

SAÚDE DAS MULHERES *CIS* NO ÂMBITO DO SUS: UMA REFLEXÃO SOBRE AS PRÁTICAS DAS POLÍTICAS DE CUIDADO DA MULHER NA CONTEMPORANEIDADE

Rafaelli Honório de Freitas
Aline Santos de Lima Silva
Luana Averbuch Leal
Natália Pinto de Carvalho

RESUMO: Estar saudável é uma das coisas mais almeçadas hoje em dia. Mas o que seria esse conceito de saúde? E como ele é aplicado no que diz respeito às mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS)? Este trabalho tem como objetivo refletir sobre o conceito de saúde, resgatar a história do PAISM e a implementação do PNAISM, ambas políticas públicas voltadas às mulheres, bem como articulá-las ao SUS e a Rede de Atenção Psicossocial. A ideia desse estudo surgiu após a apresentação do nosso trabalho de conclusão de curso intitulado “Corpos dóceis, mentes dóceis: a medicalização da saúde mental de mulheres *CIS* no SUS”, que teve como segundo núcleo o tema “as práticas de acolhimento e cuidado, gerais e específicos, oferecidas às mulheres no âmbito do SUS”. O assunto nos despertou interesse em nos aprofundarmos mais sobre o sistema e as políticas que o cercam, visto que também somos usuárias. A partir disso, construímos o trabalho com o objetivo de propor uma reflexão sobre tais programas que estão sendo realizados atualmente tanto no acolhimento quanto no atendimento voltado à saúde geral e mental das mulheres usuárias desse sistema.

Palavras-Chave: SUS. Saúde. Mulheres.

HEALTH OF *CIS* WOMEN IN THE CONTEXT OF SUS: A REFLECTION ON THE PRACTICES OF WOMEN'S CARE POLICIES IN CONTEMPORARY

ABSTRACT : But what would this concept of health be? And how is it applied with regard to women users of the Unified Health System (SUS)? This article aims to reflect on the concept of health, rescue the history of PAISM and the implementation of PNAISM, both public policies aimed at women, as well as articulate them to the SUS and the Psychosocial Care Network. The idea of this study came after the presentation of our undergraduate thesis entitled “Docile bodies, docile minds: the medicalization of women’s mental health cisgender in SUS”, which had as its second core the subject “welcoming and care practices, general and specific, offered to women within the SUS”. The issue brought us interested in a further deepening the system and the policies that surround it, since we are also patients. Therefore, we built the work in order to propose a reflection on such programs that are currently being carried out both in the reception and in the care focused on the general and mental health of women users of this system.

Keywords: SUS. Health. Women.

1. INTRODUÇÃO

Muito se tem discutido sobre o que é ser saudável ultimamente. Ao acessarmos as nossas redes sociais, nos deparamos com inúmeras dicas de como se tornar um indivíduo saudável de corpo e mente. Mas, primeiramente, precisamos entender o que é esse ideal que tanto almejamos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), temos como conceito de saúde¹ “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1946 APUD RESENDE et al., 2015, p. 537).

Percebe-se que o conceito engloba também o bem-estar no contexto socioeconômico e cultural, de modo que uma população que sofre com desigualdade social está propensa a ter mais problemas de saúde no geral. Segundo o documento de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes de 2011, um relatório sobre a situação da População Mundial em 2002, demonstra que as mulheres trabalham mais que os homens, porém vivem em situação de pobreza superior, pois seu gasto de tempo é na maioria das vezes por atividades não remuneradas. São elas mães, esposas, profissionais, estudantes, entre outras, debaixo de cobranças sociais antigas e novas, tornando-se “multifuncionais”, deixando de lado o próprio cuidado preventivo com a saúde.

Considerando essas e outras diferenças históricas das questões de gênero, devemos refletir sobre a idealização de “saúde” e a realidade ofertada a essas mulheres. As práticas de acolhimento e cuidado das políticas públicas são capazes de promover a saúde em sua totalidade física e mental feminina?

Mediante à questão levantada, optamos por direcionar nosso olhar para as mulheres cisgêneros. A cisgeneridade, de acordo com Vergueiro (2015, p. 252), refere-se à "identidade de gênero daquelas pessoas cuja ‘experiência interna e individual do gênero’ corresponda ao sexo atribuído no nascimento, a elas". Em nosso caso, por exemplo, somos mulheres cisgênero, ou seja, nascemos com o sexo feminino, nos identificamos e nos apresentamos a partir dele. No entanto, vale ressaltar a importância de abordar futuramente o tema em relação às mulheres transgêneros, pois, ao longo de nossa pesquisa, percebemos a escassez de produção científica relacionada à essa temática.

