Program for Integrated Women's Health Care (PAISM) was launched by the Brazilian Ministry of Health in 1983 as a new and different approach to women's health. Paradoxically, the PAISM also became the first case in which the Brazilian state explicitly proposed and implemented (albeit partially) a program regulating fertility. This raised suspicions as to disguised promotion of birth control. However, a brief analysis of the history of this program and its social significance suggests that the PAISM was a pioneering undertaking (even within the international scenario) in proposing integrated women's health care as opposed to isolated family planning measures. This helps explain why women's movements in Brazil immediately began to struggle to see it properly implemented. The program contained the definition of reproductive health adopted by the World Health Organization in 1988, which was expanded and consolidated in Cairo in 1994 and Beijing in 1995. Consequently, adoption of the PAISM meant a significant step towards recognition of women's reproductive rights, even before gaining the various international forums for struggle.*

**Key words** *Reproductive Medicine; Women's Health; Health Policy; Birth Control*

**Resumo** *O Programa de Assistência Integral à Saúde Mulher (PAISM) foi lançado pelo Ministério da Saúde em 1983, sendo anunciado como uma nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher. Paradoxalmente, o PAISM constituiu-se também na primeira vez em que o Estado brasileiro propôs explicitamente, e implantou, embora de modo parcial, um programa que contemplava a regulação da fecundidade. Isso suscitou suspeitas acerca de possíveis intenções ocultas de controle da natalidade. Porém, analisando brevemente a história desse Programa e seu significado social, conclui-se que o PAISM foi pioneiro, inclusive no cenário mundial, ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, no âmbito da atenção integral à saúde, e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar. Por isso mesmo, os movimentos de mulheres, de imediato, passaram a lutar por sua implementação. Seu conteúdo inclui plenamente a definição de saúde reprodutiva adotada pela Organização Mundial da Saúde em 1988, ampliada e consolidada no Cairo em 1994 e em Beijing em 1995. Conseqüentemente, a adoção do PAISM representou, sem dúvida, um passo significativo em direção ao reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres, mesmo antes que essa expressão ganhasse os diversos foros internacionais de luta.*

**Palavras-chave** *Saúde Reprodutiva; Saúde da Mulher; Política de Saúde; Controle da Natalidade*

## Introdução

Em termos de políticas públicas, a atenção à saúde da mulher no Brasil, até o surgimento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), traduziu-se na preocupação com o grupo materno-infantil que, inclusive, sempre permaneceu como o mais enfatizado por essas políticas. O enfoque central dos vários programas de saúde materno-infantil estava em intervir sobre os corpos das mulheres-mães, de maneira a assegurar que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades da reprodução social (Canesqui, 1987; Osis, 1994).

Nesse contexto, aparentemente de forma surpreendente, surgiu, em 1983, o PAISM, sendo anunciado como uma nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher, baseado no conceito de “atenção integral à saúde das mulheres” (AISM). Esse conceito implica o rompimento com a visão tradicional acerca desse tema, sobretudo no âmbito da medicina, que centralizava o atendimento às mulheres nas questões relativas à reprodução (Costa, 1979; Canesqui, 1984; Osis, 1994). Paradoxalmente, entretanto, esse programa constituiu-se também na primeira vez em que o Estado brasileiro propôs, oficial e explicitamente, e efetivamente implantou, embora de modo parcial, um programa que inclui o planejamento familiar dentre suas ações, ou seja, um programa que contemplava o controle da reprodução (Osis, 1994).

Além disso, as próprias circunstâncias e as características do processo pelo qual se constituiu o PAISM fazem dele, ainda hoje – passados 13 anos desde o seu lançamento e constatada a sua não implantação efetiva em todo o país – constante objeto de estudo e discussão (Alvarez, 1990; Pinotti et al., 1990; Costa, 1992; Correa, 1993; Osis, 1994).

Neste trabalho, o que se pretende é refletir sobre o significado do PAISM para a abordagem da saúde reprodutiva no Brasil.

## Uma breve história do PAISM

Em 21 de junho de 1983, por ocasião de seu depoimento na Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) do Senado que investigava o crescimento populacional, o então Ministro da Saúde Waldyr Arcoverde apresentou a proposta de criação do PAISM (Osis, 1994). A proposta levada pelo ministro à CPI fora preparada por uma comissão especialmente convocada pelo Ministério da Saúde (MS) para a redação do Programa, em abril de 1983, e constituída por três médicos e uma socióloga: Ana Maria Costa, da

equipe do MS e fortemente identificada com o movimento de mulheres; Maria da Graça Ohana, socióloga da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI); Anibal Faúndes e Osvaldo Grassioto, ginecologistas e professores do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), indicados pelo Dr. José Aristodemo Pinotti, chefe daquele departamento (Sobrinho, 1993).

