

Gênero e Saúde

Programa Saúde da Família em questão

Organização: Wilza Villela e Simone Monteiro

Associação Brasileira de Saúde Coletiva — Abrasco
Fundo de População das Nações Unidas — UNFPA

Arbeit Factory,
editora, comunicação 

www.arbeitcomunicacao.com.br

Tel. (11) 5012-1210 / 5012-5265

São Paulo/São Paulo

Maio de 2005

Realização



Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva — Abrasco

www.abrasco.org.br

Presidente:

Vice-presidente

Secretária Geral

Tesoureira

Suplente

Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA)

www.unfpa.org.br

Representante Auxiliar (Saúde Reprodutiva): Tânia Cooper Patriota

Representante Auxiliar (PDS): Tais de Freitas Santos (autora do texto “orelhas”)

Projeto Gráfico

Arbeit Factory Editora e Comunicação

www.arbeitcomunicacao.com.br

Revisão de textos: Adir Lima

Catálogo

Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão / (Wilza Vilella e Simone Monteiro, organizadoras) — São Paulo: Associação Brasileira de Saúde Coletiva — Abrasco; Fundo de População das Nações Unidas — UNFPA, 2005.

176p.

ISBN:

1. Programa Saúde da Família 2. Gênero e Saúde

Índices para catálogo sistemático

SUMÁRIO

Parte 1

AS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA AS MULHERES E O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

<i>ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES: HISTORICIZANDO CONCEITOS E PRÁTICAS</i> Wilza Villela e Simone Monteiro	13
<i>COMO ESTÃO AS DESIGUALDADES EM GÊNERO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA?</i> Josineide de Meneses Silva	31
<i>EQÜIDADE DE GÊNERO E SAÚDE: O COTIDIANO DAS PRÁTICAS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DO RECIFE</i> Lília Blima Schraiber	39
<i>REFORMAS DO ESTADO E SEGURIDADE SOCIAL: O CASO DA SAÚDE</i> Solange Rocha e Verônica Ferreira	63

Parte 2

FAMÍLIA, GÊNERO E SAÚDE

<i>GÊNERO, FAMÍLIA E COMUNIDADES: OBSERVAÇÕES E APORTES TEÓRICOS SOBRE O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA</i> Parry Scott	75
<i>O TRABALHO DAS MULHERES PELA SAÚDE: CUIDAR, CURAR, AGIR</i> Lucila Scavone	101
<i>LA FAMILIA COMO FOCO: CUESTIONES EN JUEGO, PROBLEMATIZACIONES DE GÊNERO</i> Dra Perla Vivas	113
<i>VIOLÊNCIA CONTRA MULHER E PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: A EMERGÊNCIA DA DEMANDA NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS</i> Karina Barros Calife Batista	121

Parte 3
GÊNERO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

<i>DESAFIOS E LIMITES NO ENSINO DE GÊNERO EM SAÚDE COLETIVA: A EXPERIÊNCIA DO MUSA</i>	
Estela M. L. Aquino	143
<i>ESTRATÉGIAS, DESAFIOS E LIMITES NA FORMAÇÃO EM GÊNERO E SAÚDE: REFLEXÕES A PARTIR DE UMA EXPERIÊNCIA FEMINISTA</i>	
Ana Paula Portella	157
<i>SOBRE O GRUPO TEMÁTICO</i>	171

NOTA PRELIMINAR

Em 1994, o governo brasileiro, iniciando o processo de municipalização previsto na lei que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), lança o Programa de Saúde da Família, visando a estender a cobertura das ações básicas de atenção à saúde e modificar o modelo assistencial vigente. Nos dez anos seguintes, o Programa de Saúde da Família - PSF foi sendo ampliado, passando, a partir de 2003, a se constituir na estratégia de governo para reorganizar a assistência à saúde no país. Hoje, o Programa de Saúde da Família atinge cerca de quatro mil e quinhentos municípios, com uma cobertura de 67,5 milhões de pessoas.¹

Durante a sua expansão, o Programa de Saúde da Família - PSF provocou muitas inquietações e foi objeto de distintas análises. Seria possível ampliar a atenção básica sem congestionar os fluxos da atenção secundária? A oferta de uma “cesta básica” de cuidados não estaria substituindo a proposta de saúde para todos, **com qualidade**? Agentes de Saúde da própria comunidade seriam de fato capazes de se identificar com os usuários, por terem uma mesma origem, ou buscariam se diferenciar a partir do espaço de poder que essa condição lhes proporcionava? Seria ético invadir a casa das pessoas para lhes oferecer saúde? A focalização imposta pelo Programa não estaria em conflito com a proposta de integralidade que desde 1984 norteia as ações de saúde da mulher? Seria o PSF capaz de incorporar a perspectiva de gênero, que feministas, acadêmicas e ativistas da saúde advogam como essencial para a efetividade de uma política pública?

Buscando responder a algumas dessas questões, a Coordenadoria da Mulher do Recife, em 2003, encomendou a um grupo de pesquisadores a realização de uma pesquisa que verificasse em que medida o processo de trabalho desenvolvido no Programa de Saúde da Família permitia a visualização e a elaboração de respostas para as questões de gênero embutidas nas queixas dos usuários, com especial atenção para as questões de violência.

1 Ministério da Saúde, Revista Brasileira de Saúde da Família, edição especial, 2004.

Os primeiros resultados dessa pesquisa foram apresentados no “Seminário Internacional Gênero e Saúde: o Programa Saúde da Família em questão”, realizado em setembro de 2004 com apoio do Ministério da Saúde, da Coordenadoria de Saúde da Mulher do Recife e do Fundo de População das Nações Unidas.

O seminário contou com cerca de duzentos participantes vinculados a instituições governamentais, acadêmicas e da sociedade civil. Durante o evento, buscou-se problematizar, a partir dos resultados da pesquisa, alguns temas que pareceram relevantes para a sua melhor análise e interpretação.

Os trabalhos apresentados pelos expositores constituem a matéria-prima desta publicação. Esperamos assim estar contribuindo para o aprimoramento do debate sobre o Programa de Saúde da Família e para a realização dos seus objetivos.

As organizadoras

Parte 1

AS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA AS MULHERES E O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES: HISTORICIZANDO CONCEITOS E PRÁTICAS



Wilza Villela e Simone Monteiro

INTRODUÇÃO

Este texto busca sintetizar o caminho das práticas de saúde dirigidas às mulheres no Brasil nos últimos trinta anos. Toma-se como referência os redirecionamentos que ocorreram nessas práticas durante o período, determinados por algumas das questões que marcaram a segunda metade do século vinte, como o espantoso crescimento populacional e a necessidade de serem elaborados modelos de desenvolvimento capazes de garantir acesso para todos às riquezas e recursos produzidos; a ampliação da idéia de saúde e do escopo das ações implementadas com essa finalidade, o papel do Estado na oferta dos serviços de saúde e as conquistas sociais das mulheres.

É pressuposto que essas mudanças – sociais e políticas – configuram de modo específico o objeto das práticas de saúde dirigidas às mulheres, ou seja, estas são orientadas tanto pelo entendimento do que seja o objeto “mulher” e suas necessidades de saúde quanto pelas diretrizes de organização do sistema, em cada momento histórico. Assume-se que estes postulados não são neutros, estáveis ou homogêneos e, ao contrário, fazem parte da dinâmica dos processos sociais de disputas políticas e ideológicas em torno da cidadania, sendo, por isso, descontínuos e fragmentários .

1. UM BREVE RECORTE HISTÓRICO

Na organização da saúde pública brasileira, nos primórdios do século XX, a inclusão das mulheres nos serviços de saúde era feita em função da oferta de ações educativas – higiene e puericultura – visando o cuidado com as crianças e a redução da mortalidade infantil. Na segunda metade do século XX, as atenções se estendem até as mulheres, por meio das ações de atenção pré-natal, que enfocam o “binômio mãe-filho” e abordam a mulher como o receptáculo da futura criança.

As evidências das relações entre reprodução, crescimento populacional e desenvolvimento fazem que alguns países sintam-se responsáveis por regular o número de filhos de cada mulher. É assim que a Organização das Nações Unidas — ONU constitui, em 1946, a Comissão de População, e em 1967 o Fundo de População, com o objetivo de estabelecer centros para formação e realizar experimentos-piloto de controle populacional (Ariilha, 2005).

Deste modo, se até a primeira metade do século XX o olhar das práticas de saúde sobre as mulheres privilegia a concepção, a partir dos anos 50 a perspectiva de mulher como reprodutora passa a incluir a também a contracepção – a outra face da mesma moeda. Do ponto de vista das práticas de saúde o resultado é a ambígua valorização da figura da mulher-mãe ao lado da produção de discursos e tecnologias voltados para a redução do tamanho das famílias. Cria-se, portanto, para as mulheres, o dever de serem mães, ao mesmo tempo cuidando para que o cumprimento desse dever não resulte numa prole numerosa, cujo sustento é caro e trabalhoso, especialmente naquele contexto de rápida incorporação das mulheres ao mercado formal de trabalho.

Essa ambigüidade incomoda e provoca reações, tanto das mulheres quanto de outros segmentos organizados, que questionam o fato de se pensar desenvolvimento mais pelo ângulo do controle populacional do que pelo da distribuição mais justa das riquezas.

O compromisso de construir uma proposta de desenvolvimento sustentável para todas as populações do planeta, incluindo os países ricos e os demais, e a própria pressão dos movimentos organizados de mulheres

trazem para as agendas nacionais e internacionais de população, desenvolvimento e saúde a discussão sobre a necessidade de mudanças na visão sobre as mulheres e a sua capacidade de procriar. Reivindicam-se que as mulheres deixem de ser vistas apenas como objetos reprodutores para serem consideradas como sujeitos, capazes de decidir quando, como e com quem terão filhos, entendendo que a reprodução é um fato social complexo, que envolve mulheres e homens e exige políticas mais amplas que a oferta de programas de saúde materno-infantis e contracepção.

Como sujeitos, as mulheres não se colocam mais o “dever” de reproduzir, e sim o direito de exercer essa potencialidade dos seus corpos. Dada a intrínseca relação entre reprodução e sexualidade, entende-se também que para que a reprodução seja um direito, a sexualidade também o deve ser. Desta forma, a proposição “Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos” assume, ao final do século XX, o caráter de diretriz das políticas e práticas de saúde voltadas para as mulheres.

Os programas e projetos governamentais implementados nos últimos 30 anos correspondem a essas respectivas inflexões conceituais. Assim temos a criação do Programa de Saúde Materno Infantil na década de setenta e a formulação, na década de oitenta, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, o PAISM. Nos anos noventa, assistimos a emergência do conceito de “saúde reprodutiva” e, finalmente, a incorporação da perspectiva dos direitos humanos às ações de saúde sexual e saúde reprodutiva como consolidação da idéia de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.

O reconhecimento das especificidades contidas em cada uma das propostas acima não significa a identificação de rupturas, discontinuidades ou mesmo superação dos conceitos que orientaram as práticas a cada período. Ao contrário, ao longo do tempo parece ter havido uma superposição ou agregação conceitual, que se traduz, no âmbito dos serviços, na ampliação do leque de atividades ofertadas às mulheres. Tais acontecimentos sem dúvida geraram alguns avanços, mas não necessariamente têm implicado na mudança no modo como as mulheres são incorporadas às práticas de saúde. O avanço da epidemia de HIV/

Aids entre as mulheres, o aumento da gravidez entre pessoas com menos de vinte anos ou mesmo a invisibilidade da violência doméstica para os serviços de saúde são alguns exemplos, dentre vários possíveis, de que a sexualidade, ou mesmo a dignidade das mulheres, são dimensões que o trabalho em saúde ainda não consegue abordar¹.

O protagonismo político da sociedade civil organizada, em especial os movimentos de mulheres, foi e tem sido um fator relevante nesse processo de mudanças de concepções e práticas de saúde para as mulheres em nosso país. Todavia, o diálogo entre movimento social e Estado para a construção de respostas aos problemas de saúde das mulheres esteve, desde o início da década de 80, atravessado pela discussão a respeito da reorganização do sistema público de atenção visando, dentre outras finalidades, universalizar o acesso, ampliar a cobertura e promover a equidade.

Deste modo, ao mesmo tempo em que o movimento organizado de mulheres e alguns setores do governo buscavam formas, mecanismos e tecnologias para responder ao conjunto de demandas das mulheres relativas à saúde, à sexualidade e à reprodução, o Sistema Único de Saúde – SUS está sendo formulado e implementado a partir da diretriz da descentralização.

A proposta de atenção integral à saúde das mulheres ou mesmo a perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos, no campo da saúde, foi incorporada de forma descontínua, fragmentada e heterogênea, em função de diferentes fatores políticos e econômicos, incluindo a simultaneidade entre as tarefas de mudar a dinâmica e a organização do sistema.

Assim é que, após o esforço inicial de implementação do PAISM na década de 80, os primeiros anos da década de 90 assistem ao seu desaquecimento e asfixia, parcialmente decorrentes da turbulência provocada pela eleição e posterior *impeachment* do primeiro presidente civil após o final da ditadura militar; os sucessivos “choques” na economia

1 Evidentemente essa dificuldade se articula com um tipo de racionalidade que preside o ato médico e permeia as ações de saúde que se dão nos serviços que toma o indivíduo como um corpo, constituído de fragmentos. O aprofundamento dessa reflexão, no entanto, foge ao escopo deste trabalho.

visando conter a inflação e os esforços de reorganização do sistema visando operacionalizar o SUS, cuja regulamentação havia sido promulgada em 1988. Apenas em 1995 as ações voltadas para a saúde das mulheres começam a ser rearticuladas.

A descontinuidade e a fragmentação na implantação do PAISM têm sido um importante desafio para gestores, pesquisadores e profissionais do setor comprometidos com a saúde das mulheres. Um aprofundamento analítico desse desafio é fundamental para entendermos os limites e possibilidades de incorporação das diretrizes de garantia e avanço dos direitos sexuais e reprodutivos – que orientam a atual Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher do Ministério da Saúde (2004) – às ações do Programa de Saúde da Família.

1.1. DÉCADA DE SETENTA: O PROGRAMA DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Ao final dos anos sessenta foi criado, no Ministério da Saúde, o Programa de Saúde Materno Infantil visando prestar algum tipo de assistência aos filhos das mulheres que não tinham acesso a quaisquer das modalidades de atenção à saúde vigentes na época. Deste modo, a única ação pública de saúde com caráter universalista dirigida às mulheres era a atenção pré-natal. Ressalte-se, no entanto, que embora dirigida às mulheres, essa era uma ação que de fato visava as crianças, sendo a mulher compreendida como a “portadora dos bebês”

No mesmo período observa-se a crescente preocupação dos países centrais com o crescimento populacional nos países pobres, explicitada, durante a Conferência Internacional de População realizada em Bucareste, em 1974, na recomendação que esses países implementassem políticas de redução da natalidade. Ênfase semelhante aparece na Conferência Internacional de População realizada no México dez anos mais tarde.

No entanto, desde os anos 70, o Brasil já apresentava queda significativa nos seus índices de natalidade, conseqüência parcial da não intervenção do Estado na oferta de contracepção hormonal às mulheres brasileiras. As pílulas eram vendidas livremente em farmácias ou distribuídas gratuitamente por organizações internacionais, não havendo

também qualquer regulamentação para a realização da laqueadura tubária (LAGO, 2004). Apesar deste fato, a recomendação da Conferência suscita um intenso debate entre pro e anti-natalistas e feministas, que questionam o uso instrumental que as políticas fazem dos corpos das mulheres, numa total inversão do que deveria ser a finalidade do “fazer” político. Assim, ao invés de buscar caminhos para o desenvolvimento que beneficiem a todos, inclusive às mulheres e aos eventuais filhos que estas queiram ter, pretende-se alcançar o desenvolvimento pela regulação do tamanho populacional e para isso se instituem padrões de número de filhos que cada mulher deve ter, em função também da sua classe social³.

É dessa perspectiva que se discute o abuso das laqueaduras e a criminalização do aborto, entendida não apenas como desrespeito à autonomia da mulher de decidir o que é melhor para a sua vida a cada momento, mas também como uma maneira cômoda de o Estado não se responsabilizar por não oferecer às mulheres informações e meios para ter ou não ter filhos, de modo digno e seguro, de acordo com a sua vontade. Desse debate surgem alguns dos pressupostos teórico-técnicos que vão orientar a formulação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM

1.2. DÉCADA DE OITENTA: A PROPOSIÇÃO POLÍTICO CONCEITUAL DO PAISM.

A principal crítica, por parte das feministas, ao Programa de Saúde Materno-Infantil, era a redução do sujeito mulher a objeto necessário à reprodução biológica da espécie, mecanismo que nega a sexualidade das mulheres como atividade autônoma em relação à procriação. Ademais, obscurece outras necessidades de saúde das mulheres, como aquelas relacionadas ao trabalho – formal, informal e doméstico – e à saúde mental e exclui das ofertas de saúde as mulheres que não estão no período reprodutivo, que não podem ou não querem reproduzir.

Assim, a idéia de integralidade, contida na proposição “Saúde Integral

3 O Ministério da Saúde inclusive formula, em 1977, um Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco, destinada a fornecer contracepção para mulheres com risco gestacional. Sofrendo fortes críticas de diferentes setores, este programa nunca chegou a ser implementado, ver a respeito Costa (1999).

da Mulher” que norteia o PAISM, aponta para o atendimento de TODAS as necessidades de TODAS as mulheres, o que implica a articulação entre os diversos setores e níveis de assistência, numa certa racionalidade de organização das práticas no interior de cada serviço e na mudança do olhar do provedor sobre o seu objeto (MATTOS, 2001; VILLELA, 2000).

Vale lembrar que o feminismo dos anos 70 tomava como pressuposto que a opressão das mulheres tinha como base a expropriação do controle dos seus corpos e da sua sexualidade. Nesse sentido, a oferta de ações amplas de saúde, acompanhadas de ações educativas de conhecimento do corpo, eram consideradas como uma importante estratégia para facilitar às mulheres a reapropriação dos seus corpos.

Diferentes avaliações do PAISM (Costa, 2004; Costa, 1999) realizadas desde então mostram a dificuldade de incorporação de ações educativas com tal abrangência e pretensão na rotina dos serviços. Revelam também que o PAISM não conseguiu romper com a focalização em ações relacionadas à reprodução: contracepção, atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério. Além disso atestam que, estando a atenção à saúde das mulheres inserida num sistema mais amplo de atenção à saúde, a efetividade desse conjunto específico de ações está diretamente relacionada à eficiência do sistema inteiro. Ou seja, “como os programas têm repercussões institucionais e, portanto, âmbitos delimitados no confronto com outros programas, a perspectiva de integralidade proposta pelo movimento feminista teve de ser delimitada” (MATTOS, 2001, pág. 59). Adiante voltaremos a problematizar a questão da integralidade.

1.3. SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS

O termo “saúde reprodutiva” aparece inicialmente no discurso do movimento feminista internacional, procurando “abranger os problemas de saúde ligados à reprodução” (...) da ótica de que estes não eram uma “fatalidade biológica nem determinantes da situação social das mulheres, e sim resultante das relações de gênero”. (Scavone, 2004, p. 49)

Logo o conceito de “saúde reprodutiva” é incorporado ao discurso da Organização Mundial da Saúde, no sentido da capacidade das pessoas

de se reproduzirem e regular sua fertilidade de maneira segura; do acesso das mulheres à maternidade segura; do sucesso da gravidez quanto ao bem-estar e à sobrevivência materna e da criança e da segurança dos casais em ter relações sem medo de gravidez indesejada ou de doenças.(Galvão, 1999, p. 170) Ou seja, a Saúde Reprodutiva inclui a possibilidade de a mulher reproduzir ou não reproduzir de modo seguro, e integra a dimensão da sexualidade, como algo desvinculado da reprodução.

Ao lado da idéia de Saúde Reprodutiva, no final da década de 80 e início da década de 90 começa a aparecer, em textos nacionais e internacionais produzidos por organizações não-governamentais, o termo “Direitos Reprodutivos”.

O uso dessa expressão tem base na proposição feminista do direito ao próprio corpo, consolidada no *slogan* “nosso corpo nos pertence” e na ampliação da idéia de Direitos Humanos. A noção de Direitos Reprodutivos incorpora a luta pelo aborto e pelo acesso legal à contracepção, ao mesmo tempo que aprofunda o debate sobre medicalização do corpo feminino e o uso abusivo de tecnologia, a partir da premissa do respeito à integridade corporal das mulheres.

Do mesmo modo que o termo Saúde Reprodutiva é incorporado ao discurso oficial dos organismos internacionais, Direitos Reprodutivos passam a compor o vocabulário das agências, especialmente aquelas ligadas ao sistema das Nações Unidas, no seu ciclo de Conferências Internacionais realizado na primeira metade da década de 90⁴.

Na fala oficial das Nações Unidas, “os direitos humanos das mulheres incluem seu direito a ter controle e decidir livre e responsavelmente sobre questões relacionadas à sua sexualidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, livre de coação, discriminação e violência. Relacionamentos igualitários entre homens e mulheres nas questões referentes às relações sexuais e à reprodução, inclusive o pleno respeito pela integridade da pessoa, requerem respeito mútuo, consentimento e divisão

4 Rio, 1992; Viena, 1993; Cairo, 1994; Beijin, 1995

de responsabilidades sobre o comportamento sexual e suas conseqüências”.

1.4. A DÉCADA DE 90.

Com a promulgação da lei que institui o SUS em 1988, os anos 90 se iniciam com os esforços para a sua estruturação. Vale lembrar que a proposta de acesso universal à saúde contida no SUS enfrenta de imediato o desafio do aumento quantitativo e qualitativo da demanda, sem a infraestrutura – equipamentos, insumos e recursos humanos – adequada. Do mesmo modo, a descentralização, que implica repasse de verbas e a responsabilidade pela sua aplicação para o município, não encontra, de imediato, gerentes e gestores capacitados ou, ao menos, sensibilizados para as questões de saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Como conseqüência, verifica-se a desarticulação do pouco que já havia sido implementado do PAISM em nível local, não só pela própria inexperiência dos quadros técnicos dos municípios em gerir e gerenciar programas com autonomia, como também pela escassez e inexperiência de mulheres feministas que atuassem no controle social, contribuindo para a continuidade e expansão das ações propostas pelo PAISM (LAGO, 2004 a).

Ao mesmo tempo, o avanço da epidemia de HIV/Aids exigia urgência na realização de ações de controle da epidemia, o que levou o governo a permitir a estruturação de um programa vertical e centralizado, em oposição a proposta do SUS naquele momento. Dispondo de um volume razoável de recursos, impulsionado pela forte militância das ONG/Aids e de profissionais de saúde e técnicos envolvidos com o enfrentamento da epidemia, e ainda impulsionado pela generalizada preocupação com ameaça do HIV, o Programa Nacional de DST/Aids rapidamente assume o protagonismo das ações públicas em saúde que abordam o tema da sexualidade, transformando-se assim em mais um exemplo da influencia do contexto internacional na realidade nacional, com suas traduções locais. No entanto, o foco na necessidade de estimular o uso da camisinha e de dar visibilidade a populações tradicionalmente excluídas dos serviços

de saúde, como os homens gays ou os usuários de drogas injetáveis, não possibilitou que a abordagem da sexualidade promovida pelos programas e ações voltados para o combate ao HIV incorporasse a perspectiva da integralidade ou as proposições feministas sobre saúde das mulheres. (Diniz e Villela, 1999)

A partir de 1995, em parte como reflexo das recomendações da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) as ações de saúde da mulher voltam a ser rearticuladas no âmbito do governo federal. A prioridade, no entanto, mais do que atender as reivindicações feministas, é “incorporar a pauta de saúde da mulher na agenda (etapas e estratégias) da estruturação do SUS”. (LAGO, 2004 a)

Naquele momento foi definido que na execução desta tarefa – reorganizar a proposta de saúde das mulheres no Brasil afinando-a com os caminhos da reforma sanitária – deveria adotar-se, nas políticas públicas em saúde, o modelo de gestão por problemas – em que cada aspecto da saúde da mulher é objeto de uma ação/projeto distinto. Em que pese os inegáveis avanços obtidos nessa gestão em termos do aumento de cobertura das ações básicas em saúde e da elaboração de eixos referenciais para o desenvolvimento de ações técnicas⁵, a opção de trabalhar por problemas também se colocou na contramão da idéia de integralidade.

Também entre 1995 e 2000, inicia-se a implantação do Programa de Saúde da Família no país, estratégia de organização da atenção básica de saúde que tem assumido importância crescente, sendo hoje a proposta oficial do Ministério da Saúde para reorientação do sistema.

O foco sobre a família, a fragmentação das ações voltadas para as mulheres, o tipo de capacitação que as agentes comunitárias de saúde recebem – voltadas fundamentalmente para o seu desempenho técnico – e ainda a priorização nas ações de saúde materno-infantil também contribuem para a diluição do ideário feminista sobre saúde nas ações voltadas para as mulheres. Outros trabalhos nesta coletânea discutem

5 Como a Norma Técnica de Prevenção e Assistência a Mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual, lançada em sua primeira edição em 1998.

com maior profundidade essas questões.

1.5. A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER DE 2004

Como apontado acima, a avaliação das iniciativas voltadas para a saúde das mulheres no período 1995 a 2000 mostra que houve um grande avanço, em especial no que se refere à retomada da importância do PAISM e na construção dos marcos institucionais, técnicos e políticos necessários para a incorporação das atividades de saúde da mulher e normativos nas rotinas de expansão do SUS (REDESAUDE, 2004). Em 2004, novo momento da gestão institucional, a Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da saúde lançou a Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher, proposta que busca retomar as proposições do PAISM, adequando-as às necessidades que se tornaram visíveis nos últimos vinte anos e também ao momento atual de realização do SUS. Sem ter um caráter mandatário ou programático, essa política delinea ações de interface com outras áreas temáticas do Ministério da Saúde, e o seu processo de elaboração envolveu um longo trabalho de pactuação, interna ao Ministério da Saúde, como também com outros setores. Em tese, as chances de sucesso dessa política estão relacionadas à sua possibilidade de superar alguns dos desafios discutidos abaixo.

2. DIMENSIONANDO O DESAFIO

Um **primeiro** passo é a identificação das ações no âmbito dos Direitos Sexuais e Reprodutivos que podem, e devem, estar contempladas numa proposta de saúde. Esse desafio parte da constatação que a conquista de direitos sexuais e reprodutivos envolve ações mais amplas que aquelas passíveis de serem realizadas pelo setor saúde, embora, ao mesmo tempo, não possa prescindir de atividades específicas desse setor. Por exemplo, cabe ao setor saúde o atendimento, a prevenção e o tratamento das doenças de transmissão sexual, e mais a oferta das informações e insumos necessários. No entanto, as ações necessárias para que as mulheres tenham mais autonomia sobre o seu corpo e a sua sexualidade, de modo a conseguirem de fato ter relações sexuais protegidas, estão situadas em outros âmbitos, como da educação, da economia e do trabalho. (Lago, 2004 a).

Um **segundo** desafio diz respeito à necessária compatibilização entre alguns dos princípios da reforma sanitária e as propostas de saúde integral das mulheres. Por exemplo, se formos usar os critérios epidemiológicos de prevalência e magnitude para a definição de prioridades, considerando a idéia de que é impossível atender a todas as necessidades de saúde de todas as mulheres, fatalmente retrocederemos para uma proposta materno infantil. Se formos aceitar que definitivamente não é possível atender a todas as demandas, de todas as mulheres, contemplando a diversidade que existe entre elas, estaremos nivelando por baixo a proposta de universalidade e indo radicalmente de encontro com a diretriz de promoção de equidade, além de ferir a perspectiva da integralidade. Como, por exemplo, garantir atenção à saúde sexual e reprodutiva de pessoas portadoras de deficiências, quando muitas das unidades de saúde têm barreiras arquitetônicas que dificultam o acesso dessa população e quando sabemos que, além de conseguir adentrar a unidade, seria necessário haver atendentes conhecedores de linguagem de sinais, materiais educativos em Braille ou mesas ginecológicas adaptada para mulheres paraplégicas ou hemiplégicas, para que as necessidades de saúde dessa população fossem minimamente atendidas? Ademais, se queremos que o setor saúde seja um aliado na construção dos direitos sexuais e reprodutivos, temos que garantir ativamente o acesso dos homens, dos gays, das lésbicas, dos transexuais, dos travestis, dos trabalhadores sexuais e de outros grupos populacionais que raramente freqüentam serviços de saúde por não se sentir confortáveis, aceitos⁶ e pela eventual inadequação entre suas demandas e as ofertas existentes.

Um **terceiro** desafio diz respeito à concretização da proposta de integralidade, eixo central da proposição feminista em relação à saúde das mulheres e também uma das diretrizes da proposta do SUS. Segundo Mattos (2003, p. 46) pode-se identificar três grandes conjuntos de sentidos da integralidade, a saber: atributos e valores de algumas práticas de saúde; modos de organizar os serviços de saúde; políticas de saúde. Deve-se considerar que esses conjuntos de sentidos expressam níveis necessários

6 Exceção feita aos serviços de atendimento à Aids e às outras DSTs.

e interdependentes da ação em saúde. Deste modo, a idéia de integralidade tomada no seu sentido mais radical deveria incluir não apenas a integração dos distintos fazeres que se dão em cada nível como dos níveis entre si. A dificuldade inerente a esta proposição inspira Camargo Jr. (2003, p. 36, 40), por exemplo, a afirmar que “integralidade é uma palavra que não pode nem ao menos ser chamada de conceito (...) parece mais adequado tomá-la como um ideal regulador, um devir”.

Algumas apropriações da noção de integralidade ilustram a falta de visões consensuais em torno deste tema. No momento da formulação do PAISM, a proposta de integralidade contida nesse programa estava mais relacionada ao posicionamento político de reivindicação de uma condição de cidadania para as mulheres, pela afirmação de que as mulheres não eram apenas úteros, do que exatamente a uma proposição de organização de serviços ou de sistemas. No entanto, do ponto de vista dos arquitetos do SUS e dos diferentes gerentes e gestores responsáveis pela sua construção, a idéia de integralidade confunde-se, em certa medida, com o desafio de promover acesso universal da população ao sistema de saúde. Busca-se ao menos garantir a todas as pessoas os cuidados básicos de saúde, na perspectiva de uma integralidade horizontalizada.