¹ Há uma definição mais recente do conceito de saúde pela OMS, no ano de 1986, que engloba os mesmos aspectos apontados pela definição de 1946, acrescentando as “condições de alimentação, habitação, educação renda, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde” como um bem-estar integral (STEDILE et al, 2015, p. 2958).

Além disso, escolhemos abordar o Sistema Único de Saúde (SUS), pois somos usuárias deste sistema e nos interessamos em entender o processo de acolhimento no atendimento à mulher nele, justamente por passarmos por situações reais de negligência, sentindo “na pele” o descaso do cuidado com a saúde feminina. A partir dessas considerações estabelecemos como objetivo deste artigo, refletir sobre a implementação e o cumprimento das políticas de acolhimento e cuidados voltados à saúde geral e mental das mulheres *CIS* no âmbito do SUS na contemporaneidade. Para tal, partimos de um resgate histórico da implementação do SUS e da Rede de Atenção Psicossocial, em seguida destacamos a primeira política de assistência à saúde da mulher, passamos pela nova política e suas mudanças e, por fim, as considerações do cumprimento dessas políticas na vida das mulheres.

Consideramos o tema de grande relevância para profissionais no geral, atuantes na Atenção Básica e Psicossocial da Saúde pública para reflexões e debates sobre possíveis contribuições para melhorias do sistema.

2. METODOLOGIA

A ideia da confecção deste artigo surgiu a partir do nosso trabalho de conclusão de curso intitulado “Corpos dóceis, mentes dóceis: a medicalização da saúde mental de mulheres *CIS* no SUS”. Este, portanto, nasceu da necessidade de compreender o processo histórico da medicalização e como esse fenômeno atinge atualmente as mulheres cisgêneros usuárias do SUS. Obtivemos como questão e pesquisa inicial: “como se dá o funcionamento, em termos qualitativos, do atendimento a mulheres acometidas por sofrimento psíquico no âmbito do SUS?” e percebemos que o viés da medicalização estava presente na busca pela temática. Para realizar a pesquisa, escolhemos fazer uma análise qualitativa por meio de uma revisão bibliográfica.

Diante disso, foram escolhidas as seguintes palavras-chave: medicalização & mulher, medicalização & SUS e medicalização & feminino, que foram pesquisadas nas plataformas *Scielo*, *Pepsic*, *Periódicos Capes* e *Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)*.

A coleta de dados foi realizada entre o período de 19 e 26 de março de 2021, resultando em 850 artigos. Nesse sentido, foi necessário realizar os seguintes refinamentos: recorte cronológico no período de seis anos de publicação dos textos (2015 - 2021), restrição dos artigos à língua portuguesa e a leitura dos títulos e dos resumos dos periódicos no intuito de estabelecer uma triagem deles. A partir desses refinamentos, foram excluídas produções

que fugiram do tema abordado, apresentando temáticas como: maternidade, saúde do homem, menopausa, gestação e puerpério, procedimentos cirúrgicos, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade infantil (TDAH), população indígena e quilombola, métodos contraceptivos e violência obstétrica. Assim, ao final dessa etapa, ficamos com um total de 40 produções bibliográficas.

Na etapa seguinte foi realizada a verificação de artigos repetidos, visto que foram utilizadas diferentes plataformas de pesquisa, tendo sido descartados 11 artigos e permanecendo, então, um total de 29 artigos. Em etapa posterior, foram excluídos 9 artigos, pois fugiram ao tema medicalização e/ou não abordavam o público-alvo mulheres, resultando em 20 artigos para o estudo.

A partir dessa análise geral, estruturamos o trabalho em quatro núcleos: o surgimento e desdobramentos da medicalização, abarcando os corpos femininos; as práticas de acolhimento e cuidado, gerais e específicos, oferecidas às mulheres no âmbito do SUS; contribuições da Psiquiatria e da indústria farmacêutica para expansão do processo de medicalização da vida e as consequências do movimento medicalizante na vida de mulheres cisgênero usuárias do SUS. No entanto, este presente trabalho abordará o tema do segundo núcleo, ainda no âmbito do SUS, de forma mais profunda e direcionada à reflexão da implementação e do cumprimento de tais práticas de acolhimento e cuidados voltados à saúde geral e mental das mulheres *CIS*. Foram utilizados os mesmos artigos do trabalho de conclusão de curso e alguns artigos complementares. Os demais núcleos estão sendo elaborados em outros trabalhos.

