

SAÚDE DA MULHER: A REFORMULAÇÃO DAS PRÁTICAS

Suzana Lopes de Lima
suzanalima10@hotmail.com

Resumo: Este trabalho tem como objetivo investigar as mudanças ocorridas no campo da atenção básica de saúde após a década de 90 em que as ações de atenção básica se colocaram como estratégia fundamental para a consolidação da atenção à saúde de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). De fato, a consolidação deste modelo proporcionou inúmeras mudanças estruturais nos serviços de saúde. Contudo, na prática ele tem evidenciado um conjunto de contradições e desigualdades na produção de saúde tal como previsto no SUS. Desta forma, identificamos no movimento da Política Nacional de Humanização (PNH) através da implantação do dispositivo de Acolhimento na atenção básica um caminho possível para a consolidação da promoção da saúde da mulher.

Palavras - chaves: Atenção Básica, Humanização, Acolhimento e Saúde da Mulher.

PRIMARY CARE HEALTH AND HOSTING:
The recasting of the health care practices of women.

Abstract: This paper aims to investigate the changes in the field of basic health care after the 90 in which the primary care activities have arisen as a key strategy for the consolidation of health care in accordance with the provisions of the Unified Health System (SUS). Indeed, the consolidation of this model has provided many structural changes in health services. However, in practice it has shown a number of contradictions and inequities in health production as provided in the SUS. Thus, we identify the movement of the National Policy of Humanization (PNH) by implanting the device in primary Host a possible path for the consolidation of promoting women's health.

Keywords: Primary care, Humanization, Hosting and Health of Women.

1. INTRODUÇÃO

A década de 90 marcou submissão do SUS ao agravamento da crise econômica e fiscal do país, tornando-o alvo das políticas de ajuste e contenção de gastos, o que para alguns autores colocava em jogo seus princípios universalizantes e solidários (Mendes, 2004; Reis e Hortale, 2004). Essa complexidade levou o governo a implementar um conjunto de programas, ações regulatórias e novas modalidades de alocação de recursos, objetivando melhorar a equidade e a eficácia

no SUS. Como vimos, tais políticas seriam então denominadas como focalizadas.

Dentro deste debate Schwartzman (2004) denomina as políticas focalizadas como sendo uma política de metas que abarcam significativas diferenciações entre os que propõem políticas de mobilização social, e os que dão prioridade a estas políticas de metas sociais:

“A oposição entre políticas universalistas e focalizadas surge muitas vezes como uma oposição entre os defensores do Welfare State clássico, com o setor público assumindo a responsabilidade pelos investimentos em educação, saúde, segurança pública, etc., e os que defendem a redução do setor público, concentrando os gastos sociais nas populações de menor renda e em situação mais crítica (Schwartzman, 2004: 24)”.

No entanto, no caso das políticas de saúde, entre as quais se destacam as necessidades de critérios epidemiológicos nas decisões alocativas, Mariano (2007) destaca que tanto estratégias de focalização são capazes de produzir impactos universais à medida que controlam propagação das enfermidades, quanto às estratégias de universalização, ao reduzirem a prevalência de enfermidades que afetam de maneira mais grave certos indivíduos, podem ser a forma mais eficiente de beneficiar grupos populacionais específicos. É dentro deste pensamento que se observa o desenvolvimento do SUS neste período, pautado inclusive pelo avançado processo de descentralização através de uma crescente expansão de modelos de saúde centrados na atenção básica compreendida como a principal porta de entrada do usuário ao sistema de saúde.

Para Costa (2002), houve na década de 90 uma opção deliberada do Estado por este tipo de políticas sociais, em detrimento de políticas mais abrangentes. A saúde, porém, segundo ele, foi uma exceção, devido à capacidade de mobilização e intermediação de interesses de seus atores. Porém, para Mendes (1996) o que ocorreu na prática, foi a substituição do modelo médico-assistencial privatista por este projeto de saúde neoliberal.

Contudo, como destacam Viana e Dal Poz (1998:27) a focalização das políticas no caso da atenção básica (através do Programa de Saúde da Família – PSF) poderia ser útil às políticas universais, tendo em vista que a implantação deste modelo servia para ampliar a cobertura de acesso:

“essas experiências de focalização dentro do universalismo evidenciam que

se pode ter práticas focalizadas dentro de uma política universal e que não há necessariamente conflito entre focalização e universalização, isto é, os dois conceitos não precisam ser excludentes”.

