

POLÍTICAS DE SAÚDE E OS SEUS ATORES SOCIAIS

Débora Aparecida Miranda Benetti ¹
Prof.^a. Dr.^a Carla Aparecida Arena Ventura ²
Prof.^a. Dr.^a Silvia Sidnéia da Silva ³
Prof.^a. Dr.^a Maria José Bistafa Pereira ⁴

INTRODUÇÃO

A luta por políticas sociais voltadas para a saúde da mulher é histórica e seus atores se constituem em marcos nas conquistas e no enfrentamento pelos direitos a esse grupo populacional.

OBJETIVOS

O objetivo deste estudo foi analisar os documentos das políticas de saúde pública do Brasil na área da saúde da mulher, no período de 1980 a 2010, visando a identificar os atores e as ações realizadas para elaboração e publicação das políticas de saúde da atenção à saúde da mulher.

MÉTODO

No período estabelecido foram três documentos analisados, editados pelo Ministério da Saúde do Brasil: Programa de Atenção Integral à saúde da Mulher, de 1984 (PAISM); a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004 (PNAISM); e o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento editado pela Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000 (PNHP). Adotamos o conceito de políticas públicas ofertado por Teixeira (1997, p. 43): “[...] conjunto de diretrizes e referências ético-legais adotados pelo Estado para fazer frente a um problema que a sociedade lhe apresenta [...] é a resposta que o Estado oferece diante de uma necessidade vivida ou manifestada pela sociedade.” É um estudo de natureza descritiva e de abordagem analítica. A literatura nos oferta diversos modelos teóricos para proceder a análise de políticas públicas apresentados por estudiosos desse tema, entre os quais destacamos:

¹ Mestra pelo Curso de Mestrado Profissional Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP, debora_aparecida@uol.com.br;

² Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP, caaventu@eerp.usp.br;

³ Professora e pesquisadora do Curso de Mestrado Profissional Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP, sssilva@unaerp.br;

⁴ Professor orientador: Professora e pesquisadora do Curso de Mestrado Profissional Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP, mjbpereira@unaerp.br.

Almeida e Gomes (2019); Araújo e Rodrigues (2017). Neste trabalho utilizamos a matriz elaborada por Araújo e Maciel (2001) e, por Sampaio e Araújo (2006), sendo que a proposta desses autores foi baseada no modelo de Walt e Gilson (1994) que desenvolveram um modelo analítico estabelecendo quatro categorias de análise: **contexto, processo, atores e conteúdo**, as quais são interligadas, mutuamente influenciadas e dependentes entre si. A partir dessas quatro categorias, Araújo e Maciel (2001) identificaram em cada uma *o que* analisar e *como* analisar, e assim desenvolveram um modelo operacional composto por um conjunto de informações práticas que pode ser utilizado em várias situações. Nesse processo elaboraram uma matriz analítica de políticas públicas de saúde. No estudo aqui apresentado, a ênfase da análise se centra na categoria atores no contexto do processo de elaboração e edição das políticas de atenção à saúde da mulher, no período estudado.

RESULTADOS

A perspectiva teórica da análise se fundamentou nos direitos humanos e na dignidade humana conforme aborda Ribeiro (2011). A dignidade do homem é considerada como um dos mais importantes de todos os valores protegidos pelo Direito, conforme afirma Ribeiro (2011). Direitos de cidadania têm uma relação direta com a dimensão das necessidades sociais, particularmente a de saúde, e, portanto, faz-se necessário assegurar o acesso a serviços e desde então já ter o compromisso de implantar e implementar políticas e ações com vistas a atender as diversas demandas apresentadas nos diferentes ciclos da vida da mulher. No caso deste estudo, o foco foi a atenção à saúde da mulher, com ênfase nos aspectos relacionados à humanização ao parto, entendendo que, para se ter o parto humanizado, faz-se necessário assegurar o acesso da gestante ao pré-natal e desde então já ter o compromisso de realizar o cuidado com essa mulher, incluindo o seu preparo para o momento, do parto e das intercorrências que venham ocorrer.

Na categoria de análise **atores**, Araújo e Maciel (2001, p. 338) incluem “todas as pessoas, instituições e organizações sociais que se relacionam direta ou indiretamente com a política, em todas as fases de seu processo”, e recomendam destacar aqueles que apoiam ou foram contrários, resistentes à política em estudo. Momentos históricos marcaram muitas decisões que foram emplacadas e posteriormente transformadas por ações e reações dos atores sociais, a exemplo da realização do parto, considerada uma prática desumanizante, e, em momentos históricos anteriores à assistência médica, tal desumanização era ditada e apoiada pela Igreja Católica ao considerar que o parto era consequência do pecado capital e, portanto, não era permitida nenhuma intervenção que aliviasse suas dores; ainda, era ilegal a realização

de procedimento preventivo para seus riscos (DINIZ,2005). Desta forma, a Igreja Católica foi uma instituição incluída na categoria atores.