3. O SURGIMENTO DAS POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER

Precisamos voltar um pouco no tempo, no século XIX mais precisamente, para entendermos qual a relação das mulheres e saúde na visão da sociedade. Mencionamos este século por se tratar de um pontapé inicial na reflexão sobre saúde feminina, mas é necessário ressaltar que existem outros acontecimentos anteriores à data, referidos em literatura², que mostram como as mulheres eram afetadas tanto fisicamente como psicologicamente pela sociedade. Durante esse tempo, consolidava-se uma nova prática, a medicina como saber científico em um tempo no qual a sociedade se firmava como capitalista. Daí em diante, a

² Constam no livro *A medicalização do corpo feminino*, da autora Elisabeth Vieira, do ano de 2002.

medicina começa a exercer um papel político-social, mais amplo, estendendo-se ao planejamento urbano, diferentemente do que era no passado (VIEIRA, 2002).

Perante as mudanças, ao final do século XIX, há um grande aumento do processo de medicalização³ da sociedade no Brasil. Esse controle social se estende à sexualidade e à reprodução, tornando a questão do crescimento populacional um problema de natureza ginecológica e obstétrica. Com isso, no século XX, o Estado promove a regulação da fecundidade através de anticoncepcionais de uso somente feminino, bem como o aumento de pesquisas sobre o assunto e a própria esterilização feminina através da ligadura tubária (VIEIRA, 2002). Podemos perceber que até então haviam apenas interesses biopolíticos em questão e nenhum voltado à saúde e ao bem estar feminino.

A fim de mudar o foco, no ano de 1983, o Ministério da Saúde propõe lançar o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com a ideia de atender às questões gerais da saúde reprodutiva feminina, de maneira contrária ao modo tradicional. Enquanto o tradicional dava atenção ao planejamento familiar e à contracepção, o PAISM tinha por objetivo também ofertar o atendimento clínico-ginecológico, abrangendo o controle de doenças sexualmente transmissíveis, do câncer de mama e cérvico-uterino e dos problemas de saúde presentes nessas mulheres, desde a adolescência até a terceira idade (OSIS, 1998). A proposta foi constituída por uma comissão especial composta por quatro pessoas, sendo dois médicos (Anibal Faúndes e Osvaldo Grassioto, ginecologistas e professores do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), uma médica (Ana Maria Costa, da equipe do Ministério da Saúde) e uma socióloga (Maria da Graça Ohana, da Divisão Nacional de Saúde). Basicamente, a equipe definia as normas técnicas e os procedimentos médicos a serem adotados de forma que o programa causasse um impacto positivo e pudesse atender os anseios da população de forma satisfatória, com início imediato (OSIS, 1994 APUD OSIS, 1998).

Em 1984, através do documento “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática” o Ministério da Saúde divulga oficialmente o PAISM. Dentre as diretrizes gerais, estão: o controle de patologias, práticas de apropriação de conhecimentos para cuidados próprios da saúde e dois itens sobre o planejamento familiar (OSIS, 1998). Podemos

³ De acordo com Gaudenzi e Ortega (2012) no geral, a medicalização refere-se à intervenção da medicina em campos que não lhe pertenciam, transformando aspectos próprios da vida em patologias e gerando dependência dos indivíduos perante os saberes médicos (GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

perceber que o Estado ainda estava interessado em manter sob controle a capacidade de reprodução.

Embora o PAISM fosse criticado por não parecer assumir um papel de saúde integral da mulher, considerando relevante apenas os aspectos reprodutivos e, então, se assemelhando ao modo tradicional, o programa foi articulado por representantes dos movimentos de mulheres e profissionais da saúde. Em defesa, essas mulheres argumentavam que a ideia da integralidade deveria englobar o contexto social, psicológico, emocional, tendo ações definidas de educação sexual, visando diminuir o controle de natalidade que ainda era exercido sobre seus corpos. Vale ressaltar que o PAISM foi instaurado ainda durante os anos finais da ditadura civil-militar brasileira e antes da implementação do SUS, tema que será abordado no próximo núcleo.