É interessante assinalar que a composição desse grupo já parecia indicar o percurso político do programa a ser elaborado. Ao incluir duas mulheres preparava-se a aproximação com o movimento organizado de mulheres. A formação delas também se relacionava à intenção do governo vencer possíveis oposições ao programa: uma socióloga, portanto alguém *não médico*, e uma médica sanitária vinculada ao próprio movimento de mulheres, o que lhe conferia uma posição diferenciada em relação ao chamado poder médico que tradicionalmente era visto como opressor. Concomitantemente, os médicos Grassioto e Faúndes pertenciam ao grupo da UNICAMP, com ampla prática assistencial e discussão acadêmica em aspectos da área hoje denominada de saúde reprodutiva. Vale lembrar que, desde o início dos anos 70, esse grupo vinha debatendo as condições necessárias para se dar às mulheres um atendimento integral, testando diferentes modelos de assistência em que o corpo feminino fosse tratado como um todo e não mais como uma série de órgãos isolados, da competência de diferentes especialistas (Pinotti et al., 1987; Osis, 1994).

O trabalho dessa equipe consistiu em definir normas programáticas, especificando quais seriam as bases doutrinárias do programa que se estava propondo, e normas técnicas, descrevendo e especificando os diversos procedimentos médicos que seriam adotados. A sua missão incluía a necessidade de apresentar um programa que se justificasse também filosoficamente perante a sociedade em geral, atendendo os anseios que estavam se evidenciando, e que fosse considerado tecnicamente correto, dispensando grandes reformulações. Tudo indicava que o ministério desejava que o programa causasse um impacto positivo e pudesse ter sua implantação iniciada imediatamente e de forma satisfatória (Osis, 1994).

O Ministério da Saúde divulgou oficialmente o PAISM em 1984, através do documento preparado pela referida comissão: “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática”. Para estabelecer sua proposta, o ministério partia da constatação de que o cuidado da saúde da mulher pelo sistema de saú-

de, até então, limitava-se ao ciclo gravídico- puerperal. E, mesmo aí, era deficiente. Considerava-se esse quadro agravado face à “...*crecente presença da mulher na força de trabalho, além do seu papel fundamental no núcleo familiar*” (MS, 1984:5).

O texto em questão salientava que o governo estava procurando agilizar a atenção à saúde da população em geral, atuando em duas frentes: expandir e consolidar a rede de serviços básicos de prestação de ações integrais de saúde (AIS); enfatizar atividades-chaves, identificadas por critérios epidemiológicos, pelo seu impacto e transcendência. Entre essas atividades estavam aquelas voltadas para o grupo materno-infantil: “...*O conceito de assistência integral, aqui preconizado, 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*” (MS, 1984:15).

As diretrizes gerais do Programa previam a capacitação do sistema de saúde para atender as necessidades da população feminina, enfatizando as ações dirigidas ao controle das patologias mais prevalentes nesse grupo; estabeleciam também a exigência de uma nova postura de trabalho da equipe de saúde em face do conceito de integralidade do atendimento; pressupunham uma prática educativa permeando todas as atividades a serem desenvolvidas, de forma que a clientela pudesse apropriar-se “...*dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre sua saúde*” (MS, 1984:16).

Ainda a título de diretrizes gerais, o documento em questão dedicava dois itens ao planejamento familiar. Primeiramente, situavam-se as atividades voltadas à regulação da fecundidade como complementares no elenco de ações de saúde materno-infantil, esclarecendo que as motivações do Ministério da Saúde para agir nessa área baseavam-se “...*nos princípios de equidade – oportunidade de acesso às informações e aos meios para a regulação da fertilidade por parte da população – e de ordem médica, traduzidos no risco gravídico*” (MS, 1984: 16). Enfatizava-se também que as atividades de planejamento familiar estavam desvinculadas “...*de qualquer caráter coercitivo para as famílias que venham a utilizá-las*” (MS, 1984:16).