A focalização se apresentava como uma alternativa para área da saúde na perspectiva de priorizar os gastos sociais nas populações de menor renda e em situação mais crítica através do estabelecimento de políticas de metas sociais (Schwartzman, 2004). Desta forma, buscou-se através da descentralização o fortalecimento da atenção básica de saúde na construção do Programa de Saúde da Família (PSF), que hoje se coloca como estratégia fundamental para a reorganização do SUS – Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Assim, este modelo foi concebido pelo Ministério da Saúde em 1994 com o objetivo de reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios de forma a substituir o modelo tradicional de assistência médica, centrado no hospital e na cura de doenças. Tendo sido influenciado pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a atenção centrada na família foi orientada a partir do seu ambiente físico e social, o que podia possibilitar às equipes uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e a necessidade de intervenções para além das práticas curativas (Brasil, 1998). Todavia, estas ações só ganharam notoriedade através da publicação da NOB/96¹, a qual proporcionou uma maior valorização do incremento de cobertura pelo PSF com maior incentivo financeiro aos municípios através mecanismos de indução da expansão da atenção básica, como o Piso da Atenção Básica - PAB².

De fato, essas ações puderam ampliar a autonomia de muitos municípios e Estados através da diminuição de contratos e convênios. A edição da NOAS/2002 conferiu ao processo de descentralização novas perspectivas, ampliando-o para

¹ NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NOB-SUS 01/96. “Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão”. BRASÍLIA/DF. Publicada no Diário Oficial da União de 6 de novembro de 1996.

² O Piso de Atenção Básica (PAB) foi uma das estratégias centrais neste processo, cuja regulamentação já estava prevista na NOB 01/96, passou por modificações posteriores e teve seu formato final definido pela portaria GM/MS no. 1882, de 18/12/1997. O PAB consiste em um montante de recursos financeiros destinados ao custeio de procedimentos da atenção básica sob responsabilidade municipal, tais como vacinação, consultas médicas, pré-natal, entre outros. Este montante é transferido de forma regular e automática aos municípios habilitados em uma das condições de gestão previstas na NOB/96 e é calculado com base na população do município, correspondendo a um valor na faixa entre R\$10,00 (mínimo) e R\$18,00 (máximo) per capita ano. (BRASIL, 2001).

além da municipalização da saúde, o fortalecimento através da regionalização da oferta de recursos assistenciais. A oferta de instrumentos de gestão regional passou a estimular a construção de processos de programação regional, acionando, em certa medida, o exercício de funções gestoras, que se diferenciam daquelas de gerência, conforme havia sido definido pela NOB 01/96 (Pasche et al, 2006).

A regionalização passou a ser considerada como um importante mecanismo para a ampliação do acesso com equidade ao sistema de saúde permitindo, entre outros, a criação e a ampliação de redes de atenção regional. Assim, esta proposta ganhou proeminência, transformando-se hoje numa das estratégias prioritárias do governo federal para impulsionar uma transformação no modelo assistencial do SUS (BRASIL, 2006a).

Contudo, considerando que no trabalho em saúde as necessidades se colocam quanto a ter boas condições de vida, acesso e consumo de toda a tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida, respeito à insubstituível criação de vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional e a autonomia no seu modo de levar a vida (Cecílio, 2001), os avanços na reorganização dos atores políticos do país não se mostrou suficiente para enfrentar as estruturas culturais dominantes de desigualdades nas práticas médicas (Merhy e Franco, 1999).

Assim, nas condutas usuais de atenção à saúde da mulher, ao longo dos anos 90, as práticas de atenção à saúde só reafirmaram a persistência de desigualdades através da não-integração dos serviços de pré-natal, parto e puerpério. Pois, tais ações desintegradas nas unidades de saúde acabavam submetendo as mulheres pobres a longas peregrinações e à mendicância por assistência ocasionando um intenso grau de desumanização nas práticas de saúde, fato que se comprovava pelo crescente número de mortes materno-infantil por causas evitáveis em muitas unidades de saúde pública deste período (Tanaka, 1995). No entanto, é dentro deste cenário que podemos localizar novamente inúmeras articulações sociais que, de fato, pudessem solucionar os entraves da atenção à saúde no país, sobretudo com na reformulação das práticas de atenção básica.