Em meio às discussões sobre a sua instauração, o programa, que não obteve êxito devido ao caos de todo o sistema público de saúde⁴, foi de grande relevância para a visibilidade dos direitos de saúde das mulheres, em um momento de intensa discussão no âmbito do Movimento Sanitário (OSIS, 1998).

4. A IMPLEMENTAÇÃO DO SUS E DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Desde os anos 70, o Brasil já lidava com mudanças no âmbito das políticas públicas, impulsionadas pelo Movimento Sanitário ou Reforma Sanitária, a respeito da universalidade e integralidade no atendimento à população (OSIS, 1998). Essa Reforma setorial foi implementada através de um movimento social que combateu o autoritarismo, cuja origem não provém do estado e nem do governo, mas da sociedade que defendeu a democratização da saúde (AROUCA, 1987; ESCOREL, 1988 APUD PAIM, 2008). Essa ideia aparece como produto de uma crise na saúde durante a ditadura brasileira e como inspiração cultural da experiência bem-sucedida de outros países (BERLINGUER, TEIXEIRA & CAMPOS, 1988 APUD PAIM, 2008).

Após anos de Movimento, foi em 1988 que a chamada Constituição Cidadã ou Constituição Federal Brasileira conferiu o esboço do SUS, instituído somente em 1990, com a implementação da lei Orgânica 8.080. Este sistema, existente até os dias atuais, tem por

⁴ Segundo dados disponíveis de Costa (1992); Hardy et al. (1991, 1993); Osis et al. (1990,1993) e Pinotti et al., (1990) apud Osis (1998) apontam que havia uma delonga e uma ausência de regularidade entre a discussão e a efetivação do programa, o que demonstra o descompromisso e caos na organização do sistema público desde aquela época.

finalidade promover, proteger e recuperar o funcionamento dos serviços de saúde pública, como direito fundamental do indivíduo, permitindo a participação das instituições particulares, em caráter complementar (BRASIL, 1990). Há uma rede de instituições de ensino e pesquisa que interagem com as secretarias estaduais e municipais e Ministério da Saúde que contribuem para a sustentabilidade do SUS, mesmo em conjunturas difíceis. Universidades, Institutos e escolas de saúde pública que participam dessa interação, promovem a reprodução e disseminação de conhecimentos, corroborando com a defesa e apropriação do sistema (PAIM, 2018).

No entanto, somente o apoio e defesa das instituições não asseguram as condições econômicas e científico-tecnológicas para a manutenção do sistema, mesmo com a Constituição tendo como dever do Estado proclamado a saúde como direito e dever de todos. Infelizmente há uma descontinuidade administrativa, burocratização das decisões, partidarismo dos estabelecimentos públicos, falta de profissionalização e número excessivo de cargos imponentes que implicam na má gestão. O resultado disso, resvala também nos trabalhadores de saúde, que têm condições precárias de trabalho e são condicionados à terceirização de seus cargos (PAIM, 2018). Esse conjunto de fatores contribuem para um serviço precário, porém resistente. Contudo, a estrutura dos níveis de atendimento do sistema permanece consolidado. São eles: atenção primária, secundária e terciária, respectivamente. O primeiro nível compreende as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA); o segundo envolve o encaminhamento dos pacientes aos locais de maiores recursos para realizar procedimentos com profissionais especializados, os chamados atendimentos ambulatoriais nos Postos de Saúde, por exemplo; e o terceiro visa atender os procedimentos de maiores complexidades, tecnologia e alto custo, que podem ser exemplificados pelos serviços hospitalares (CAMPOS et al., 2020).

Parece-nos válido destacar que, um pouco antes da implementação desse sistema, com a instituição da Reforma Psiquiátrica na Itália em 1978, o Brasil, começou a debater a relevância da saúde mental e da desinstitucionalização⁵, fazendo com que surgissem as primeiras propostas de reorientação da assistência de pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005). A Reforma Psiquiátrica Italiana nasce como consequência das ações e dos

⁵ A desinstitucionalização é o processo de diminuição das internações psiquiátricas, tem por objetivo a reintegração das pessoas portadoras de doenças mentais à sociedade através das redes extra-hospitalares (BRASIL, 2005).

debates iniciados por Franco Basaglia, no ano de 1978, e da aprovação da "Lei 180", ou "Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana", também conhecida popularmente como "Lei Basaglia" (AMARANTE, 1996).