Finalmente, ainda em relação ao planejamento familiar, salientava-se a necessidade de não se vincular a adoção dessas atividades à solução dos problemas sociais e econômicos do país “...*e nem ter ignorada a sua inegável interface com o setor saúde*” (MS, 1984:15). Enfim,

a postura do PAISM nessa área seria uma ressonância daquela colocada pelo Brasil na Conferência Mundial de População de Bucareste, em 1974. Ou seja, ao Estado caberia proporcionar meios e informações para que todos os brasileiros pudessem planejar suas famílias (Osis, 1994).

Nesse contexto, a atenção à mulher deveria ser integral, clínico-ginecológica e educativa, voltada ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e puerpério; à abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; ao controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e à assistência para concepção e contracepção.

O documento do Ministério incluía também uma breve descrição dos diversos procedimentos a serem aplicados na AISM e esboçava as estratégias para a implantação do Programa. A idéia geral era viabilizar a rede básica de serviços pela integração, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde. Além disso, estabelecia-se que todas as atividades previstas no PAISM deveriam ser adotadas em conjunto. Entretanto, uma vez que algumas ações – como as relativas ao pré-natal – já se achavam incorporadas ao atendimento da rede de saúde, o início da implementação poderia se dar pelo investimento na melhoria dessas ações. Frisava-se, entretanto, que as atividades de concepção e contracepção *nunca* poderiam ser implementadas isoladamente, tampouco seriam aceitas em serviços em que os outros objetivos programáticos do PAISM não estivessem em desenvolvimento.

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

## O significado social do PAISM

O momento em que o PAISM foi lançado era de grande efervescência no Brasil, com intensa atuação de movimentos sociais e da sociedade civil, em geral, lutando pelo restabelecimento da democracia (Alvarez, 1990; Cardoso, 1984; Jacobi, 1989). Em decorrência disso, e considerando o conteúdo e os antecedentes do Programa, é possível observar que ele reuniu condições para se constituir em um evento socialmente relevante, um fato capaz de mobilizar muitos setores da sociedade para discuti-lo, aprovando-o ou não.

As reações contrárias ou suspeitosas com relação ao lançamento do Programa estiveram pulverizadas em diferentes setores da sociedade, como alguns grupos de mulheres, algumas facções dentro de partidos políticos, membros do setor acadêmico em geral e da categoria médica, especialmente profissionais ligados à Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM). De modo geral, essas reações estavam vinculadas a uma possível contradição entre o conteúdo explícito do Programa (integralidade e universalidade em que supostamente se embasaria) e as suspeitas de que o PAISM, na verdade, não passaria de um disfarce do Governo para agir no sentido de controlar a natalidade da população (Osis, 1994).

Os que questionavam a integralidade e universalidade do programa destacavam a contradição entre a denominação “integral” e os objetivos explicitados no conteúdo, que estariam concentrados nos problemas de saúde decorrentes da atividade sexual e reprodutiva da mulher. Mesmo aqueles que não centravam suas críticas nesse aspecto, consideravam que o “integral” estava mal aplicado, porque o Programa persistia na visão, amplamente já difundida na sociedade, de que a mulher se define pela sua capacidade de reprodução. A exclusão do homem do Programa apresentado pelo Ministério da Saúde implicaria a noção de que só a mulher era responsável pela reprodução, e que se o PAISM se pretendia integral e universal deveria ser, na verdade, de atenção à saúde do adulto (Canesqui, 1984).

Esse argumento também era utilizado pelos setores que associavam o PAISM a intenções controlistas, porém com uma interpretação mais abrangente. Argumentavam que, à primeira vista, o PAISM parecia não estar voltado para a redução da natalidade, porque estaria preocupado em atender às necessidades integrais de saúde das mulheres. Entretanto, na verdade, o que se pretendia era atender as mulheres que tivessem atividade sexual e risco de

engravidar, justamente para controlar sua fecundidade (Folha de São Paulo, 1983a,b; Cebs-Bahia, 1984; Borges, 1986; Folha da Tarde, 1986).