1. HUMANIZAÇÃO E ATENÇÃO BÁSICA: a reformulação das práticas

Verificamos que quanto a sua matriz teórica focada na vigilância a saúde, as práticas de saúde na atenção básica colocavam-se nos cuidados a serem oferecidos para o ambiente, não dando valor ao conjunto da prática clínica que se refere à atenção singular. Assim, ao não se dispor a atuar sob propostas ousadas como a da clínica ampliada estas práticas agiam como auxiliar do Modelo Médico Hegemônico³ através de normas e regulamentos bem definidos. Neste contexto, a adscrição da clientela também se mostrava ineficaz, pois, apesar de adotar a diretriz de vínculo, o PSF não possuía um esquema para o atendimento à demanda espontânea.

Foi tentando encontrar os sentidos dessas práticas que os estudos sobre a micropolítica se fortaleceram. A micropolítica se apresenta como uma arte ou ciência de governar que cada um tem, e um dos espaços onde isso se dá é no lugar onde a pessoa trabalha e produz, sendo que ela faz isso de acordo com certo sentido, ou seja, por determinados fins os quais considera mais adequado aos seus interesses ou desejos. E é neste espaço que a subjetividade se manifesta e se produz (Brasil, 2005). Assim, a produção do cuidado em saúde pode tanto se estabelecer através de uma subjetividade solidária - baseada nos valores societários - como pode evidenciar práticas individuais e privadas - baseada nos valores econômicos (Guattari, 1992).

Nesse sentido, o PSF se colocou como uma arena para o encontro deste debate que há muito tempo permeia o trabalho em saúde, principalmente, quando esta subjetividade determina o modo de agir do profissional frente ao usuário e o seu problema de saúde que também é cercado de inúmeros fatores subjetivos. Considerando que as subjetividades colocadas neste encontro tendem a estabelecer a produção do cuidado, permeando o processo de trabalho no exato momento em que se dá a assistência.

O conhecimento sobre a micropolítica no processo de trabalho da saúde abriu o caminho para novas possibilidades de compreensão sobre o complexo processo de transversalidades e atravessamentos no interior das instituições de ensino e dos serviços de saúde na conformação dos modos de educar/formar e

³ A lógica presente neste tipo de modelo se coloca frente a submissão dos profissionais da equipe à dominação da ação médica. Nesse sentido, ele se caracteriza pela concretização de um papel irrelevante e complementar do núcleo cuidador em relação ao núcleo profissional. Desta forma, a implicação mais seria desse modelo se dá no enfraquecimento da dimensão cuidadora do trabalho em saúde. De fato, alguns autores têm apontado que a baixa incorporação do saber clínico no ato médico compromete seriamente a eficácia da intervenção. Assim, vemos que a morte da ação cuidadora dos diversos profissionais de saúde acabam construindo modelos de atenção irresponsáveis perante a vida dos cidadãos (Rodrigues e Araujo, 2003).

trabalhar/cuidar em saúde. Com isso, novas maneiras de produzir conhecimento se fizeram necessárias para pensar a educação e o trabalho em saúde, reconhecendo novos atores, novos papéis, novas referências (Merhy, 2005). E é neste contexto de revisão das práticas do cuidado em saúde que a idéia da Política Nacional de Humanização (PNH) começou a ganhar espaço dentro das práticas de atenção básica principalmente através das propostas do dispositivo de Acolhimento.

A PNH vem se afirmando no SUS como uma política pública que atende a justas e importantes reivindicações por mudanças nos serviços de atenção à saúde, pois incluem em suas preocupações, diretrizes, prioridades e dispositivos que atendem a todos os que estão envolvidos no processo de produção de saúde. Mais ainda, a PNH é uma política que se destaca pelo aspecto subjetivo constituinte de qualquer ato de cuidado e por não separar atenção e gestão. Nesse sentido, sua construção vem responder às necessidades de mudanças do modelo assistencial de saúde que, apesar de avanços consideráveis, não foi capaz de superar desafios importantes como as dificuldades de acesso, a falta de acolhimento com qualidade e resolutividade, a desvalorização profissional, a falta de formação de vínculo entre as equipes, a fragmentação no processo de atenção, etc (Brasil, 2004).