Posto isso, em 1992, o Ministério da Saúde normatizou o atendimento em saúde mental na rede SUS, fazendo menção aos Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS), através da Portaria Nº 224/92, com o intuito de prestar um cuidado intermediário entre o atendimento ambulatorial e a internação hospitalar (BRASIL, 1992). Embora esses serviços fossem regulamentados, o Ministério da Saúde não instituiu um financiamento específico para os NAPS/CAPS, com cerca de 93% dos recursos destinados aos hospitais psiquiátricos, tornando descontínuo esse processo de atenção diária à saúde mental (BRASIL, 2005).

Somente no ano de 2001, após um longo processo chamado de Reforma Psiquiátrica Brasileira, que a Lei 10.216 é sancionada, fazendo surgir e consolidar um novo modelo antimanicomial de assistência à saúde mental, que rege os direitos dos indivíduos portadores de transtornos mentais, proporcionando a estes autonomia para conduzir seus projetos terapêuticos (CONSTANTINIDIS et al., 2018). Contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira ocorreu em prol da mudança nos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde coletiva, na busca pela equidade dos serviços e na inclusão dos trabalhadores e usuários no processo de gestão da saúde pública (BRASIL, 2005).

Nesta ocasião, o Ministério da Saúde estabeleceu recursos financeiros específicos para estes cuidados, além de passarem a fiscalizar e programar a redução de leitos psiquiátricos, marcadamente vinculados ao modelo institucionalizante e hospitalocêntrico, dando um novo ritmo ao processo da Reforma (BRASIL, 2005).

A partir desse processo, é instituída no ano de 2002, a Portaria Nº. 336, com o intuito de reformular as normas e diretrizes dos cuidados em saúde mental e ampliar a rede dos CAPS. Estes Centros passam a prestar um atendimento terapêutico acolhedor, com equipes multidisciplinares e constituídos por cinco modalidades: os CAPS I, CAPS II, CAPS III, diferenciando-se em ordem crescente de complexidade dos casos e abrangência populacional; o CAPSi voltado ao atendimento às crianças e adolescentes; e o CAPSad, voltado ao atendimento de pessoas com transtornos ocasionados pelo abuso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2002). Neste mesmo ano é instituída, por Portaria Ministerial, a Rede de Atenção

Psicossocial (RAPS), articulada ao SUS, sendo composta por: atenção básica em saúde, CAPS, unidades de urgência e emergência, serviço residenciais terapêuticos, serviços hospitalares, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

5. NOVA POLÍTICA, VELHOS CONCEITOS.

Pouco tempo depois, em 2004, o Ministério da Saúde elabora a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), pela Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, como remodelagem do antigo PAISM. Esta política, abarca o enfoque de gênero, o direito à saúde integral, com ênfase na questão reprodutiva, obstétrica e nos casos de violência doméstica e sexual (BRASIL, 2015). O documento de princípios e diretrizes do PNAISM norteia o ano de 2004 a 2007, havendo uma segunda impressão desse mesmo documento, lançado em 2011, porém sem modificações. Segundo ele, estar saudável se resume ao resultado de vários fatores associados como: sociais, econômicos, culturais e históricos. Justificando a importância do enfoque para o gênero feminino, o documento menciona um relatório sobre a situação da População Mundial em 2002, que informa sobre o gasto maior de tempo das mulheres com trabalho, maternidade e estudo, preterindo o próprio cuidado preventivo com a saúde, além de estarem em situação de pobreza superior aos homens (BRASIL, 2011). Além disso, o documento reconhece que os antigos programas materno-infantis, das décadas de 30, 50 e 70, reduziam a mulher ao papel social de mãe e doméstica, responsável pelo cuidado dos filhos e familiares, dando assistência somente ao ciclo gravídico-puerperal. Paradoxalmente ele menciona o PAISM, como um programa que teve como proposta a integralidade e equidade, justificada através da implementação de assistência ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério e climatério, planejamento familiar, câncer do colo de útero e de mama e DST, problemas esses ligados diretamente à saúde reprodutiva (BRASIL, 1984 APUD BRASIL, 2015).

No item *Breve diagnóstico da Situação da Saúde da Mulher no Brasil*, página 25, há dados a respeito das maiores causas de morte da população feminina e a mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto não aparece entre as dez primeiras. A pesquisa segundo Laurenti (2002 apud Brasil, 2015) analisando os óbitos de mulheres de 10 a 49 anos, constataram que o acidente vascular cerebral (AVC), a aids, homicídios, o câncer de mama, acidentes de transportes, neoplasias de órgãos digestivos, doenças hipertensivas,

doenças isquêmicas do coração, diabetes e câncer de colo do útero como os principais agentes causadores das mortes (BRASIL, 2015).