Com o advento da prática médica, mais especificamente da obstetrícia médica, toma-se como objeto de preocupação o parto sem dor e procura-se abolir a ideia do parto como desígnio de Deus, tomando o parto como a hora bendita da maternidade, caracterizando uma posição humanitária e antagônica à da Igreja Católica. Aqui pode-se elencar mais um ator social na análise das políticas de atenção à saúde da mulher, ou seja, a Obstetrícia médica (MAGALHÃES, 1916).

Além da teoria baseada no teocentrismo, que considera as dores do parto como castigo divino, desenvolveu-se a teoria cartesiana, fundamentada na física e na matemática para estudar a pélvis feminina e explicar a dinâmica do parto e propor intervenções para o alívio da dor, através do uso de medicamentos para que a mulher ficasse inconsciente e, assim, não se lembrasse da experiência do seu parto (DINIZ, 2005). Essas intervenções médicas revelam que a produção do conhecimento está entre os atores que alicerçam as diretrizes das políticas da saúde.

Essa prática do parto inconsciente, no Brasil, teve como expoente Fernando Augusto Ribeiro Magalhães, que também se tornou um ator na luta pelas políticas de saúde da mulher, apoiando o parto inconsciente. Essas situações defendidas e refutadas por atores presentes no contexto histórico foram sendo objetos de discussão e de certa maneira subsidiaram a necessidade de imprimir diretrizes comprometidas com a assistência à saúde da mulher, considerando está um ser humano portador de direitos e de dignidade na atenção às suas necessidades.

Nessa perspectiva de análise, encontramos que na implantação e implementação do **PAISM** os atores sociais se mobilizaram e articularam para concluírem, em 1984, a redação do referido programa. A comissão foi composta por três médicos e uma socióloga: a médica sanitária Ana Maria Costa, que também tinha um vínculo forte com o movimento das mulheres; também, a socióloga da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil, Maria da Graça Ohana (OSIS, 1994); ainda, participaram os ginecologistas e docentes do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Estadual de Campinas, Anibal Faúndes e Osvaldo Grassioto. As forças resistentes, e mesmo contrárias, ao PAISM se constituíram como atores, de forma pulverizada em alguns grupos de mulheres, de partidos políticos, setores acadêmicos e da categoria médica, principalmente ligados à Sociedade Civil Bem-Estar Familiar do Brasil (BEMFAM), que apontam contradições no programa e ainda suspeitavam que o programa tinha como foco real e principal o controle da natalidade no Brasil (OSIS, 1994). Também como

atores são os que participaram de diferentes grupos da sociedade, dentre eles, particularmente, sempre esteve presente o movimento das mulheres e aqueles que os questionavam e possibilitaram o diálogo e os esclarecimentos ou entendimentos diferentes que defendiam; mesmo em campo de tensão, todos são reconhecidos como atores e autores dessa obra intitulada PAISM, enfim, participantes da construção dessa história.

Nesta perspectiva, pode-se citar Carmem Barroso, uma das articulistas dos movimentos das mulheres ao manifestar que a introdução das ações de anticoncepção vinha ao encontro de uma das demandas das mulheres brasileiras, o que não gerou nenhuma interrogação, nenhum questionamento quanto à inclusão dessa temática no PAISM. Esse anseio de anticoncepção era compreendido de forma diferente e até mesmo combatiam a defesa do planejamento familiar propagada pela BEMFAM, ao defender que a pobreza somente seria superada se os brasileiros tivessem menos filhos (SOBRINHO, 1993; ROCHA, 1993 apud OSIS, 1994). Vale destacar o ator institucional, o Ministro Waldir Arco Verde, que representou e exerceu diante do seu poder institucional para a consolidação dessa publicação, ao prestar depoimento na Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) no senado brasileiro sobre a investigação que se dava em torno do crescimento populacional. Nesse evento, o Ministro apresentou a proposta do PAISM, a qual foi consolidada em 1984 (OSIS, 1994).

A análise da categoria atores, no **PNHP**, revelou que, historicamente, podem ser incluídos como atores a Igreja Católica e a obstetrícia médica. O Brasil teve como expoente Fernando Augusto Ribeiro Magalhães, da ciência médica. Também, o movimento feminista teve papel central nesse processo. Nas décadas de 1960 e 1970, conseguem instituir os centros feministas e os Coletivos de Saúde das Mulheres, e nesse processo apresentam a proposta da assistência ao parto a partir dos conceitos de direitos reprodutivos e sexuais (DINIZ, 2005). As ciências sociais marcaram posições favoráveis a uma política de atenção à mulher comprometida para além do corpo anatômico e fisiológico, trazendo os aspectos culturais, mostrando as relações sociais tanto das sociedades primitivas como das sociedades mais complexas na condução do parto. Ainda como atores, também foram considerados a Medicina Baseada em Evidência e os organismos OMS e OPAS. No Brasil, a rede de humanização ao parto e nascimento (REHUNA) e o Ministério da Saúde, representado pelo Sr. José Serra, Ministro da Saúde na época da edição do PHPN, desenvolveram ações que os constituíram como atores sociais na implantação desta política.