De fato, diversos autores (Mendes, 2003; Benevides e Passos, 2005; Deslandes, 2004; Merhy e Queiroz, 1993) têm destacado que a simples implementação do SUS não tem conseguido apregoar mudanças na qualidade da assistência prestada. Entendo que, a maneira como o “SUS constitucional” se organizou pouco se reflete no “SUS real”, que se modela com características distintas daquelas previstas no texto constitucional. Enquanto o SUS constitucional se apresenta como universal, o SUS real se efetiva como um subsistema segmentado, destinado aos que não têm acesso aos serviços privados. E assim, na prática, o SUS foi se estabelecendo como um segmento destinado aos mais pobres, que se apresentam como as frações sociais mais expostas a condições de vida precárias sendo, de fato, as mais vulneráveis e com menor expectativa de vida (Mendes, 2004).

Através destes relatos percebemos que estas dificuldades em muito contribuem para acentuar práticas desumanizantes ao sistema de saúde e dificultam a consolidação do direito à saúde tal como previsto no SUS. O que de fato dificulta o acesso universal aos serviços e aos bens de saúde e a conseqüente responsabilização de acompanhamento das necessidades dos usuários.

Pois, como sinalizado anteriormente, apesar dos avanços obtidos com o modelo do PSF, observou-se no cotidiano dos serviços de saúde, o enfoque predominante na doença, desconsiderando-se fatores como o valor da experiência subjetiva do usuário e a sua história de vida (Merhy, 2005).

Desta forma, a permanente interdependência entre os condicionantes biológicos, psicossociais, culturais e sócio-econômicos relacionados ao processo de saúde doença acabava constantemente sendo desconsiderada o que, gerava inúmeras conseqüências negativas tanto no relacionamento entre o profissional e o usuário quanto na garantia da linha de produção do cuidado no âmbito dos princípios doutrinários e das diretrizes organizativas do SUS (Brasil, 2004).

Dentro desse quadro de intensos entraves somava-se aos serviços básicos de saúde, além das restrições orçamentárias e dificuldades de gerenciamento, a desordenada oferta dos serviços que leva a grandes filas de espera e a produção de uma demanda reprimida da atenção ambulatorial e hospitalar, em especial nos grandes centros urbanos.

Além das falhas na organização do atendimento (que geram as longas filas de espera, ausências de regulamentos, normas e rotinas e falhas na estrutura física), observava-se pouca ética de alguns trabalhadores, despreparo psicológico e falta de informações na relação profissional-usuário, a persistência da concepção biológica focada na doença e as precárias condições de trabalho (baixos salários, dificuldade na conciliação da vida familiar e profissional, jornada dupla ou tripla) ocasionando sobrecarga de atividades e cansaço, o contato constante com pessoas sob tensão gerando um ambiente de trabalho desfavorável (Brasil, 2002).

Assim, foi dentro deste panorama de conflitos que o discurso sobre a humanização começou a ganhar força no campo da saúde. A proposta consistia na construção de um modo de agir resolutivo e acolhedor que fosse capaz de consolidar o direito a saúde tal como previsto no SUS.

Considerando o conceito de clínica ampliada⁴ incorporado pela PNH, identificamos dentro dos seus inúmeros dispositivos a proposta do Acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância para a implementação desta política. O

⁴ Trabalho clínico que visa com prioridade o sujeito, a família e o contexto; e não só a doença. Tem como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza como meios de trabalho a integração da equipe multiprofissional, a adstrição de clientela com a construção de vínculo, a elaboração de um projeto terapêutico (de acordo com a vulnerabilidade do caso) e a ampliação dos recursos de interação sobre o processo saúde-doença (BRASIL, 2004).

Acolhimento se configura como uma postura ética de comprometimento com a produção de vida e garantia de acesso qualificado e resolutivo as necessidades de saúde do usuário. Ele se orienta como um modo de operar os processos de trabalho em saúde com uma escuta qualificada e aberta as diferenças, de forma a estabelecer vínculos e garantir a resolutividade. Visa o estabelecimento de uma escuta integral que vá além da doença e que possa identificar a história de vida e o contexto cultural do usuário (Documento Base PNH, 2004).

Inicialmente a proposta de Acolhimento se iniciou de forma heterogênea com acúmulos positivos e negativos, já que, algumas experiências também o inscreveram como uma simples atitude voluntária de bondade e favor. Tradicionalmente, a noção de acolhimento na saúde era identificada ora como uma dimensão espacial (recepção administrativa) ora como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados.