Mesmo com a informação sobre a pesquisa, o documento segue sob o foco da reprodução, mencionando a gravidez como um evento relacionado à vivência da sexualidade e que mais de 92% das mortes maternas seriam evitáveis. Além de não se aprofundar nas reais causas da mortalidade feminina da pesquisa, em seguida, são destacados e comentados os seguintes assuntos: Mortalidade Materna; Precariedade da Atenção Obstétrica; Abortamento em Condições de Risco; Precariedade da Assistência em Anticoncepção; DST/HIV/Aids; Violência Doméstica e Sexual; A Saúde de Mulheres Adolescentes; Saúde da Mulher no Climatério/Menopausa; Saúde Mental e Gênero; Doenças Crônico-Degenerativas e Câncer Ginecológico; Saúde das Mulheres Lésbicas; Saúde das Mulheres Negras; Saúde das Mulheres Indígenas; Saúde das Mulheres Residentes e Trabalhadoras na Área Rural e Saúde da Mulher em Situação de Prisão.

De maneira nenhuma devemos deixar de lado a importância de tais itens, porém o que nos chama a atenção é o fato da maioria estarem ainda voltados à reprodução ou doenças ligadas à sexualidade, englobando poucos itens da pesquisa. Além disso, dentre os objetivos gerais já destacados, há apenas um objetivo específico sobre a questão da saúde mental feminina dizendo que a PNAISM deve qualificar a atenção à saúde mental; melhorar a informação e incluir o enfoque de gênero e de raça na atenção às mulheres portadoras de transtornos mentais e, então, fomentar a participação nas definições da política dos setores não-governamentais. Este olhar para a saúde mental feminina nasce da compreensão de que estas, por serem atravessadas por condições precárias sociais e econômicas, sofrem mais com os transtornos mentais, o que faz com que consequentemente as mulheres façam mais uso dos serviços ofertados pelo SUS, liderando o número de internações psiquiátricas (BRASIL, 2011).

Cabe ressaltar que não encontramos nenhum documento que aponte para a revogação ou manutenção da PNAISM até os dias atuais. Há, porém, indícios de que a Política segue em vigor, de modo menos evidente. Tais indícios encontram-se no artigo *O enfermeiro frente à Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher*, de Coelho et al., de junho de 2021, que aponta as barreiras da realização da PNAISM sob o olhar dos enfermeiros da

Estratégia da Saúde da Família. Também, no site⁶ do Ministério da Saúde há indícios, de agosto de 2021, da aquisição de medicamentos que contribuem para a redução da morbidade e mortalidade feminina no âmbito obstétrico, considerando e mencionando a PNAISM.

6. A POLÍTICA DE AGORA

Um documento do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) emitido para o período de 2013 a 2015, tem em seu plano de ação vários itens que demonstram a importância do programa. Abaixo, selecionamos alguns itens que mencionam a PNAISM e um item que menciona a preocupação com o tratamento da saúde mental feminina:

Quadro 1 - Item 3.1. Fortalecimento e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Ações	Órgão responsável
3.1.1. Atualizar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher com pactuação na Comissão Intergestores Tripartite - CIT.	MS
3.1.2. Realizar seminários anuais para discussão, divulgação e aprofundamento acerca da PNAISM, assegurando a participação dos Organismos de Políticas para as Mulheres dos estados, Distrito Federal e municípios, bem como o controle social.	SPM
3.1.4. Acompanhar a tramitação no Congresso Nacional de propostas legislativas que tratem da saúde integral das mulheres e de seus direitos.	MS, SPM

Fonte: Secretaria de Política para as Mulheres (2016).

Quadro 2 – Item 3.2. Incorporação dos princípios da PNAISM nas diferentes políticas e ações implementadas pelo Ministério da Saúde, promovendo e ampliando a atenção integral à saúde das mulheres em todas as especificidades.

Ações	Órgão responsável
3.2.1. Ampliar o acesso e melhorar a qualidade do cuidado à saúde integral das mulheres, independentemente de sua orientação sexual (Política Nacional de Saúde Integral LGBT e PNAISM).	MS

Fonte: Secretaria de Política para as Mulheres (2016).

Quadro 3 – Item 3.9. Fortalecimento da participação e do controle social na implementação e monitoramento da política nacional de atenção integral à saúde da mulher (PNAISM).