O Programa de Saúde da Família (PSF), estratégia elaborada para concretizar a diretriz da universalidade do SUS, é um exemplo desse modo de conceber a integralidade, ao aliar a ampliação do leque de ofertas de saúde ao aumento da cobertura. Ampliação que, para ser operacional, exige focalização. No caso das mulheres, como já foi dito, o foco volta-se para ações de atenção a gravidez, ao parto e ao puerpério, ficando a dúvida se esse retorno a uma perspectiva materno-infantil é necessário e essencial ao bom funcionamento do programa, ou expressa a persistência de um certo conservadorismo do setor.

Ao mesmo tempo, o PSF propõe, no seu elenco de prioridades, a atenção ao envelhecimento, definindo ações de prevenção e controle de algumas doenças. Ora, sabemos que na população de idosos as mulheres são a maioria, bem como são as mais frequentes usuárias dos serviços de saúde. No entanto, ao se pensar a saúde do idoso, e não da

mulher na terceira ou quarta idade, está-se, mais uma vez, reforçando a idéia de que as necessidades específicas das mulheres são apenas aquelas relacionadas à reprodução, o que contraria frontalmente a perspectiva de integralidade contida no PAISM, na qual a especificidade das mulheres decorre da ocupação de um lugar social de subalternidade, e das conseqüências, inclusive para a saúde, que a ocupação desse lugar traz.

As distinções relativas à idéia de integralidade entre as feministas e os propositores do SUS refletem também uma certa distinção na própria perspectiva do que é saúde. Se, no geral, saúde é entendida como ausência de doença e prolongamento dos anos úteis de vida⁷, para os gestores e técnicos do setor isso implica na oferta e aplicação de determinadas tecnologias sobre os corpos, tomados prioritariamente como materialidade biológica. Ao contrário, para o feminismo⁸ as materialidades biológicas dos corpos são suporte e expressão de processos sociais de luta e enfrentamento. Desta maneira, a tarefa de prolongamento de anos úteis de vida deveria tomar como foco o termo *útil*, entendendo que um ser humano é tão mais útil quanto é mais livre para explorar as suas potencialidades, estando as ações de saúde intrinsecamente comprometidas com um projeto de emancipação e de redução das desigualdades sociais e de gênero.

A concepção de saúde como utopia não é privilégio do feminismo. Outros movimentos sociais organizados, como dos negros ou dos homossexuais, também utilizam o questionamento sobre a saúde para denunciar sua situação de opressão e desigualdade. Neste sentido, a idéia de Direitos Sexuais e Reprodutivos, por sua abrangência, tem trazido novos atores e aliados para o campo da saúde das mulheres, ao mesmo tempo em que tensiona o desafio entre dotar as práticas de saúde de um caráter emancipatório e mais igualitário, ao mesmo tempo em que cumpre as suas metas sanitárias.

7 Intencionalmente não recorreremos à definição da OMS, que de fato não é a referência mais importante a informar o senso comum ou mesmo os gestores do que seja saúde.

8 Estamos conscientes do grande reducionismo que é falar de FEMINISMO, como se fosse único, e de considerar que existe univocidade na perspectiva feminista sobre saúde.

Este não é um desafio pequeno. Muitas mulheres adoecem e morrem no Brasil por causas evitáveis, decorrentes da falta de informação e de problemas de acesso e qualidade dos serviços. Existe um evidente descaso ou inoperância dos serviços com algumas condições que afetam a vida e a saúde das mulheres, como o exercício da sexualidade, que se traduz em gestações indesejadas ou na altíssima prevalência de DST, ou com o exercício da sua condição de cidadania, cuja restrição aparece sob a forma da violência doméstica e sexual ou dos inúmeros e diferentes quadros depressivos. Em certa medida, este descaso e esta inoperância decorrem do próprio descaso da sociedade com a vida e a saúde das mulheres. A mudança na situação social da mulher é um processo longo, que inclui diferentes atores sociais e instituições, inclusive os serviços e profissionais de saúde. Desta forma, o desafio posto hoje para as ações, serviços e políticas de saúde poderia estar formulado assim: Como dar conta de atender, com qualidade, as queixas e agravos à saúde das mulheres e preveni-los, não apenas sanitariamente mas também social e culturalmente?

Wilza Willela. Médica, Doutora em Medicina Preventiva, Pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e coordenadora do GT Gênero e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). wilzavi@isaude.sp.gov.br

Simone Monteiro. Psicóloga, Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, chefe e pesquisadora adjunta do Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde, do Departamento de Biologia do Instituto Oswaldo Cruz, da Fundação Oswaldo Cruz. msimone@ioc.fiocruz.br



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARILHA, Margareth. *O Masculino em Conferências e Programas das Nações Unidas: para uma crítica ao discurso de gênero*. Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2005, (mimeo).

COSTA, Ana Maria. *Atenção à saúde da Mulher: QUO VADIS? Uma avaliação da Integralidade na atenção à saúde das Mulheres no Brasil*. Tese de Doutorado. UNB, Brasília, 2004 (mimeo).

_____. *Desenvolvimento e Implementação do PAISM no Brasil*. In: GIFFIN, Karin e COSTA, Sarah Hawker Costa (?) (org.) **Questões de Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, pp.319-335.

DINIZ, Simone e VILLELA, Wilza. *Interfaces entre os Programas de DST/Aids e saúde reprodutiva: o caso Brasileiro*. In.: PARKER, Richard; GALVÃO, Jane, SECRON BESSA, Marcelo (org.) **Saúde, Desenvolvimento e Política**. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Editora 34, 1999.

GALVÃO, Loren. *Saúde Sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil*. In: LOEN, Galvão e DIAZ, Juan (org.) **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec/Populatiuon Council, 1999.

LAGO, Tânia. *La participación ciudadana en la toma de decisiones con respecto a la salud de la mujer en Brasil*. In: NIGENDA, Gustavo; LANGER, Ana; LÓPEZ-ORTEGA, Mariana; TRONCOSO, Erica (org.) **Procesos de reforma del sector salud y Programas de salud Sexual y Reprodutiva en América Latina**. Cinco estudios de Caso. Fundación Mexicana para la Salud, México, DF, 2004, p. 45-72.

_____. Notas de aula durante o II Curso sobre Salud y derechos sexuales y reproductivos y reformas del sector salud en América Latina y Caribe. Mérida, México, 2004.

MATTOS, Ruben. *Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidas*. In.: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben (org.) **Os sentidos da Integralidade**. Rio de Janeiro: IMS- UERJ/ ABRASCO, 2001, p. 39-64.

REDESAÚDE. *Monitoramento da Implementação da Conferência de População e Desenvolvimento no Brasil*. Belo Horizonte: REDESAÚDE, 2004.

SCAVONE, Lucila. *Dar a Vida e Cuidar da Vida: feminismo e Ciências Sociais*. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

VILLELA, Wilza. *Saúde Integral, Reprodutiva e Sexual da Mulher*. In: **CFSS, Saúde das Mulheres – Experiência e Prática do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde**. São Paulo: CFSS, 2000, p. 23-32.

COMO ESTÃO AS DESIGUALDADES EM GÊNERO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA?



Josineide de Meneses Silva

Este texto descreve em que contexto político e institucional foi definida e estruturada a pesquisa e quais foram os seus objetivos e recorte metodológico. Os resultados do referido estudo foram tratados no artigo de Lílian Schraiber, presente nesta coletânea.

No início da década de 90 o governo brasileiro cria dois programas de saúde que teriam por objetivo consolidar os princípios e diretrizes do sistema único de saúde: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF). Ambos teriam como função principal a partir das suas ações redirecionar o modelo de atenção básica. Paralelamente a isso as desigualdades se ampliavam e continuavam a marcar profundamente a vida da população, com graves reflexos no setor saúde. Nesse contexto a implantação desses dois programas visava principalmente garantir acesso aos serviços para aqueles mais excluídos pelas desigualdades sociais.

Hoje, uma década depois, muitos estudos foram realizados acerca dos dois programas e vários aspectos foram questionados provocando um importante debate na saúde pública quanto ao formato adotado nesses programas, bem como sobre a necessidade de aperfeiçoamento dos mesmos. Muitos estudos já pontuavam as relações de trabalho no PACS e PSF assim como o papel do Agente Comunitário e as dificuldades de sua representação na comunidade, outros chamam a atenção para o modelo

de assistência e a cobertura proposta pelos programas, como também a integração desse modelo com outros programas desenvolvidos pelo município. Todas essas questões apontadas nas mais diversas pesquisas, demonstravam que ainda são incipientes as investigações sobre como incidem no programa as desigualdades de gênero vivenciadas pelas mulheres.

Em Recife, a partir da gestão democrática e popular iniciada em 2001, foi criada a Coordenadoria da Mulher com a responsabilidade de propor e coordenar a política de gênero da Prefeitura do Recife, solidificando assim um compromisso de construir uma cidade com mais garantias de direitos para as mulheres. Isso se daria por meio de políticas públicas articuladas que garantissem a equidade de gênero nos diversos programas e ações desenvolvidos no município. Por outro lado, a gestão de saúde do Recife diante do compromisso de modificar o modelo assistencial, adotou como sua principal estratégia a ampliação do PSF, transformando essa ação num dos instrumentos de reorientação do modelo até então vigente.

Apoiada nos princípios de uma gestão democrática e popular, a ampliação do PSF deveria, portanto, ser entendida em sua complexidade, focalizada não apenas nos pobres, mas buscando estruturar o Programa a partir das desigualdades privilegiando a perspectiva de equidade e universalização. Desse modo, a Coordenadoria da Mulher da Prefeitura do Recife e a própria Secretaria de Saúde do município decidiram investigar as dimensões das desigualdades de gênero na efetuação e ampliação do PSF, e com essa finalidade o Termo de Referência do projeto explicitava os itens a serem pontuados na investigação e os desdobramentos necessários após a pesquisa :

“Neste cenário, e a partir de uma das diretrizes que fundamentam este governo que é a promoção da igualdade entre homens e mulheres no conjunto de suas políticas, e entendendo as instituições sociais como produtoras e institucionalizadoras das relações de gênero, é premente a identificação de que forma tem se implantado/ implementado o PSF no Recife.

Desta forma, é necessário compreender como se constituem, nas situações objetivas do trabalho em saúde e nas representações das trabalhadoras, identificadas a partir das práticas, conteúdos e interações estabelecidas entre a equipe de trabalhadoras e as sujeitas da atenção, os mecanismos que promovem desigualdade entre homens e mulheres. Para a partir deste diagnóstico conceber-se diretrizes reorientadoras do processo de trabalho no PSF de Recife, associado a subsídios para capacitações e mecanismos de acompanhamento, numa perspectiva de promoção de atenção à saúde na atenção básica com equidade de gênero.”²

A PESQUISA

A decisão da Prefeitura de realizar a pesquisa: “Como estão as desigualdades em gênero no Programa Saúde da Família?” conduziu-nos ao estabelecimento de parcerias que foram de fundamental importância para a execução do diagnóstico e para a condução dos momentos subsequentes. Assim, estabelecemos três instituições como parceiras: o Grupo de Pesquisa Organização dos Cuidados em Saúde do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, a ONG SOS Corpo: Instituto Feminista para a Democracia, e o núcleo de estudos e pesquisas FAGES (Família, gênero e sexualidade) da UFPE, representados respectivamente pelos consultores Lília Blima Schraiber, Ana Paula Portella e Russel Parry Scott.

O diagnóstico foi realizado baseado nos dados coletados a partir de três técnicas: observação participante, entrevistas semi-estruturadas e grupos focais. Após a aprovação do projeto por um comitê local de ética em pesquisa com seres humanos, o trabalho de campo foi iniciado em maio de 2003 e concluído em outubro do mesmo ano. A observação participante foi realizada entre maio e setembro, em seis equipes do PSF; além disso oito entrevistas semi-estruturadas com profissionais médicos e enfermeiros foram realizadas (quatro com médicos e quatro com enfermeiras) entre

2 Coordenadoria da Mulher da Prefeitura do Recife. Termo de referência do Projeto “Como estão as desigualdades em gênero no Programa Saúde da Família” (completar referencia)

setembro e novembro em outras seis equipes do PSF, distintas das anteriores, totalizando as 12 equipes selecionadas para estudo; já os grupos focais, em número de quatro: dois com auxiliares de enfermagem e dois com agentes comunitários, foram realizados entre agosto e setembro, abrangendo profissionais das 12 equipes selecionadas para estudo. Para todas as atividades de coleta de dados foram elaborados e assinados termos éticos de consentimento para participação na pesquisa.

As análises do trabalho das equipes foram realizadas garantindo a observação de uma semana típica de trabalho, incluindo as diversas ações ocorridas no interior das unidades básicas de saúde, na comunidade e nos domicílios, além da observação com gravação/transcrição de consultas médicas e de enfermagem. Tais atividades ficaram a cargo dos pesquisadores do FAGES.

ENTREVISTAS

A realização das entrevistas ficou sob a responsabilidade de pesquisadores do FAGES e do SOS Corpo. Foram feitas em locais apropriados e devidamente gravadas e transcritas. Quanto aos grupos focais, também se realizaram em locais adequados e aos participantes foi garantido o transporte. Os grupos foram orientados por um coordenador de dinâmica de grupo e contou com um relator. Essas atividades estiveram igualmente sob a responsabilidade de pesquisadores do FAGES e do SOS Corpo.

Todo o trabalho de campo foi supervisionado com reuniões da equipe, sistemáticas e de periodicidade semanal, em sua maioria, tendo sido acompanhadas por comunicação eletrônica pelos pesquisadores da USP.

As atividades de análise dos dados coletados foram realizadas por meio de uma malha complexa de etapas, formulada para permitir a exposição dos pontos de vista de todos os envolvidos: os diversos grupos participantes da pesquisa, os consultores e também a coordenação geral da Coordenadoria da Mulher. As análises foram produzidas através de quatro tipos de relatórios parciais: o da observação participante (1); e, em separado, o das consultas gravadas (2); o das entrevistas (3); e o dos

grupos focais (4).

Em todas as modalidades de relatórios, diversas versões parciais foram incorporadas, tendo ocorrido também, no caso das análises da observação participante e dos grupos focais, a participação dos pesquisadores de campo, que produziram relatórios-resumo da observação participante, com levantamento e interpretação de questões prioritárias identificadas em seus respectivos dados coletados; nesse momento foi produzido ainda a primeira análise de cada grupo focal. Já no caso das entrevistas e do material das consultas, não houve versão apresentada pelos pesquisadores de campo, e os dados foram alvo de análise apenas dos consultores.

Depois de todo o minucioso trabalho de tratamento dos dados foi produzido o relatório final. Esses dados e sua análise estão no artigo da Profa. Lilia Blima Schraiber, coordenadora do diagnóstico. Queremos destacar porém o fato de terem sido agrupados em dois grandes tópicos: a organização do trabalho e suas ações e as esferas do cotidiano em que iniquidades de gênero foram mais bem apreciadas.

APROXIMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Todos os dados e reflexões apontadas pela pesquisa revelam uma necessidade de aproximação dos profissionais dos temas que enfocam as desigualdades de gênero. Para isso, a Prefeitura do Recife, juntamente com os parceiros/as envolvidos na pesquisa, elaboraram desdobramentos necessários para uma mudança do cenário apontado pelo diagnóstico. Assim, como um primeiro passo, tivemos a apresentação dos dados coletados e de reflexões a respeito do tema no seminário que dá origem a esta publicação. Também foi realizado um desenho de uma capacitação específica num formato diferenciado, que garante um processo de formação contínua com discussão de casos, e envolvendo todos os profissionais que integram as equipes do PSF em Recife, como também profissionais que estão gerenciando as ações de saúde nos diferentes territórios da cidade.

Dessa forma esperamos que as dimensões de desigualdades apontadas pela pesquisa possam de fato ser refletidas pelas equipes, e que possamos

iniciar um processo de mudança de prática baseada no compromisso de garantia e ampliação da cidadania das mulheres.

Josineide de Meneses Silva. Antropóloga, integrante da Coordenadoria da Mulher da Prefeitura do Recife.



EQÜIDADE DE GÊNERO E SAÚDE: O COTIDIANO DAS PRÁTICAS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DO RECIFE

Lília Blima Schraiber

Este capítulo apresenta os resultados de uma pesquisa de **diagnóstico de situação**. Trata-se do Projeto “*Relações de gênero no Programa Saúde da Família do Recife*”, em desenvolvimento pela Coordenadoria da Mulher e a Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura do Recife¹, com o propósito de alcançar maior equidade de gênero nas práticas de saúde, enfocando em particular o Programa Saúde da Família (PSF). Sua primeira fase constituiu-se do mapeamento das questões de gênero presentes nas ações cotidianamente exercidas nesse programa. Na segunda fase, o diagnóstico obtido deve fundamentar “*ciclos de formação em gênero e assistência à saúde*”, com a produção de material bibliográfico específico.

Esse diagnóstico de situação teve por objetivos primários não só identificar quais questões de gênero ocorrem, mas também em que contexto assistencial ou comunitário elas ocorrem, bem como o modo pelo qual as equipes de trabalho as enfrentam. Neste último aspecto, buscamos compreender como se apresentam as representações de gênero

1 Participaram como responsáveis pela Coordenadoria da Mulher: Karla M. M. Menezes e pela Secretaria da Saúde: Gustavo Couto. A equipe de trabalho para a pesquisa Diagnóstico de Situação foi: Coordenadoria da Mulher – Adriana Helena Araújo (coordenação geral). Consultores – Lília Blima Schraiber/USP (coordenação consultoria); Ana Paula Portella / SOS Corpo; Parry Scott/FAGES-UFPE; Pesquisadores Associados: 1. USP: Ana Flávia P L d'Oliveira, Márcia Thereza Couto Falcão, Lígia B Kiss, Júlia G Durand; 2. SOS Corpo, Gênero e Cidadania: Verônica Ferreira e Solange Rocha; 3. FAGES-UFPE: Mônica Franch, Márcia Longhi, Jonhny Cantarelli, Clarissa Garcia, Guilhermina D'Arc e Dayse Amâncio dos Santos.

das/os trabalhadoras/es das equipes do PSF e suas influências nos mecanismos potencialmente promotores das desigualdades entre homens e mulheres nas situações cotidianas da assistência e do trabalho em saúde.

Outros objetivos foram os de oferecer subsídios para as/os trabalhadoras/es e gestoras/es na identificação de necessidades de saúde das famílias e seus indivíduos a partir do enfoque de gênero e, ainda, fornecer bases conceituais para articular a perspectiva de gênero na formulação de respostas aos problemas identificados ou às ações em protocolos de intervenção já existentes.

Como referência teórico-metodológica para o desenho desse diagnóstico, partíamos do suposto que, se formulado como mapeamento do cotidiano de trabalho, encontraríamos uma riqueza maior, ao apreendermos a diversidade de situações presente no PSF. Isto exigiu, primeiro, conhecer de modo detalhado o dia-a-dia de suas equipes, identificando-se de quais ações internas às unidades de atendimento e de quais ações na comunidade este cotidiano de trabalho vem sendo composto. Adicionalmente também exigiu uma tal aproximação dessas ações que nos propiciasse dados do processo de trabalho, simultaneamente ao processo de assistência, de maneira dinâmica, para que registrássemos a emergência de questões de gênero e o modo como se lidava com essas questões à medida que se produziam as ações.

De modo complementar, conceitualmente partíamos de três referências teóricas acerca do trabalho em saúde. Primeiro, o princípio de que a produção da assistência em saúde, no cotidiano de trabalho, é realizada pelo complexo produto de dinâmicas interativas entre os diversos ramos de intervenção existentes, e não pelo que poderíamos denominar de intervenção técnica “pura” das distintas áreas de atuação profissional de que são compostas as equipes, ou, ainda, pela simples somatória dessas áreas. Ou seja, complexidade reconhecida ou não pelos próprios componentes das equipes, o que encontramos na assistência são intervenções específicas (próprias a tal ou qual ramo ocupacional) constantemente modificadas pela interação entre os diferentes agentes do trabalho, o que, no caso do PSF, ainda inclui o produto da interação

com as ações na comunidade: interligação das unidades de atendimento com o respectivo conjunto de famílias sob sua cobertura, mediado pelos agentes comunitários e suas intervenções.

Em segundo lugar, concebíamos a intervenção técnica como, ela própria, um complexo produto, resultado de outra modalidade de interação: a do conhecimento técnico-científico de que são portadoras/es as/os distintas/os profissionais com aquele conhecimento adquirido pela experiência prática. Trata-se, então, da normatividade científica e tecnológica constantemente modificada pelo saber adquirido na vivência desses cotidianos da assistência. Isso confere às/aos profissionais um saber prático para adequar as normas ao concreto particular de cada intervenção, permitindo-lhes, assim, diferenciar e agir de acordo às distintas situações de sua prática. (OPÇÃO PARA ESTA FRASE: “diferenciar e agir corretamente nas distintas situações de sua prática.”)

Por fim, como terceira referência, partíamos do caráter reflexivo do trabalho em saúde e a conseqüente autonomia decisória da/o profissional na dimensão técnica desse trabalho, orientando o princípio de que tal condição permite aos agentes de ações em saúde, ao procederem as referidas adequações das normas aos casos e situações concretos, quer manter ou acentuar, quer reformular, as desigualdades das, e nas, relações de gênero. As relações assistenciais e todo o processo de tomar decisões frente ao quê fazer assistencial podem, assim, reproduzir ou modificar iniquidades de gênero, entre outras. Esta terceira referência, portanto, representou a integração de conceitos acerca do trabalho em saúde com aqueles relativos à noção de gênero e desigualdades de gênero contemporâneas, nas sociedades ocidentais, bem como representou a integração desses quadros conceituais com a noção de direitos humanos e direitos das mulheres, em particular.

Todo esse conjunto de exigências teóricas para proceder ao diagnóstico, levou-nos, metodologicamente, a compor quadros interpretativos que nos permitissem lidar com: 1. o trabalho em saúde e sua dinâmica de cotidiano; 2. o trabalho em equipe de modo geral, a equipe do PSF em particular e suas atribuições em termos do Programa

implantado, com ações assistenciais, educativas e comunitárias; 3. definição de relações de gênero e suas desigualdades; 4. delimitação de direitos humanos implicados nas relações de gênero e na saúde, em busca da equidade nas práticas em saúde; e 5. relações entre questões de gênero e família, com destaque às populações cobertas pelo PSF.

Para apreendermos empiricamente todas essas dimensões apontadas, delimitamos dois planos de aproximação. Um primeiro, em que levamos em consideração *as relações de gênero de um modo geral* presentes nos vários contextos em que ocorrem as diversas ações do Programa, para o que se impôs reconhecer a este como *organização geral dos serviços e funcionamento das equipes* em seu trabalho cotidiano. O segundo plano constituiu a definição de *esferas específicas de iniquidades de gênero*, em que se consideraram dimensões da vida para as quais já são apontadas desigualdades de gênero pela literatura nacional e internacional, acrescidas de outras consideradas relevantes para o campo da saúde em particular, para que fosse diagnosticado como, *no processo de trabalho em saúde e nas decisões assistenciais de seus agentes*, questões próprias a cada uma dessas esferas estavam sendo reconhecidas, ou não, e tratadas. As esferas discriminadas foram oito: *Família e ambiente doméstico; Vida comunitária; Trabalho; os exercícios da Sexualidade; a Reprodução humana; o Corpo; a Emoção, a subjetividade e a saúde mental; as situações de Violência de Gênero.*

Do ponto de vista operativo, um tal diagnóstico conformou-se como uma pesquisa qualitativa e necessariamente baseada em interfaces disciplinares. Estruturamos, então, a cooperação de grupos de pesquisa e intervenção em saúde com vocações de produção científica e política nos vários âmbitos aqui discriminados e com consagradas experiências teóricas e práticas. Assim, uma grande e complexa equipe de trabalho foi montada e a pesquisa diagnóstica constituiu também um outro aprendizado para essa equipe: o do trabalho multiprofissional e da interdisciplinaridade, no exercício da interação e complementaridade para o processo de investigação científica².

A *aprovação ética* para a pesquisa de campo foi obtida em cooperação

com a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco.

A fim de apresentarmos, a seguir, esse diagnóstico, cabe advertir que, levando em conta o grande volume de informações coletadas, bem como a grande variedade de aspectos abordados, não será possível apresentar de modo exaustivo o que foi realizado, sobretudo no que se refere aos dados empíricos que o sustentam. Assim, procederemos a uma síntese dos aspectos mais relevantes, ilustrando-os apenas com os mais significativos excertos das observações registradas ou das falas produzidas nas entrevistas ou nos grupos focais. Estes excertos serão registrados sempre em itálico³.

O COTIDIANO DE TRABALHO: A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS, AS EQUIPES DO PROGRAMA E AS RELAÇÕES DE GÊNERO

Como contexto mais geral das características do PSF, no período em que foi alvo de nosso estudo (em 2003), em Recife encontrávamos 144 equipes distribuídas pelas 06 regiões político-administrativas da cidade (RPAs) ou, no caso da Saúde, Distritos Sanitários. Isso representava uma cobertura de pouco mais da metade (58%) da população de baixa renda, ainda que de distribuição heterogênea pelas regiões, indicando diferenciais de acesso e utilização do Programa pela população. Recife possui 1,45 milhões de habitantes, com pouco mais de um milhão vivendo abaixo da linha de pobreza.

Para o diagnóstico foram selecionadas, como dissemos, duas equipes de cada RPA. A escolha dessas equipes obedeceu fundamentalmente aos critérios que se coadunavam aos objetivos da pesquisa: abrangência e

2 Impossível aqui refletir sobre este aspecto, ainda que pela riqueza da experiência, esse cotidiano de trabalho em pesquisa mereça ser publicado. Cabe ressaltar o grande esforço interativo das/os pesquisadoras/es envolvidas/os e, ao mesmo tempo, a garantia e o aproveitamento das competências específicas, buscando-se qualidades já dadas na investigação de campo. Reuniões sistemáticas de supervisão e de análise do material, trocas dos relatórios, bem como reflexões compartilhadas coletivamente, além das oficinas preparatórias, envolvendo-se no processo quer as/os pesquisadoras/es, quer as/os consultoras/es, ajudaram as trocas necessárias para a construção de todo o processo.

3 A síntese que aqui se procede está baseada na primeira apresentação dos resultados realizada em março de 2004 para a Coordenadoria da Mulher e Secretaria de Saúde do Recife. Uma segunda apresentação ocorreu em agosto de 2004, em Recife, para um Seminário Nacional sobre a temática.

distribuição por todas as RPAs; envolvimento de equipes consolidadas, completas e sem previsão de alterações em sua integração, aspecto fundamental na observação do processo de trabalho da equipe e em sua relação com a comunidade; e disponibilidade das equipes em participar do processo. Apesar da distribuição geográfica ter sido um aspecto considerado nessa escolha, e embora as regiões englobem um conjunto de bairros com situação socioeconômica bastante distintas, as características do público e do contexto comunitário em que tomam lugar as ações do PSF são muito próximos nas diferentes regiões. De um modo geral, tratam-se de contextos de pobreza e ausência de direitos expressos na totalidade da vida comunitária.

Além disso, segundo dados da Diretoria Geral de Desenvolvimento Urbano e Ambiental – DIRBAM (2001), as regiões têm um perfil homogêneo de população, em relação à composição segundo o sexo (em geral, 53% de mulheres e 47% de homens) e dos grandes grupos etários (0-14, 15 a 64 e mais de 64 anos).

Quanto às Unidades de Saúde, embora variáveis em termos de tamanho e conforto, todas funcionam com instalações suficientes e com diferentes espaços para prestar assistência, havendo sempre áreas individuais de atendimento, como salas de consulta e exames, e áreas coletivas de assistência, como ambientes de espera e recepção e locais para atividades educativas. Estes últimos são, por vezes, extremamente abertos (públicos) e, em alguns casos, chegam a ser mesmo devassados. Do mesmo modo, chama a atenção o fato de que a recepção é sempre aberta e pública, ainda que seja utilizada como local de primeira manifestação da demanda das pessoas, que aí expressam sintomas ou queixas individuais. Além disso, a recepção parece ser o lugar em que as fronteiras entre profissionais dos serviços e usuárias/os diluem-se mais facilmente.

Também é notório que a repartição de espaços são similares em todas as equipes e corresponde à segmentação convencional da assistência interna em unidades de saúde, seguindo uma certa tradição da atenção básica repartida em atividades de enfermagem, consultas médicas,

atividades educativas, curativos e vacinação, dispensação de medicamentos e coleta de exames, ainda que haja uma certa variação entre as unidades de acordo com a qualidade do espaço de que dispõem. Seu funcionamento mais intenso pela manhã e menos pela tarde, igualmente segue uma certa tradição de organização dos serviços do setor público na Saúde.

Não obstante mostrar algumas características comuns com a assistência convencional das unidades básicas de todo o setor Saúde, o PSF traz inovações, cuja implementação não se faz sem conflitos, como é de se esperar. A introdução das ações na comunidade e nos domicílios, com agentes mais específicos a tais ações, a busca por enfatizar a prevenção e promoção da saúde por meio das ações educativas e a articulação mais intensa entre as necessidades detectadas na comunidade e os atendimentos, ainda que estes sejam sempre realizados por escalas fixas para cada tipo de atividade assistencial ao longo da semana, além das reuniões de toda equipe de trabalho, em um planejamento mais participativo da assistência, são referências nessa direção. Também a definição de trabalhadoras/es menos fixos em espaços e momentos assistenciais dados, constitui parte das inovações.

Contudo, não é por igual que se dá a circulação das/os trabalhadoras/es nas ações do Programa, e as ações na comunidade e nos domicílios integram-se com dificuldades ao conjunto das ações da Unidade. Não está claro a definição do lugar que tais ações inovadoras devam ocupar no fluxograma assistencial. Permanece uma valorização maior do atendimento em consulta individual em detrimento das outras atividades, assim como a ênfase em procedimentos e prescrições. A despeito do enorme esforço para se trabalhar com informações socioeconômicas sobre a comunidade, as famílias e as pessoas, estas informações não são incorporadas na dimensão clínica da assistência, ou seja, não são levadas em consideração no processo de tomada de decisões clínico-assistenciais. Além disso, o excesso de demanda também limita a aceitação das propostas assistenciais inovadoras.

No interior da Unidade de Saúde propriamente dita, há alguma comunhão de espaços de trabalho, assim como são compartilhados os momentos de planejamento e avaliação do trabalho. Mas os momentos assistenciais permanecem segmentados e aderidos às categorias profissionais. Esse arranjo favorece as relações interpessoais e o planejamento em equipe das escalas de trabalho ou rotina das ações, dentro ou fora da Unidade. No entanto, não faz com que os processos de tomada de decisões técnicas sejam compartilhados e, com isso, há pouca troca de saberes e competências práticas, tornando pouco provável a constituição de equipes integradas e comunicativas, tal como preconiza o programa.