Para esses críticos, as intenções controlistas ficavam claras nos próprios objetivos declarados do Programa, voltados apenas para situações relacionadas à atividade sexual, gravidez, parto, puerpério e contracepção. Para eles, a exclusão do homem não comprometia apenas a integralidade e universalidade do Programa, mas indicava fortemente a intenção controlista oculta. Isto porque o homem só estaria sendo lembrado quando se falava da vasectomia, e apenas quando a mulher estivesse impedida de usar outras formas de anticoncepção. Consideravam que, na verdade, o PAISM partia do pressuposto, já tradicional, de que a mulher era a grande responsável por regular o processo reprodutivo, de maneira que cabia atuar sobre ela massiva e intensamente a fim de alcançar um controle demográfico. Em suma, consideravam que o governo, hesitante em assumir publicamente seu desejo de controlar a natalidade, estaria usando o Programa proposto para justificar-se.

Entre as reações mais favoráveis ao PAISM esteve a dos grupos organizados de mulheres em geral, que, logo de início, passaram a lutar pela implantação do Programa, considerando-o uma resposta satisfatória, naquele momento, às suas crescentes e expressivas demandas por uma atenção à saúde das mulheres não centralizada no cuidado materno-infantil, especialmente desvinculada do controle da reprodução (Barroso, 1984a,b; Costa, 1992; Correa, 1993).

Essa reação pode ser constatada, por exemplo, através de documentos produzidos em reuniões promovidas pelo movimento de mulheres como a Carta de Itapeirica, produzida a partir de um encontro de mulheres acontecido em outubro de 1984 (Labra, 1989). Nesse documento, a partir do diagnóstico de que as condições de saúde da mulher no Brasil eram precárias, reivindicava-se um programa integral, que atendesse às mulheres desde a infância até a velhice, incluindo a saúde mental e as doenças causadas pelo trabalho dentro e fora de casa. Esse programa deveria ter a preocupação de integrar prevenção e cura. Nesse sentido, entre os encaminhamentos propostos pelo grupo reunido, enfatizou-se que fosse incentivado o controle popular na implantação do PAISM (Barroso, 1984a).

Outra fonte que permite vislumbrar como o PAISM foi recebido pelos movimentos de mulheres são artigos de opinião publicados na im-

prensa (Barroso, 1984a,b; 1985; 1986; Cardoso, 1984). Nesses artigos enfatizavam-se aspectos políticos em relação à viabilização e implantação efetiva do Programa. Parecia haver consenso de que se tratava de uma proposta inovadora, abrangente, voltada a assistir às precárias condições de saúde das mulheres no Brasil, independente de estarem ou não no ciclo reprodutivo. O problema sempre levantado era o de como implementar o plano, como ativar a vontade política do governo, de forma que houvesse recursos humanos e materiais adequados para a implementação do PAISM (Osis, 1994).

Também era comum a esses artigos situar a discussão sobre o plano apresentado pelo último governo ditatorial em termos das lutas que se travavam naquele momento, em busca de um projeto democrático duradouro para toda a sociedade brasileira. Apesar do consenso sobre a qualidade do PAISM, esses artigos também remetiam à discussão acerca da necessidade de contextualizá-lo no embate mais amplo, que se dava no sentido de conquistar e assegurar a democracia (Osis, 1994).

Quanto às relações do PAISM com a discussão sobre planejamento familiar/controlado da natalidade, os artigos em questão não revelavam uma preocupação expressiva com elas. Parece claro para as articulistas, em especial para Carmen Barroso (1984a), que a inclusão das atividades de anticoncepção atendia a um anseio das próprias mulheres brasileiras, e não tinha sido recebida por elas com desconfiança. Não se ignorava, porém, a possibilidade de existirem intenções ocultas na adoção do PAISM, mas Barroso considerava isso superável diante do conteúdo e da filosofia do Programa. A seu ver, ele não representava perigo de coerção, uma vez que as atividades de anticoncepção nele previstas estavam condicionadas à sua inserção no conjunto mais amplo das ações voltadas à atenção integral à saúde da mulher.

Os argumentos colocados por Carmem Barroso refletiam a postura dos movimentos de mulheres em torno do direito à anticoncepção. Durante a década de 70, a posição de tais movimentos esteve marcada pelo combate à idéia de planejamento familiar presente na atuação da BEMFAM, de que a pobreza somente seria superada se os brasileiros tivessem menos filhos (Sobrinho, 1993; Rocha, 1993). Logo nos primeiros anos da década de 80, os movimentos de mulheres passaram a colocar a questão em outros termos, deslocando o eixo da discussão para situar a anticoncepção no contexto da atenção integral à saúde (Osis, 1994).