Ações	Órgão responsável
3.9.4. Realizar pesquisas para monitoramento da implementação das ações da	SPM

⁶<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sctie/departamento-de-assistencia-farmaceutica/componentes-da-assistencia-farmaceutica-no-sus/componente-basico-da-assistencia-farmaceutica-cbaf/medicamentos-de-aquisicao-centralizada>

PNAISM.

Fonte: Secretaria de Política para as Mulheres (2016).

Quadro 4 - Item 3.10. Promoção da atenção à saúde mental das mulheres, considerando as especificidades raciais, étnicas, de origem, de classe social, de idade, de orientação sexual, de identidade de gênero, de deficiência, as mulheres em situação de prisão ou em situação de violência, incluindo mulheres do campo, da floresta, de quilombos e de comunidades tradicionais.

Ações	Órgão responsável
3.10.2. Implantar na rede de atenção psicossocial (atenção básica, centros de atenção psicossocial, unidades de acolhimento, leitos de saúde mental em hospital geral) estratégias de cuidado que considerem a determinação de gênero no sofrimento mental e transtornos mentais das mulheres.	MS

Fonte: Secretaria de Política para as Mulheres (2016).

Como parte de uma fiscalização do cumprimento desses serviços, em 2015, foi lançado o documento *Monitoramento e Acompanhamento da PNAISM e PNPM*. Além de descrever o contexto, objetivos e princípios dos dois programas, o documento explicita a iniciativa do monitoramento, bem como a metodologia e onde poderemos buscar os dados da análise. Nele há indicação de busca nos principais bancos de dados como: o do SUS, do Ministério da Saúde, do IBGE e da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM). Fizemos a busca no site⁷ do Ministério da Saúde, do SUS⁸, do IBGE⁹ e nenhum deles constam dados de pesquisa de monitoramento, o que nos leva a crer que não houve nenhum monitoramento após a emissão do documento. A SPM não possui site específico, sendo mencionada dentro do site¹⁰ do Ministério da Saúde, porém sem dados, apenas com um decreto de sua instituição publicado em 2019 no formato de um documento em *pdf* (*Portable Document Format*). Sem tais dados, é notório o esquecimento do programa e a negligência do governo. Podemos perceber que o item 3.9.4 do documento da PNPM, que solicita o monitoramento do programa, não está sendo cumprido. Além deste, o item 3.1.1 que menciona a atualização do programa também não foi cumprido, visto que houve apenas uma edição desse documento (em 2004) com última reimpressão em 2011, porém sem modificações. Em relação aos itens que mencionam a realização de seminários anuais para discussão (item 3.1.2), ao acompanhamento da tramitação (item 3.1.4) e a ampliação do

⁷<https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/assuntos/saude-integral-da-mulher>

⁸<https://datasus.saude.gov.br/>

⁹<https://www.ibge.gov.br/busca.html?searchword=PNAISM>

¹⁰<https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/secretaria-nacional-de-politicas-para-mulheres>

acesso e melhoria da qualidade dos serviços (item 3.2.1), não é de espantar o não cumprimento também.

Talvez por conta do SUS prestar serviço à população de modo geral e englobar as mulheres, a PNAISM tenha sido esquecida pela sociedade e pelo governo. Muitas mulheres nem sequer têm conhecimento de tais direitos dentro das práticas de acolhimento do sistema. Mesmo sendo elas a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do sistema (BRASIL, 2011), a prestação de serviço de saúde geral segue ignorando as particularidades do corpo feminino e as questões que o levam ao adoecimento físico e psíquico. Também, continuam com a mesma proposta do passado, apontando a contracepção, o planejamento familiar e a atenção ao ciclo gravídico-puerperal como as mais importantes propostas de serviço do sistema¹¹.