Outro aspecto que dificulta a integração entre os distintos profissionais é o fato de que eles se inserem de maneira diversificada no próprio Programa, em termos de suas carreiras individuais e projetos de profissão. Isso termina por instituir vínculos diferenciados, que, por sua vez, terão conseqüências diretas na prática assistencial. Assim, para as/os médicas/os, o PSF não é, em si, um projeto profissional. Antes representa uma inserção temporária e transitória na rede pública, que ocorre no início ou no fim de carreira, o que, obviamente, não favorece o seu envolvimento com o conjunto das ações do Programa e seus propósitos assistenciais. Para as enfermeiras (profissionais somente do sexo feminino, nas equipes estudadas), acontece o inverso: o PSF é projeto profissional, representa a construção de uma carreira na rede pública e, por isso, a sua identificação pessoal e profissional com o Programa é facilitada. Para os auxiliares de enfermagem e para as Agentes de Saúde, o projeto profissional no PSF é indefinido. A precariedade nas relações de trabalho e, em especial, o contrato temporário e a indefinição de funções, no caso das Agentes, dificultam sua identificação com os propósitos do Programa. Por outro lado, o Programa é reconhecido como uma fonte importante de trabalho e remuneração, possibilitando um maior envolvimento de caráter pessoal. Já no caso das/os auxiliares a dificuldade de se identificarem com o Programa, de modo especial, reside na indistinção de suas intervenções relativamente a outras práticas de enfermagem tradicionais, repetindo-

se nesse Programa as ações que fariam em qualquer outra modalidade de assistência.

Em função dessas características, e assim como na unidade tradicional, no que diz respeito à atuação em equipe, médicas/os surgem como profissionais distantes das demais, ainda que dividam tarefas e deleguem atribuições às enfermeiras/os, compartilhando com elas/es algumas esferas decisórias do atendimento. Isso ocorre principalmente quando se trata de situações nas quais as dimensões socioculturais e/ou de gênero são muito evidentes.

As enfermeiras consideram-se figuras centrais na equipe e abrem pouco espaço para as/os profissionais de níveis inferiores. É comum apresentarem em seus desempenhos uma certa confusão entre relações profissionais e relacionamentos de caráter pessoal, no que tange a suas interações com usuárias, o que em parte pode decorrer do tipo de vínculo construído com o Programa, em especial com os propósitos educativos com vistas à prevenção e promoção da saúde. Como já dissemos, há uma forte identificação com as ações do PSF, assumindo, mesmo, que este represente uma espécie de “missão profissional”, o que, aliado às características tradicionais das atuações em práticas de educação em saúde, termina por conjugar uma atuação disciplinadora sanitária com a de conselheira pessoal, cujo conteúdo mescla as informações médico-sanitárias com manifestações de julgamentos de ordem pessoal, como se verá em um excerto que apresentaremos mais adiante. Contudo, pelas mesmas razões, esta é a profissional que apresenta maior disponibilidade para a escuta e o acolhimento de questões relacionadas ao contexto de vida das usuárias. E são elas as responsáveis pela atenção à saúde da mulher.

As auxiliares de enfermagem não se destacam na equipe e parecem ocupar o lugar mais indefinido, também aos olhos dos demais da equipe, sobretudo porque a atividade é identificada com o trabalho tradicional de assistência.

As agentes comunitárias de saúde são as mais presentes na comunidade. Atuam e se vêem como um elo entre esta e a Unidade, mas

parecem confundir essa situação com as relações estritamente pessoais: operam no interior da Unidade como prolongamento de suas atuações na comunidade, só que portando um poder diferenciado, relativamente às demais pessoas da comunidade. Isso lhes permite traçar diferenciações entre as pessoas da comunidade de acordo com as suas apreciações e valores próprios, ao atuarem como canal de comunicação e acesso à assistência do Programa.

Pensando-se, agora, a equipe em sua totalidade, e em suas relações com as/os usuárias/os em geral, podemos dizer que a hierarquia marcada no estilo mais tradicional e a diversificação dos vínculos formados com o Programa resultam em disputa de autoridades e conflitos de desempenhos, que geram dificuldades de comunicação interna da equipe. E, ainda que haja relacionamentos interpessoais e tenham aumentado as oportunidades de encontros no Programa, a interação técnica e profissional pouco acontece, fazendo que na resolução dos casos também ocorra uma hierarquia e especialização: os casos tidos como de maior complexidade “técnica” (entenda-se: que apresentam questões biomédicas mais difíceis) são referidos às/aos médicas/os e enfermeiras pelas outras/os profissionais, que mostram dificuldade na tomada de decisão quando não são amparadas por profissionais de nível superior; enquanto os casos com características mais “sociais” (entenda-se: aqueles cujas questões biomédicas são mais simples, mesmo que a assistência demandada implique grande complexidade de cuidados), são alvo das ações ou das enfermeiras, quando envolve alguma “especialização” educativa, ou das agentes comunitárias. Assim, as situações de questões de gênero, como o exercício da sexualidade das meninas jovens ou a violência doméstica, são destinadas a apenas alguns dos componentes da equipe e, em geral, distante das/os médicas/os e das auxiliares de enfermagem. Nessas situações, o desempenho encontra-se agravado pelo fato de que para situações assistenciais ou comunitárias novas e/ou polêmicas, que envolvem questões de gênero e direitos humanos, ocorre freqüentemente na decisão assistencial a já comentada confusão entre uma autoridade técnica e uma autoridade moral, com um julgamento ambivalente por

parte das profissionais e trabalhadoras das equipes.

Os excertos a seguir ilustram as considerações acima:

“(...) o médico (...) a principio é acusado pela enfermagem de “não atender as mulheres”. (...) a enfermeira faz um ativo trabalho na saúde da mulher e, em verdade, parece nem querer tanto a participação do doutor, que não faz nem Pré-Natal e nem exame ginecológico. A enfermeira parecia gostar de explicitar que ela possui este conhecimento e o médico não.” (Registro da Observação)

“Enfermeira: “Depois que elas iniciam a vida sexual, ninguém segura mais. Infelizmente é assim” Essa menina teria vindo junto com a mãe para fazer exame de virgindade. A história começou porque a jovem comentou com uma amiga que não sabia se era mais virgem e essa amiga espalhou por toda a rua, tendo chegado aos ouvidos da mãe, que decidiu trazer a menina para a médica.(...). A jovem afirmava não saber se era mais virgem. Tem 13 anos de idade e começou a ter atividade sexual com 12. A enfermeira afirmou: “você teve um parceiro” mas a menina corrigiu: “Vários”. A enfermeira não esperava essa resposta. Perguntou, então: “houve penetração?” E a jovem respondeu: “eu não sei”. (...) A menina não chegava a uma definição. Passaram ao exame himenal, em que a enfermeira constatou que a jovem não tinha mais o hímem. Pediu para falar o nome dos rapazes com os quais a jovem tinha transado e ela fez uma lista. A enfermeira aconselhou: “a mulher não deveria transar antes dos 18 por conta do sistema reprodutivo, que ainda não está preparado, mas já que você transou, o importante agora é se cuidar.”

A enfermeira percebeu um “corrimento” e marcou para a menina vir se consultar com a médica. (...) A jovem pediu para a enfermeira: “Converse com minha mãe. Diga pra minha mãe que isso não é bicho de sete cabeças”. Entrou a mãe na consulta. Mãe e filha choravam muito. A mãe dizia: “isso foi uma facada”. A enfermeira tentava orientar: “Não adianta bater, botar pra fora de casa” porque aí ela vai ser uma prostituta

– embora sem explicitar isso para a mulher, deixou essa mensagem de alguma forma para ela. A enfermeira tentou acalmar a mãe dizendo que a filha dela “não foi a primeira nem foi a última”. Mas a mãe não se conformava pela idade da menina: “Que fogo!” A mãe da jovem parecia também muito preocupada com a reputação da filha: “todo mundo já sabe, já está falada”. E o maior medo era como iriam contar para o pai da menina. A enfermeira se ofereceu para conversar com o pai no posto, se ele quisesse.

Agora, a enfermeira quer que a jovem participe do grupo de adolescentes para “segurar até os 19 anos” – ou seja, para que a menina não tenha filhos antes dos 19 anos. (...) A enfermeira também orientou a jovem sobre a “vulgarização”, que não é por ter perdido a virgindade que precisa estar transando com todo mundo.(...) (Registro da Observação)

Como se pode perceber, a educação em saúde é marcada por intenções de controle e disciplina, especialmente quando se trata de adolescentes e mulheres. Isso é particularmente evidente nos casos da amamentação e planejamento familiar. Mas também se verifica nas ações educativas de programas já clássicos, como o do controle de doenças crônicas, a hipertensão e o diabetes. Há, ainda, problemas para lidar com as dimensões socioculturais das queixas e baixa resolutividade para certos tipos de demandas e necessidades como aquelas ligadas à sexualidade e saúde mental. De maneira geral, a população é vista como passiva, a partir de estereótipos de classe. As idéias de ignorância, falta de higiene, preguiça e despreocupação são os eixos que definem a imagem de usuários e usuárias compartilhada pela maior parte das equipes.

Agregue-se a isso os padrões tradicionais de gênero e tem-se, na percepção das/os profissionais e trabalhadoras/es das equipes, a clássica imagem da mulher usuária dos serviços. Percebida exclusivamente como mãe, esposa e dona-de-casa e, principalmente, como a cuidadora da família e mediadora entre o domicílio e os serviços, essa mulher é a principal usuária dos serviços de saúde.

AS ESFERAS DE INIQUIDADES DE GÊNERO: REPRODUÇÕES E INVISIBILIDADES

Se de modo geral no PSF estão mantidas as relações de gênero em sua forma tradicional de perceber atribuições femininas e masculinas, não restam dúvidas de que as ações inovadoras do programa colocam na cena principal questões que, de outro modo, não seriam sequer vistas. Há, assim, um potencial a ser explorado, no sentido de mudar a forma de se tomar as questões das mulheres e dos homens, relativamente à saúde e, principalmente, tendo por referência as relações interpessoais e familiares. São freqüentes, pois, situações de conflito e contrastes entre a forma usual de assistir e realizar ações educativas ou preventivas, e a realidade encontrada nas visitas domiciliares ou outras ações na comunidade, ou ainda, nas discussões da equipe sobre seu afazer cotidiano. Percorrendo as esferas eleitas para este diagnóstico, e que apresentaremos em seu conjunto, podemos sentir as dificuldades do agir profissional, por vezes sem amparo técnico, em outras agindo sob o apelo de sua conduta moral pessoal.

Retomemos a condição da mulher como usuária “privilegiada” do programa, tanto no sentido de ser o sujeito mais presente no programa, quanto no de ser o alvo preferencial de suas intervenções.

Eleita como personagem central da assistência, as ações a ela dirigidas parecem ser bastante trabalhadas. De fato, é o que se observa do conjunto de protocolos de intervenção e propostas de ações, em que questões de saúde da mulher estão bem tematizadas. No entanto, da perspectiva de sujeito social, que tem necessidades e demandas que vão além de cuidar de si e dos outros, a mulher já não é contemplada pelas ações do programa. A noção que preside o trabalho assistencial é a de que o tempo das mulheres parece estar a serviço desses cuidados em saúde, podendo, assim, dispor de um tempo ilimitado para a Unidade, que se organiza para responder ao seu tempo interno. Que é o tempo de trabalho de suas equipes. O trabalho das mulheres é, então, desvalorizado, pois ela pode esperar (na Unidade), ou certamente pode dedicar-se a todas as intervenções propostas pela Unidade, com a maior presteza. De um lado, o que tem para fazer em sua casa não é reconhecido como trabalho de

igual importância ao realizado fora da vida privada, exterior ao espaço doméstico, tal como o desenvolvido pelos homens. De outro lado, quando não se trata de afazeres domésticos, não haveria porque a mulher estar menos disponível para as Unidades e sua forma de oferecer assistência. O lazer, por exemplo, é visto como atividade exclusivamente masculina.

Ao mesmo tempo, porém, e de modo contraditório, essa mulher, que é eleita como símbolo de usuário “adequado” e “preferencial”, que deve estar à disposição da Unidade, é tida como “excessivamente” à disposição do serviço, pois comparece à Unidade com muita frequência. Por isso, é vista como pessoa ‘problemática’, em contraste com o comportamento masculino, nesse aspecto tido como melhor, por usar menos o serviço:

*“...às vezes nós nos queixamos porque a mulher sente uma dor no sábado, na segunda de manhã já está no posto [...] Quando o homem se desloca para ir até o posto, você pode acreditar que é sério!”.
(Grupo focal com Auxiliares de Enfermagem)*

A mulher, assim, é uma usuária difícil, pois não é simples se lidar com ela. Trata-se de um usuário de “tratamento” complicado. Apresenta muitas queixas e sempre se repetindo (“está toda hora na Unidade”). Traz situações que são, da perspectiva da intervenção médica, desvalorizadas, ou por que tidas como simples demais (“ela vem por qualquer coisa”), ou por que consideradas “distantes” demais de uma ação médica, como questões mais socioculturais. Com isso, sua saúde é entendida como limitada à reprodução e ao planejamento familiar.

Pelos mesmos motivos, Saúde também parece ser um assunto feminino, o que afastaria os homens como usuários, ainda que quando este se apresenta, sempre será por um “bom” motivo, isto é, uma típica patologia médica e já com certo agravamento.

“(...) a dona de casa é a melhor para a gente orientar”(Entrevista com enfermeira).

O homem, quando está com uma dor no peito, assim, muitas vezes você dá muito mais importância àquela queixa do que uma mulher. Você acha que a mulher, ela está ali só para querer conversar, não

é um motivo que está fazendo ela ir para o posto. (...) Como o homem vai muito pouco, e aí, quando ele vai, parece que você dá mais importância àquela queixa. Isso eu estou falando de uma forma geral também. Não que eu aja assim também”. (Entrevista com médico)

“Olha, homem realmente procura bem menos o ambulatório e obviamente que ele tem menos tempo de adoecer também. (...)”. (Entrevista com médico)

“Me ocorre que ir ao serviço é coisa para mulheres, velhos e desocupados, e os homens não querem esse lugar de jeito nenhum. Homens usam o serviço mais para curativo, dentista e outras coisas consideradas “importantes”. A maioria dos profissionais acha que eles não gostam de falar de suas vidas, não colaboram nos cuidados relativos à prevenção de DST e planejamento familiar, não se cuidam e não previnem as doenças”. (Registro da Observação)

A baixa frequência de homens no serviço é atribuída à resistência por parte deles, não sendo reconhecida sua inclusão no atendimento e nas ações educativas ou comunitárias do programa como uma questão da estratégia e proposta assistencial. As ações preventivas são dirigidas quase exclusivamente às mulheres, restringindo-se a assistência aos homens à dimensão curativa da atenção. Tal situação muda, em parte, apenas no programa de controle de DSTs e muito em particular no caso de HIV/ Aids, em que os homens têm sido alvo direto da prevenção. Porém, em geral, isso não ocorre e três espaços e ações do serviço aproximam os homens da saúde: a farmácia, a odontologia e os grupos de doenças crônicas.

Com base no observado, pode-se dizer que as equipes têm medo dos homens, sejam eles usuários ou apenas moradores da comunidade, e temem represálias violentas por parte deles quando se trata de intervenção em assuntos tidos como de “âmbito privado”. A questão é que essa natureza privada de certos assuntos é lembrada quando o problema em pauta não tem, ainda, solução explícita no campo da saúde, uma vez

que a prevenção e boa parte dos adoecimentos e seus cuidados são, claro, questões também da vida privada.

Desse modo, constata-se que a identidade de usuário caberia à mulher e não ao homem, conforme se expressa a equipe do programa. O “usuário eleito”, se assim podemos chamá-la, seria a mulher e na condição de dona-de-casa, pois é aquele usuário que é identificado como a pessoa que se coloca à disposição das ações do programa. Nota-se que dela se espera que possa estar, ao ser convocada, a qualquer momento na Unidade ou, quando vem ao serviço, pode adequar-se à dinâmica deste.

Quando se trata dos homens como usuários do programa, outro problema que surge é o fato de que o contato entre o profissional do sexo feminino e o usuário masculino, em espaços não públicos, é identificado como inadequado e portador de um caráter sexualizado, que ameaçaria a reputação feminina, tanto nas situações de consultas individuais quanto em visitas domiciliares.

“Esse homem também mora sozinho agora e a ACS salienta que ele, à diferença do outro rapaz que ela visita, “não é homossexual”. Isso traz complicações à ACS relacionadas com a fofoca e a percepção do marido a respeito do que ela faz durante a visita. O problema, diz ela, são “sempre as pessoas”. Ela tem “medo do que as pessoas vão dizer” e também “o marido da gente”. Pergunto o que é que o marido diz para ela – “que tenha cuidado. Ele diz: fama é uma coisa que se adquire e não tira mais, não.” (Registro da Observação)

A inclusão dos homens parece, pois, trazer à tona a questão da sexualidade.

Os temas ligados à sexualidade são de difícil abordagem e resolução. Para lidar com as situações que envolvem a sexualidade as profissionais utilizam-se de conhecimentos não técnicos, de natureza pessoal e quase sempre de ordem moral. Homens e adolescentes estão ausentes das estratégias assistenciais e homossexuais e profissionais do sexo são alvo de preconceito por parte das equipes. Novamente são as mulheres o alvo principal das intervenções relativas à sexualidade, mas aqui a

sexualidade é objeto de julgamento moral e está sujeita à disciplina. As principais questões identificadas nesta área são a frigidez das mulheres e a compulsão masculina ao sexo, implicando em outras duas temáticas que são identificadas como interligadas à sexualidade: os transtornos mentais das mulheres e a violência doméstica por parte dos homens contra as mulheres.

A vivência de sua sexualidade não é tratada diretamente com as mulheres e quase sempre está subjacente e mascarada pela questão da contracepção, esta sim uma questão valorizada nas ações, preventivas e outras, do programa.

A contracepção é vista como responsabilidade exclusiva da mulher e a idéia de “controle de natalidade” orienta toda a assistência em saúde reprodutiva, havendo muito pouco respeito pela autonomia dos sujeitos. A laqueadura é vista como um método positivo, preferencial e, muitas vezes, imperativo, diante da condição de pobreza ou da idade das usuárias. A decisão sobre os métodos está nas mãos das profissionais – seja pela indisponibilidade de métodos na unidade ou pelo exercício puro e simples da autoridade, que prescreve o que as mulheres devem usar. O tom normativo da intervenção, calcado nas representações tradicionais de gênero que associam o corpo masculino à sexualidade e o corpo feminino à reprodução, é dramaticamente evidente na assistência às puérperas e gestantes.

“A enfermeira: “ Você está tomando alguma coisa pra evitar filho?” A mulher nega com a cabeça. “Então, vai engravidar de novo” A mulher fica calada. “Não pode, você vai fazer laqueadura porque não têm mais condições de ter menino. Você está vendo, não é, que não têm mais condições?” A mulher não responde. “ Você vai vir pro posto , a gente vai marcar e você vai fazer laqueadura.” Diz à ACSs (Agente de Saúde), “você leva ela, não tem mais condição”. E vamos saindo da casa”. (Registro de Visita Domiciliar)

Nesse aspecto, questões da vida reprodutiva entrelaçam-se com questões da família e suas condições, ou melhor, falta de condições

materiais de vida. A pobreza que gera a necessidade da contracepção, gera também a sensação de impotência da ação profissional e da assistência, levando a uma espécie de “paralisia” assistencial. Paralisia provocada por uma dupla assunção: pobreza já não seria mais uma questão da Saúde; os pobres são algo responsáveis por sua condição, no estereótipo de “abandono à própria sorte, quando não, o apelo às drogas ou à vio-lência”.

“Aí eu inscrevi ela no cartão social como prioritário, entendeu? Agora, ao mesmo tempo, o marido dela tava dormindo... Tá entendendo como é difícil? Tava lá, tá desempregado, mas tava dormindo. É difícil... eu não vou dizer a ela “o que é que o teu marido tá fazendo aí dentro do quarto? Por que ele não tá procurando emprego?” Eu procuro orientar, mas tem hora que a gente se sente inútil, porque não tem o que fazer... eu vejo, é muita acomodação... É muita coisa, meu Deus, que esse Brasil tem que mudar!” (Entrevista com Enfermeira)

A violência, por sua vez, é vivida no cotidiano das equipes. Tanto aquela do espaço público, quanto a doméstica. Esta, em especial, como violência de gênero, é pouco reconhecida ou mesmo muito visível nas visitas domiciliares e reconhecida pelas Agentes de Saúde. É invisível como tema da assistência, principalmente para as médicas. Os comentários das profissionais sobre a violência contra as mulheres são eivados de preconceitos, mas há também um grande sentimento de impotência e medo, que, associado à inexistência de protocolos de atenção e de uma rede de referência, dificulta e mesmo impossibilita o atendimento dos casos. De maneira geral, esse tipo de intervenção não é visto como pertinente ao campo da saúde e a atuação profissional das ACSs e enfermeiras dá-se no sentido da manutenção dos laços conjugais e do reforço do modelo tradicional de família. Há também o medo de se envolver com tal situação, novamente se expressando como medo não só de um agressor, mas de ter que lidar com homens como sujeitos também da família e da assistência. A “paralisia” da ação, nesse caso, está também na percepção da ausência de seu amparo como profissional, isto é, não

apenas não está muito claro o que se deve fazer da perspectiva da Saúde, como o profissional sente-se só nessa difícil atuação: não se vê, neste caso, amparado quer pela equipe local, quer por uma rede mais ampla, seja do ponto de vista profissional seja para sua segurança pessoal.

“Fala que a questão de violência doméstica é muito séria. Cada dia descobrem mais uma. Fala sorrindo. “Ontem mesmo a ACS trouxe mais uma história. Não precisa muito; é só sentar para conversar. Eu sorrio, não é porque não dou importância não, é porque a gente não tem o que fazer. O que a gente pode fazer? É escutar e pronto...”. (Registro da Observação)

“Quando perguntada sobre o que fazia, em termos de assistência, no caso de violência conjugal, a ACS comenta que todos no serviço receberam capacitação. Afirmo que o que ela, como profissional, poderia fazer era aconselhar que a mulher desse queixa do agressor na delegacia da mulher. Finalmente, resume sua situação como profissional diante do caso: “Todo mundo foi capacitado, mas a gente tem medo. Ficar lá no gabinete é diferente, eles falam mas eu queria ver eles na área”. (Registro da Observação)

O diagnóstico de situação realizado, como se pode ver, mostra o quanto ainda devem ser trabalhadas as questões de saúde para incorporar a perspectiva de gênero e, assim, tornar o programa mais próximo à tão almejada equidade em suas ações. Como toda questão cultural, porém, esse trabalho não é simples, nem tão rápido ou direto. Se as mudanças já realizadas, do ponto de vista estrutural como política de saúde, abrem novas possibilidades para o trabalho em saúde renovar-se, no caso das relações de gênero estamos diante de mais de um eixo de tradição cultural a ser mudado: aquele pelo qual interagimos com mulheres e homens, e pelo qual nos aproximamos das relações entre ambos; aquele pelo qual realizamos o trabalho em saúde, em geral solitário e autônomo, e não em equipe; além daquele pelo qual os cuidados, a assistência e a prevenção não parecem imbricados com direitos, inclusão social ou participação política.

O empreendimento transformador é, pois, imenso, ou como disse uma das enfermeiras entrevistadas *“É muita coisa, meu Deus, que esse Brasil tem que mudar...”* Que este seja, então, um bom começo, o que creditamos à experiência propiciada pelo Projeto, ao empenho da Coordenadoria da Mulher e da Secretaria da Saúde e às portas abertas pelos gestores, dirigentes das equipes, seus próprios profissionais, além da grande receptividade da população do Recife aqui estudada.

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar meus agradecimentos a todos os participantes da pesquisa de diagnóstico de situação. Em especial, agradeço a Ligia Kiss e Júlia Durand pela participação no trabalho de síntese e primeira apresentação dos resultados de que este texto é tributário.

Lilia Blima Schraiber. Professora da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/Medicina Preventiva e coordenadora da consultoria ao Projeto “Relações de Gênero no Programa Saúde da Família do Recife”, Coordenadoria da Mulher e Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura do Recife, 2002-2004.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- LAGES, I. *Programa Saúde da Família: uma apreciação de seus usuários e trabalhadores*. Recife: UFPE, 2002.
- LUDERMIR, A. B. & MELO FILHO, D. A. de. *Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns*. Revista de Saúde Pública, 36 (2): pp. 213-21. São Paulo: s.e., 2002.
- LUDERMIR, A. B. *Inserção produtiva, gênero e saúde mental*. Cadernos de Saúde Pública, 16 (3): pp. 647-659, jul-set. Rio de Janeiro: s.e., 2000.
- MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. *Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades*. Cadernos Cefor-Textos, 1. São Paulo: Cefor, 1992.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Direitos humanos e violência familiar: informações e orientações para Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília-DF: MS, 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Guia Prático do Programa Saúde da Família*. Brasília. DF: MS, 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Dermatologia na atenção básica*. Cadernos de Atenção Básica, 9. Brasília-DF: MS, 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Guia para o controle da hanseníase*. Cadernos de Atenção Básica, 10. Brasília-DF: MS, 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual técnico para o controle da tuberculose*. Cadernos de Atenção Básica, 6. Brasília-DF: MS, 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde da criança: acompanhamento de crescimento e desenvolvimento infantil*. Cadernos de Atenção Básica, 115. Brasília-DF: MS, 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde do trabalhador*. Cadernos de Atenção Básica, 5. Brasília-DF: MS, 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Avaliação da implantação e funcionamento do PSF*. Brasília-DF: MS, 1999.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Construindo um novo modelo: os municípios já têm histórias para contar*. Cadernos Saúde da Família, 1 (1), jan-jun. Brasília: MS, 1996.
- PEDUZZI, M. & SCHRAIBER, L. B. *A equipe multiprofissional de saúde da perspectiva do processo de trabalho e do agir comunicativo*. São Paulo: s.e., s.d.
- PEDUZZI, M. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação*. Campinas: UNICAMP: Tese de Doutorado, 1998.
- PEDUZZI, M. *Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia*. Rev. Saúde Pública vol. 35. São Paulo: s.e., 2001.
- PEREIRA, M. A. O. *Representação da doença mental pela família do paciente*. INTERFACE, Comunicação, Saúde, Educação, 12 (7), pp. 71-82. Botucatu, SP: Fundação UNI/UNESP, 2003.
- PEREIRA, M. J. B., MISHIMA, S. M. (2003) *Revisitando a prática assistencial: subjetividade como matéria para a reorganização do processo de trabalho na enfermagem*. INTERFACE, Comunicação, Saúde, Educação, 12 (7), pp. 83-100. Botucatu, SP: Fundação UNI/UNESP, 2003.

- PINILLOS, M., ANTOÑANZAS, F. *La atención primaria de salud: descentralización y eficiencia*. Gac Sanit, 16 (5), pp. 401-7. Espanha: s.e., 2002.
- PORTELLA, A. P. & TEIXEIRA, E. *Avaliação da implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) no município de Recife*. Recife: SOS Corpo, 2001.
- PORTELLA, A. P. & GOUVEIA, T. *Políticas sociais de saúde: uma questão de gênero? O caso das Agentes de Saúde do município de Camaragibe/PE*. Recife: SOS Corpo, 1999.
- PREFEITURA DO RECIFE. *Regiões político-administrativas do Recife*. Recife: DIRBAM, 2001.
- RIBEIRO, R. J. (2003) *Ética e direitos humanos* (entrevista). INTERFACE, Comunicação, Saúde, Educação, 12 (7), pp. 149-66. Botucatu, SP: Fundação UNI/UNESP, 2003.
- ROCHA, A. A. R. de M. *A trajetória do médico no Programa Saúde da Família: um olhar sobre o sujeito*. Salvador: UFBA/Instituto de Saúde Coletiva, 2002.
- SANTOS, N. T. V. *Programa Saúde da Família como cenário para implementação de ações de promoção da saúde: processo em construção no município do Cabo de Santo Agostinho – PE*. Recife: Fundação Oswaldo Cruz, 2001.
- SCHRAIBER, LB; NEMES, M. I. & MENDES-GONÇALVES, R. B. (orgs.) *Saúde do adulto. Programas e ações na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- SCHRAIBER, LB. *Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios, outros dilemas*. São Paulo: USP, Tese de Livre-Docência, 1997.
- SCHRAIBER, LB; NEMES, M. I. *Processo de trabalho e avaliação de serviços de saúde*. Cadernos FUNDAP/Fundação do Desenvolvimento Administrativo, 19. São Paulo: Edições FUNDAP, 1996.
- SCHRAIBER, LB. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.
- SCOTT, P. R. *Agentes comunitários e saúde reprodutiva: uma experiência recente no Nordeste brasileiro*. Recife: mimeo, s.d.
- SCOTT, P. R. & HOFFNAGEL, Judith C. (orgs.). *Famílias, sexualidades, saúde*. Revista Antropológicas, 9 (IV). Recife: CEFICH-UFPE, 2001.
- SCOTT, P. R. *A família recifense como beneficiária, vítima e veículo da cura*. Recife: s.e., s.d.
- SCOTT, P. *Gênero, saúde e família*. In: Anais do V Encontro de Ciências Sociais do Nordeste. S.I.: Instituto de Pesquisas Sociais/Fundação Joaquim Nabuco, 1991.
- SÍCOLO, J. L., NASCIMENTO, P. R.. *Promoção de saúde: concepção, princípios e operacionalização*. INTERFACE, Comunicação, Saúde, Educação, 12 (7), pp.101-122. Botucatu, SP: Fundação UNI/UNESP, 2003.
- SOS CORPO – Gênero e Cidadania. *Atualização da padronização de normas e procedimentos para a prevenção do câncer de colo uterino no Estado de Pernambuco*. Recife: SOS Corpo, 2000.
- UCHIMURA, K. Y., BOSI, M. L. M. *Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde*. Cadernos Saúde Pública, 18 (6), pp. 1561-69. Rio de Janeiro, 2002.

REFORMAS DO ESTADO E SEGURIDADE SOCIAL: O CASO DA SAÚDE*

Solange Rocha e Verônica Ferreira

NEOLIBERALISMO, REFORMA DO ESTADO E SEGURIDADE SOCIAL

O direito à seguridade social vem sendo solapado nas últimas duas décadas no contexto de crise no padrão de acumulação capitalista, que tem trazido como forte resposta, no plano político, processos de reestruturação do Estado combinados a políticas de ajuste estrutural, promovidos a partir dos interesses das Instituições financeiras multilaterais. Nesses processos, os agentes econômicos internacionais assumem um papel de protagonistas, formulando políticas, diretrizes e argumentos econômicos e financeiros que corroboram o conceito de que o sistema de seguridade social, assim como o próprio modelo de Estado regulador e provedor dos direitos sociais, sofrem de graves defeitos geradores de “déficits” letais ao crescimento econômico e ao desenvolvimento dos países.