Na análise da **PNAISM**, foi possível identificar que os atores presentes na elaboração do Programa de Humanização do Parto e do Nascimento (PHPN), em 2000, e do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), também aqui na PNAISM se estabeleceram

como atores. Os participantes e seus representados emergem nas seguintes conferências: 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual foi aprovada e convocada a Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, realizada em outubro de 1986, sob coordenação do Conselho Nacional de Direitos da Mulher, contando, ainda, com o apoio do MS, do Ministério da Previdência e dos movimentos de mulheres de todos os estados brasileiros; Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada, na cidade do Cairo, em 1994. Ainda, a área Técnica de Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, o próprio Ministério da Saúde representado pelo Ministro, o médico sanitário Arthur Chioro e, sem dúvida, as integrantes dos movimentos sociais feministas demarcaram suas participações como atores.

CONCLUSÃO

Pela análise realizada nos três documentos alvos deste estudo, ficou evidente que os avanços conquistados foram pela articulação e mobilização contínua dos diversos segmentos sociais comprometidos com as diversas necessidades pertinentes à saúde da mulher, e os atores contrários também tiveram suas contribuições expondo e debatendo para que aspectos contraditórios pudessem ser examinados, trabalhados e até mesmo excluídos ou vencidos no debate. Ao analisar os atores sociais participantes das políticas de saúde da saúde da mulher, no período estudado, é nítido como a sociedade precisa estar atenta aos mais diversos grupos sociais que enfrentam dificuldades de diversas naturezas portanto, ao serem ouvidos, foi possível indicar as dificuldades, os sofrimentos e, com isso, é possível eleger as necessidades que precisam se tornar objeto de discussão e reivindicação no campo da legislação e, sem dúvida, no campo da prática de atenção à saúde, quer por parlamentares, gestores de serviços, trabalhadores de saúde e de outros segmentos, usuários dos serviços, grupos sociais e, também, no campo da formação em saúde. Ainda, possibilitou identificar que os atores são aqueles que estão na arena, no cenário histórico, lutando por projetos que atendam necessidades, e podem e apresentam caminhos e estratégias diferentes, e mesmo antagônicos, ou seja, constituem-se em atores com projetos éticos e políticos diferentes, portanto inseridos em um campo social circunstanciado por muita tensão. Reconhecer essas características implica que os atores sociais precisam ter muita habilidade relacional, serem portadores de argumentos que sustentem suas posições e também serem estrategistas, quer no sentido de agir em momentos como também em eventos que possam ter efeitos de provocar discussões, reflexões sobre as necessidades que ainda precisam ser trabalhadas. Revelou, ainda, como os atores sociais precisam ter a capacidade de ser resistentes e persistentes, ou seja, que tenham a capacidade de resistir às frustrações impostas nesse campo social de tanta disputa e não desistir de continuar na luta por

seus projetos éticos e políticos. Ser ator social é não ter descanso. A análise revelou ser fundamental a mobilização dos diversos segmentos da sociedade, incluindo as instituições de ensino, de serviço e judiciária na luta por direitos sociais. Ficou evidente que articular e mobilizar os diversos grupos presentes em uma sociedade pode começar nos microespaços e ir se consolidando em todas as oportunidades para que as políticas sociais, no caso específico as políticas de saúde, avancem ou mesmo para que as já existentes tenham possibilidade de ser aprimoradas, quer no campo da legislação quer no campo assistencial, com a finalidade de que sejam atendidas as necessidades da mulher. Vale lembrar que os Direitos Humanos reconhecem e abrem a possibilidade para que grupos com necessidades específicas também reivindiquem suas especificidades para conquistar um tratamento mais digno e ter seus direitos gerais e específicos legalmente reconhecidos e assim preservados. E cabe ainda lembrar que reconhecer a dignidade humana é não considerar o outro como um subalterno, e nem tampouco tratá-lo como um objeto, mas sim reconhecê-lo como um ser portador de direitos. A história construída por esses atores vai ter continuidade dentro dos movimentos sociais que continuaram e continuam em busca da instituição legal e legítima das políticas de atenção integral à saúde da mulher.

Palavras-chave: Gravidez. Natimorto. Políticas Públicas. Luto materno. Humanização.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. A.; GOMES, R. C. Perspectivas teóricas para a análise de políticas públicas: como lidam com a complexidade? **Administração Pública e Gestão Social**, v. 11, n. 1, p. 16-27, jan./mar. 2019. DOI: 10.21118/aps.v11i1.1557.

ARAÚJO, J. L. J.; MACIEL, R. F. Developing an operational framework for policy analysis. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 1, n. 3, p. 203-221, 2001.

ARAUJO, L.; RODRIGUES, M. L. Modelos de análise das políticas públicas. **Sociologia, Problemas e Práticas [Online]**, v. 83, 2017. Disponível em: <http://journals.openedition.org/spp/2662>. Acesso em: 02 fev. 2021.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, jul./set. 2005. DOI: 10.1590/S1413-81232005000300019

MAGALHÃES, F. **Lições de clínica obstétrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Livraria Castilho, 1916.

OSIS, M. J. M. D. **Atenção integral à saúde da mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção**. 1994. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

RIBEIRO, M. V. **Direitos Humanos**. São Paulo: Montecristo, 2011.