Os movimentos intensificavam, então, o questionamento acerca de qual tipo de atendi-

mento à saúde as mulheres precisavam e queriam receber. As reivindicações eram feitas justamente a partir da queixa de que, em geral, os médicos encaravam as mulheres principalmente, quando não apenas, como úteros gravídicos (Osis, 1994).

Foi a partir da interlocução entre representantes dos movimentos de mulheres com pessoal da área da saúde, sobretudo os profissionais ligados ao grupo da UNICAMP, aqui já referido, além de sanitaristas, sociólogas e psicólogas, que se consolidou a idéia de atenção integral à saúde da mulher, que passou a vigorar no PAISM (Sobrinho, 1993; Osis, 1994).

Nessa interlocução, as mulheres argumentaram que o conceito de *integral* deveria enfatizar não só a integração do colo, do útero e das mamas, mas também de outros aspectos não físicos da vida das mulheres. O que elas defendiam era que o *integral* se referisse também ao contexto social, psicológico e emocional das mulheres a serem atendidas. Em termos pragmáticos, que o médico, ao prestar assistência, concebesse a mulher como um ser completo, não apenas portadora de um corpo, mas vivendo um momento emocional específico e inserida em um determinado contexto sócio-econômico (Osis, 1994). Além disso, os movimentos de mulheres insistiram em que o PAISM incluísse ações definidas de educação sexual e em saúde, para afastar qualquer possibilidade de ele ser usado para o controle populacional coercitivo (Alvarez, 1990).

Diante do exposto, é possível depreender que o lançamento do PAISM teve um amplo significado social, constituindo-se em elemento catalizador de debates, bastante importantes naquele momento histórico de democratização da sociedade brasileira.

Parece evidente que o ponto crucial do conteúdo do PAISM foi mesmo a inclusão da anticoncepção como uma das atividades da assistência integral à saúde da mulher. Isto porque essa inclusão se contrapôs à abordagem do planejamento familiar que era largamente praticada no país até então, norteadas pelas concepções disseminadas pela BEMFAM.

Historicamente, pelo tradicional enfoque dado à regulação da reprodução via o controle do corpo feminino (Canesqui, 1984; Costa, 1979; Turner, 1984), é compreensível que se tenham levantado suspeitas sobre a vinculação do PAISM à questão do controle populacional, sobretudo em vista do momento em que o programa foi lançado, exatamente quando o governo brasileiro sofria pressões externas para adotar uma política demográfica explícita (Veja, 1983; Sobrinho, 1993), e justamente durante

uma CPI para investigar o crescimento populacional. Essas suspeitas foram rebatidas com veemência pelo Ministério da Saúde, mas não apenas por ele. A propósito disto, é importante dar voz àqueles que foram responsáveis diretos pelo conteúdo do programa. A Dra. Ana Maria Costa, uma das elaboradoras do programa, escreveu: *“O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher surge em 1983, representando uma esperança de resposta ao dramático quadro epidemiológico da população feminina. Neste sentido grandes esforços foram empreendidos pelos movimentos sociais, particularmente o de mulheres, visando à implantação daquela prática assistencial, convencidos de que aquele modelo assistencial proposto pelo PAISM, é capaz de atender às necessidades globais da saúde da mulher”* (Costa, 1992:1).

Nesse mesmo sentido pronunciou-se em uma entrevista pessoal outro dos elaboradores do PAISM, o Dr. Anibal Faúndes (Osis, 1994). Para ele, tais suspeitas sobre as possíveis intenções encobertas do programa revelavam, da parte dos que as levantavam, “uma escandalosa ignorância” acerca da situação da saúde das mulheres brasileiras no momento em que o PAISM foi lançado. Segundo o Dr. Faúndes, especificamente em relação à anticoncepção, naquela época já estava constatada a inadequação do uso de pílulas, utilizadas por um grande número de mulheres, compradas livremente nas farmácias ou distribuídas indiscriminadamente por entidades como a BEMFAM; também já se alertava sobre a “progressão perversa” da prevalência da ligadura tubária. Entretanto, justamente quando se propôs a ampliação das opções anticoncepcionais para evitar essas distorções, e a colocação das atividades de contracepção no contexto de uma atenção integral à saúde das mulheres, e sob supervisão do Ministério da Saúde, é que se levantaram suspeitas de que se pretendia controlar a natalidade no país.