A substituição do Estado pelos setores privados é difundida globalmente como a solução para esses problemas. Essas diretrizes têm orientado as mudanças estruturais no Estado Brasileiro e nas políticas sociais construídas desde os anos 80 e têm destruído as possibilidades de consolidação do sistema público e universal de Seguridade Social no

* Texto elaborado a partir de documento produzido para a V Conferência Estadual de Saúde – A Reforma do Estado e a Perda do Direito a Saúde – novembro / 2003 de autoria de Solange Rocha, Verônica Ferreira e Kátia Guimarães – Doutoranda em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília – UnB.

Brasil, com efeitos particularmente desastrosos sobre a política de saúde¹. É fato que as reformas de estado que vem sendo feitas no Brasil impactam diretamente nas políticas sociais, na seguridade social. Neste artigo destacamos o que esses impactos representam para o setor saúde ao não permitirem a implantação de uma ampla política nacional de saúde e o próprio Sistema Único de Saúde – SUS, em todos os seus princípios.

Constrói-se, pela tecnocracia neoliberal, em seus representantes nacionais e internacionais e sobretudo pelas agências multilaterais, o “discurso da crise”, base fundamental do pensamento cultural do neoliberalismo, que justifica os diagnósticos e prognósticos dessas instituições sobre a inviabilidade de garantir políticas públicas universais sem desestruturar a economia dos países.

É esse “discurso da crise” que vem justificando e criando o senso comum acerca da necessidade e coerência das reformas do Estado, do imperativo da transferência de funções para o setor privado (fundamentado também no pressuposto da incapacidade regulatória e operacional do poder público em prestar os serviços sociais). Assim, um dos pilares do neoliberalismo é separar economia e política e, fundamentalmente, explicar todos os processos sociais por meio de um discurso econômico essencialmente técnico e “neutro”.

Ganha força, assim, a despolitização das mudanças no âmbito do Estado e tudo passa a se justificar pela “técnica”. Os processos tornam-se técnicos e perdem seu sentido político para a sociedade. Os movimentos sociais, por sua vez, são acusados de carecerem de capacidade técnica para compreender esses processos, sendo constantemente desqualificados em suas críticas. A politização das discussões sobre os problemas sociais é taxada pelas elites como discurso ideológico – e este é um dos mais fortes conteúdos ideológicos do capitalismo em sua fase neoliberal.

Em face desse contexto, parte-se aqui da premissa fundamental,

1 No Governo Lula, as Parcerias Público-Privado são exemplos mais recentes desse tipo de mecanismo, assim como a tão comemorada política de superávit primário, garantida pelos cortes nos orçamentos da Seguridade Social no Brasil.

contrária a esses argumentos, de que os cortes públicos na Seguridade Social não podem resolver os problemas de subinvestimentos e débil crescimento econômico, sendo antes determinantes do acirramento das desigualdades sociais, como também das desigualdades de gênero.

Cabe aos movimentos sociais politizar esses processos e desvendar os seus ardis, construindo ao mesmo tempo sua capacidade de resistência e de atuação política no enfrentamento do desmonte do Estado e das políticas universalistas. É a partir desse pressuposto que traçamos aqui algumas questões e contradições do Programa Saúde da Família no Brasil.

CONTRA-REFORMA DA SAÚDE NO BRASIL: DILEMAS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Reforma do Estado, junto com outras medidas, desregulamenta os mercados, promove abertura comercial e financeira, privatiza o setor público de serviços, flexibiliza o mercado de trabalho em busca da estabilização monetária e se constitui em uma das principais estratégias no conjunto das políticas de ajuste estrutural. Estas, por sua vez, orientam, fundamentalmente, o saneamento das finanças do Estado, de modo a liberar recursos financeiros para o desenvolvimento da economia. Nas políticas de ajuste, a economia de mercado é a fonte, o centro e o fim do desenvolvimento econômico dos países.

A Reforma do Estado impõe rígidas políticas de ajuste no orçamento público, que vêm acarretando, na realidade, cortes drásticos no âmbito das políticas sociais, principalmente nas áreas da saúde, da educação, das aposentadorias e do seguro desemprego. Além disso, substitui políticas abrangentes por políticas compensatórias, ou seja, políticas que atingem somente alguns setores da população, geralmente aqueles mais empobrecidos. Entretanto, as políticas compensatórias não ajudam em nada a construção ou a garantia de direitos.

No documento sobre os eixos temáticos da 12^a Conferência Nacional de Saúde Sérgio Arouca, o ministro da Saúde, Humberto Costa, salienta que a efetivação do Direito à Saúde depende do provimento de políticas sociais e econômicas que assegurem desenvolvimento econômico

sustentável e distribuição de renda, cabendo ao SUS a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade de maneira equitativa.

Coloca como obstáculo, nesse sentido, “a extensa agenda a ser cumprida para a consolidação do direito em muitos aspectos, como a qualidade e a integralidade da atenção à saúde”, pois os serviços de baixa qualidade e dificuldade de acesso são problemas que ainda obstaculizam os princípios da universalidade e da integralidade do SUS.

No entanto, é importante ressaltar que a efetivação das diretrizes do SUS vem sendo ameaçada pelas mudanças políticas, estruturais e administrativas que estão ocorrendo nos Estados, em decorrência das estratégias implementadas pela Reforma do Estado, desenvolvida também nos âmbitos estaduais e locais por meio de projetos de “modernização” do Estado. Sobretudo na área da saúde, isso causa impacto nas relações Estado e município no que se refere à gestão do setor de saúde pública.

As reformas do Estado são processos desenvolvidos em caráter mundial, mas atingem especialmente os países pobres. Na América Latina, a maioria dos países tem passado por mudanças administrativas na estrutura do Estado, implantadas com a supervisão ditatorial do Banco Mundial, nas quais as reformas no setor saúde passaram a ganhar proeminência nos discursos mais recentes. No âmbito da política de saúde, a principal direção das reformas caminha para a transformação das políticas universalistas e redistributivas em políticas focalizadas, destinadas aos segmentos mais vulneráveis dentro dos vulneráveis. Os pacotes de serviços de saúde, ou programas com caráter focalizado em aspectos restritos da saúde pública, são privilegiados, inclusive pela apropriação dos discursos e propostas de políticas construídas sobre outras perspectivas, como é o caso dos princípios da Reforma Sanitária brasileira.

Nesse enfoque, a “atenção básica” de saúde é definida como a prioridade do Governo – no Brasil como em outros países em desenvolvimento – enquanto os processos mais complexos, necessários à integralidade na atenção, são reduzidos no âmbito público e transferidos substancialmente para os setores privados. O processo de mercadorização

dos serviços de saúde no Brasil remonta ao pós-74 e mantém-se durante a formulação do SUS, em que pese a poderosa correlação de forças sociais estabelecidas nesse momento histórico. O “convívio” em caráter complementar entre sistema público e sistema privado estabeleceu, em verdade, uma segregação do SUS, o que é uma das conseqüências mais contraditórias do novo sistema de saúde brasileiro: a clivagem entre o sistema de saúde dos pobres e o sistema de saúde das classes médias e altas.

O foco na família é um aspecto contraditório dos programas destinados à atenção básica. As origens do Programa Saúde da Família (PSF), em meados da década de 90, e o modo como historicamente se desenvolveu no Brasil, baseiam-se fundamentalmente nos princípios de focalização e transferência dos cuidados de saúde para os núcleos familiares, o que tem um impacto singular sobre as mulheres, historicamente responsabilizadas pelo cuidado com a saúde da família.

Esse modelo não supera a divisão sexual do trabalho existente no âmbito doméstico, antes se apoiando nela, isto é, no tempo e no trabalho das mulheres. Nesse sentido, o PSF favorece a reprodução das relações desiguais de poder entre homens e mulheres, ao reafirmar o lugar das mulheres na reprodução social. Além de reforçar a desigualdade de gênero, o fato de ser direcionado exclusivamente à população pobre assinala um forte viés de classe no desenvolvimento das ações, entre profissionais e entre os(as) profissionais e a população.

Outro aspecto a ser ressaltado é que esse programa tem desenvolvido suas ações mediante a precarização da força de trabalho em saúde – a imensa maioria dos(as) profissionais do PSF são contratados pelos governos municipais por meio de contratos temporários de trabalho, o que reflete diretamente na qualidade da atenção prestada à população e nas condições de trabalho e, ainda, de saúde, desses profissionais. Apesar de tais aspectos, o PSF tem se constituído no modelo fundamental de atenção básica desenvolvido no Brasil.

No campo da saúde, ganha destaque um aspecto central das Reformas: a transferência das funções do Estado para a chamada “sociedade civil”

e para os indivíduos, como veremos a seguir ao tratar do PSF. Como já dissemos, a Reforma é uma medida fiscal que objetiva o enxugamento da máquina, da estrutura e do papel do Estado. O que está em jogo na criação de mecanismos como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e Organizações Sociais (OSs), como está claramente definido nas premissas da Reforma, é a efetivação do modelo de Estado mínimo, via transferência de responsabilidade e de funções do Estado como executor de políticas públicas.

Uma das premissas é de que o “público não é governamental” e, nesse sentido, setor privado e sociedade podem implementar políticas sob a regulação do poder estatal. Nesse modelo, as organizações da sociedade civil são visadas como potenciais OS e OSCIPs e passam, portanto, a executoras de políticas, sendo deslocadas de seu papel nas lutas sociais e em sua autonomia.

Nesse novo panorama, o setor privado se fortalece. O Estado passa a ter o papel de regulador das ações em saúde da rede não-estatal. Em última instância, a precarização da saúde pública legitima os investimentos e a existência de uma rede privada de saúde em um país que assegura a universalidade desse direito, afetando claramente a legitimidade do Sistema Único de Saúde.

Quanto aos recursos humanos, pilar fundamental de toda e qualquer instituição social, a Reforma apresenta um binômio cruel: a precarização das relações do trabalho aliada a uma intensificação dos critérios de avaliação e de exigência sobre o trabalho desenvolvido pelos/as profissionais públicos, inclusive os da saúde. As implicações dessa equação são: os salários se reduzem, as formas de inserção no serviço público são, por excelência, os contratos temporários de trabalho que, por sua vez, significam instabilidade quanto à permanência no serviço e perda de direitos, impedimentos ao aprimoramento da formação profissional e insegurança na própria vida pessoal que refletem no desenvolvimento do trabalho.

Não se pode assegurar um direito – o direito à saúde – infringindo algum outro. E outro que, diretamente, influencia a prestação do primeiro. A Reforma

viola os direitos dos/as trabalhadores/as da saúde. Não se pode ter um serviço de qualidade em condições precarizadas de trabalho.

Essas modificações têm implicações políticas profundas, pois mexem com o papel assumido pelo Estado. Na conjuntura brasileira, outra face perversa das mudanças legislativas que estão ocorrendo no Brasil, com vistas à privatização do bem público, são as PPP – Parceria Público Privado, que é um contrato de concessão envolvendo pagamento pela administração pública a um parceiro privado ou que executa uma prestação de serviços direta ou indiretamente ao setor público. Já ficou claro que as PPP destinam-se estrategicamente à infra-estrutura na área social, delegando para o privado o que é de responsabilidade pública. Esse é um mecanismo que não garante crescimento nem justiça social, é um retrocesso às conquistas de políticas sociais!

As questões globais já relacionadas se entrecruzam e refletem em vivências locais de sofrimento diante da não-prioridade nas políticas sociais, fazendo uma inversão do que é do interesse público, aumentando as desigualdades sociais, a pobreza e conseqüentemente afetando duramente a saúde das pessoas.

O SUS está sendo efetivado, de um lado, por políticas de atenção básica do Programa de Saúde da Família e por uma rede precarizada de trabalhadores de saúde, muitos dos quais contratados por OSCIPS. Por outro lado, a rede de atenção de maior complexidade está cada vez mais sucata e privatizada mediante convênios e vendas de serviços junto à rede privada, onde os serviços de diagnósticos se tornam alvo de interesse de corporações internacionais, servindo de moeda de troca para os acordos multinacionais, bilaterais ou mesmo regionais como a ALCA.

Defender o SUS significa defender o Estado de Direito e Democrático que queremos construir no Brasil. Por defendermos um Estado democrático e efetivo no seu papel de promotor de direitos, criticamos a Reforma do Estado no país e a mercadorização dos bens sociais, como o direito à saúde, e suas repercussões em programas focalizados e estruturalmente contrários à efetivação da política de saúde como política distributiva e universal, tão arduamente conquistada pelos movimentos sociais

brasileiros. Lutamos, portanto, contra o “infanticídio” (?) do SUS e para isso é necessário, de modo premente, desvendar suas contradições estruturais e conjunturais.

Solange Rocha. Jornalista. Educadora, coordenadora de Programas da Ong SOS CORPO – Instituto Feminista para a Democracia.

Verônica Ferreira. Assistente Social. Pesquisadora e educadora da Ong SOS CORPO – Instituto Feminista para a Democracia.



Parte 2

FAMÍLIA, GÊNERO E SAÚDE

GÊNERO, FAMÍLIA E COMUNIDADES: OBSERVAÇÕES E APORTES TEÓRICOS SOBRE O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Parry Scott

A questão de gênero é inextricavelmente associada a qualquer política pública que se pronuncia como direcionada à família. Quando se trata do Programa Saúde da Família (PSF) torna-se evidente, como em muitas outras aplicações específicas de políticas, que a problematização formal de gênero pelos idealizadores e administradores do programa é quase inexistente, não havendo nenhuma menção explícita à equidade ou às relações de poder entre homens e mulheres. Na observação da prática dos profissionais e outros trabalhadores em saúde inseridos nos programas, porém, é muito evidente o embasamento de ações e idéias em pressuposições sobre relações de gênero em diversas esferas de poder associadas à atenção básica de saúde. A mesma coisa acontece em relação ao termo "família". A "família" como idéia sintetiza noções imprecisas não somente de gênero, mas também de gerações (Ver Scott, 2004, no prelo) e de pertencimento a grupos na base de laços de consangüinidade e afinidade. Mesmo que a conceitualização da família na sua relação com a questão de gênero não costuma ser tarefa prioritária para administradores da atenção básica à saúde, à medida que a família é pronunciada "objeto prioritário" de uma aplicação de uma política, urge desenvolver uma reflexão mais pormenorizada sobre a questão. Essa é a finalidade deste trabalho, elaborado com base em diversas pesquisas e ações de colaboração e de docência realizadas junto ao programa de saúde da família em Pernambuco.

As observações apresentadas aqui resultam de três experiências profissionais diferentes: a primeira é uma pesquisa longitudinal sobre "Reprodução, Sexualidade e Programas de Saúde em Contextos Sociais Diferentes em Pernambuco" e "Estilos Reprodutivos e Organizações Representativas", apoiada desde 1998 pelo CNPQ e desde 2000 pela Fundação Ford. Essa pesquisa organizou equipes de pesquisadores para focalizarem grupos diferentes (moradores na periferia urbana, moradores de uma cidade de porte médio no pólo têxtil de Pernambuco, agricultores irrigadores reassentados e indígenas). Sempre se realçou a relação entre essas populações e os programas de saúde usando técnicas de observação, entrevistas, grupos focais, oficinas e trabalho em cooperação com organizações representativas. A segunda é outra pesquisa recente intitulada "Como estão as Relações de Gênero no Programa de Saúde da Família", idealizada e apoiada pela Prefeitura da Cidade do Recife via Coordenadoria da Mulher e a Secretaria Municipal de Saúde, com a participação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, a SOS Corpo e a FAGES (instituição que o autor coordena). Essa pesquisa observou as práticas de equipes de saúde da família *in loco* no Recife, realizou entrevistas e grupos focais e examinou os documentos oficiais da equipe, e ainda tem uma etapa de capacitação em gênero para cumprir ao escrever estas linhas. A terceira experiência é de docência, em mais de uma dezena de turmas de "especialização em saúde", junto a médicos, enfermeiros e odontólogos, onde se agregam em torno de 50 alunos cada, para os quais o autor ministra os módulos de "família e saúde" e de "metodologia de pesquisa", participando na orientação de trabalhos finais de uma multiplicidade de equipes.

O percurso do argumento deste trabalho segue por uma exposição breve sobre os momentos políticos de transformação de atenção básica, numa estratégia que prioriza a família em comunidades pobres, seguido por uma discussão sobre as implicações de enfatizar família mais do que gênero nas suas interfaces não somente com gerações, mas também com uma diversidade de outras esferas de ação. Para realizar a articulação entre essas questões apresentam-se, em seguida, considerações sobre

como mulheres e homens estão, efetivamente, integrados nas ações e concepções das equipes de saúde da família, realçando observações diretas, *in loco*, e respostas a entrevistas e falas em grupos focais. Finalmente, enfocando a discussão sobre políticas públicas, o fechamento do trabalho mostra como o tratamento das questões de uma perspectiva de gênero é evidenciado na mediação das equipes de saúde das relações de conflito e de cumplicidade entre o Estado, diferentes camadas sociais e o cidadão usuário dos serviços de saúde.

TRANSFORMANDO O MODELO: AFASTANDO-SE DE GÊNERO E APROXIMANDO-SE À FAMÍLIA

É curioso que os enormes avanços nos direitos de atendimento à saúde inscritos na Constituição de 1988 ocorrem como a culminação de um movimento social de reforma sanitária que contou, entre muitos grupos diferentes, com a atuação de expressivos contingentes de representantes de mulheres. Essas defensoras de abordagens feministas e de gênero estavam engajadas na promoção do Paim (Programa de Ações Integradas para a Saúde da Mulher). Depois da promulgação da Constituição as evidências das dificuldades para a implementação do PAISM revelaram ainda mais um enfraquecimento dessa luta, nunca abandonada explicitamente, mas paulatinamente relegada a planos menos prioritários. Observadores desse processo identificam diversos elementos nesse enfraquecimento.

Costa (1992), escrevendo após a instalação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e pouco antes da instalação do PSF, ressalta o limitado sucesso do Paim, cuja aplicação foi extraordinariamente desigual entre diferentes estados e regiões do país. A cobertura dos programas relacionados com saúde reprodutiva ficou sistematicamente aquém das demandas das populações, e as resistências políticas à sua instituição despontaram em local atrás de local. Arilha (2004) ainda chama atenção à “batalha perdida” de não conseguir diminuir altos índices de esterilização feminina. Com a proposta da mudança do modelo de atendimento à saúde, essas falhas percebidas contribuíram para o PAISM passar de uma política a ser resgatada (nos termos de Costa, 1992), para

um esforço reconhecidamente debilitado que está sendo substituído por outras ações, menos integrais para as mulheres, e mais dirigidas e pontuais.

O Paism, elaborado inicialmente num período mais hospitalcêntrico das políticas de saúde nacionais, teve como inspiração a defesa de mulheres como pessoas integrais, merecedoras de acesso a unidades de saúde, conscientes da multiplicidade das suas demandas e não redutoras delas às funções reprodutivas e maternais. O abandono, mesmo apenas relativo e parcial, do “hospitalcentrismo” do novo modelo de atenção à saúde contribuiu para criar mais uma barreira na luta por “unidades” especializadas. O novo modelo de universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade (Ver Vasconcelos, 1999; Scott, 2000; Viana e Dal Poz, 1998; Santos, 2000; Cordeiro, 1996) abriu espaço para uma atenção “territorializada” que veio se concretizar com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991. Como argumentei em outro lugar (Scott 2000), isso desfavorece o tratamento de “segmentos” da população com base em categorias sócio-demográficas específicas, entre as quais a categoria “mulheres” figura como a mais evidente.¹ A comunidade, como objeto territorializado, termina por incorporar as múltiplas categorias e hierarquias “naturalizadas” na vivência no espaço de moradia e vizinhança. A arena para a discussão de necessidades de segmentos específicos é subsumida a uma lógica espacial. A luta de segmentos, como mulheres, nesse contexto, encontra-se re-inserida em unidades comunitárias esfaceladas (“áreas adscritas” na terminologia do programa) em todo o país, onde a definição de um item para priorizar é muito difícil de estabelecer.

No seu primeiro esforço de re-ordenar as bases políticas da definição de prioridades da atenção básica a saúde, os idealizadores e administradores de PACS evidenciam, nos documentos orientadores (Brasil, 1994-a, 1994-b), a exigência da chancela de organizações comunitárias, moradores da comunidade, para se submeterem a uma seleção técnica

1 Outros segmentos incluem faixas etárias específicas (adolescentes, idosos, etc.), deficientes e portadores de outras necessidades especiais, trabalhadores de ramos específicos, etc.

e a uma capacitação para que possam ser capazes de representar as demandas da coletividade, trabalhando em prol da comunidade. Mesmo que tenha ficado evidente na prática que cada estado e município obedecia ou desobedecia essa determinação de acordo com as suas próprias preferências, pelo menos uma consequência foi muito clara: com as demandas diferenciadas por comunidades locais, restava menos espaço na agenda nacional para uma demanda organizada em torno de gênero.

Alguns estudos sobre movimentos comunitários (Couto, 1996, 1997; Mendes, 2000, 2001) revelam que a comunidade nem sempre é um campo de hegemonia masculina, nem de “neutralidade de gênero”. Em muitos locais o envolvimento de mulheres, proximamente identificadas com as suas vizinhas, advogando melhoras coletivas nos locais onde residem, comprovam a importância das mulheres por sua ação destacada nesses movimentos. Como a sua representação é dos interesses gerais da comunidade, elas, às vezes, mesmo cientes das demandas de mulheres e tendo participado em treinamentos específicos de gênero oferecidos por grupos feministas, são levadas a incorporar muitas questões adicionais no elenco das suas pautas prioritárias para ação comunitária. Isso não deixa de ser, por caminho indireto, outra limitação à ação que privilegia o “gênero” nessas comunidades.

Três anos depois, em 1994, inicia-se o Programa Saúde da Família (PSF), um novo programa incubado numa multiplicidade de experimentos locais espalhados pelo país e inspirados em modelos internacionais, sobretudo de Cuba e da China (Brasil, 1997), destinado a substituir em larga escala o PACS. Se não é o golpe de misericórdia na priorização de uma abordagem de gênero na atenção básica em saúde, pelo menos é mais um passo na direção contrária à sua incorporação explícita nas novas políticas territorializadas. Inclusive, a descrição de como implantar esses programas (Brasil, 1997) não enfatiza mais a participação da comunidade na indicação de agentes, deixando a prioridade para a seleção técnica e capacitação. Atrás dessa ausência há uma desconfiança do setor de saúde sobre a sua própria capacidade de

identificar a representatividade política das muitas organizações que se apresentam como representantes das comunidades. Eleita a família como novo enfoque, com a comunidade mantida, mas relegada ao segundo plano, muda-se a esfera de poder de onde operam os moradores das comunidades na representação dos seus interesses na busca da satisfação das suas demandas de saúde. A desigualdade inerente às hierarquias familiares naturalizadas nas comunidades contribui para mais um deslocamento que distancia a atenção básica de saúde de uma abordagem de gênero. Na passagem da *coletividade* enfatizada no PACS para as *unidades familiares* destacadas no PSF, seria impossível haver uma perda total da ação conjunta, onde há representação masculina e feminina, porém a não associação automática da “família” a movimentos coletivos contribui mais uma vez para ofuscar parcialmente a possibilidade da ação coletiva.

Uma vez estabelecido esse programa, o governo o rebatiza de “Estratégia”, como medida simbólica da rejeição à idéia de “programas”, para dissociá-lo da prática tradicional de promoção de campanha. Nesse processo, o (des)encontro entre a visão da equipe de saúde e a comunidade sobre quem são os homens, mulheres e famílias que compõem a comunidade põe em alto relevo as relações entre o estado, os mediadores das suas políticas e os usuários do sistema público de saúde. O estado usa as bandeiras de integralidade, universalidade, descentralização, participação comunitária, territorialização, e, sobretudo, priorização às famílias.

QUANDO A FAMÍLIA NÃO É GÊNERO, E GÊNERO É FAMÍLIA

O trocadilho da frase que anuncia este item ressalta como dois conceitos, evidentemente diferentes entre si, se articulam num campo específico de poder (no sentido de Bourdieu, 1993, 1996) para favorecer a identificação de disposições de atores no jogo entre gênero e classe. Não há acordos entre quem pensa a família sobre qual é o conceito mais operacional desse termo, nem há acordos entre quem pensa gênero sobre a mesma coisa (veja Woortmann, 1984, 1988; Bruschini, 1990, Goode, 1964, Prado, 1983, Levi-Strauss, 1985; J. Scott, 1995, Barbieri, 1991, Rubin,

1975). Não convém expor “a roupa suja” desse debate conceitual para esta discussão, porque a ênfase recai aqui na articulação entre dois campos aplicada à esfera de atenção básica de saúde, e não nas filigranas de definições. Dito isso, é possível enumerar as diferenciações segundo uma lógica de dois passos para cada questão abordada: primeiro vindo como a referência à “família” abarca campos semânticos diferentes de gênero, e, segundo, mostrando como ressaltar gênero resulta em tornar visível algumas questões que, de outra forma, poderiam manter-se pouco evidentes.

Evitando atizar a tomada de posicionamento favorável ou desfavorável às abordagens de família e de gênero expostas aqui, apresenta-se inicialmente, de uma maneira explícita, certas conceitualizações costumeiramente implícitas no uso dos termos, sem referir a autores que defendem ênfases diferentes. Quem aborda **família** como objeto de estudo costuma entender que é um conceito inerentemente polissêmico. Família remete à incorporação de relações de consangüinidade e aliança em torno da normatização de identificação de pares com relações sexuais estabelecidas, que empregam noções hierarquizadas de gênero, de geração e de idade para construir referências de pertencimento social a grupos. Desta forma, quem faz parte de famílias produz, reproduz, distribui, herda, e reside de acordo com os diversos princípios citados para a “casa” por Netting, Wilk e Arnould (1984). O uso contextualizado do termo “família” ora se remete a um grupo que reside num domicílio (“Eu moro com a minha família”), ora a toda uma linha ou rede de parentes (“Sou da Família Cavalcanti.”), ora a uma noção de solidariedade e pertencimento mais ampla (“Ele já é da família.” ou “é um estabelecimento familiar”). A força dada à questão das relações de poder internas ao grupo familiar oscila de acordo com as preferências de quem aborda a questão.

Já quem aborda **gênero** como objeto de estudo entende que o conceito refere a relações de poder na construção de diferenças e igualdades entre homens e mulheres, diferença essa que remete a dispositivos que conferem significações culturais e sociais a atributos identificados como masculinos e femininos nas mais diversas esferas de ação. Desta maneira,

gênero é, simultaneamente, um conceito menos abrangente incorporado dentro do conceito da família, e um conceito mais abrangente que informa um leque transversal de relações sociais, em que família entra como apenas mais um item.

Assim, se família não é gênero, ao mesmo tempo o inclui, e se gênero tem um raio de aplicabilidade que pode re-significar muitas das esferas de ação da família, convém identificar algumas das instâncias concretas quando esse processo ocorre.

A própria polissemia do conceito de família desavisa qualquer tentativa de adotar posicionamentos generalizadores sobre as conseqüências de priorizar a “família” em políticas, mas na esfera concreta de atendimento a saúde, ao pensar os atores envolvidos, é seguro dizer que há um favorecimento do conceito “senso comum” reforçado por instruções administrativas. Assim, o que segue não é uma comparação rigorosa da aplicação de conceitos de família e de gênero. É, sim, um exercício para identificar potenciais pontos de conflito e conformação entre noções de família que poderiam ser empregadas por equipes de saúde da família, e as re-interpretações que o acréscimo da noção de gênero pode operar nelas. Ou seja, é concentrar-se em questões quando gênero é incorporado a família, sem reduzir a polissemia do termo família.

Desta forma, exagerando propositalmente as conseqüências de uma abordagem simplificada de família, em que o senso comum e a idealização permitem um “passeio” entre significados oscilantes pelos próprios atores, pode-se entender que família é um conceito que esconde a questão de poder, enquanto gênero a aborda explicitamente, tornando-se um eixo fundamental para interpretação.

Há um princípio de união e de inclusão “englobado” (no sentido de Dumont, 1996 e Duarte, 1996) que permeia a noção de família. Dessa perspectiva, os atores familiares obedecem a papéis e promovem complementações, o que é muito diferente que a negociação desigual entre homens e mulheres, posta como ponto de partida para uma análise de gênero, pautada em idéias difusas sobre os direitos no individualismo moderno. No molde de ações familiares, o **casamento, o nascimento** e a

filiação se unem num ato instaurador da família na aliança entre grupos de parentes, pessoas enamoradas e expectativas de reprodução. No molde de gênero, já se questionam as implicações desses três atos para o poder entre as mulheres e homens envolvidos neles. Pergunta-se quais as conseqüências da formação da união e do aparecimento de filhos sobre a divisão de trabalho e as relações de atividade e outras facetas das relações desiguais e recíprocas entre homens e mulheres.

A família é uma instituição cuja história se associa à legitimação e não-legitimação de relações sexuais, enquanto a perspectiva de gênero acresce que o sexo é fonte de criação identitária positiva ou negativa dependendo da maneira que se articula entre homens e mulheres.

A referência a um “moral familiar” sugere uma imagem de união, convergência, reciprocidade e solidariedade² que é desconstruída pela interpretação de gênero quando ressalta que há quem controle a unidade familiar, referência da idéia de “moral”, e que as imagens criadas no seu entorno podem favorecer a perpetuação da desigualdade.

Em resumo, crescer a noção de gênero à noção de família ancora as referências em relações de poder entre mulheres e homens sem perder por inteiro a polissemia da idéia de família. É importante explorar essa interface para entender de que família o Programa de Saúde da Família está falando. Como não podia deixar de acontecer na esfera de saúde, a noção de família e de papéis de sexo é sujeita a uma naturalização que sugere uma possível origem biológica das práticas a ela relacionadas. Essa idéia costuma ser combatida pelos autores da abordagem de gênero, que insistem na construção social e cultural de imagens sobre diferenças biológicas.