Em relação a prestação de serviço voltado à saúde mental, as mulheres que são acometidas por transtornos mentais graves e persistentes dirigem-se para o setor primário do SUS (UBS e UPA) e posteriormente após o atendimento, são encaminhadas para os ambulatórios especializados ou CAPS (FILHO et al., 2003). Já para um acolhimento devido a problemas psíquicos leves, as equipes de saúde da família, que abrangem as UBS, fazem o acompanhamento e as encaminham para unidades especializadas somente em casos mais graves, quando necessário (MOLINER; LOPES, 2013). Porém, essas equipes da UBS não possuem profissionais da Psicologia e da Psiquiatria que possam fazer esse primeiro acolhimento, pois são compostas apenas por outras especialidades (BRASIL, 2012). Ou seja, elas são atendidas sem nenhuma estratégia de cuidado, de contra ao item 3.10.2.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De fato, compreendemos a importância da implementação da PNAISM, porém mediante às pesquisas bibliográficas e às nossas vivências com o sistema, percebemos a dificuldade do cumprimento e a falta de reformulação das diretrizes. A realidade é contrária ao plano de ação da PNPM, tanto no âmbito da saúde geral, quanto mental da mulher. Infelizmente a PNAISM e os demais programas não foram suficientes para concretizar um atendimento diferencial na saúde pública. Cabe a nós mulheres e ao Movimento de Mulheres

¹¹ Essa afirmação se encontra no site da Prefeitura do Rio de Janeiro, porém sem data da publicação. Referência: RIO DE JANEIRO, Secretária Municipal de Saúde – SMS. **Saúde da mulher**. Portal eletrônico. Rio de Janeiro - Acesso em: 01 de julho de 2022. Disponível em: <https://www.rio.rj.gov.br/web/sms/saude-da-mulher>

em todo o Brasil, interessadas em receber prestações de serviço de qualidade e profissionais da saúde pública que buscam a valorização do sistema, cobrarmos do governo uma providência em relação ao cumprimento do programa, bem como exigir que tenhamos voz numa possível reformulação. Ademais, devemos promover discussões e reflexões sobre a história do programa, assim como existem discussões sobre o SUS, que resiste por ainda permear a sociedade. Somente assim, poderemos genuinamente desfrutar das políticas apresentadas no papel.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. **O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1996.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Atos do Poder Legislativo. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 182, p. 1, publicado em 20 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Governo Federal. **Monitoramento e acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher PNAISM e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres PNPM**. Brasília-DF, nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. Acesso em 27 de junho de 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013. 114 p.: il.

CAMPOS, Daniella Barbosa; BEZERRA, Indara Cavalcante; JORGE, Maria Salette Bessa. PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: práticas territoriais na rede psicossocial. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, e0023167, 2020. Acesso em 10 de fevereiro de 2022. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000100502&lng=en&nrm=iso

CONSTANTINIDIS, Teresinha Cid et al. Concepções de Profissionais de Saúde Mental acerca de Atividades Terapêuticas em CAPS. **Trends Psychol.**, Ribeirão Preto, v. 26, n. 2, p. 911-926, junho 2018. Acesso em 10 de fevereiro de 2022. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2358-18832018000200911&lng=en&nrm=iso

FILHO, Medeiros et al. Uso de psicofármacos na atenção primária à saúde. **Rev. bras. promoç. saúde (Impr.)** - Vol.16, no.1/2 (2003) - Fortaleza ISSN 1806-1222. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-970504>

GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 21-34, mar. 2012. Acesso em 27 de junho de 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000020>

MOLINER, Juliane de; LOPES, Stella Maris Brum. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. **Saude soc.**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1072-1083, dez. 2013. Acesso em 10 de fevereiro de 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000400010>

OSIS, Maria José. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 14(Supl. 1):25-32, 1998

PAIM, Jairnilson Silva. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2008, v. 18, n. 4, pp. 625-644. Acesso em: 17 de março de 2022. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000400003>.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2018, v. 23, n. 6 [Acessado 1 Julho 2022], pp. 1723-1728. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>

RESENDE, Marina Silveira de; PONTES, Samira; CALAZANS, Roberto. O DSM-5 e suas implicações no processo de medicalização da existência. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte, v. 21, n. 3, p. 534-546, set. 2015. Acesso em 15 de janeiro de 2022. Disponível

em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682015000300008&lng=pt&nrm=iso

SANCHO, Karla Amorim; PFEIFFER, Claudia Regina Castellanos; CORREA, Carlos Roberto Silveira. Medicalização, diagnóstico clínico e queixa-conduta – redes de significação em jogo. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, e170633, 2019. Acesso em: 15 de janeiro de 2022. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100202&lng=en&nrm=iso

SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES – SPM. **Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM)**, Brasília, 2016.

STEDILE, Nilva Lúcia Rech et al. Contribuições das conferências nacionais de saúde na definição de políticas públicas de ambiente e informação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2015, v. 20, n. 10 [Acessado 01 julho 2022], pp. 2957-2971. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.15142014>

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino**. 1 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.