Apesar de estas ações terem sua importância, elas se caracterizavam apenas como uma ação pontual, isolada e descomprometida com a responsabilização do cuidado e produção do vínculo. Nesta dimensão restrita de acolhimento muitas vezes demonstravam uma lógica produtora de mais precariedade no cotidiano dos serviços de saúde tanto para os trabalhadores como para os usuários (Brasil, 2006b).

Na redefinição da proposta de Acolhimento, ganha destaque a busca pelo alargamento dos mecanismos de acesso aos serviços de saúde, e de explorar as possibilidades de novos desenhos micropolíticos no modo cotidiano de realização de certos modelos de atenção à saúde.

Franco et al (1999) propõem o Acolhimento como um dispositivo capaz interrogar os processos intercessores que constroem as relações clínicas das práticas de saúde e que permite escutar ruídos do modo como o trabalho vivo é capturado, conforme certos modelos de assistência, em todo lugar em que há relações clínicas em saúde. E de expor a rede de petição e compromisso que há entre etapas de certas linhas de produção constituídas em certos estabelecimentos de saúde, interrogando as relações de acessibilidade.

Assim, dentro destas considerações, o Acolhimento como dispositivo da PNH se configurou como uma postura ética de comprometimento com a produção de vida, garantia de acesso qualificado e resolutivo as necessidades de saúde do usuário. Desta forma, ele visa o estabelecimento de uma escuta integral que vá além

da doença e que possa identificar a história de vida e o contexto cultural do usuário.

Desta forma, ao se orientar como um modo de operar os processos de trabalho em saúde com uma escuta qualificada e aberta às diferenças, de forma a estabelecer vínculos e garantir a resolutividade o Acolhimento implica no protagonismo dos sujeitos envolvidos nos processos de produção de saúde tanto na ampliação da escuta e resolução dos problemas dos usuários e da própria equipe como na construção coletiva de propostas entre a equipe e os usuários.

Diferentemente de uma técnica que define os objetivos e os caminhos, este dispositivo propõe o surgimento de questionamentos que busquem, na construção coletiva, o fim das formas de trabalho individuais responsáveis por fragmentar as práticas em saúde.

Acredito que a regulação ao acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados contribui para a satisfação do usuário e assim a construção de um vínculo de profissionais/usuários estimulando a autonomia e a cidadania, promovendo a sua participação no processo produção de saúde. Pois, tais ações buscam na reflexão sobre os modos de operar a assistência o questionamento das relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços (Documento base PNH, 2004).

Para Carvalho e Campos (2000), o Acolhimento se constitui como um arranjo tecnológico que busca garantir o acesso a todos os que procuram os serviços, de modo que todos sejam escutados pelos profissionais que buscarão a resolução do caso ou o encaminhamento se necessário. Esse processo estabelece a abertura dos serviços à demanda espontânea e a responsabilização por todos os casos da região, de modo a adaptar os serviços e técnicas aos aspectos sociais, culturais e econômicos da vida diária da região (Souza et al, 2008.)

O Acolhimento na saúde deve, para Franco et al (1999), deve construir uma nova ética da diversidade e da tolerância aos diferentes, da inclusão social com escuta clínica solidária que se comprometa com a construção da cidadania proposta no SUS. Assim, o vínculo criado com os usuários dos serviços pode ampliar a eficácia das ações de saúde favorecendo a participação do usuário durante a prestação do serviço. Contudo, acredito que este espaço deve favorecer a construção de sujeitos autônomos, e isto diz respeito tanto aos usuários quanto aos profissionais.

De fato, a ampliação da cobertura populacional prevista pelo PSF pode ser

um dos elementos para a construção do acesso mais ela por si só não foi suficiente para indicar a qual tipo de acesso que ele se orientava. Desta forma, hoje percebemos que este dispositivo visa firmar não só a PNH na atenção básica (Brasil, 2009), mas também tem buscado estimular práticas de integralidade na área de saúde⁵.