Há mais um aspecto imprescindível para ser tomado em conta ao observar as relações de gênero no PSF. Trata-se do fato que a instalação de uma equipe de atenção básica a saúde numa comunidade é um ato repleto de conteúdos que se referem ao poder, em que o Estado, ao traçar

2 Justamente por causa disso, a idéia de moral familiar vem associada regularmente a posições políticas conservadoras, incorporadas a palanques de opositores da democratização de relações familiares.

a sua estratégia para alcançar os objetivos de mudança no modelo de atenção à saúde para os cidadãos, faz muito mais que apenas oferecer (dentro das suas limitações) serviços universalizados, descentralizados, participativos e integrais. A sua mera presença incentiva um ato contínuo de disciplinamento e vigilância no sentido de Foucault (1984) Donzelot (1986) e Costa (1993). A equipe que media a relação, por mais complexa e variada que seja, tem uma composição originada num ideário administrativo de camadas médias de “articular o uso de trabalho de outros” (Scott 1996), em que o exercício dessa mediação dominante suscita uma resistência a ela (no sentido identificado por Goffmann, 1963 e James Scott, 1990, 1998). Isto informa a tensa relação entre o estado e o cidadão como também entre camadas, classes ou quaisquer outras formas desiguais de organização social.

Descrevi em outro trabalho (Scott, 2004, no prelo) uma das manifestações da simplificação de noções de parentesco e família que fazem parte do olhar dos integrantes do PSF sobre as comunidades onde operam:

Com algumas exceções normatizantes notáveis, a recusa quase sistemática de profissionais de saúde de dar realce ao parentesco se remete à criação de uma distância enxergada como necessária para o desempenho adequado da própria profissão de cuidar da saúde dos outros. A denominação “programa saúde da família” simboliza uma combinação de ação proposital e dirigida em favor de saúde, junto com adesão a valores que enfrentam o desafio de reduzir a distância social entre pessoas de camadas sociais distintas. Em alguns locais o programa nacional que adota esta designação é reinterpretado como “saúde em casa”, refletindo com mais fidelidade o que ocorre com o processo de cadastramento que, simplificando para facilitar a administração, equaciona uma casa a uma família. Inclusive pesquisa no Recife verificou que nas próprias fichas padronizadas disponibilizadas pelo SIAB [Sistema de Informações da Atenção Básica a Saúde], não há nem local formal para o grau de parentesco entre os habitantes da cada casa.

É a convivência dos profissionais com estas populações, e não as ferramentas e orientações provenientes das normas do seu trabalho, que favorece a percepção da solidariedade dentro e entre famílias aparentadas que habitam nas comunidades. Mesmo que os profissionais reconheçam a importância do pertencimento familiar dos comunitários que procuram a unidade, quando realizam os atendimentos aflora a percepção médico-sanitária da inserção das pessoas de acordo com a sua idade e sexo.

GÊNERO NAS FAMÍLIAS ATENDIDAS: AS MULHERES PREFERENCIAIS

Como a biologia é a ciência da vida e os princípios técnicos do atendimento de saúde estão calcados na biologia desde a própria formação acadêmica, a perpetuação de um enfoque materno-infantil, independente do modelo em que está inserido, já anuncia uma predileção por mães, reprodutoras da espécie. Cada unidade de saúde está repleta de mães: as mães recentes recebendo orientações sobre como cuidar do seu bebê, adotando práticas higiênicas de amamentação e de alimentação corretas; as mães que acompanham os seus filhos mais crescidos e inclusive os pais dos seus filhos à unidade; as grávidas fazendo pré-natal; as mães “duas vezes” que ganham o apelido carinhoso de vovô ou voinha, ressaltando a sua contribuição à formação de uma linha de perpetuação da vida; as “mães comunitárias (Cantarelli 2002) que são as agentes comunitárias de saúde que visitam os usuários e usuárias e dão orientações sobre o tratamento de saúde igual a quaisquer outras mães bem informadas; e as próprias enfermeiras e médicas, mães para a comunidade quando a sua sensibilidade permite! Essas mães que não acabam mais se inserem em diferentes níveis e lidam diferentemente com poder e autoridade, mas a busca simbólica do papel materno reforça constantemente a preferência por mulheres reprodutoras e cuidadoras. Inclusive, basta uma mulher passar perto do posto para um profissional de saúde a apelidar de “mãe” ou “maíinha”, mesmo se não estiver acompanhada por um filho. As agentes de saúde, que são as vizinhas dessas mulheres, são mais propensas a usar os nomes próprios delas, mas no seu afincamento de mostrar a adesão à carreira sanitária, também boa

parte adota o termo de referência materno.

As mães são as cúmplices dos profissionais de saúde, pois somente por intermédio delas é que se pode alcançar a meta de reduzir a mortalidade infantil, meta prioritária e principal indicador de sucesso da equipe de saúde. Também as mães são quem adotam o papel de cuidadoras dos seus dependentes e mesmo dos seus parceiros, e assim assumem com “naturalidade” as tarefas e o discurso relacionados à saúde (ver Scott, 1991). Quando o profissional desconfia que alguém não está captando as suas orientações e, conseqüentemente, não vai segui-las, costuma procurar as mães ou as esposas para ajudar na interpretação, compreensão e obediência dessas instruções. Assim, a equipe de saúde privilegia a “mãe de família”, atribuindo a ela uma valorização mais intensa e estabelecendo relações que possam reforçar e dar destaque aos atributos naturalizados do papel a ela conferido na família. Simultaneamente, esse destaque tem um preço, pois é cobrada à mãe a disponibilidade de tempo para exercer a atividade de cuidar e de acompanhar, esperando-se que o seu tempo seja mais “disponível” que o do provedor masculino. A sua presença, já esperada, na unidade de saúde é entendida como uma manifestação “menos urgente” de problemas do que a presença de um homem representa. Espera-se uma maleabilidade maior dessas mães, que possam enfrentar freqüentes e demoradas esperas para atendimento e ainda dar um jeito para dar conta das suas outras atividades (entre as quais pode figurar, por acaso, o trabalho remunerado!).

A mulher como esposa não encontra tanto espaço na unidade. Mesmo podendo acompanhar o marido ou estimulá-lo para se tratar ou buscar remédios e resultados de exames para ele, é novamente na esfera de reprodução que ela encontra mais ressonância para as suas necessidades, priorizadas em torno de acesso a anticoncepcionais e, muito secundariamente, evitação de infecções sexualmente transmissíveis. O controle da sua reprodução, desejado por ela como meio de administrar e planejar a sua vida conjugal e familiar calha perfeitamente com o temor

generalizado das camadas médias sobre a reprodução, supostamente desenfreada, dos pobres. Esse temor que ainda povoa a cabeça dessas camadas como atesta uma diversidade de declarações de políticos e jornalistas formadores de opinião e de projetos de leis restritivos à reprodução. Raramente os homens são convidados (e nem se sentem à vontade quando são!) para participar das reuniões sobre métodos anticoncepcionais, restringindo-se às suas manifestações mais claras de interesse aos jovens, geralmente não casados, na procura de preservativos. Quem regula o tamanho da prole são elas, mesmo que o uso da contracepção seja uma peça constante nas negociações de relações de poder entre homens e mulheres na comunidade (ver Quadros, 2004 para uma extensa discussão sobre essa questão). Como ressalta Quadros, há uma nítida transformação de ênfase de responsabilidade para o uso de métodos para maior exclusividade feminina após a união conjugal, o que está em consonância com a atuação das equipes de PSF.

Nos grupos domésticos de baixa renda a prevalência de casas chefiadas por mulheres é alta; as separações e rearranjos sexuais, conjugais e residenciais ocorrem com frequência; e o número de filhos, mesmo em plena queda, continua acima da média geral societária. Assim, os integrantes da equipe de saúde estão constantemente desafiados para reavaliar a sua noção idealizada da família burguesa pequena, organizada, solidária e refúgio da esfera pública (versão essa, por sinal, que nem corresponde bem à realidade das próprias famílias de camadas médias). Este caminho de reavaliação está pavimentado por observações constantes e acentuadas sobre a desorganização das famílias atendidas, a começar com a imposição de uma ficha cadastral que sugere ser a entrada e saída de residentes de domicílios uma prática irregular! Receber parentes, por períodos longos ou curtos, permite que filhos sejam criados pelos outros (a circulação de crianças descrita por Fonseca, 1995), desfazer-se de um marido que não presta e admitir outro, viajar para tentar achar trabalho ou de outra forma melhorar de vida em outro local, todos são fatores absolutamente corriqueiros na vida familiar integrada a redes de parentesco e de aliança, promover entradas e saídas de

dependentes que casam, mas não raramente as modificações resultantes nas fichas de cadastro dão um nó na cabeça dos disciplinadores da saúde familiar, cujo apego ao cadastro feito anteriormente sugere que as famílias dos usuários não deveriam mudar de composição (talvez seja com o intuito restrito de não ampliar a burocracia do seu trabalho!). Quando uma mãe tem filhos de diferentes e sucessivos parceiros sexuais, é motivo para marcar a sua diferença com comentários de quem “compreende”, mas mesmo assim “estranha” e questiona tanto a sexualidade das mulheres, quanto as intenções dos homens. A proximidade às pessoas da comunidade reduz a probabilidade de que esse tipo de observação redunde em atitudes preconceituosas na interação diante dessas mães que tiveram vários maridos ou que são profissionais de sexo. Mas isso não implica que nos “bastidores” (conforme o termo de Goffman, 1963), na equipe, não se façam comentários entre amigos e colegas das mesmas camadas profissionais sobre “como aqueles filhos são diferentes!”.

Um dos acontecimentos que mais serve para marcar essa diferença é a gravidez entre adolescentes, cujo espaço condenatório no discurso de saúde é bem definido como “gravidez de risco.” Nessas ocasiões, a vontade de “prevenir” é muito maior que a vontade de “compreender”. Alertados sobre o risco à saúde da mãe, e também sobre o percebido e imaginado risco da alta fecundidade das camadas populares, os integrantes da equipe pensam as conseqüências para os próprios pobres e para a relação deles com outras camadas. Dobram os esforços para adiar o tempo que as meninas levam para entrar na categoria de “mãe” no trabalho da unidade de saúde. Trabalham para perpetuar o *status* de “filha” e de “namorada” bem informada sobre como prevenir a gravidez, tentando promover reuniões em que o assunto é a informação sobre anticoncepcionais e não outras práticas de integração saudável dos jovens. O trabalho de promoção de saúde que deveria ocorrer entre adolescentes, grávidas ou não, é pouco favorecido por muitas razões (veja Albuquerque, 2003 e Albuquerque e Stotz, 2004, que detalham esse desfavorecimento) que inclui, entre outros motivos, a determinação do cálculo de produtividade do profissional (avaliado pelo número de

consultas realizadas). O espaço coletivo para esses jovens termina, efetivamente, sendo bastante reduzido, integrando quase unicamente as grávidas que vão entrar na rotina de pré-natal. Símbolos da “diferença familiar” dos usuários, comentada extensamente pelos integrantes da equipe de saúde, essas jovens terminam por se integrar à categoria preferencial de “mães” por precisaram ser incluídas nas práticas tradicionais de consultas materno-infantis.

GÊNERO NAS FAMÍLIAS ATENDIDAS: OS HOMENS TEMIDOS

Se quem tem conhecimento sobre a saúde são as mulheres, o que é que os homens têm para fazer nas unidades de saúde? Parece que esta idéia é um embasamento comum da cultura popular e da prática de integrantes da equipe de saúde. Com a sala de espera repleta de mulheres, bebês e crianças, inclusive com algumas mães que dão de mamar, os homens que comparecem à unidade acham os espaços externos menos constrangedores e mais convidativos, preferindo ficar lado de fora para aguardar a sua vez. Desse modo, são relativamente poucos aqueles que se motivam a comparecer, e mesmo esses não são incentivados a continuar comparecendo, a não ser quando são os “pais” ocasionais que acompanham as suas mulheres e filhas no cuidado de recém-nascidos e filhos pequenos.

A construção da imagem do homem pelos profissionais de saúde é muito diferente que à da imagem das mulheres. nem se fixam numa imagem do pai, homem provedor, muito presente entre as próprias camadas populares, como atesta Sarti (1996). A vulnerabilidade das camadas populares se evidencia na precariedade de oportunidades de ganho, corroendo a possibilidade de cumprir com as demandas do papel da imagem do pai provedor. O desemprego, a frustração, o consumo de álcool e também o envolvimento de alguns com atividades ilícitas conjugam-se para situar o homem num plano que o aproxima mais à categoria de “ameaça” do que a de “provedor seguro”, e isso é patente em muitas facetas da sua interação com as equipes de saúde.

Não é nenhum segredo que a mortalidade juvenil, além de estar em

ascensão, é quase exclusivamente masculina (veja Weiselfisz, 2003). A exposição permanente ao perigo da morte embasa as decisões dos jovens das camadas populares sobre o que fazer nas suas práticas cotidianas, e não os aproxima da unidade do PSF, uma vez que esta percebe as ações de prevenção e de repressão de violência como responsabilidade prioritária de outros setores (educação, ação social, esportes e segurança pública/defesa). Algumas tentativas observadas de lidar com a questão do tabagismo e das substâncias tóxicas, apoiadas pelo setor de saúde, resultaram em confronto direto com interesses de alguns integrantes da comunidade, que afastaram de uma forma ameaçadora os jovens que tinham participado da interação com o governo, alertando-os que era importante eles não serem confundidos com perseguidores e dedos-duros. Assim o trabalho “intersectorial” de combate à criminalidade e diminuição do índice de mortalidade juvenil dificilmente recebe adesões calorosas dos trabalhadores de saúde. Fica criado um espaço de cegueira conveniente do PSF em torno do ambiente “insalubre” da pobreza, urbana ou rural.

Também não é nenhum segredo que alguns homens integrantes das comunidades já encontraram o seu nicho de “provedor” realizando atividades ilícitas com o pleno conhecimento das suas vizinhanças. Nessa hora vigora, em respeito à integridade física de quem tem conhecimento, a muito conhecida “lei do silêncio” que, num ato de cumplicidade forçada, amordaça tanto vizinhos quanto integrantes das equipes de PSF. Não é raro a equipe toda (marcadores de consultas, agentes, auxiliares, enfermeiro, médico e odontólogo) se mobilizar para modificar a ordem de atendimento respondendo às necessidades de um criminoso conhecido, a quem “não é conveniente aguardar na fila” para não “ficar exposto” por muito tempo.

Também não é nenhum segredo que a tensão em casa entre homens e mulheres e entre pais e filhos (Guerra, 1993; Schraiber et alli, 2002; D’Oliveira e Schraiber, 1999) promove rompantes de descontrole em que os homens procuram exigir a obediência dos seus “dependentes” pela força. Os incidentes de violência doméstica têm dois endereços fixos:

as delegacias (comuns e especializadas) e o silêncio sofredor. Muito mais do que um respeito à privacidade alheia, o ditado de que “em briga de marido e mulher não se mete colher” conota uma tática de autoproteção na qual quem age de acordo com os preceitos da frase tem menos probabilidade de ser a próxima vítima do agressor. Se emprego e renda são difíceis, é ainda mais difícil contar com o apoio eficiente de uma rede de proteção a vítimas e denunciantes, montada pelo governo e seus serviços de apoio psicológico e de segurança em colaboração com organizações não-governamentais e filantrópicas. Como as equipes de saúde têm um conhecimento privilegiado da comunidade por estarem atendendo no local diariamente, tornam-se “quase” moradoras. Como os integrantes são simultaneamente “da comunidade” e “do governo” a primeira suspeita sobre quem denunciou um ato de violência cai sobre eles. Quem sofreu agressão muitas vezes passa pelas unidades de saúde (ver Schraiber et. Alli, 2002; D’Oliveira e Schraiber, 1999) e então, além dos vizinhos (especialmente as vizinhas!) mais próximos, são os integrantes da equipe que primeiro tomam conhecimento das consequências da ação. Essa situação cria uma ambigüidade entre a obrigação profissional da denúncia e a garantia da manutenção de um espaço de atuação dentro da comunidade com a adoção das suas próprias leis de convivência. Desta forma, homens agressores têm mais um apoio para se perpetuarem nesse meio.

Também não é nenhum segredo que viver na pobreza dilapida as condições físicas dos pobres, diminuindo as suas expectativas de vida quando comparada com as expectativas de outras camadas. Quando se trata dos homens esse enfraquecimento progressivo abre perspectivas para uma aproximação com as unidades de saúde. A biologização do seu sofrimento, manifestada em diabetes, hipertensão e outras patologias adquiridas ao longo da vida, tornam esses homens alvos de organização de grupos de homens e mulheres co-sofredores de patologias “de idade.” Estes são os homens que são bem-vindos à unidade, que são convidados a comparecer. Fragilizados pela vida, e, quando aposentados, detentores de uma fonte segura de renda como “provedor”, eles são apenas uma

sombra dos homens agressivos e ameaçadores que povoam a imagem construída na relação da equipe de saúde com a comunidade. Estes, sim, ganham o apelido de “vovô” que simbolicamente os re-insere numa rede de família e parentesco, outorgando a eles uma posição de respeito ganho por essa posição de “autoridade” na família. Talvez isso explique parcialmente a revolta expressa continuamente pelas equipes de saúde sobre a “negligência” e o “abandono” dos idosos, pois justamente na hora que os homens conquistam uma imagem associada à família solidária idealizada, a questão da “preocupante” organização da família na pobreza opera (veja os comentários sobre as mulheres no item anterior!), produzindo um questionamento dos integrantes da equipe a respeito da capacidade desses senhores de idade em assumir a condição de referência para a reprodução de uma linha de descendentes que possam ser vistos como “a sua família.” Quando se trata de senhores de camadas médias detentoras de patrimônios que possam ser utilizados para investir na construção do capital social dos descendentes, isto é evidente, mas quando o patrimônio é pequeno e depende de transferências do governo toma outro sentido.

Talvez o melhor segredo guardado sobre a participação dos homens nas unidades de saúde é que, mesmo diante das enormes barreiras à sua participação, a observação direta comprova que costumam representar em torno de 20% das pessoas presentes na rotina cotidiana. Estes homens, que confirmam a busca masculina de saúde e sugerem um possível envolvimento numa construção mais igualitária de atividades em família, raramente são referenciados pelas equipes de saúde. E são eles que mais se aproximam de uma noção idealizada de família solidária. Mesmo assim, o peso da diferença que a pobreza traz, e a diferença que o fato de ser homem representa na aferição de sua confiabilidade, retira deles uma visibilidade merecida para se compreender como lidam com a saúde de si mesmos e das suas famílias.

A SAÚDE DA FAMÍLIA PARA CIDADÃOS HOMENS E MULHERES

Não é por se denominar saúde da família, nem por ter passado de comunidade para família (de PACS para PSF) que a estratégia do novo modelo de atendimento a saúde, territorializando a atenção básica, contem contradições na articulação entre o emprego dos conceitos de família e gênero pelas equipes. Porque é um serviço que desloca uma equipe composta de profissionais altamente qualificados, oriundos das camadas médias, para comunidades pobres onde vão colaborar com agentes locais (ACS). Assim, a equipe acumula uma perspectiva que incorpora as noções locais cotidianas de família e gênero, junto com idealizações trazidas de um modelo arraigado de família estável, acolhedora e solidária, própria das camadas médias.

Há uma busca de uma família reprodutora, uma mãe zelosa que controla o número de filhos e se dedica às tarefas de casa. Há um esforço de disciplinar as mulheres que não cabem nesse modelo, como adolescentes grávidas, mulheres que trocam frequentemente de parceiros e prostitutas (nem se fala em lésbicas!), para tentar fazê-las conformar-se ao modelo. As mulheres “salientes” (veja Quadros, 2004) estão sujeitas a ações corretoras ou ao banimento à invisibilidade. A sensibilidade que muitos profissionais têm ao sofrimento das mulheres na vivência cotidiana de relações de gênero desiguais produz um discurso de companheirismo e de apoio aos seus esforços de se livrar dos homens que têm dificultado as suas vidas. Isso ainda não encobre uma preferência pelo mesmo modelo de família solidária. Pelas ações da equipe de saúde, constrói-se uma família das mulheres que “marginalizam os homens”, como observou Woortmann (1986) ao estudar camadas populares e religiões afro-brasileiras na Bahia nos anos sessenta. Mas o papel preferencial dessa mulher continua calcado na idéia da reprodutora, e não da mulher independente, de força e detentora de poder como almejam as políticas de ação baseadas em teorias de gênero.

Os homens incomodam muito mais as equipes de PSF porque não são percebidos como homens de família. Pela sua atuação em esferas públicas, nas comunidades locais e nos seus grupos domésticos,

representam uma ameaça à convivência pacífica sugerida no modelo imaginário da “família, base de tudo” consagrada na constituição e elemento basilar para a ação de saúde nas comunidades. O modelo do macho agressor que impõe o seu poder sobre as mulheres e que permeia a vida comunitária de homens que encontram poucas oportunidades de ganho para prover as suas famílias, promove uma convivência tênue das equipes de saúde com as regras de silêncio da comunidade. A proteção é para quem está nesse ambiente, e isso cria um pacto ilusório com as interpretações de gênero que ressaltam a desigualdade de gênero.

Duas esferas de poder se encontram. O Estado controlando os cidadãos por intermédio de equipes que mediam a chegada do seu poder às comunidades, e as relações de gênero que se articulam na perpetuação de uma desigualdade que ressalta agressividade e ameaças masculinas e zelo e cuidados femininos. Nesse encontro, que oferece brechas ocasionais para a superação de algumas desigualdades pontuais, o que sobressai é o reforço à continuidade de confrontos de poder, e a referência a um modelo idealizado de família. O Gênero no PSF precisa ser seriamente repensado, se estas equipes pretendem contribuir para transformações na direção de uma sociedade mais democrática e igualitária, tão profusamente presente nos documentos que fundamentam a instalação de um novo modelo de atendimento.

Os ganhos inquestionáveis acarretados na qualidade de serviços de saúde com a política territorializada dos programas de PACS e de PSF resultaram no recrudescimento de uma política específica de gênero na saúde que favorecia o acesso de mulheres a unidades especiais (PAISM). Ao mesmo tempo, manteve o enfoque preferencial de mulheres e uma prática de reforço do afastamento e demonização masculinos. Embora inicialmente possa parecer que esta divisão seja devida a uma aplicação pouca matizada de um modelo ideal de uma família solidária, não seria mediante uma simples substituição com idéias calcadas em teorias de gênero que haveria uma maior aproximação e igualdade nos serviços. Sem sombra de dúvida, as relações entre o Estado e o cidadão e entre as

camadas médias e as camadas populares mostram ser uma das forças matrizes para a perpetuação de desigualdades que se manifestam ao nível de gênero e de família.

Parry Scott. *Pesquisador e Docente do FAGES - Pós-graduado em Antropologia pela FAGES e em Sociologia pela UFPE -*



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU FILHO, Ovídio de. *Sangue, raça e luta: identidade e parentesco em uma cidade do interior*. Dissertação de mestrado, Museu Nacional/UFRJ/PPGAS. Rio de Janeiro, 1980.
- ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de. *A educação popular em saúde no município do Recife: em busca da integralidade*. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública-FIOCRUZ, 2003.
- ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de e STOTZ, Eduardo Navarro. (A educação popular em saúde no município: em busca da integralidade). *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 15 (8), pp. 239-245. s.l., s.e., 2004.
- ALVIM, Maria Rosilene e GOUVEIA, Patrícia (orgs). *Juventude: anos 90*. Rio de Janeiro, Contracapa, 2000.
- ARILHA, Maragareth. "Contracepção, empowerment e entitlement: um cruzamento necessário na vida das mulheres." (http://www.fhi.org/em/RH/PUBS/WSP/Brasil_Abs_Port.HTM (acessado em 22/09/2004).
- BARBIERI, Teresita de. "Sobre la categoría género; una introducción teórico-metodológica." In: AZERÉDO, S. & STOLCKE, V (Coords.). *Direitos reprodutivos*. São Paulo, FCC/DPE, 1991.
- BARROS, Myriam Lins de. *Autoridade e Afeto: avós, filhos e netos na família brasileira*. Rio de Janeiro: Zahar, 1987.
- BARROS, Myriam Lins de (org.). *Velhice ou Terceira Idade?* Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2003, 3ª. ed.
- BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Lisboa: DIFEL; Rio de Janeiro: Bertrand, 1992.
- BOURDIEU, Pierre. "A propos la famille comme catégorie réalisée." *Actes de la Recherche en Science Sociales*, 100. Paris: s.e., 1993.
- BOURDIEU, Pierre. *A dominação masculina*. Educação e realidade, 20 (2), pp.133-84, jul./dez. s.l., s.e., 1995.
- BOURDIEU, Pierre. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 1999.
- BOURDIEU, Pierre. *Razões práticas*. São Paulo, Papius, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Construindo um novo modelo: os municípios já têm histórias para contar*. Cadernos Saúde da Família, 1 (1), jan./jun. Brasília, s.e., 1996.
- _____. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, s.e., 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. *Normas e diretrizes: Programa de Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília, MS, Fundação Nacional da Saúde, 1994a.
- _____. *Programa de Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília, s.e., 1994b.
- BRUSCHINI, Maria Cristina Aranha. *Mulher, casa e família*. São Paulo, Fundação Carlos Chagas, 1990.

- CANTARELLI, Jonnhy. *Mães Comunitárias: o papel de agentes de saúde no Ibura-Recife*. Trabalho apresentado no **VII Congresso de iniciação científica**. Recife, UFPE, 2002.
- CORDEIRO, Hésio. (1996) *O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS*. Cadernos Saúde da Família, 1 (1), jan./jun., pp. 13-5. Brasília, 1996.
- COSTA, Albertina. *O PAISM: uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada*. São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução, 1992.
- COSTA, Rosely Gomes. *Saúde e Masculinidade: reflexões de uma perspectiva de gênero*. Revista de Brasileira de Estudos Populacionais, 1 (20), jan./jun., pp. 79-82. s.l., s.e., 2003.
- COUTO, Márcia Thereza. *Eu nem me reconheço daquela que eu era - (Re)definindo espaços: mulheres, ação política e relações de gênero*. Dissertação de Mestrado em Antropologia/UFPe. Recife, s.e., 1996.
- _____. *O significado da ação política feminina nos anos 90: uma análise do Grupo de Mães do Alto da Favela*. Cadernos de Estudos Sociais da Fundação Joaquim Nabuco, 1(13), pp. 241-254. Recife, 1997.
- D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. *Violência de gênero, saúde reprodutiva e serviços*. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. (orgs.) **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- DONZELOT, J. *A polícia das famílias*. Rio de Janeiro: Graal, 1986, 2ª. ed.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor/CNPq., 1996.
- DUMONT, Louis. "Homo hierarchicus - le système des castes et ses implications." Paris: Gallimard, 1996.
- DURHAM, Eunice. *A família e a mulher*. Cadernos CERU, 18, São Paulo: CERU-USP, 1983.
- ELIAS, Norbert e John J. SCOTSON. *Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.
- FONSECA, Claudia. *Os caminhos da adoção*. São Paulo, Cortez, 1995.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1984, 4ª. ed.
- FRANCH, Mônica. *Nada para fazer: um estudo sobre atividades no tempo livre entre jovens da periferia do Recife*. Revista Brasileira de Estudos Populacionais, 2 (19), jul/dez, pp. 117-133. s.l., s.e., 2003.
- FREIRE COSTA, Jurandir. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1993.
- GOFFMAN, Erving. "Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity." New York: Prentice Hall, 1963.
- GOODE, William J. "The Family". Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1964.
- GUERRA, Alba Gomes. *Perda e miséria: o dia-a-dia de favelados*. Recife: Ed. Inojosa, 1993.
- LEVI-STRAUSS, Claude *et. alli. A família: origem e evolução*. Col. Rosa dos Ventos, v. 1. Porto Alegre: Vila Martha, 1985.
- MENDES, Mary Alves. *Mulheres no PREZEIS: redefinindo as relações de gênero no âmbito*

- do doméstico. Dissertação de Mestrado em Sociologia – PPGAS/UFPE. s. I., s.e.,2000.
- MENDES, Mary Alves. *Mulheres no PREZEIS: conquistando a cidadania e alterando as relações de gênero*. Cadernos de Estudos Sociais da Fundação Joaquim Nabuco, 1 (17), pp.109-132. Recife, 2001.
- PEIXOTO, Clarice. (org.) *Família e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2004.
- PORTELLA, A. P. e GOUVEIA, T. *Políticas sociais de saúde: uma questão de gênero? - o caso das Agentes de Saúde do Município de Camaragibe-Pe*. Cadernos SOS, v. 3, Recife: SOS Corpo, 2001.
- PRADO, Danada. *O que é família?* São Paulo: Brasiliense, 1983.
- QUADROS, Marion Teodósio de. *Homens e Contracepção: práticas, idéias e valores masculinos na periferia urbana do Recife*. Tese de Doutorado/PPG Sociologia/UFPE. Recife, s.e., 2004.
- RUBIN, Gayle. "The traffic in women: notes on the political economy of sex," In REITER, R. (ed) **Toward an Anthropology of Women**. New York: Monthly Review, 1975.
- SANTOS, Naíde Teodósio Valois. *Programa Saúde da Família como cenário para implantação de ações de promoção de saúde: processo em construção no município de Cabo de Santo Agostinho*. Monografia NESC/CPQAM/FIOCRUZ/MS. Recife, s.e., 2000.
- SARTI, Cynthia Andersen. *A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres*. Campinas: Autores Associados, 1996.
- SCHRAIBER, Lilia B; D'OLIVEIRA, Ana Flávia P.I.; FRANÇA JÚNIOR, Ivan; DINIZ, C. S. G.; PORTELLA, Ana Paula; LUDERMIR, A. B. *Homens, relações familiares e violência de gênero na cidade de São Paulo (SP) e zona da mata de Pernambuco (PE)*. Revista Brasileira de Epidemiologia: livro de resumos do V Congresso Brasileiro de Epidemiologia, n. esp., v. supl., p. 33. São Paulo: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO, 2002.
- SCOTT, James C. "Domination and the Arts of Resistance: Hidden Transcripts." New Haven: Yale, 1990.
- SCOTT, James C. "Seeing Like a State: how certain schemes to Improve the Human Condition have failed." New Haven: Yale, 1998.
- SCOTT, Joan. *Gênero: uma categoria útil para análise histórica*. Recife, SOS-CORPO, 1995.
- SCOTT, R. Parry. *Gênero, família e saúde*. In: IV Encontro de Ciências Sociais do Norte-Nordeste. Anais. Recife: Fundação Joaquim Nabuco/Massangana, 1991.
- SCOTT, R. Parry. *Transição política e a agenda de programas de saúde reprodutiva em regiões de periferia Nacionais: O caso do Nordeste Brasileiro*. In: OLIVEIRA, M. C. de et. al. (orgs). **Saúde reprodutiva na esfera pública e política na América Latina**. Campinas: NEPO, 2000.
- SCOTT, R. Parry . *Programa de Agentes Comunitários de Saúde e da Saúde da Família:*

dilemas da reprodução orientada, gênero, geração e cidadania. In: V. Vasconcellos, V. Gico e P. Sobrinho. **As Ciências Sociais: desafios do milênio**. Natal: EDUFRRN-PPGCS, 2001.