Parece, portanto, que está mais próximo da realidade entender a inclusão das atividades de contracepção no PAISM como a estratégia política que o governo brasileiro encontrou para administrar e manter sob controle pressões externas e internas presentes no momento em que o programa foi lançado. Vale lembrar que o governo, através do Ministério da Saúde, foi impelido a responder às demandas sociais no sentido de assumir uma posição clara quanto ao seu envolvimento nas questões relativas ao crescimento populacional e à regulação da fecundidade. Nesse sentido, pode-se dizer que foi obrigado a sair de sua posição ambígua mantida nessa área, sustentada des-

de os anos 50 (Sobrinho, 1993; Rocha, 1993; Osis, 1994).

É possível supor que, caso o governo, atendendo às pressões externas, propusesse uma política de controle da natalidade naquele momento de efervescência social e política, a oposição interna a tal medida criaria ainda mais problemas para o regime militar, que já desgastado preparava-se para abandonar o cenário nacional. Ao contrário, ao lançar o PAISM, o governo pode responder às pressões externas para que adotasse uma política relacionada à regulação da fecundidade, com um programa que preservava a sua posição oficial no cenário internacional, defendida em Bucareste, 1974 (Canesqui, 1987; Rocha, 1993). Ao mesmo tempo, atendeu intensas reivindicações dos movimentos de mulheres, cuja atuação era expressiva naquele momento histórico. De fato, a adoção do PAISM conseguiu surpreender até a oposição, que, em grande medida, reconheceu os méritos da proposta.

Por outro lado, o PAISM se insere no contexto das mudanças ocorridas nas políticas de saúde nos anos 80, decorrentes da intensa discussão que vinha se realizando desde os anos 70 sobre universalidade e integralidade, no âmbito do Movimento Sanitário. Tais mudanças aconteceram à medida que, paulatinamente, foram se incorporando os conceitos de universalidade e integralidade às políticas públicas na área da saúde. O Plano Prev-Saúde, lançado em 1980 mas que nunca chegou a ser implementado, incluía as principais teses de descentralização, hierarquização e regionalização da atenção à saúde, oriundas do Movimento Sanitário (Teixeira, 1989).

Na seqüência dessas mudanças, ao final de 1981 a Presidência da República criou o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), que em 1982 propôs o Plano de Reorientação da Assistência Médica da Previdência, que insistia na descentralização e utilização prioritária dos serviços públicos na cobertura assistencial à clientela. A partir desse plano foram lançadas, ainda 1982, as ações integradas de saúde (AIS), que permitiam avançar na adoção dos princípios de universalização, de equidade e de integração dos serviços de saúde (Teixeira, 1989).

Quando o PAISM foi lançado, expressou pragmaticamente a aplicação dos princípios de universalidade e integralidade, enfatizando a utilização das AIS. Nesse sentido, pode-se dizer que tal Programa representou um importante passo no caminho percorrido pelas idéias que levaram à Reforma Sanitária, passando pela VIII Conferência Nacional de Saúde, em mar-

ço de 1986, e culminando com os debates na Assembléia Nacional Constituinte, sendo que na Constituição de 1988 boa parte das reivindicações do Movimento Sanitário foram contempladas, inclusive a garantia de que o Sistema Único de Saúde – SUS seria constituído (NEPP, 1988; Jacobi, 1989; Teixeira, 1989).

### O PAISM e a saúde reprodutiva no Brasil

Diante do que se discutiu até aqui, não há como deixar de reconhecer a importância do PAISM na abordagem à saúde reprodutiva no Brasil. A sua relevância fica clara ao se evidenciar o seu significado social, destacando-se a sua singularidade enquanto uma proposta de mudança na maneira como até então a saúde das mulheres era tratada, bem como a incorporação em seu conteúdo dos princípios de integralidade e universalidade da atenção à saúde.

O conceito de atenção integral à saúde da mulher redimensiona o significado do corpo feminino no contexto social, expressando uma mudança de posição das mulheres. Ao situar a reprodução no contexto mais amplo de atenção à saúde da mulher vista como um todo, o PAISM rompeu com a lógica que, desde há muito tempo, norteou as intervenções sobre o corpo das mulheres. No contexto do PAISM, as mulheres deixaram de ser vistas apenas como parideiras, e o cuidado de sua saúde não deveria mais restringir-se à atenção pré-natal, ao parto e puerpério.