Esta configuração implica, como proposto na cartilha da PNH (2004), numa mudança de paradigma ético (co-responsabilização e vínculo), estético (criação de outros modos de produzir saúde) e político (pactuações constantes em prol da vida); e não pode ser considerada como prerrogativa apenas dos profissionais de saúde, mas também do usuário e de toda a rede social deste processo. É dentro desta compreensão, que o acolhimento configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e implementação da promoção da saúde em rede, pois extrapola o espaço de gestão local, afirmando a coexistência das macro e micro políticas no cotidiano das práticas em saúde (Cartilha PNH, 2004).

Assim, o Acolhimento tende a determinar agilidade aos serviços de atendimento proporcionando a construção coletiva de um protocolo mediante o qual se avalie o grau de necessidade do usuário, estabelecendo uma análise e ordenação de prioridades que se distancie do conceito de triagem já que todos têm que ser atendidos. E é dentro deste debate que a idéia de Acolhimento vai ganhar espaço nos serviços de atenção básica como forma fomentar os princípios solidários do SUS na tentativa de dar solução aos problemas de acesso, construção de vínculo e produção da linha de cuidado.

Entretanto, considerando que a desproteção na saúde ainda está em diferentes níveis de atenção e diversos programas no âmbito do SUS e suas muitas precariedades expressam-se sobre muitas das demandas da qual ele atende como no caso da atenção a saúde da mulher percebemos que o Acolhimento tem se colocado como um instrumento fundamental na atenção ao pré-natal no nível

⁵ Mattos (2001) apreende a integralidade sob três pontos: o primeiro como princípio orientador das práticas, em que o indivíduo é visto de forma integral pressupondo uma prática médica em que a intervenção não se reduza a queixa conduta, mas que sim uma prática que identifique na queixa as diversas ações e serviços que possam melhor atender o indivíduo; o segundo como princípio orientador da organização do trabalho, neste caso a integralidade se expressa em um modo de organização voltado para a articulação entre práticas de saúde e de assistência, organizando os serviços de maneira que permita uma apreensão ampliada das necessidades dos usuários; o terceiro como princípio orientador das políticas, relaciona-se com a descontextualização das políticas públicas com os sujeitos envolvidos e às respostas governamentais que incorporam ações voltadas para prevenção e assistência.

primário dos serviços de saúde, no qual estas ações se concentram, tendo em vista que, é neste nível de atenção que visualizamos ao longo da história um intenso grau de negação de direitos e anulação da subjetividade destas usuárias que em muito contribui ainda hoje para os crescentes índices de mortalidade materno-infantil tal como observado em muitas regiões do país⁶.

2. HUMANIZANDO AS PRÁTICAS DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER

Historicamente, percebemos que as praticas usuais de atenção a saúde da mulher, principalmente quanto à consolidação dos direitos reprodutivos, tem sido uma questão de recorrente desumanização no sistema de saúde brasileiro. Todavia, neste processo de atravessamentos foi possível o reconhecimento das inúmeras lutas e dos direitos das mulheres como sujeitos sociais e políticos que as levaram a grandes conquistas não só no campo da saúde (Costa, 2002).

No Brasil, estas reflexões vão assumindo maior relevância a partir da década de 80 sob a difusão do discurso e denúncias de amplos movimentos sociais, que neste período se consolidaram como importantes atores sociais não só para a redemocratização política, mas, também para a consolidação da saúde como um direito de cidadania no país.

Dentro destes muitos movimentos sociais, vemos que o Movimento de Mulheres se consolidou como um importante protagonista para esta reflexão, tendo em vista, que no contexto histórico desta demanda já se acumulavam experiências de negação de direitos que se expressavam, principalmente, na intensa desumanização dos serviços de saúde frente à racionalidade científica (Luz, 1999).

Vemos que as especificidades femininas, longe de representar um obstáculo para o seu desenvolvimento moral foram responsáveis por gerar a superação de uma Identidade Legitimadora (instituída pelas instituições dominantes da sociedade para racionalizar sua dominação sobre os atores sociais) para a Identidade de Resistência (criadas por atores em posição desvalorizada e estigmatizadas que criam trincheiras de resistência e novos princípios) culminando para a construção de

⁶ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

uma Identidade de Projeto (acontece quando esses atores constroem uma nova identidade capaz de redefinir sua posição na sociedade e transformar a estrutura social)⁷.

Assim, já em 1983, o Ministério da Saúde atendendo às reivindicações do movimento de mulheres, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, por uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo.