SCOTT, R. Parry (org.) *Saúde e pobreza no Recife: poder, gênero e representações de doenças no bairro do Ibura*. Recife: NUSP/Editora Universitária da UFPE, 1996.

SCOTT, R. Parry (1996) *A Etnografia da família de camadas médias e de pobres urbanos: trabalho, poder e a inversão do público e do privado*. Revista de Antropologia do PPG em Antropologia da UFPE, 2 (1), pp. 142-160. Recife, 1996.

SCOTT, R. Parry. *Gerações, comunidades e o programa saúde da família: reprodução, disciplina e a simplificação administrativa*. In: Myriam Lins de (?). *Família e Gerações*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2004 (no prelo).

SCOTT, R. Parry e FRANCH, Mônica. *Jovens, moradia e reprodução social: processos domésticos e espaciais na aquisição de habilidades e conhecimentos*. In: Estudos de Sociologia. Recife: PPG Sociologia, UFPE, 2004 (no prelo).

SCOTT, R. Parry, QUADROS, Marion e LONGHI, Márcia. *Jovens populares urbanos e gênero na identificação de demandas de saúde reprodutiva*. Revista Brasileira de Estudos Populacionais, 2 (19), jul./dez., pp. 208-228. s.l., s.e., 2002.

SILVEIRA, Maria Lúcia de *Antropologia e saúde da família: acordos e desacordos na construção de uma interface de trabalho*. Trabalho apresentado no Simpósio especial convergências e divergências entre a antropologia e a saúde pública no cenário contemporâneo. **V Reunião de Antropologia do Mercosul**. Florianópolis, 2003 (nov./dez.)

VASCONCELOS, Eymard M. *A priorização da família nas práticas de saúde*. Saúde em Debate, 53 (23), pp. 6-19, set./dez. Rio de Janeiro, s.e., 1999.

VIANA, A.L. D. e DAL POZ, M. R. *A reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família*. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 2 (8), pp. 11-48. s.l., 1998.

NETTING, Robert; WILK, Richard e ARNOULD, Eric. "Households: Comparative and Historical Studies of the Domestic Group." Berkeley: University of California Press, 1984.

WEISELFEIZ, Júlio Jacobo; XAVIER, Roseana; MACIEL, Maria e BARBOSA, Patricia Dantas *Relatório de Desenvolvimento Juvenil 2003*. Brasília, UNESCO, 2004.

WOORTMANN, Klaas, *A família trabalhadora*. Ciências Sociais Hoje. Cortez/ANPOCS, São Paulo: Cortez/ANPOCS, 1984.

WOORTMANN, Klaas *Com parente não se negueia (?)*. Anuário Antropológico/87. Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro, 1988.

WOORTMANN, Klaas. *A família das mulheres*. Rio de Janeiro/Brasília: Tempo Brasileiro/CNPQ, 1987.

O TRABALHO DAS MULHERES PELA SAÚDE: CUIDAR, CURAR, AGIR

Lucila Scavone

Visando contribuir ao debate do Programa Saúde da Família (PSF) — especialmente no que diz respeito à questão de gênero na assistência à saúde — vou abordar a relação entre gênero, saúde e trabalho. Minha exposição dá ênfase ao *trabalho das mulheres pela saúde* buscando compreender a forma como esse trabalho se constrói em uma questão de gênero.

Para se pensar sobre a realização de políticas públicas de saúde é necessário, antes de tudo, articular o espaço público e o privado; principalmente, quando está em pauta a discussão de políticas que visam atingir o espaço privado. Talvez os impactos positivos alcançados pelo PSF, ou as dificuldades e ambigüidades desse programa estejam relacionados, em alguma medida, aos desafios que consistem fazer tal articulação, quebrando com os princípios positivistas do conhecimento que insistem em separar a sociedade em compartimentos isolados, e não em campos em constante relação.¹

Com base nessas considerações, vou tratar, primeiramente, do *trabalho das mulheres* e da *transversalidade* desse trabalho. Tenho como pressuposto que as mulheres e os homens estabelecem *relações de poder e dominação* na vida pública e privada – relações sociais de sexo/gênero²

1 O princípio do “real é relacional”, concebido por Bachelard, é utilizado por BOURDIEU (1996) na sua teoria da ação social.

- que atravessam, simultaneamente, todos os campos sociais *não estando confinadas à família* (DEVREUX, 2001). A noção de *transversalidade* nos remete, deste modo, a definição de uma relação social fundamental, em torno da qual se organiza e se estrutura o conjunto da sociedade.

Tal lógica está implícita em todo o *espaço social* de acordo com a cultura, as condições econômicas e sociais do grupo estudado. *"Afirmar que uma relação atravessa o conjunto da sociedade produzindo socialmente os sexos, quer dizer que a mesma lógica está agindo nos diversos campos do social para reproduzir os lugares de cada sexo"* (DAUNE-RICHARD e DREVEUX, 1992, p.12). Não se trata, pois, de analisar o trabalho das mulheres como um simples reflexo do lugar que ocupam na família, mas de considerar que as relações sociais de sexo/gênero dão aos homens e às mulheres uma posição na família e na produção.

Essa constatação me leva ao segundo ponto desta exposição, isto é, o *trabalho das mulheres pela saúde*. Vários estudos já observaram o fato de as mulheres serem profissionalmente as principais produtoras de *cuidados sanitários* dentro e fora da família (CRESSON, 1991; AMOSSÉ, 2004). A boa saúde da família é de responsabilidade materna, ou feminina, começa no cotidiano: é a mãe, ou outra mulher da família, que se encarrega da alimentação, da higiene, das idas ao médico e da administração dos remédios, quando necessária. De fato, a família pode ser pensada como um lugar de produção desses cuidados, em última instância, *um lugar de produção da saúde*:

"(..)consideremos a família como um lugar de produção (...) e mais particularmente como um lugar de produção dos seres humanos (...). Nesta perspectiva, a produção da saúde é uma finalidade

2 A utilização do conceito de relações sociais de sexo contribui para enfatizar os antagonismos e a dominação entre os sexos. Essas relações subentendem a existência de uma *divisão sexual do trabalho* (KERGOAT,1996). O conceito de gênero ressalta as relações de poder, as representações simbólicas, a identidade subjetiva (SCOOT, 1990). A utilização desses dois conceitos não é excludente - os dois respondem pela construção social das diferenças entre os sexos, desconstroem as determinações biologizantes do feminino e do masculino, enfatizam o relacional e o transversal, articulam-se à complexidade dos processos sociais - permitindo-nos uma análise mais rica da realidade.

essencial da família, compreendida como unidade de produção dos seres humanos, porque ela assegura de alguma maneira “a qualidade do produto”. As tarefas diretamente ligadas à produção dos seres humanos nas sociedades industrializadas incluem a “maternagem”, a assistência às necessidades dos membros da casa e o trabalho doméstico, tarefas que são confiadas às mulheres”. (SAILLANT, 1991, p. 13)

O trabalho exercido pelas mulheres à saúde da família começa com a contracepção, continua na gravidez, se intensifica com a presença das crianças e estende-se ao longo da vida, culminando com a atenção às pessoas idosas. Estes cuidados são relativos à prevenção das doenças, à administração do tratamento aos doentes e à manutenção cotidiana da saúde da família, constituindo-se em um trabalho como outro qualquer. O fato de esses cuidados femininos à saúde na família estarem associados à expressão do afeto dificulta seu reconhecimento como trabalho.

O trabalho doméstico em geral já não tem esse reconhecimento, no caso dos cuidados à saúde ele ainda é mais difícil, pois envolvem a vida, o amor, a morte. Tal trabalho é uma dimensão da *divisão sexual do trabalho* na família e sociedade, divisão esta que, segundo KERGOAT (1996), está na base das relações sociais de sexo/gênero. Essa divisão produz e ao mesmo tempo é produzida pelas relações sociais de sexo/gênero³.

Se a manutenção da saúde passa necessariamente pelo âmbito da casa e do privado ela está, também, presente no espaço público mediante a efetivação da atividade feminina de cuidar (SCAVONE, 2004). Esses cuidados atravessam toda a malha social – o privado e o público – sendo, na maioria das vezes, realizados por mulheres. Isso ocorre, também, nas profissões médicas, paramédicas e de assistência social: em 2002, por exemplo, 17% de mulheres brasileiras, presentes no mercado de trabalho,

3 Considerando as horas semanais dedicadas aos afazeres domésticos por sexo no Brasil o seguinte dado dá uma idéia da divisão sexual do trabalho na família brasileira: 47,5% de mulheres dedicam entre 17-40 horas semanais às atividades domésticas versus 15,2 % dos homens. Mulher, Trabalho e Família (Fundação Carlos Chagas, FIBGE/PNAD, 2000) in www.fcc.org.br

4 Ver “O Lugar das Mulheres no Mercado de Trabalho” in www.fcc.org.br

estavam exercendo atividades nas áreas de saúde, educação e serviços sociais, contra apenas 3,4% de homens⁴.

CUIDAR, CURAR E AGIR: AS MULHERES E A SAÚDE

Para uma melhor compreensão do *trabalho de cuidar* é interessante analisar a distinção feita entre as palavras inglesas *to care* (cuidar) e *to cure* (curar) que traduzem historicamente a constituição do saber/poder médico que separa as *atividades dos cuidados da vida (preventivos)* com aquelas ligadas “*a reparação instrumental do corpo doente*” (*curativos*). Isso distingue também os saberes, separando aqueles ligados ao cuidar, os quais geralmente as mulheres dominam, daqueles ligados ao reparar, cujo domínio está com a ciência médica, SAILLANT (1991).

Essa separação desvaloriza o cuidar em si, expurgando-o do campo médico profissional e restringindo-o ao campo do privado, afetivo, familiar, logo, do não profissional. Além disso, há nessa distinção a idéia de que o cuidar é inato às mulheres e não construído socialmente. O mesmo ocorre com o conjunto de conhecimentos historicamente construídos pela experiência das mulheres nos cuidados à saúde.

Os cuidados pela saúde não são frutos de uma determinação biológica entre os sexos, mas sim das relações sociais de sexo/gênero. Cabe lembrar nesta argumentação uma outra distinção, *caring off* e *caring for*. Estas expressões na língua inglesa remetem aos gêneros masculino e feminino respectivamente: as preocupações dos homens com suas famílias se fazem, tradicionalmente, mediante a função de provedor (*caring off*), enquanto as preocupações das mulheres se fazem mediante os cuidados diretos e cotidianos que elas realizam no interior da família (*caring for*) (SAILLANT, 1991). Embora essa distinção se apóie em um modelo tradicional de família, ela contribui para compreender melhor a relação do gênero com a saúde, que ultrapassa as barreiras do campo familiar e é transversal a todo o espaço social.

CRESSON (1991) classificou os cuidados pela saúde como “*trabalho sanitário profano*”, que consistiria num trabalho voltado para saúde dentro da família e não remunerado. STRAUSS et alli. (1985) o consideram como

“trabalho sentimental”. Tal trabalho, incluindo os cuidados relativos à saúde reprodutiva, é uma das dimensões da divisão sexual do trabalho na família, uma atividade doméstica invisível e não remunerada. Cabe lembrar que os cuidados das mulheres pela saúde podem se dar em diversas situações: com a(o)s filha(o)s, com os companheiros, com as pessoas idosas (filha cuidando da mãe, do pai ou dos avós), com o/as doentes, enfim, aparecem relacionados às múltiplas manifestações do amor familiar: materno, erótico, filial, fraternal.

O conjunto destes cuidados é relatado como: educação da saúde e prevenção da doença, assistência e tratamento das pessoas doentes dependentes (SAILLANT, 1991), evidenciado sua transversalidade aos campos institucionais da saúde e da educação. Esses cuidados implicam, também, um saber que, geralmente, é apoiado em uma experiência acumulada, ou no próprio aprendizado dessa experiência entre as mulheres da família, da comunidade: na transmissão do conhecimento sobre as propriedades dos alimentos, nos hábitos de higiene pessoal e corporal, em uma atenção especial à saúde, enfim, eles são colocados em prática por uma concepção que visa prevenir a doença e manter a saúde da família, contribuindo, assim, à saúde da sociedade.

Em pesquisa sobre os impactos às famílias das doenças profissionais relacionadas ao amianto (SCAVONE et al. 2000) observamos que as perturbações ocorridas no cotidiano da vida familiar, frente às doenças crônicas ou mortais, e a tensão constante dos familiares provocada pela quase certeza da perda próxima de um ente querido (arrimo econômico do grupo doméstico) foram administradas pelas mulheres, constituindo-se em um dos desdobramentos dos cuidados das mulheres pela saúde dos doentes. Verificamos, além disso, que os cuidados dispensados aos companheiros doentes geraram um conhecimento próprio (não-médico) sobre a doença, conhecimento este que classificamos de *saberes profanos*:

“O convívio com as manifestações da doença, com o tratamento médico indicado e o conhecimento do temperamento do doente lhes possibilitou construir um conjunto de práticas e saberes

relacionados à doença. Representar a doença do marido, como um “verme bravo, que vai comendo e soltando água” de seu pulmão, ou como uma “casca preta” no pulmão que lhe atrapalharia a respiração, é uma forma de entendimento da doença e de suas causas (já que havia a relação da casca preta com o amianto) construída na relação com a doença. Tratar com alimentação reforçada a debilidade física do doente, a falta de ar com o abano dos filho/as, a dor com o “passar pomada”, dar os medicamentos nas horas certas e correr ao hospital nas crises agudas são um conjunto de práticas do tratamento familiar indispensáveis à manutenção da vida. A evolução da doença faz com que a esposa aprenda que o marido não pode se abaixar, pois isto lhe “tampava o peito” e que as dores fortes causavam-lhe tristeza, irritação e mau humor. (SCAVONE et alii. 2000, p.47).

Por outro lado, em outra pesquisa, entre mulheres de camadas populares do nordeste brasileiro, foi verificado que uma representação recorrente da maternidade é a do dever e responsabilidade do cuidar da saúde dos filho(a)s, em geral, relacionada ao amor (SCAVONE, 2004). Constatou-se que esse cuidar estava, também, fundamentado num conhecimento empírico sobre os efeitos benéficos de alimentos, ervas, plantas medicinais, chás e remédios caseiros empregados no período da gestação, no parto e para tratamento do/as filho/as, ou de outros doentes da família; enfim, que esses cuidados, também, geravam um saber.

Cabe ressaltar que esses saberes sobre a saúde, construídos na prática dos cuidados, também, geram *poderes* às mulheres na família e sociedade: na relação com os doentes, com os outros membros da família, com os agentes institucionais de saúde, na comunidade, conforme foi constatado nessas pesquisas. A centralidade da figura materna é um bom exemplo das relações de poder das mulheres em matéria de saúde, pois indica a mãe como a pessoa que conhece melhor os sentimentos e sofrimentos de seus filho(a)s. Tal desempenho também foi observado em uma pesquisa com crianças que se submetiam à hemodiálise em suas casas, na França. AIACH (1989, p.204) reproduz a fala de uma mulher sobre sua relação

com o filho doente: *“somente uma mãe é suscetível de escutar o sofrimento de seu filho e de realizar o trabalho médico com o máximo de rigor possível”*.

Reconhecendo-se como as únicas que *podem* (têm poder para) e *sabem* cuidar da saúde de seus filho/as, as mulheres subjetivam a estrutura dominante que lhes designa como cuidadoras, ao mesmo tempo em que fortalecem seu espaço de poder dentro da família e da sociedade com a ampliação desse capital simbólico, que é o conjunto de saberes acumulados em relação à saúde. Mas, se esse capital lhes coloca em posição de poder, ele não esconde, por outro lado, o fato de ser produzido pelas relações de dominação masculina, que consideram os cuidados à saúde como “naturalmente” femininos.

É possível dizer que esses saberes/poderes seguidamente se transformam em agir, compondo e ampliando as lutas sociais. Cabe lembrar, conforme constatamos no caso das doenças profissionais relacionadas à exposição ao amianto, o lugar das viúvas dos trabalhadores atingidos, que ao buscarem reconhecimento oficial da doença, lutando pelo banimento do amianto junto às associações, tornam-se ativistas da luta social pela saúde (SCAVONE et al. 2000)⁵.

Todas essas proposições sugerem que as mulheres no espaço privado e público são consideradas e, na maioria das vezes, se consideram como as principais produtoras das práticas da saúde e transmitem um capital simbólico que concebe a saúde como muito mais do que uma simples ausência de doenças.

Entretanto, essas práticas, quase sempre evidentes, mas nem sempre evidenciadas, revelam a relação histórica das mulheres com a saúde, que, passando pelos seus corpos, especialmente pela reprodução, também as leva em busca dos saberes médicos institucionais. Os poderes decorrentes do conjunto de saberes adquiridos (profanos e institucionais)

5 Isso ocorre, também, com outras doenças. Miriam Grossi, no debate deste texto, lembrou, oportunamente, do envolvimento político das mães que perderam seus filhos em decorrência da AIDS.

reforçam a relação das mulheres com a saúde, que interessadas pela prevenção, pelos cuidados, pela cura, pelo reconhecimento social da doença e seu conseqüente planejamento político, são as freqüentadoras mais assíduas dos serviços e consultas de saúde. A saúde e seus cuidados tornaram-se um *“affaire”* de mulheres.

PENSAR O GÊNERO NAS POLÍTICAS SOCIAIS

A *naturalização* das habilidades socialmente construídas pode intervir no encaminhamento de políticas públicas. A dedicação das mulheres aos cuidados de saúde, o fato de reunirem tanto o afeto quanto à competência no tratamento do/as doentes, podem ser elementos importantes à efetivação dessas políticas, mas, por outro lado, podem significar uma sobrecarga de trabalho às mulheres, impedindo-as de se realizarem em outras esferas do social.

A implantação do sistema de hospitalização domiciliar na França, por exemplo, evidenciou que são principalmente as mulheres da família que se responsabilizam por esse tipo de hospitalização (FRAVOT, 1988; BUNGENER, 1987), dando-lhe uma dimensão afetiva e doméstica e, sobretudo, juntando a cura às noções de prevenção. Sem me ater aos possíveis benefícios desse sistema para o/as doentes e a economia que ele pode representar para o Estado, devo lembrar que ele tende a reproduzir as relações sociais de sexo/gênero, prejudicando as mulheres da família e aliviando a responsabilidade pública e social da saúde.

Todos os elementos abordados nos levam a afirmar que as políticas públicas de saúde devem estar atentas à questão de gênero, pois ela se constitui em umas de suas questões primordiais, sobretudo, em se tratando de um Programa de Saúde da Família. Evidentemente, esta questão deve estar associada às questões de classe e de raça. E, tratando de gênero, não podem deixar de lado os problemas intragêneros que afloram na relação de poder entre as mulheres que praticam as políticas e aquelas que as utilizam, entre as mulheres que *“assistem”* e as que são *“assistidas”*.

De um lado temos as mulheres com um cuidar/saber/poder historicamente constituído no campo da saúde, de outro lado, temos a

sociedade atribuindo-lhes uma função decorrente desse saber. A grande questão, em se tratando da histórica relação gênero e saúde, é conceber uma política de saúde que não jogue fora essa história e, ao mesmo tempo, busque incluir os homens. Vale dizer que o aproveitamento desse cuidar/saber/poder para a efetivação de políticas sociais na área da saúde é incontestável e, dificilmente, poderia ser dispensado⁶.

Entretanto, há que se introduzir nos Programas de Saúde uma política de gênero mais incisiva, efetuando trabalhos educativos com o/as agentes de saúde, com o/as freqüentadores/as dos postos, com as famílias nas escolas que sensibilizem os homens para a realização dos cuidados. Um desafio a ser realizado é um amplo trabalho de educação que abranja, também, os currículos das escolas primárias, secundárias, universitárias, especialmente, as da área da saúde⁷. Além de um trabalho que faça também as mulheres confiarem nos homens como cuidadores. Evidente que tudo isso implica em uma verdadeira *revolução* na divisão sexual do trabalho e, em última instância, nas relações de sexo/gênero. Mas, como nenhuma transformação social profunda ocorre por um toque de mágica, as propostas e as pequenas ações podem estar abrindo o caminho para as mudanças.

No âmbito do privado a divisão acima apontada é clara, sobretudo nas famílias heterossexuais, tornando-se indiscutível nas famílias monoparentais chefiadas por mulheres e devendo ser mais pesquisada nas famílias homossexuais. No âmbito do espaço público a divisão também é clara, as mulheres exercem profissionalmente e em peso as tarefas do cuidar: enfermeiras, fisioterapeutas, farmacêuticas, nutricionistas, fonoaudiólogas, massagistas, tantas profissões que estando em torno da constelação médica do curar, cumprem o trabalho de prevenir

6 A situação do trabalho das mulheres no Brasil reforça esta assertiva, pois embora representem 42.5% da População Economicamente Ativa (PEA) em 2002, as mulheres concentram-se ainda em atividades informais e empregos domésticos, que em geral lhes possibilitam maior flexibilidade de horários. Elas representam um pouco mais de 1/3 de empregados no setor formal, 35,8% em 2002. (Fundação Carlos Chagas, FIBGE/PNAD, 2000) in www.fc.org.br

7 O alcance de trabalhos desse tipo, nas universidades, ainda está muito restrito à área acadêmica.

e auxiliar o tratamento central indicado pela medicina.

Com base nessas asserções, muitas perguntas ficam em aberto e a realização do Programa de Saúde da Família põe-nos questões tortuosas e difíceis de serem respondidas, especialmente no que concerne à questão de gênero: *continuamos reproduzindo na saúde a divisão sexual do trabalho doméstica? Como recuperar o saber-poder feminino do cuidar em favor da construção de uma sociedade saudável, sem acirrar a dominação masculina? como fazer propostas de expandir esses cuidados, desconstruindo a divisão sexual do trabalho na saúde, tal como propusemos (aqui o plural se refere ao feminismo) para a divisão sexual do trabalho doméstico?* E uma provocação para nós mulheres: *queremos abrir mão do nosso saber-poder em relação à saúde? Caso sim, como fazê-lo sem perder um pedaço de nossa história e identidade?*

Lucila Scavone. Professora livre docente do Pós-Graduação em Sociologia/UNESP e Pesquisadora do CNPq. Integrante do GT Gênero da ABRASCO e da Rede Feminista de Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos. Autora dos livros: Gênero y Salud Reproductiva em América Latina/LUR e Dar a Vida e Cuidar da Vida: Feminismo e Ciências Sociais/Edunesp.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- AIACH, P. et alii. "Vivre une maladie grave: analyse d'une situation de crise." Paris: Méridiens Klincksieck, 1989.
- AMOSSÉ, T. "Professions au Féminin. Travail, Genre et sociétés", n.11, avril 2004.
- BOURDIEU, P. *Razões Práticas: sobre a teoria da ação social*. SP: Papirus, 1996.
- _____. *A dominação masculina*. São Paulo: Bertrand Brasil, 1999.
- BUNGENER, M. "La production domestique de santé: exemple de l'hospitalisation à domicile". *Approche économique*, Legos. Paris IX, 1987.
- CRESSON G. "La santé, production invisible des femmes". *Recherches Féministes*, 1 (4), 1991.
- DAUNE-RICHARD, A.M. e DREVEUX, A. M. "Rapports sociaux de sexe et conceptualisation sociologique." *Recherches Féministes*, 2 (5).
- DEVREUX A. M. "Les rapports sociaux de sexe: um cadre d'analyse pour les questions de santé?" *In: Femmes et Hommes dans le champ de la santé*. *Approches Sociologiques* (sous la direction de AIACH, P. et al.).Paris: Editions ENS, 2001.
- FRAVOT, G. "L'activité des soins dans le systeme d'activité familial/facteurs d'insertion et de rejet." *Rapport de synthèse*, MIRE, 1988.
- KERGOAT, D. *Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho*. *In: LOPES, Meyer e Waldow (org). Gênero e Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- SAILLANT, F. « Les soins en péril: entre la nécessité et l'exclusion. » *Recherches Féministes*, 1, (14), 1991.
- SCAVONE et alii. *Saberes Institucionais, Saberes Profanos: doenças profissionais, amianto e gênero*. Relatório Final de Pesquisa. FAPESP/INSERM, .2000.
- SCAVONE, L. *Dar a vida e cuidar da vida: Feminismo e Ciências Sociais*. São Paulo: Editora UNESP, 2004.
- SCOOT, J. *Gênero uma categoria útil de análise histórica*. *Educação e Realidade*, 16 (2). Porto Alegre : s.e., 1990.
- STRAUSS, A et al. "A basic strategy: normalizing" in: *Chronic illness and the quality of life*, p. 79-87. Saint-Louis-Toronto: The C.V. Mosby Company,1984.

LA FAMILIA COMO FOCO: CUESTIONES EN JUEGO, PROBLEMATIZACIONES DE GÉNERO



*Dra Perla Vivas**

“Cada vez hay más evidencia que los resultados saludables están relacionados con los estilos democráticos en la esfera doméstica” (*OPS/OMS - Seminario de Familia - mayo 1997*)

Toda acción de promoción de salud debe jerarquizar el papel de las familias en la calidad de vida de sus miembros y el adecuado desarrollo de potencialidades de los menores, en particular los vínculos de tolerancia, equidad de género y no discriminación.

FAMILIA PROMOTORA DE SALUD

La Familia como primera escuela de hábitos y socialización

Es en este espacio donde se desarrollan los primeros hábitos de higiene, los hábitos de intimidad, de respeto a sí mismo, la propia estima y el autocuidado, así como el respeto a los otros y el mutuo cuidado.

Se incorpora el modelo de aprender a aprender: relaciones vinculares, manejo del poder y el conflicto, relación con lo diferente, aspectos éstos de desarrollo de la identidad personal vinculados con la salud mental.

Todo esto se tiñe con los modelos de género que se incorporan desde la naturalidad de las relaciones cotidianas.

En las familias en situación de exclusión social se hace muy evidente esta falta de acción promocional de la familia: no poseen los recursos

*Dra Perla Vivas, representante da unidade temática de género e municípios na Rede de Mercocidades.

materiales y simbólicos para poder sostener su tarea de apoyo emocional y desarrollo integral de sus integrantes.

FAMILIA Y RIQUEZA VINCULAR: DETERMINANTE DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

La calidad de los vínculos intrafamiliares, y en particular hacia los más pequeños el estímulo precoz (el lenguaje, las canciones, las caricias) contribuyen de forma decisiva en los procesos tempranos del crecimiento y desarrollo, favoreciendo la adecuada adquisición de capacidades de comprensión y de lenguaje fundamentales para un desarrollo integral de futura ciudadanía.

FAMILIA: PRIMERA ESCUELA DE VALORES

Es en la familia donde se aprenden primeramente valores tales como la tolerancia, la no discriminación, la justicia, la solidaridad, y sus correspondientes antivalores la agresividad, la exclusión, la injusticia, el egoísmo, junto con la violencia y el maltrato.

También se incorporan visiones en relación con la equidad o inequidad de género, a través de los roles femeninos y masculinos de progenitores y otros miembros del hogar.

SITUACIONES FAMILIARES que no favorecen el aprendizaje hacia la equidad y la democracia, y que deben ser consideradas por los equipos de salud y cualquier equipo social.

= VINCULOS DE GÉNERO no equitativos

= VINCULOS DEBILES (Adult@s / niñ@s)

Situaciones de pobreza y exclusión

Ausencia prolongada de progenitores

= DIFICULTADES EN LA PUESTA DE LÍMITES

Incorrecta comprensión de la cultura de derechos

Poca presencia de progenitores

Desidia / depresión materna y/o paterna

VÍNCULOS DE GÉNERO NO EQUITATIVOS

Los estereotipos de género en el seno de la familia favorecen la inequidad hacia las mujeres, tanto en lo que refiere a la desigual carga de tareas en el ámbito doméstico como hacia el manejo del poder,

incluyendo el ejercicio de distintos tipos de violencia.

En particular a través del trabajo doméstico de las mujeres y a su participación en la esfera de cuidados de hijos y padres, que se suma al trabajo extra-doméstico cada vez más frecuente, se favorece la sobrecarga física y emocional que conlleva con frecuencia a distintas formas de stress, cuadros depresivos, angustia, dependencia de psicofármacos.

Este modelo de distribución de tareas domésticas con estereotipo de género parece disminuir en parejas jóvenes de extracción social media y alta en caso de que ambos trabajen, cuando se comienza a visualizar una mayor participación del varón en los cuidados de los hijos, -y algo menos en las responsabilidades domésticas-.

Esto también se visualiza en clases más deprivadas pero no excluidas ante la situación de desempleo del varón, manteniendo la mujer su fuente de empleo muchas veces como doméstica en otro hogar, por lo que el varón concurre a veces a la escuela -llevando a los hijos o hablando con la maestra-, o concurre al control de salud, asumiendo roles que lo enriquecen y enriquecen el compartir de la pareja, así como el aprendizaje menos sexista de hijos e hijas.

Por otro lado, los hogares con jefatura femenina muestran la sobrecarga de la labor doméstica y extradoméstica, favoreciendo una visión sexista y omnipresente de la mujer, con figura masculina ausente o de fácil recambio, muchas veces sin asunción de responsabilidades hacia el hogar.

En lo que refiere a las distintas formas de violencia, la inequidad de género en el seno familiar también perjudica a muchas mujeres, más allá del mayor grado de autonomía conseguido por mujeres con labores extradomésticas. Esta violencia también puede tener expresiones hacia niñas y niños, en particular bajo la forma de abuso sexual hacia las niñas en particular.

DEBILIDAD DE LOS VÍNCULOS

En familias con alto nivel de exclusión, sean ellas del tipo que sean –

nuclear, monoparental, extendidas – se asocia en muchos casos la baja autoestima de la madre o los padres, así como cuadros depresivos de los mismos asociado en muchos casos a consumos problemáticos de sustancias, y se verifica una gran pobreza en los vínculos, menor carga de cuidados hacia los hijos, menos estímulos – en particular del lenguaje que se vuelve más violento y represor casi a permanencia – alto grado de intolerancia – verificándose mayor número de situaciones de negligencia hacia los niños y menor apoyo afectivo.

Esto se comprueba en el ámbito sanitario en el descenso del nivel de controles en salud y la baja cobertura de vacunación, así como en situaciones de déficit de higiene y adecuada nutrición, en el ámbito educativo en la alta deserción escolar, a nivel comunitario en la mayor prevalencia de índices de distintas formas de violencia y abuso de sustancias.