Além disso, em consequência desse novo enfoque, as ações voltadas à regulação da fecundidade passaram a ser concebidas como parte da atenção completa à saúde que as mulheres deveriam receber, e não mais como fins em si mesmas. Nesse sentido, o PAISM foi pioneiro, inclusive no cenário mundial (Ravindran, 1995), ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar. Embora a proposta original do PAISM não explicitasse jamais a expressão “saúde reprodutiva”, que seria conhecida internacionalmente apenas no final dos anos 80 (Barzelatto & Hempel, 1990), sua concepção de atenção integral à saúde inclui plenamente a definição de saúde reprodutiva adotada pela Organização Mundial da Saúde em 1988, ampliada e consolidada no Cairo em 1994 e em Beijing em 1995 (Alcalá, 1995). Conseqüentemente, a adoção do PAISM representou, sem dúvida, um passo significativo em direção ao reconhecimento dos direitos

reprodutivos das mulheres, mesmo antes que essa expressão ganhasse os diversos foros internacionais de luta.

É verdade, porém, e não se pode deixar de registrar, que a implementação efetiva do PAISM em todo o território nacional não aconteceu. Dados disponíveis (por exemplo: Costa, 1992; Hardy et al., 1991, 1993; Osis et al., 1990, 1993; Pinotti et al., 1990) apontam a morosidade, o descompasso entre a discussão, o planejamento e as medidas práticas, o que traduz a falta de compromisso político para com a implementação do programa.

Entretanto, não se pode analisar tal fato de forma isolada e exclusiva. Vê-se a inoperância do programa juntamente com o caos de todo o sistema público de saúde, que tem sido debatido exaustivamente nos dias atuais. A saúde das mulheres não é bem tratada, da mesma maneira que a saúde das crianças, dos homens, da população em geral, não recebe a atenção necessária nos serviços públicos. O SUS não consegue firmar-se em termos de resultados positivos e visíveis para a população em geral. A deterioração dos serviços públicos de saúde é generalizada, e a expectativa de melhora não parece próxima. Portanto, o que tem se passado com o PAISM não surpreende, embora deva ser lamentado pelo potencial de melhoria na atenção à saúde das mulheres que está sendo desperdiçado.

Apesar dessa situação, as concepções em que o programa se sustenta sobreviveram ao tempo e à negligência do poder público em seu processo de implantação, e continuam a ser defendidas pelas pessoas genuinamente preocupadas com a saúde das mulheres. Mais do que nunca, a proposta do PAISM é atual, amplamente respaldada nas posições defendidas no Cairo e em Beijing por aqueles que se acham comprometidos com a defesa dos direitos reprodutivos. Justamente por sua força conceitual, o PAISM não deve ser abandonado. Ao contrário, devem-se redobrar os esforços no sentido de pressionar o governo a efetivar a sua implementação em todo o país. Mais uma tarefa para as mulheres organizadas e, em geral, para todos os que se interessam em promover um atendimento de boa qualidade à saúde reprodutiva.