A base do conceito de "atenção integral", que implicava o rompimento com a visão tradicional acerca desse tema, sobretudo no âmbito da medicina anunciava uma nova e diferenciada abordagem para a prática de saúde e, paralelamente, constituiu-se também na primeira vez em que o Estado brasileiro propôs, oficial e explicitamente a se comprometer com a garantia do direito a saúde, embora de modo parcial (Osis, 1994). Contudo, percebemos que a efetivação desses direitos foi imensamente contrariada pelo tipo de assistência prestada as mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) que, em sua maioria vinham das classes populares.

Assim, as condutas usuais de atenção à saúde da mulher, ao longo dos anos 90, só reafirmaram a persistência da não-integração dos serviços de pré-natal, parto e puerpério. Tais ações desintegradas nas unidades de saúde acabavam submetendo as mulheres pobres a longas peregrinações e à mendicância por assistência ocasionando um intenso grau de desumanização nas práticas de saúde, fato que se comprovava pelo crescente número de mortes materno-infantil por causas evitáveis em muitas unidades de saúde pública deste período (Tanaka, 1995; Costa, 2002).

Na atualidade, inúmeras ações foram se colocando para a melhoria da atenção a saúde da mulher em todos os níveis de atenção. O reconhecimento da importância da reformulação dessas práticas favoreceu a consolidação da PNH como instrumento fundamental para uma atenção de qualidade e humanizada à saúde da mulher. Neste contexto, percebemos que o Acolhimento como diretriz e dispositivo da PNH na Atenção Básica tem se colocado como veículo fundamental para a total operacionalização do princípio da atenção integral em saúde (tal como previsto no SUS) seja no que se refere ao acesso, à produção da linha de cuidado e

⁷ CASTELLS, M. O Poder da Identidade. Paz e Terra. São Paulo, 1999.

a construção de vínculos.

Nessa perspectiva, a PNH através do dispositivo do Acolhimento vem se colocado como fundamental para o fim das desigualdades na atenção a saúde através de uma atenção ao pré-natal de qualidade e humanizada principalmente através da construção da compreensão da pessoa em sua totalidade corpo/mente e considere o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive; do estabelecimento de novas bases para o relacionamento dos diversos sujeitos envolvido na produção de saúde – profissionais de saúde, usuários(as) e gestores; e da construção de uma cultura de respeito aos direitos humanos, entre os quais estão incluídos os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, com a valorização dos aspectos subjetivos envolvidos na atenção (Brasil, 2005).

Como podemos identificar, estas intenções igualmente se expressam através da difusão de outros documentos oficiais da área de Saúde da Mulher, como: a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher – PNAISM (2004), em que a humanização e a qualidade da atenção a saúde se apresentam 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 à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos na promoção do auto cuidado.

3. CONCLUSÃO

Dento do contexto de restrição e racionalização dos gastos em saúde, decorrentes da implementação de medidas de ajuste estrutural percebemos que o PSF foi se consolidando dentro de duas concepções: ora como uma medida fortemente impregnada por esse caráter racionalizador, que reserva ao Estado a função restrita de provedor dos serviços básicos de saúde, direcionados a grupos populacionais pobres e marginalizados; ora como uma estratégia de reorientação e reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil. Todavia, dentro desta última tendência observamos que a ampliação do processo de descentralização e focalização como estratégias fundamentais ao fortalecimento do acesso aos serviços de saúde.

Entretanto, percebemos que a maneira como as práticas de atenção à saúde

se desenvolveu durante a implantação do PSF não evidenciava a superação dos modelos dominantes, apesar de todos os avanços e experiências bem sucedidas em vários municípios do país. Desta forma, somava-se aos serviços básicos de saúde além das restrições orçamentárias e dificuldades de gerenciamento, a desordenada oferta dos serviços que leva a grandes filas de espera e a geração de uma demanda reprimida da atenção ambulatorial e hospitalar, em especial nos grandes centros urbanos.

E foi dentro deste panorama de conflitos que o discurso sobre a humanização começa a ganhar força no campo da saúde principalmente através da PNH que buscou na reorganização das práticas de saúde implementar de fato a desburocratização do acesso não apenas como disponibilidade simples de um serviço mas, como um instrumento de reconhecimento das subjetividades e do cuidado integral através do seu dispositivo de Acolhimento.