En estos ámbitos se señalan con frecuencia una gran movilidad de los niños en el seno de la comunidad o hacia otros miembros de la familia – abuelos o tías – quienes cumplen en muchos casos los apoyos básicos y deben ser tenidos en cuenta como tales por los responsables del control sanitario de los niños.

Observamos cada vez más situaciones de negligencia familiar en relación con los cuidados, en particular hacia niños, debiendo solicitarse la actuación de la justicia como medio coactivo o aún proponer el retiro de la patria potestad.

Aún con relación a políticas sociales que apoyan a la familia en sostén alimentario en particular, mantienen una modalidad asistencialista que no fortalece al interior del núcleo familiar la cultura de la preparación del alimento y del consumo grupal con lo que ésta posee de fortalecedora de vínculos de pertenencia y de protección.

Situaciones de privación afectiva también se verifican en núcleos familiares de holgada situación económica, con ambos progenitores con largas jornadas de labor, y niños con pobreza de vínculos afectivos en manos de cuidadores, o largas jornadas en colegios, o largas horas frente a las pantallas.

DIFICULTADES EN LA PUESTA DE LÍMITES

Del modelo patriarcal autoritario predominante de antaño se ha pasado a una crianza con déficit de límites, sustentada en algunas situaciones por la oposición al modelo anterior, buscando la afirmación de derechos de l@s niñ@s en el seno de la familia. En otras situaciones la falta de enseñanza de límites obedece a desidia o apatía, a carencias severas en la autoestima que incluye la desvalorización de los roles materno y paterno.

La poca presencia de los progenitores en el ámbito familiar tiende a ser compensada con exagerada permisividad, sustentada en ocasiones en sentimientos de culpabilidad ante las ausencias.

La dificultad en asegurar límites claros en la crianza conlleva más adelante a situaciones de descontrol hacia l@s hij@s donde se aplica la violencia en forma indiscriminada, - gritos y golpes – que favorecen la debilidad vincular y el descrédito, así como la enseñanza del descontrol y del pasaje inmediato a la acción.

ALGUNAS REFLEXIONES CON RELACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD Y EL ABORDAJE FAMILIAR

DESDE LA EXPERIENCIA DE URUGUAY

Debilidades en el abordaje de políticas de salud hacia la familia en Uruguay en general

- Falta de políticas sanitarias que favorezcan intervenciones integrales e integradoras hacia la familia en su conjunto. Persistencia de modelos de atención dirigidos a la persona y fragmentarios.
- Déficits de formación y de reflexión sistemática de los decisores y de los equipos de salud con relación a la identificación sistemática de los procesos familiares, sus riquezas como factores de protección y sus problemas como factores de riesgo.
- Falta de programas asistenciales y ámbitos de prestaciones hacia TODOS los miembros de la familia. Déficit de propuestas de atención integrales hacia adolescentes y hacia adultos varones, incluyendo espacios de atención hacia sus responsabilidades reproductivas. Aún

incipiente desarrollo a nivel nacional de programas de atención integral a la mujer.

- Pocas propuestas de intervención en promoción y educación para la salud que integren a miembros de la familia, en particular hacia madres / padres / otros adultos a cargo.
- No se favorece y estimula la presencia del varón en los servicios de cuidado de los niños.

POSIBLES ABORDAJES FACILITADORES

Desde la experiencia de Montevideo en particular

El Municipio de Montevideo implementa desde hace 14 años un Programa de Atención Zonal a la salud con enfoque de APS, - con énfasis en el cambio de paradigma de atención privilegiando la promoción y la prevención - sobre la base de la orientación permanente a los técnicos, al trabajo en equipo interdisciplinario, a la cooperación barrial interinstitucional y la participación vecinal, con enfoque de riesgo social y de equidad de género.

Esto ha significado una fortaleza al momento de entender y promover el fortalecimiento de los vínculos familiares y en particular de la equidad a su interior, si bien resta mucho por hacer hacia la formulación de planes de promoción de salud familiar.

Fortalezas presentes:

- La inclusión del enfoque de género en toda acción promocional o asistencial permite conocer las situaciones de inequidad que se viven en cada seno familiar y realizar la consejería partiendo de dicho diagnóstico.
- Formación técnica en género y violencia doméstica y maltrato infantil facilita el diagnóstico oportuno y la adecuada consejería. También contribuye a esto la cartelería alusiva que señala que en los servicios se atienden consultas en estas situaciones.
- Cambio de paradigma de atención, con énfasis en la participación y en la promoción de salud, con escenarios de participación en grupos de autoayuda y de promoción de salud (madres / padres de recién nacidos,

diabéticos e hipertensos, etc)

- Participación y promoción de redes comunitarias barriales para abordajes de problemáticas de forma interinstitucional (redes de infancia, de prevención de drogas) donde la familia es uno de los ejes de intervención.

De todos modos señalamos como necesidad para reforzar el enfoque familiar de las prestaciones:

- Se requiere mayor capacitación al equipo de salud en el abordaje familiar, de forma de sistematizar el análisis de la misma en cada consulta, visibilizando los factores protectores y despistando los factores de riesgo.
- Incluir un diagnóstico básico de familiograma en la historia clínica
- Fomentar actividades de promoción de salud específicas hacia el fortalecimiento familiar, consistente en grupos de padres / abuelos con la inclusión de la temática familiar, roles, vínculos, puesta de límites, expresión de la afectividad.
- Proponer y visibilizar espacios físicos y horarios, así como equipos de atención, hacia adolescentes de ambos sexos en abordajes integrales, y hacia hombres, incluyendo servicios de consejería en sexualidad y anticoncepción, facilitando el acceso a todos los miembros de la familia.

Finalmente, señalamos que las intervenciones hacia las familias desde los equipos de salud deben formar parte de políticas sociales amplias, intersectoriales e interconectadas, desde ámbitos escolares, sociales comunitarios, recreativos y comunicacionales. Se trata sin duda de un ámbito complejo de intervención que exige múltiples miradas y reorientación clara de todos los ámbitos hacia la promoción de salud con participación de las comunidades involucradas.

*Perla Vivas. Médica. Assessora da Divisão Saúde e Programas Sociais.
Coordenadora do Programa de Atenção à Mulher (PAIM).*



VIOLÊNCIA CONTRA MULHER E PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: A EMERGÊNCIA DA DEMANDA NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS



Karina Barros Calife Batista

A literatura internacional sobre violência contra mulher tem-nos mostrado a grande magnitude do problema, sua disseminação em todo o mundo e as graves conseqüências para a saúde das mulheres que são vítimas de violência. Considerar que os efeitos sobre o bem-estar físico e mental dessas mulheres são importantes, resultam em danos para sua saúde e que, portanto, a violência é um problema que nos diz respeito como técnicos, estudiosos ou prestadores da assistência à saúde, não é tarefa fácil e nem está claro para todos.

Os profissionais de saúde em geral não identificam a violência como um problema de saúde (SUGG; INUI, 1992). Quando o fazem, nem sempre dão a devida importância, o que se pode observar pelo fato de que não fazem o registro dessa “queixa”, mesmo que espontaneamente proposta pela mulher, em prontuário médico. Em São Paulo, um estudo em um serviço de atenção primária demonstrou que entre 50 a 60% das mulheres relataram episódios de violência, pelo menos uma vez na vida e que o estudo dos prontuários das mesmas mostravam apenas 10% de registros (SCHRAIBER; D’OLIVEIRA, 1999).

SUGG e INUI (1992) realizaram um estudo até hoje muito utilizado como referência em pesquisas com profissionais e serviços de saúde acerca da questão da violência contra a mulher, em que buscaram estudar quais as maiores barreiras para detecção do problema por profissionais médicos. Especialmente importante para nossa discussão é relatar que

foram feitas entrevistas abertas com 38 profissionais médicos, em sua maioria prestadores de cuidados na atenção primária, mais especificamente médicos de família e que faziam parte de uma rede de serviços em Washington.

O objetivo do estudo era buscar as dificuldades percebidas por esses profissionais para a identificação do tema. Os autores utilizam no título uma associação com a mitologia, onde referem que trabalhar com a violência é difícil como abrir a caixa de Pandora. Segundo a mitologia grega, Pandora foi quem abriu a caixa que Zeus havia enviado para a humanidade, libertando assim todos os males¹. Os profissionais que estão atuando no Programa Saúde da Família (PSF) têm apontado, nas várias oportunidades de capacitação, a violência intrafamiliar como um dos maiores problemas por eles encontrados, talvez por esse trabalho envolver um olhar diferenciado acerca da dinâmica familiar.

A sensibilização dos profissionais para a existência e magnitude do problema, e o reconhecimento quanto a ser esse um problema que lhe diz respeito como profissional é fundamental. No entanto, somente essa sensibilização não dá conta do referido problema. Nessa direção, discutir como tornar a violência visível, mas também de imediato como ter respostas mínimas para poder acolher, são questões ainda pouca desenvolvidas.

Tive a oportunidade de ser médica de família de uma equipe durante dois anos, quando iniciei alguns questionamentos acerca dessa prática assistencial, apesar da certeza da diferença de seu processo de trabalho, da crença em sua possibilidade renovadora e da qualidade geral da proposta. Fui também coordenadora do PSF das cidades de Mauá e São Paulo, além de coordenar atualmente o Pólo de Educação Permanente

1 Pandora representa para a mitologia o lado feminino da natureza humana; o instinto, o sentimento, a imaginação e a intuição que devem nortear as pessoas para a verdade. A caixa enviada por Zeus à humanidade é algo terminantemente proibido. Ela contém o conhecimento da realidade da vida, e, aberta, libera a doença, a insanidade, o vício, a maldade no mundo, o que indica a morte da ingenuidade e da fantasia. Esse mito foi citado repetidamente pelos entrevistados e demonstra o medo de se trabalhar com os “demônios” e os males que poderiam ser liberados ao se tratar do assunto (SUGG; INUI, 1992).

da Grande São Paulo, responsável pela capacitação dos profissionais do PSF na região.

Todo esse tempo trabalhando como profissional da prática assistencial ou convivendo com profissionais que desenvolvem esse papel, seja em capacitações ou em atividades de coordenação, motivou-me a estudar algumas questões, de importância para mim, no referido Programa. Em especial, da violência doméstica, cujas primeiras abordagens eu já havia realizado quando desse meu trabalho.

Instigou-me como estariam sendo abordadas, tratadas e resolvidas questões que de início não estavam sendo previstas como atribuição da equipe, ainda que no cotidiano e de forma tão freqüente, “saltavam” aos nossos olhos: a violência, particularmente a violência doméstica e sexual contra as mulheres.

POTENCIAS E LIMITES PARA ABORDAR SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA

Os serviços de Saúde são um espaço privilegiado de escuta e observação e que as mulheres vítimas de violência têm um padrão de uso repetitivo dos serviços, desenvolvendo problemas de saúde como: dores crônicas, incapacidade física, uso de álcool e drogas, além de ser um problema de grande magnitude e alta prevalência. Os profissionais de saúde, como referimos, não identificam violência como um problema de saúde, o que agrava o problema. A hipótese inicial era de que os profissionais do PSF pudessem, pela sua prática específica, ter maior visibilidade e acolhimento do problema.

Algumas questões abordadas pelo PSF me fizeram pensar dessa forma, entre essas a grande proximidade da vida familiar e comunitária, o acolhimento universal, por trazer a problematização da resolutividade em questão, por pretender trabalhar de modo intersectorial e pela característica do PSF de ser um “contexto instaurador de necessidades”. (SCHRAIBER & MENDES-GONÇALVES)

O PSF nos traz uma grande vantagem organizativa e prática relativamente ao vínculo profissional-clientela no cotidiano do trabalho, uma vez que estes profissionais, ao se defrontarem direta e cotidianamente

com as falhas e as exigências das suas próprias intervenções, podem por isso, passar a ser eles próprios os controladores da qualidade e dos resultados da assistência prestada. Na proposta do PSF, as famílias e pessoas atendidas pelo profissional de saúde são sempre as mesmas, mantendo uma periodicidade de visitas, grupos e consultas, sendo freqüentemente questionadas acerca de seus problemas e necessidades de saúde, o que permite um olhar específico e reiterado a cada uma delas; o que conseqüentemente resulta na percepção da recorrência de alguns acontecimentos.

Isso posto, podemos dizer que o PSF posiciona-se, pelos desafios acima considerados e ainda em curso, como uma proposta de grande abertura a problemas do tipo violência doméstica e sexual, com possibilidades reais de intervenção. De outro lado, a abertura é apenas o início desse desafio.

A grande proximidade entre profissionais e usuários de serviços que o programa cria, que vai desde o diagnóstico de necessidades de saúde passando pelo trabalho com a comunidade até as visitas às famílias realizadas pelos agentes e demais profissionais, leva, a meu ver, à criação de vínculos e empatias necessários à abordagem de um tema tão sensível e complexo como a violência doméstica. Por outro lado, a proximidade também pode representar um obstáculo aos profissionais pela dificuldade já reconhecida, de trabalhos com agressores no âmbito doméstico e privado. Suponho que o sentimento de impotência sentido por todos os profissionais que trabalham com esses casos continua aqui presente e provavelmente mais forte, mas a possibilidade de escuta e a diminuição da invisibilidade desses casos parecem ser também maiores.

O PSF trabalha com uma lógica que permitiria o “teste da eficácia técnica” ou do “sucesso da resolutividade”, pois sendo as famílias e os indivíduos que recebem os cuidados sempre os mesmos, já acompanhados em consultas e visitas com periodicidade determinada, ficam claros os casos não resolvidos ou recorrentes.

Na proposta do PSF, a idéia tradicional de que o médico “diagnostica e trata”, a enfermeira “organiza” e o assistente social “ataca as causas

sociais” não é o que se pretendia, mas sim a integração das responsabilidades, com a sensibilidade para o social e a preocupação com os elos intersetoriais sendo tarefas de todos.

A proposta de trabalho intersetorial seria fundamental para o sucesso ou, pelo menos, um grande facilitador do processo de trabalho do PSF, que entendendo saúde como qualidade de vida e não apenas como ausência de doenças, precisa lançar mão de um trabalho conjunto com outros setores do poder público, agências governamentais e não-governamentais, e considerar o nascimento de novas profissões no setor saúde, que podem contribuir para uma melhor qualidade de vida de uma determinada população. Segundo PEDUZZI (1998), “a interdisciplinaridade caracteriza-se pela intensidade das trocas entre os especialistas e pela integração das disciplinas, no interior de um projeto específico de pesquisa” (64). Não obstante, sabemos das dificuldades práticas e também conceituais para a discussão de tal questão. O PSF nos propõe uma prática diferenciada que lançaria mão da interdisciplinaridade como uma das ferramentas para resolução de problemas de saúde das famílias sob seus cuidados.

A saúde como integralidade não permite a fragmentação em saúde física, psíquica e social e deve ser entendida na interface das diversas disciplinas, questão que se torna ainda mais complexa quando passamos da dimensão individual para a esfera coletiva da saúde. Nenhuma disciplina por si só dá conta desse objeto, devendo-se, ainda, abranger-se conhecimentos considerados não científicos, que seguramente seriam incluídos em um quadro ampliado para entender a saúde, seja na prevenção, no diagnóstico ou no tratamento. (D’OLIVEIRA, 1996; MARSIGLIA; OLIVEIRA, 2000)

Não obstante, uma série de questões está a nosso ver na base da positivação e conquista da interdisciplinaridade e pouco é conhecido ainda. Seriam elas, por exemplo, as dificuldades de linguagens regionais, as dificuldades e facilidades comunicacionais, a ausência da percepção do desconhecimento do conteúdo técnico e profissional de certas áreas por excesso de familiaridade com os processos de trabalho e o

reconhecimento do desconhecimento de algumas atuações importantes, porém estranhas à saúde: direitos humanos, questões policiais e certos contextos da vida comunitária.

Ora, se o PSF pensa na condução do seu processo de trabalho levando em conta as questões da interdisciplinaridade, parece-me esse um campo extremamente fértil para o cuidado de questões que necessitam dessa complementaridade e integração assistencial, como é o caso da violência contra mulher.

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO SOBRE A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Este artigo é resultado de um estudo mais amplo (Batista, 2003) no qual pesquisamos quatro unidades de PSF da zona leste de São Paulo, com 335 usuárias² entre 15 e 49 anos. Foram analisadas a frequência e o tipo dos episódios de violência, o padrão do uso dos serviços e queixas, o diagnóstico e a resolução dada. Foram também estudados os profissionais dos serviços quanto a sua percepção do problema.

Os instrumentos utilizados na pesquisa dividiram-se em dois blocos: um quantitativo e outro qualitativo. No bloco quantitativo utilizamos questionário aplicado às usuárias com 56 perguntas que identificavam: características sócio-demográficas, frequência, tipo e gravidade dos episódios de violência, leituras padronizadas dos prontuários em serviço.

No bloco Qualitativo realizamos entrevistas semi-estruturadas com treze profissionais de saúde: gerentes de serviços, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. O roteiro de entrevistas incluiu três blocos de perguntas, um com o aspecto da trajetória individual, outro com a percepção do fenômeno e o terceiro com os aspectos do serviço. As variáveis estudadas na caracterização descritiva foram: a prevalência e o tipo de violência, o agressor, os registros de prontuários, as características sócio-demográficas e reprodutivas das usuárias e a comparação do registro no PSF e no restante da amostra mais geral.

² Dentro de uma pesquisa mais geral, com 3193 usuárias em 19 serviços de saúde da grande São Paulo, coordenada por Schraiber, L.B.

Na análise das entrevistas tentamos avaliar, com base na análise de conteúdo, qual a percepção dos profissionais, o que eles fazem diante dos casos e a sensibilidade e disponibilidade que tinham para o atendimento dos casos.

Em relação à tipologia dos serviços estudados, percebemos que todos possuíam equipes multiprofissionais, sendo três classificadas como do tipo simples, com apenas equipes de saúde da família (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) e as sofisticadas que contavam também com psicólogos, assistentes sociais, entre outros profissionais. Percebemos ainda que todas possuíam porta de entrada única e que todas atendem a demanda estimulada e espontânea. Quanto aos prontuários, todas as unidades possuem ficha de atendimento padronizada, cadastro familiar, fichas de visitas domiciliares e prontuários familiares (com prontuários individualizados), percebemos que todos os prontuários do PSF tinham boa qualidade de registro, o que nos chamou atenção pelo quase inexistente registro dos casos de violência.

PERFIL E EXPERIÊNCIA DAS USUÁRIAS:

Quanto às características sócio-demográficas, podemos dizer que a grande maioria das mulheres estudada nessas unidades é de jovens, tendo 53,4% entre 15 e 29 anos, e que a maioria dessas mulheres pertence às classes C (41,5%) e D (40%). Para esta classificação social utilizamos os critérios da Associação Brasileira de Institutos de Pesquisas de Mercado (ABIPEME, 2001). Ao analisar a situação conjugal é importante referir que a caracterização da amostra privilegiou a situação de conjugalidade e/ou a de relacionamento sexual das mulheres preferencialmente ao estado marital ou civil. Assim as usuárias foram agrupadas entre as que tinham parceria sexual regular e viviam juntas (casadas e em união consensual), aquelas que tinham parceria sexual, mas que não viviam no mesmo local e aquelas que estavam, quando do momento da entrevista, sem parceria sexual. Definidas então as categorias de relacionamentos adotadas na pesquisa, temos que 68% das usuárias se definiram como casadas ou vivendo com companheiro e que 15,8% das usuárias estavam sem parceiro sexual ou namorado à época da entrevista.

Declararam ter parceiro/namorado, mantendo relação sexual, mas que não dividiam a mesma moradia, 15,5%. Uma parcela ínfima de 0,6% referiu ter parceiro, porém sem relacionamento sexual no momento da pesquisa.

A magnitude e características da violência em unidades com o PSF implantado não diferem, no geral, da pesquisa maior e coincidem com os índices das pesquisas nacionais e internacionais sobre o assunto, conforme mostraremos a seguir.

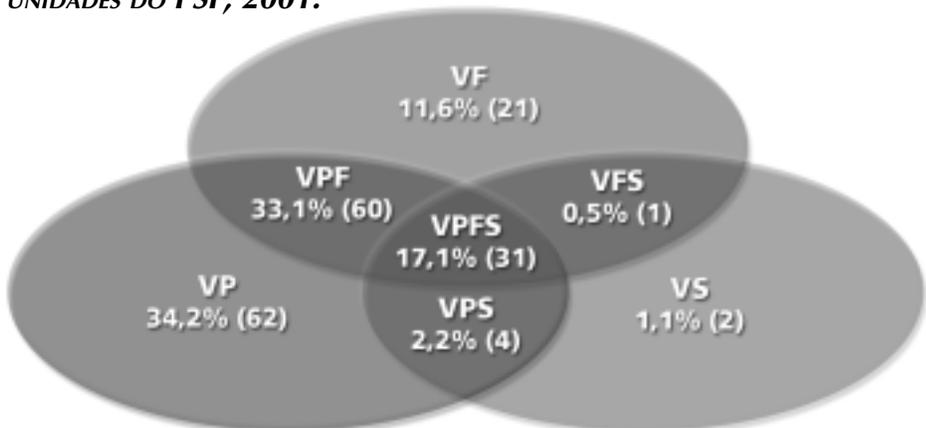
Para a obtenção dos dados ora apresentados, indagamos às mulheres que estavam casadas ou em união consensual à época da entrevista se, alguma vez na vida e nos últimos 12 meses, já haviam sofrido qualquer forma de violência psicológica, física e/ou sexual pelo companheiro/a ou ex- companheiro/a .

Os dados nos mostraram que 35,1% das mulheres entrevistadas nos quatro serviços com PSF declararam terem sido vítimas de violência física cometida pelo parceiro atual ou anterior pelo menos uma vez na vida; 11,8% relataram casos de violência sexual, e a forma de violência psicológica foi relatada por 48,7% das mulheres entrevistadas.

Se considerarmos a ocorrência de qualquer forma de violência, perpetrada por parceiro íntimo alguma vez na vida, 181 usuárias (56,2%) responderam já ter sofrido alguma forma de violência, seja psicológica, física ou sexual ou o conjunto de duas ou mais formas.

Notamos ainda uma sobreposição das formas física e sexual, ou seja, entre as mulheres que relataram casos de violência sexual houve também o relato de episódio de agressão física (Figura 1).

FIGURA 1. SOBREPOSIÇÃO DE VIOLÊNCIA FÍSICA, SEXUAL E PSICOLÓGICA PERPETRADA POR PARCEIRO ALGUMA VEZ NA VIDA ENTRE USUÁRIAS DAS QUATRO UNIDADES DO PSF, 2001.



VF = Violência exclusivamente física
 VS = Violência exclusivamente sexual
 VP = Violência exclusivamente psicológica
 VFS = Violência física e sexual
 VFP = Violência física e psicológica
 VSP = Violência sexual e psicológica
 VPFS = Violência física, psicológica e sexual

Quanto à severidade da agressão física, das mulheres que relataram já ter sofrido essa forma de violência por parceiro íntimo ou ex-parceiro alguma vez na vida, 70 (61,9%) sofreram agressão que a classificação do instrumento considera severa, e para 43 destas (38%), a agressão foi considerada moderada, ficando clara a predominância da forma severa.

É importante ainda lembrar que a frequência dos casos de violência física, além de ter ocorrência alta, foi também considerada repetitiva. Perguntadas quantas vezes ocorreram os episódios de violência física relatados pelo questionário, entre: uma; poucas ou muitas vezes, 46,7% responderam poucas vezes e 20% apenas responderam uma vez. Em relação às mulheres que relataram experiências de violência conjugal sexual, apesar de baixa se comparada à amostra geral, também parece ser repetitiva: a maioria das mulheres refere mais de uma vez ter sofrido violência pelo mesmo agressor.

Resumidamente, observamos que não houve diferenças significativas quanto à ocorrência de violência conjugal nos serviços com PSF implantados da zona leste de São Paulo por nós estudados.

Vale ainda ressaltar a questão da invisibilidade da violência em nossa leitura de prontuários; apenas quatro tinham registro de violência física, apesar do número muito maior de casos relatados pelas mulheres quando da aplicação do questionário. Desses casos registrados, todos foram cometidos por parceiro e também foram relatados no questionário. Destaca-se esse aspecto pelo seu lado negativo, isto é, o PSF não diferiu dos demais serviços quanto ao registro de violência em prontuário. Lembre-se, como já dito, que os serviços PSF foram classificados entre os de boa qualidade de prontuário na comparação com os demais serviços da pesquisa mais geral.

Fica claro que um número ínfimo dos casos de violência sofridos pelas mulheres foi registrado em prontuário, o que nos parece bastante preocupante, ou seja, mesmo àquelas mulheres que procuraram o serviço de saúde para atendimento ou para qualquer outro tipo de ajuda, não tiveram suas queixas registradas e consideradas como pertinentes à utilização dos serviços de saúde e/ou da atenção dos profissionais desses serviços.

A VISÃO DOS PROFISSIONAIS

Levantar questionamentos e sugestões a partir dos resultados desta pesquisa tem me parecido uma possibilidade de contribuição para o processo de organização da atenção básica em nosso país. Tenho tido a possibilidade de manter contato com profissionais do PSF em vários locais do Brasil. Esse contato, independente da região, sempre aconteceu em grandes cidades, em metrópoles, em meio às questões da urbanização desenfreada, e de tantos outros tipos de violência que assolam nossa civilização contemporânea. Um fato que sempre me chamou a atenção foi à repetição da sensação de impotência sentida e referida pelos profissionais de saúde acerca da questão da violência, especialmente da violência contra a mulher. A reincidência dessa questão mostrou que o

problema da violência não tem passado despercebido por esses profissionais. Ao contrário, a violência os tem incomodado, e muito, a ponto de desenvolverem vários sentimentos: impotência, raiva, medo, indignação, e um desejo de livrar-se do problema por não pertinência ao campo profissional. Ou então, ao contrário, vontade de ter uma forma de dar resposta adequada, saber para onde encaminhar ou o que fazer.

Os dados das 13 entrevistas semi-estruturadas com profissionais dos quatro serviços, conforme descrito na tabela 1, confirmam estas impressões. Estes profissionais foram selecionados levando-se em conta o critério de que não tivessem contato prévio com o tema por intermédio da equipe de pesquisa e, portanto, não estivessem particularmente sensibilizados no tema violência doméstica e sexual. Desta forma, foram excluídos os profissionais que participaram das oficinas da pesquisa mais geral como representantes oficiais de seus serviços, pois se entendia que estes apresentavam percepções ou entendimentos já diferenciados em decorrência de vários treinamentos da própria pesquisa.

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS SEGUNDO A UNIDADE DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 2001.

Unidades de Saúde	Profissionais
USF Vila Guilhermina	1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem 1 ACS ^a , 1 gerente
USF Jardim Robru	1 médico, 1 enfermeiro, 1 ACS ^a
USF Jardim Campos	1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem, 1 ACS ^a
USF Gleba Pêssego	1 auxiliar de enfermagem, 1 gerente
Total	13 profissionais

a ACS = Agente Comunitário de Saúde

Para realizar a análise das entrevistas dos profissionais, levamos em conta as categorias já consideradas: **a visibilidade, o acolhimento e o assistir/cuidar**. Dada a semelhança de organização dos serviços estudados, optamos por proceder à análise contrastando as distintas categorias profissionais: o médico, o agente comunitário de saúde, o enfermeiro, o auxiliar de enfermagem e o gerente.

De modo geral a violência é reconhecida, no entanto sobre ela pouco se discute no serviço: a violência não toma parte das conversas entre profissionais em seu dia-a-dia, tal como outros assuntos assistenciais. Ela pode ser alvo das reuniões, mas esgota-se ali, ao contrário de um problema assistencial de difícil solução que é tanto alvo das reuniões como segue fazendo parte das conversas entre os profissionais. Isso também denota invisibilidade e reforça nossa interpretação de que mesmo reconhecendo casos (vendo), os profissionais fazem que não vêem.

Se partirmos da noção de que lidar com o problema da violência em sua totalidade implica **ver e visibilizar** os casos, **acolhê-los** e dar **cuidados ou assistência**, produzindo respostas possíveis a cada situação, estaremos diante de uma seqüência de práticas em que a todo procedimento de ver/dar visibilidade segue-se o acolhimento e a assistência, como atos em série e sempre produzidos em conjunto, não existindo filtros ou inversões de seqüência. No entanto, já à primeira observação das entrevistas, percebemos o que passo a chamar de procedimentos em pirâmide no PSF. Pirâmide porque há filtros entre esses atos, e então há perdas de casos, sendo ver/visibilizar a maior expressão de atos registrada e o assistir/cuidar, a menor. Casos de violência que são vistos não são acolhidos ou assistidos, perdendo-se no trajeto. Ou seja, a visibilidade é maior que o acolhimento, que é maior que o assistir/cuidar. Assim, apesar de ter um reconhecimento maior do que o referenciado na maioria dos estudos relativos a violência e profissionais de saúde, encontrados na literatura nacional e internacional (SUGG; INUI, 1992; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999), a visibilidade completa não está garantida, pois apenas seu componente do reconhecer está ocorrendo.

O acolhimento, por sua vez, acontece dependendo da disponibilidade pessoal de cada profissional que se depara com a questão, e não traduz uma política pública determinada pelos serviços ou pelo programa, a partir do qual os cuidados estão organizados. A resolutividade, ou seja, o assistir/cuidar é, tal qual ocorre em todos os serviços de saúde e também como mostra a literatura, quase que inexistente e quando ocorre é totalmente dependente de esforços individuais e disponibilidades pessoais

para busca de ajuda de serviços de referência ou mesmo de algum tipo de cuidado interno.

O que chama atenção é que os profissionais do PSF parecem estar mais abertos a essa questão, reconhecem mais e têm os prontuários das mulheres, de modo geral, mais organizados que os preenchidos por outros profissionais da pesquisa mais geral. Isso, porém, não garantiu a visibilidade, o acolhimento ou o assistir/cuidar das mulheres em situação de violência. Sequer garantiu o registro dos casos reconhecidos, o que complementaria a categoria da visibilidade, ao fazer ver o caso.

Essas características da atuação dos profissionais da equipe de PSF, aliada a alta prevalência de casos nos serviços examinados, sugerem que a violência contra a mulher é, de fato, um problema de grande magnitude, de natureza emergente e sensível, e muito difícil de se lidar, mesmo quando acontece em uma área com implantação de um programa tão especial como é o PSF.