## Referências

- ALCALÁ, M. J., 1995. *Compromisos para la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos de Todos*. New York: Family Care International.
- ALVAREZ, S. E., 1990. *Engendering Democracy in Brazil. Women's Movement in Transition Politics*. New Jersey: Princeton University Press.
- BARROSO, C., 1984a. Saúde da mulher. *Folha de São Paulo*, 17 de outubro, p.2.
- BARROSO, C., 1984b. Saúde: o que querem as mulheres. *Folha de São Paulo*, 10 de dezembro, p.2.
- BARROSO, C., 1985. O continuísmo, a saúde e o sexo forte. *Folha de São Paulo*, 3 de março, p.2.
- BARROSO, C., 1986. *O Impacto da Crise sobre a Saúde das Mulheres Pobres. O Caso do Brasil*. São Paulo: UNICEF/Fundação Carlos Chagas. (mimeo.)
- BARZELATTO, J. & HEMPEL, M., 1990. *Reproductive Health: a Strategy for the 1990's*. New York: Ford Foundation.
- BORGES, C., 1986. Compras para atender ao novo plano podem chegar a Cz\$ 3,5 bilhões. *Gazeta Mercantil*, 12 de junho, p.15.
- CANESQUI, A. M., 1984. A saúde da mulher em debate. *Revista Saúde em Debate* 15/16:29-36.
- CANESQUI, A. M., 1987. *Assistência Médica e à Saúde e Reprodução Humana*. Textos NEPO, 13. Campinas: NEPO, Universidade Estadual de Campinas.
- CARDOSO, I., 1984. O programa de saúde que remete à questão do poder. *Folha de São Paulo*, 19 de setembro, p.10.
- CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), 1984. Controle da natalidade: contribuição para um debate. *Revista Saúde em Debate*, 15/16:37.
- CORRÊA, S., 1993. PAISM: uma história sem fim. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, 10:3-11.
- COSTA, A. M., 1992. *O PAISM: Uma Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher a Ser Resgatada*. São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução.
- COSTA, J. F., 1979. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Graal.
- FOLHA DA TARDE, 1986. Começa hoje atenção integral à saúde da mulher – Estão em pauta: planejamento familiar e distribuição de contraceptivos. E o governo pede apoio da Igreja. *Folha da Tarde*, 27 de maio, p.7.
- FOLHA DE SÃO PAULO, 1983a. Saúde analisa as opções existentes. *Folha de São Paulo*, 19 de junho, p.11.
- FOLHA DE SÃO PAULO, 1983b. Deputada critica os programas governamentais para a mulher, 1983. *Folha de São Paulo*, 14 de julho, p.9.
- JACOBI, P., 1989. *Movimentos Sociais e Políticas Públicas – Demandas por Saneamento Básico e Saúde, 1974-1984*. São Paulo: Cortez.
- HARDY, E. E.; MORAES T. M.; FAÚNDES, A.; VERA, S. & PINOTTI, J. A., 1991. Adequação do uso de pílula anticoncepcionais entre mulheres unidas. *Revista de Saúde Pública*, 25:96-102.
- HARDY, E.; OSIS, M. J. D.; FAÚNDES, A.; ALVES, G. A. & PINOTTI, J. A., 1993. A laqueadura tubária precoce e durante a cesárea. Dimensões atuais e fatores que a determinam. *Revista de Ginecologia e Obstetria*, 4:70-76.
- LABRA, M. E., 1989. *Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil*. Petrópolis: Vozes/ABRASCO.
- MS (Ministério da Saúde), 1984. *Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática*. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde.
- NEEP (Núcleo de Estudos das Políticas Públicas), 1988. *BRASIL, 1986. Relatório Sobre a Situação Social do País*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas.
- OSIS, M. J. D., 1994. *Atenção Integral à Saúde da Mulher: o Conceito e o Programa: História de uma Intervenção*. Dissertação de Mestrado, Campinas: Departamento de Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas.
- OSIS, M. J. D.; HARDY, E. E.; SIMÕES, I. R. S.; VERA, S. & FAÚNDES, A., 1990. Laqueadura tubária nos serviços de saúde do Estado de São Paulo. *Revista de Ginecologia e Obstetria*, 1:195-204.
- OSIS, M. J. D.; HARDY, E.; FAÚNDES, A. & ALVES, G., 1993. Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 27:49-53.
- PINOTTI, J. A.; ZEFERINO, L. C. & FAÚNDES, A., 1987. Conceito de atenção integral à saúde da mulher. In: *Tratado de Ginecologia* (H. Halbe, org.), pp.47-51. São Paulo: Rocca.
- PINOTTI, J. A.; FAÚNDES, A.; HARDY, E. E.; SIMÕES, I. R.; OSIS, M. J. D.; SOUZA, T. R. & MORAES, T. M., 1990. Avaliação da assistência ginecológica no Estado de São Paulo. *Revista de Ginecologia e Obstetria*, 1:7-21.
- RAVINDRAN, T. K., 1995. Women's health policies: organising for change. *Reproductive Health Matters*, 6:7-11.
- ROCHA, M. I. B., 1993. *Política Demográfica e Parlamento – Debates e Decisões sobre o Controle da Natalidade*. Textos NEPO, 25. Campinas: NEPO, Universidade Estadual de Campinas.
- SOBRINHO, D. F., 1993. *Estado e População: uma História do Planejamento Familiar no Brasil*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos/FNUAP.
- TEIXEIRA, S. F., 1989. Reformas Sanitárias no Brasil e na Itália: comparações. In: *Reforma Sanitária: em Busca de uma Teoria*. (S. F. Teixeira, org.), pp. 193-232. São Paulo: Cortez/Rio de Janeiro: Abrasco.
- TURNER, B. S., 1984. *The Body & Society – Explorations in Social Theory*. Oxford: Brasil Blackwell.
- VEJA, 1983. Um abismo a evitar. *Revista Veja*, 16 de novembro, pp.72-80.