Quanto à atenção à saúde da mulher, percebemos que o dispositivo de Acolhimento tem se colocado como fundamental não só para a total integração entre os serviços de pré-natal, parto e puerpério, mas também para que as mulheres pobres possam desfrutar do seu direito de ter saúde com maior nível de qualidade e integralidade, tal como está expresso em suas muitas lutas. Nesse contexto, acreditamos que a sua implementação através do Acolhimento na Atenção Básica possa ser um canal de fundamental importância para a consolidação do direito à saúde das mulheres.

Considerando que o Acolhimento tem se apresentado como um dos dispositivos de maior importância na difusão das idéias da PNH para fomentar as idéias de integralidade nos serviços de ESF, principalmente na atenção ao pré-natal e puerpério. Acreditamos que seja de fundamental importância investigar com maior profundidade os limites e as possibilidades que tem se apresentado quanto a sua implantação em Unidades Básicas de Saúde (UBS), especialmente, com o foco nos serviços de atenção ao pré-natal e puerpério em que a sua necessidade se coloca como fundamental para a materialização dos direitos reprodutivos e produção de saúde para as usuárias através consolidação do acesso, produção da linha de cuidado e construção de vínculo.

BIBLIOGRAFIA

BENEVIDES, R; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface – Comunicação, Saúde, Educação 2005 mar/ago.; 9 (17): 389-406.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial*. Brasília: Coordenação de Saúde da Comunidade, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização - Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O HumanizaSUS na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda**. São Paulo: Hucitec; 2000.

CARVALHO, S. R; CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. Caderno de Saúde Pública. 2000.

CECÍLIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro, R. e Mattos, R. A.

(Orgs.). Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p. 113-126.

COSTA, N R. Política Social e Ajuste Macroeconômico. Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro vol.18, p. S13-S21, 2002.

DESLANDES, S. F. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar.** Ciência & Saúde Coletiva, 9(1):7-14, 2004.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. & MERHY, E. E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil.** Cad. Saúde Pública [online]. 1999, vol.15, n.2, pp. 345-353. ISSN 0102-311X.

GUATTARI, Félix. *Caosmose: um novo paradigma estético.* São Paulo: Editora 34, 1992. p. 11- 44.

LUZ, M. T. Medicina e racionalidade científica no ensino médico contemporâneo. In: PITANGUY, J (ORG). CADERNOS CEPIA 4: Saber médico, corpo e sociedade. Curso ministrado na Faculdade de Medicina da UFRJ, 1998.

MARIANO, I. POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL: FOCALIZAÇÃO VERSUS UNIVERSALIZAÇÃO. Disponível em: <http://pt.shvoong.com/social-sciences/1636162-focalização-universalização/2007>.

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R. e Mattos, R. A. de. (Orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. P. 39-64.

MENDES, E V. Reflexões sobre a NOAS SUS 01/02. 1ª Seminário para construção de consensos: organização, gestão e financiamento do SUS. BRASILIA. CONASS, 2003.

_____. O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda. Revista Mineira de Saúde Pública, número 4, ano 3 (2004).

_____. O Sistema único de Saúde: um processo social em construção. In: MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996. pg. 57-96.

MERHY, E. E. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In Pinheiro, R & Mattos, R. A. (orgs.). Construção social da demanda. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005 (p. 195-206).

_____. & FRANCO, T. B. Programa Saúde da Família: Contradições e novos desafios. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>. 1999.

_____. QUEIROZ, M. S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 9 v. 2. 177-184, Abr/jun, 1993.

OSIS, M. J. D. *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, 1994.

PASCHE, D. F. et al. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, Washington, v. 20, n. 6, p. 416-422, Dec. 2006. Disponível em: <http://journal.paho.org/uploads/1171557038.pdf>

REIS, C. C. L. & HORTALE, A. Programa Saúde da Família: supervisão ou "convicção"? Estudo de caso em município de médio porte. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

RODRIGUES, M. P.; ARAÚJO, Mariza Sandra de Souza. O Fazer em Saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Natal/RN 2003 (Artigo).

SCHWARTZMAN, Simon. A agenda social brasileira. In: **Retratos do Brasil**. Elisa P. Reis; Regina Zilberman (orgs.) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

SOUZA, E. C. F. et al. ACESSO E ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S100-S110, 2008.

VIANA, A. L. D & DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis-Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 1998.