O braço das ações comunitárias do Programa aumenta o reconhecimento do problema da violência doméstica, e o trabalho em equipe poderia ser, como de fato é apontado por todos os entrevistados, uma tecnologia de grande apoio aos profissionais nessa questão. Contudo, o PSF não está lidando com a questão da violência de maneira mais adequada que os outros serviços, sugerindo que a complexidade da própria violência como evento da vida das pessoas e como questão assistencial requer construções programáticas também mais complexas. Esta insuficiência – quer do Programa quer das capacitações dos profissionais – é o tema mais recorrente das entrevistas e mais requisitado por todos: na fala das *“impotências”* do agir profissional, os entrevistados localizam tal insuficiência prática.

Ser impotente para lidar com casos é sempre uma grande questão para profissionais da área da saúde, e o fato de que no PSF as famílias estejam vinculadas à mesma equipe e aos mesmos profissionais faz que essa sensação seja maior, ao mesmo tempo em que objetivamente exige maior resolutividade em geral desses profissionais. No caso da violência, tal característica do programa é ao mesmo tempo benéfica para o

reconhecimento do problema, como deixa muito explícita a impotência de atuação.

É interessante, por outro lado, comparar o comportamento diferente entre os profissionais no que se refere à violência contra a mulher. Percebemos que todas as categorias já se depararam com casos de violência contra a mulher, mas que os olhares são distintos. A maior sensação de impotência, por achar que está entre suas obrigações sempre resolver, dar uma resposta a tudo, parece ser a das médicas. Talvez isso aconteça como um modo para não ter, de fato, que atuar nessa situação, e, sobretudo, temendo, como mostra SUGG; INUI (1992), uma identificação direta de situações pessoais com os casos. Se há um igual reconhecimento dos casos, há, em contrapartida, uma invisibilidade maior da violência como questão de gênero. As médicas são, como os gerentes, os dois segmentos profissionais nos quais ninguém mencionou questões de gênero ligadas à violência. Tal violência é sistematicamente apontada como questão de natureza socioeconômica.

Os gerentes, por sua vez, mostram-se os profissionais mais distantes dos casos. De fato estão relacionados às atividades meio (organizacionais), mas isso não deveria corresponder a um distanciamento das problemáticas da assistência.

Os enfermeiros acreditam que as mulheres não costumam falar muito sobre o assunto, e que não procuram o serviço para resolver a situação, mas apenas para tratar as queixas decorrentes desta. Apesar de se sentirem impotentes e estarem comprometidos com a humanização do atendimento de modo geral, parece existir uma certa distância desses profissionais com os casos. A eles parece competir, pelos seus depoimentos, um trabalho de prevenção e de melhoria de qualidade de vida e não de assistência às usuárias.

As agentes são as profissionais mais próximas da comunidade, estabelecendo, segundo seus depoimentos, um elo entre a população e o serviço. Elas têm a possibilidade de reconhecer a violência na comunidade e de trazer os casos para as reuniões de equipe e de fato o fazem. Nelas o sentimento de impotência aparece, mas em menor grau,

talvez por sua identificação maior com a população do que com o serviço.

As auxiliares de enfermagem são as profissionais que reconhecem mais explicitamente e com mais detalhes as situações de violência contra a mulher. Essas situações são, conforme seus depoimentos, espontaneamente relatadas a elas pelas mulheres, possivelmente em busca de ajuda profissional para a situação.

NOTAS FINAIS

O Programa Saúde da família tem se mostrado aberto a capacitação de seus profissionais, a elaboração de protocolos de atendimento a mulheres em situação de violência e a construção de relações com outros serviços que dêem respostas mais adequadas aos casos. Os profissionais do PSF acham essa uma medida importante e pertinente, solicitando inclusive apoio do grupo da pesquisa geral.

Outras formas de violência serão sempre importantes, reconhecidas, recorrentes e terão necessidades de intervenção. Porém, a especificidade da violência contra a mulher deve ser sempre lembrada em capacitações, construção de relações com outros serviços e possibilidades de intervenções locais. Esta seria uma grande contribuição para o deslocamento da violência contra a mulher de uma questão de âmbito privado para uma questão de âmbito público, que necessita de intervenção social.

A violência contra a mulher, evento de âmbito privado, deve ser entendida como uma questão pública (saúde pública) que precisa de intervenção social e de políticas públicas específicas e muito sensíveis. O Programa de Saúde da Família pode, e deve ser olhado como mais uma política pública potencialmente adequada para contribuir no enfrentamento deste problema.

Karina Barros Calife Batista é médica, Mestre em Medicina Preventiva pela FMUSP, coordenadora do Pólo de Capacitação da Região Metropolitana da Grande São Paulo.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABIPEME (Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado). *Critério de classificação econômica*. [on-line]. Brasil; 2001. Disponível em <URL: <http://www.abipeme.org.br>> [2001 jun 14].
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Saúde da Família. Saúde dentro de casa*. Brasília, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para mudança do modelo assistencial*. Brasília, SAS, 1997.
- BATISTA, K. B. C. – Violência contra a Mulher e o Programa de Saúde da Família: A emergência de demanda na visão dos profissionais, 2003. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, S. A. *O Programa Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada*. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v.5, pp. 133-2, 2001.
- CAVALCANTI, M. L. T. *A abordagem da violência intrafamiliar no Programa Médico de Família de Niterói: dificuldades e potencialidades*. Tese Doutorado/Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2002.
- COHN, A.; ELIAS, P. E. *Saúde no Brasil. Políticas e Organização de Serviços*. São Paulo: CORTEZ, 1999.
- CUNHA J. P. MAUÁ. *O amor faz a diferença*. Rev. Bras. de Saúde da Família, v. 1, p. 30-9, 1999.
- D'OLIVEIRA, A. F. P. L. *Gênero e violência nas práticas de saúde: contribuição a estudo da atenção integral à saúde da mulher*. Dissertação de Mestrado/Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1996.
- D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. *Violência de Gênero, Saúde Reprodutiva e Serviços*. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H., (org.) **Questões da Saúde Reprodutiva**. pp.337-355. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- ELLSBERG, M. C. "Candies in hell-research and action on domestic violence against women in Nicarágua". Umea University, Nicaragua Autonomous University, 2000.
- EINSENSTAT, A. S.; BANCROFT, B. A. "Domestic Violence." N. Engl.: J. of Med., v. 16, pp. 866-92, 1999.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. *Acolhimento e processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG)*. Conferência Nacional de Saúde, Betim, MG, 1997.
- GIFFIN, K.; COSTA, S. H., (org.) *Questões da Saúde Reprodutiva*, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- HEISE, L. "Gender-based Abuse: The Global Epidemic". Caderno de Saúde Pública, v. 10, supl. 1. pp. 135-145, 1994.

- HEISE, L.; ELLSBERG, M.; GOTTEMOELLER, M. "Para acabar con la violencia contra la mujer". Popul. Reports, v. 27, pp. 1-43, 1999.
- LIMA, M.; AQUINO, R. *Manual para treinamento introdutório das equipes de saúde da família, 2001*. (Série Cadernos técnicos, 2). Salvador, 2001.
- McCAULEY, J.; KERN, D. E.; KOLODNER, K.; DILL, L.; SHOEDNER, A. F.; HECHANT, H. K.; RYDEN, J.; BASS, E.; DEROGATIS, L. D. "The 'Battering Syndrome': Prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices". Ann. of Emerg. Med., v. 123, pp.737-746, 1995.
- MACEDO, A. C.; PAIM, J. S.; VIEIRA DA SILVA, L. M.; COSTA, M. C. N. *Violência e desigualdade social: mortalidade por homicídios e condição de vida em Salvador, Brasil*. Rev. Saúde Públ., v. 35, pp. 515-522, 2001.
- MARSIGLIA, R. M. G.; OLIVEIRA, E. M. *Interdisciplinaridade*, 2000. (mimeogr).
- MARSIGLIA, R. M. G. *O que é o PSF?*, 2002. (mimeogr.)
- MINAYO, M.C. *A violência social sob perspectiva da Saúde Pública*. Cad. Saúde Públ., v.10, pp.7-18, supl. 1, 1994.
- MINAYO, M.C.; SOZA, E. R. *É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública*. Ciência e Saúde Coletiva, v. 4, pp. 7-22, 1999.
- PAIM, J. S. *Saúde da Família: espaço de reflexão e de contra hegemonia*. Interface- Comun., Saúde, Educ., v 5, pp.143-6, 2001.
- PEDUZZI, M. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação*. Tese de Doutorado/Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1998.
- SAFFIOTI, H. I. B.; ALMEIDA, S. S. *Violência de gênero: poder e impotência*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.
- SCHRAIBER, L. B. "Desafios históricos en salud: lo individual y lo colectivo en los modelos de trabajo y asistencia." Cuadernos Med. Sociales, v.72, pp. 47-60, 1995.
- SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (org.) *Necessidades de saúde e atenção primária. Saúde do Adulto: Programas e ações na unidade básica*. São Paulo, Hucitec, 1996. 289p.
- SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A.F.L.P. *O Brasil no estudo multipaíses sobre a saúde da mulher e violência doméstica contra mulheres*. Relatório Técnico-FMUSP. São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1998.
- SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. *Violência contra mulheres: interfaces com a saúde*. Interface- Comun., Saúde, Educ. v. 5, pp. 11-5, 1999.
- SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; FRANÇA-JUNIOR, I; STRAKE, S. S.; OLIVEIRA, E. A. *A violência contra mulheres: demandas espontâneas e busca ativa em unidade básica de saúde*. In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 6., Anais..., v.1, pp.179-188. Águas de Lindóia-SP, 2000.

- SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. L. P. *Violência, Gênero e Saúde: organização de serviço e tecnologia em atenção integral à mulher*. Relatório Técnico FMUSP. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2002.
- SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. L. P. *O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica*. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde/Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, 2002.
- SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; FRANÇA-JUNIOR, I.; PINHO, A. A. *Violência contra a mulher: estudo em uma unidade básica de saúde*. Rev. Saúde Públ., v.36, pp. 470-477, 2002.
- SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. "Violence against Women and Brazilian Health Care: a proposal for integrated care in primary care services". Int. J. Gynecol. Obstet., v. 78, p. S21-S25, 2002. Supl. 1.
- STARFIELD, B. "Primary Care: Concept, evolution and policy. Local?" Oxford University Press, 1992.
- STARK, E.; FLITCRAFT, A. "Spouse abuse." In: ROSEMBERG, M. L.; FENLEY, M. A., **Violence in America: A public Health approach**. New York, Oxford University Press, 1991. pp. 123-57, 2. ed.
- STRAUSS, M.A., GELLES, R. J. "Measuring intrafamily conflict and violence: the conflict tactics (cts) scale." J. Marriage Fam., v. 41, pp75-88, 1979.
- SUGG, N. K.; INUI, T. "Primary care physicians's response to domestic violence." JAMA, 23 (267), pp. 3175- 60, 1992.
- TJADEN, P.; TNONNES, N. "Prevalence, Incidence, and consequences of Violence Against Women: Findings from the National Violence Against Women Survey." Research Brief., Report n° 93- IJ-CX-0012. Washington (DC): National Institute of Justice & Center for Disease Control and Prevention, 1998.

Parte 3

GÊNERO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

DESAFIOS E LIMITES NO ENSINO DE GÊNERO EM SAÚDE COLETIVA: A EXPERIÊNCIA DO MUSA¹



Estela M. L. Aquino

INTRODUÇÃO

O MUSA – Programa de Estudos em Gênero e Saúde foi criado, em 1990, como um núcleo reunindo cinco pesquisadoras que trabalhavam com a temática de saúde da mulher no antigo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia.

A iniciativa visava potencializar esforços para conferir visibilidade à temática em um contexto acadêmico de alto nível, com atividades de pesquisa, ensino e extensão.

Em sua origem, o MUSA inspirou-se em outras iniciativas do feminismo acadêmico brasileiro que, a partir dos anos 80, reproduziu nas universidades, especialmente nas Ciências Humanas, o modelo norte-americano de núcleos de *Women's Studies* (Costa & Blay, 1992). Dessa forma, como muitos outros núcleos, o MUSA era composto apenas por mulheres – docentes e estudantes de pós-graduação da própria instituição – pretendia uma organização baseada em relações não hierárquicas e por meio da interdisciplinaridade tinha como objetivo fundamental questionar o discurso e a prática científica tradicionais, na produção de um novo saber não sexista para subsidiar mudanças sociais.

1 Texto apresentado no Seminário Internacional Políticas de Saúde e Gênero: o Programa de Saúde da Família em discussão, promovido pela Secretaria de Saúde do Recife, MS, DMP/USP, ABRASCO, Rede Saúde, SOS Corpo e FAGES/UFPE, em Recife de 19 a 20 de agosto de 2004.

Ao longo da década de 90, aquele coletivo inicial foi se ampliando e modificando pela incorporação de novos integrantes (e saída de outros), com o firme propósito de consolidar sua atuação acadêmica, sem perder a estreita relação com as instâncias de formulação e execução de políticas públicas e com os movimentos sociais, particularmente o de mu-lheres.

Essa perspectiva continua orientando a prática acadêmica do MUSA, embora tenha se revelado bem mais complexa de operacionalizar do que parecia originalmente. Os desafios são muitos e resultam não apenas das dificuldades concretas do fazer acadêmico nas condições de grande precariedade material em que mergulharam as universidades federais brasileiras, principalmente no nordeste.

As restrições orçamentárias fazem que as instituições vivam em permanente crise e a impossibilidade de realizar novas contratações que atendam às necessidades mínimas de reposição dos quadros acadêmicos, aliadas à intensificação dos mecanismos de avaliação de produtividade, têm resultado no sobre-trabalho de docentes e técnicos, em unidades que pretendem manter o nível de excelência do ensino público em nosso país. Entretanto, além das demandas próprias do trabalho acadêmico "normal", a legitimação de um novo campo de conhecimentos coloca inúmeros outros desafios, o que, somado ao empenho em romper com o "encastelamento" acadêmico, resulta em um esforço quase sobre-humano, cujos resultados nos parecem muitas vezes impossíveis concretizar.

A oportunidade de refletir sobre essa experiência, buscando resgatar seus avanços e limites na formação de pesquisadores e profissionais de saúde, apresenta-se como um desafio adicional, uma vez que tem de ser efetuada sem o distanciamento crítico necessário. A sistematização aqui apresentada foi produzida em meio às inúmeras atividades cotidianas de pesquisa, ensino e extensão e tem certamente um caráter fragmentário.

Cabe esclarecer que, embora esteja inserido em um instituto que cumpre importante papel na formação em serviço, particularmente, de profissionais para o Programa de Saúde da Família (PSF), o MUSA não é responsável por essas atividades. Participa diretamente de algumas delas

e indiretamente por meio do debate institucional sobre essa modalidade de ensino. Todavia, a reflexão sobre essa experiência pode nos alimentar com novas inspirações e idéias que tornem nosso trabalho mais adequado às necessidades atuais do sistema de saúde, na perspectiva de contribuir para a equidade de gênero e a justiça social.

GÊNERO E SAÚDE COLETIVA NO BRASIL: BASES PARA UM NOVO CAMPO TEMÁTICO

Antes de tudo é preciso situar a constituição do MUSA em um contexto de transformações político-institucionais que propiciaram as condições materiais e simbólicas para sua consolidação acadêmica.

No Brasil, a influência do feminismo na área de saúde, ao contrário do que se deu nas Ciências Humanas, ocorreu inicialmente fora da academia. Na década de 80 registraram-se muitos encontros sobre saúde, sexualidade e direitos reprodutivos², promovidos pelo movimento feminista, cujas proposições tiveram contribuição inegável na definição de políticas sociais do interesse das mulheres.

Essa vitalidade também se expressou no surgimento e consolidação de inúmeros grupos de mulheres trabalhando com essa temática, culminando em 1991 na criação da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, que congrega atualmente mais de uma centena de entidades, em sua maioria organizações não-governamentais.

A criação do PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, em 1983, resultou da confluência das proposições feministas com aquelas oriundas do chamado movimento sanitário brasileiro, em meio ao processo de redemocratização do país (Costa & Aquino, 2000). Dessa forma, já incluía a defesa da universalidade, integralidade e equidade – princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) inscritos na Constituição Federal de 1988. Trazia também impressa a marca da crítica radical do movimento de mulheres em relação ao modelo médico, denunciando as relações de poder implícitas entre profissionais e usuárias

2 Entre outros, o 1º Encontro Nacional sobre Saúde, Sexualidade e Aborto (1983), no Rio de Janeiro; o 1º Encontro Nacional de Saúde das Mulheres (1984), em Itapeirica da Serra; I Conferência Nacional de Saúde e Direitos Reprodutivos (1986); Encontro Nacional Saúde da Mulher: um Direito a ser Conquistado (1989), em Brasília.

de serviços de saúde.

Esse período é pleno de transformações políticas, econômicas e sociais, muitas vezes contraditórias, em um cenário que combinava grandes conquistas políticas no plano formal com a implementação de medidas de ajuste estrutural e retração do Estado, impulsionadas por agências como o Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial. A combinação desses dois vetores coloca inúmeros limites para a concretização dos direitos sociais assegurados pela Constituição, entre os quais o direito básico à saúde. Isso se reflete nos impasses para implementação do SUS e, particularmente, do PAISM, que se mantém, no entanto, como referência política para o movimento de mulheres.

Na década de 90, significativas mudanças sociais, demográficas e epidemiológicas trazem novos desafios para a Saúde Coletiva, tanto do ponto de vista da produção do conhecimento, quanto da formulação e implementação de políticas públicas. A drástica queda da fecundidade, a expansão da epidemia da AIDS e a massificação da violência, entre outros fenômenos, expõem os limites dos modelos tradicionais de investigação em saúde, particularmente na epidemiologia, propiciando uma inflexão temática e disciplinar na produção científica na Saúde Coletiva. Como parte desse processo inicia-se uma transição paradigmática dos estudos sobre “saúde da mulher” para os de “gênero e saúde”, incluindo noções de masculinidade e feminilidade e relações de gênero na investigação de variados objetos da saúde.

As conferências internacionais promovidas pela Organização das Nações Unidas (ONU) – particularmente a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994, e a IV Conferência Mundial da Mulher, em Beijing, em 1995 – representaram marcos na difusão institucional dos direitos reprodutivos e sexuais como direitos humanos (Friedman, 2003; Côrrea & Ávila, 2003). Organismos como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) em âmbito regional têm promovido a institucionalização da perspectiva de gênero nas pesquisas e políticas públicas de saúde, ainda que isso não ocorra sem problemas e distorções

conceituais e metodológicas.

É importante que se diga que essa transição paradigmática ainda está em curso, o que se traduz na superposição de conceitos, noções e teorias e resulta em proposições por vezes contraditórias no campo das políticas públicas.

No Brasil, o fortalecimento da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e o crescimento exponencial dos eventos científicos por ela promovidos permitem uma maior circulação de idéias, conhecimentos e propostas, o que também se reflete no aumento considerável da produção acadêmica da área. Em 1995, foi criado o Grupo de Trabalho Gênero e Saúde como resultado de uma ampla articulação política entre feministas acadêmicas com apoio da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, o qual tem se constituído em importante instrumento de legitimação da temática na Saúde Coletiva.

A CONSOLIDAÇÃO DE UM GRUPO ACADÊMICO

Os primeiros anos de atuação do MUSA constituem um período em que está ocorrendo a incorporação do debate feminista sobre a saúde no âmbito acadêmico, o que anteriormente se dava efetivamente no campo das políticas pela interação dos movimentos sociais com as instituições setoriais e o parlamento.

No antigo Departamento de Medicina Preventiva, onde se situava o MUSA, a organização da atividade acadêmica estava conformada pelas prioridades definidas na Faculdade de Medicina, sendo a formação médica o eixo fundamental de atuação e a contratação de docentes praticamente restrita àqueles com graduação nessa área. A proposta de constituição de uma unidade acadêmica própria foi amadurecendo e, finalmente, o ISC foi criado, em 1993. Sua institucionalização dois anos mais tarde impulsionou o crescimento de um núcleo acadêmico multidisciplinar em Saúde Coletiva, reconhecido nacional e internacionalmente, que atua no ensino de graduação e pós-graduação, oferece variados cursos de especialização e integra pólos de educação

permanente em saúde em parceria com outras instituições do Estado da Bahia.

Na ocasião em que foi criado esse Instituto, buscava-se uma forma de organização acadêmica que fomentasse a interdisciplinaridade tanto na produção de conhecimentos quanto nas atividades de ensino. A estrutura matricial concebida então previa a criação de programas integrados de ensino e pesquisa, reunindo pesquisadores e docentes de formação multidisciplinar em torno de questões e linhas de pesquisa e intervenção de caráter temático.

O MUSA reunia todas as características desejadas para tanto e foi então alçado de um núcleo relativamente “marginal” na antiga estrutura departamental a um dos programas integrados que constituem o ISC. Essa rápida institucionalização provocou certa “crise de crescimento”, com benefícios inegáveis para a legitimação da temática de gênero e saúde, mas também resultando em novos desafios para seus integrantes como decorrência da necessidade de atender a múltiplas demandas e ao mesmo tempo se submeter mais fortemente aos códigos adotados pela instituição. Um dos reflexos dessa mudança foi a forte pressão no sentido de uma hierarquização da equipe, cuja coordenação deveria obedecer à lógica da meritocracia, baseada na titulação e função de seus integrantes.

A necessidade de qualificação e titulação de seus quadros orientou nos primeiros anos da década de 90 o grande investimento na formação pós-graduada, mediante a realização de mestrado e doutorado, de modo a se constituir uma equipe de pesquisa em condições de reconhecimento acadêmico. Um grande projeto inicial – denominado “TESES: Trabalho em enfermagem e seus efeitos sobre a saúde” – agregou as integrantes originais do MUSA e novas pesquisadoras em formação, em torno de uma temática pouco explorada no Brasil. O projeto obteve financiamento parcial do CNPq e da Fundação Carlos Chagas, sendo, porém, viabilizado com muita criatividade por intermédio de parcerias institucionais com a Escola de Nutrição da UFBA, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e o Sindicato de Trabalhadores em Saúde da Bahia. Essa iniciativa resultou em duas teses de doutorado (Aquino, 1995; Araújo, 1999), duas de

mestrado (Marinho, 1996; Menezes, 1996), artigos científicos e inúmeras apresentações em congressos e outros eventos científicos.

Ao longo de quase quinze anos, desde sua constituição, outros projetos de pesquisa têm sido desenvolvidos em temáticas variadas, buscando-se incorporar a perspectiva de gênero e a noção de direitos sexuais e reprodutivos em temáticas tradicionais, bem como enfocando novos objetos de investigação.

Estratégias próprias à ação política no meio acadêmico têm desafiado a atuação cotidiana do MUSA, bem como de outros núcleos que atuam com a perspectiva de gênero na saúde. O empenho em produzir conhecimentos científicos de qualidade e promover sua divulgação em veículos reconhecidos na comunidade científica têm conferido legitimidade acadêmica à atuação do MUSA, que integra o diretório de grupos de pesquisa do CNPq e é reconhecido como um dos núcleos mais atuantes do ISC. Esse reconhecimento acadêmico permite que, apesar de todas as dificuldades, seja mantida uma forte articulação com os movimentos sociais, promovendo a circulação mais imediata do conhecimento produzido em instâncias de controle social das políticas públicas.

GÊNERO E SAÚDE COLETIVA: DESAFIOS PARA A PRODUÇÃO E REPRODUÇÃO DO CONHECIMENTO

Apesar de todas as conquistas institucionais, ainda são enfrentadas grandes dificuldades para a institucionalização da perspectiva de gênero na Saúde Coletiva. A relativa impermeabilidade à incorporação do gênero na saúde tem razões históricas cuja análise foge ao escopo deste texto. Apesar da crítica contundente à biomedicina que se produziu na Saúde Coletiva latino-americana, no que tange às representações de gênero, a desconstrução do essencialismo tem sido árdua e ainda se coloca como uma questão primeira.

Muitos desafios epistemológicos e metodológicos têm-se colocado, destacando-se em primeiro lugar as dificuldades envolvidas na integração de conhecimentos advindos das ciências biomédicas e sociais. Isso

porque, em que pese a necessidade de desnaturalizar os fenômenos de interesse e desvendar as representações de gênero que orientam a produção do conhecimento, na investigação de muitas questões na área de saúde os aspectos biológicos não podem ser tratados tão somente em sua dimensão simbólica e cultural.

Um outro desafio diz respeito à transversalidade do gênero e a necessidade de articular essa categoria analítica a outras como raça/etnia, classe social e geração. Essa articulação permitiu desconstruir a idéia de uma mulher universal, evidenciando, por exemplo, como o racismo amplia as desigualdades sociais de mulheres de distintas classes sociais. Contudo, ainda são escassos os estudos que incorporam essas múltiplas dimensões, e os que existem em geral são procedentes dos EUA.

A produção sobre o tema de gênero e saúde, apesar de crescente, ainda é insuficiente e muito concentrada em poucos núcleos acadêmicos e algumas ONGs com tradição de pesquisa. Essa constatação levou o MUSA a definir como uma de suas prioridades a formação de pesquisadores, de modo a contribuir para o aumento e o aprimoramento da produção científica nessa temática.

No âmbito do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFBa), inúmeras teses e dissertações têm sido orientadas, as quais tratam de aspectos variados como violência de gênero, sexualidade e reprodução de jovens e adolescentes, trabalho e saúde, saúde mental, entre outros.

Uma das estratégias adotadas para potencializar seus recursos envolveu o estabelecimento de parcerias com outras instituições, resultando em várias iniciativas de cooperação técnico-científica, entre as quais se destaca o Programa Interinstitucional de Treinamento em Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva. Em parceria com outras quatro relevantes instituições neste campo³, essa iniciativa vem sendo implementada desde 1997, com o apoio da Fundação

3 O Instituto de Medicina Social (UERJ), a Escola Nacional de Saúde Pública (FIOCRUZ), o Núcleo de Estudos de População (UNICAMP) e o Instituto de Saúde (SES-São Paulo).

Ford, tendo formado cerca de duas centenas de alunos e apoiado o desenvolvimento de quase uma centena de projetos de pesquisa sob orientação.

A produção oriunda desses projetos foi consolidada em duas publicações, reunindo os melhores trabalhos dos bolsistas: o livro "Interfaces - Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva", publicado em 2002 pela Editora Unicamp (Barbosa et al, 2002) e um suplemento especial sobre "Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva" dos Cadernos de Saúde Pública, em 2003 (Aquino et al, 2003). Em ambas as publicações os trabalhos foram submetidos ao sistema de *peer review*, pelo qual cada artigo é avaliado de forma "cega" e independente por pareceristas *ad hoc*. Todos aqueles submetidos foram aprovados após revisão e a edição de 2000 exemplares dos Cadernos de Saúde Pública encontra-se praticamente esgotada, sendo considerada um sucesso editorial.

A avaliação por pares é uma das formas consagradas de validação do conhecimento científico e a divulgação nacional e internacional, por periódicos qualificados, é considerada como o meio privilegiado de circulação democrática dos resultados de pesquisas. Dessa forma, ao se adotar essa estratégia de publicação, cumpriu-se o propósito de conferir visibilidade ao campo temático utilizando mecanismos reconhecidos pela comunidade científica, o que contribui para sua legitimação.

Além desses resultados, o Programa Interinstitucional de Treinamento em Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva tem estimulado a participação crescente de alunos e egressos em congressos e eventos da área, com apresentação de trabalhos, bem como aumentado a demanda por cursos regulares de pós-graduação com projetos de mestrado e de doutorado nessa temática.

Um resultado indireto do Programa tem sido a sensibilização para o tema de docentes e pesquisadores das instituições integradas, ao envolvê-los com aulas e orientação de projetos de alunos e bolsistas. Pelo caráter multidisciplinar da proposta, estimula, também, a formação dos docentes no que diz respeito ao diálogo interdisciplinar.

O grande sucesso da iniciativa tem sido assegurado pela permanente colaboração mútua e solidária entre os centros, garantindo a melhor qualidade dos conteúdos ofertados. Seu caráter regionalizado assegura maior adequação às necessidades locais, revertendo a grande concentração de iniciativas existentes anteriormente no eixo Rio de Janeiro-São Paulo.

As atividades de ensino do MUSA têm envolvido outras estratégias com menor visibilidade, mas igualmente importantes. A realização de cursos, inclusive em parceria com a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, a oferta de disciplinas optativas sobre temas variados, a inserção de conteúdos afins em disciplinas regulares e a apresentação de pesquisas e temas de interesse em sessões científicas do PPGSC são alguns exemplos que podem ser citados. No âmbito da graduação, atua junto aos cursos de Farmácia, Nutrição, Enfermagem, Educação Física, Engenharia Sanitária e Psicologia, por meio da inserção de estágio em pesquisa sobre os temas de nossos estudos na disciplina de Epidemiologia.

A atividade de orientação envolve alunos de mestrado e doutorado, especialização e graduação, estes últimos com bolsas de iniciação científica. Recentemente, uma nova modalidade de apoio, denominada PIBIC Júnior, passou a incluir alunos do ensino médio de escolas públicas de Salvador, o que permite a sensibilização precoce de jovens para a atividade de pesquisa nessa temática, sendo particularmente interessante motivar moças de camadas populares para o trabalho em ciência.

A perspectiva de intercâmbio tem favorecido a absorção de alunos de pós-graduação procedentes de outros países dos continentes americano, europeu e africano⁴, o que assegura um enriquecimento mútuo pela troca de experiências sobre a saúde em contextos culturais diversos.

Dessa forma, apesar de contar com um pequeno núcleo permanente de docentes, o MUSA agrega hoje uma equipe ampliada de pesquisadores e alunos em diferentes níveis de formação e procedentes de distintos

4 Espanha, Bélgica, França, Inglaterra, EUA, Guiné-Bissau e Peru.

campos disciplinares – Medicina, Enfermagem, Antropologia, Sociologia, Estatística, Serviço Social, Biblioteconomia.

O pequeno número de docentes é atualmente um dos principais limites para a expansão e a consolidação de atividades de ensino. Representa principalmente um entrave ao propósito de transversalizar a perspectiva de gênero nas disciplinas e cursos regulares do ISC, ao invés de apresentá-la apenas em disciplinas optativas, que em geral atraem aqueles que de alguma forma já estão sensibilizados para o tema.

As demandas geradas pelas propostas de mudanças no modelo assistencial são imensas e exigem a formação e qualificação de profissionais de saúde capazes de assumir os desafios dessa transformação. O ISC tem participado ativamente da constituição de uma rede de pólos de educação permanente na Bahia e oferece regularmente uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família com duração de dois anos. Está credenciado pela Capes (MEC) para ofertar mestrados profissionalizantes, uma nova modalidade de curso que, mediante parcerias com outras instituições públicas, visa qualificar profissionais de saúde, envolvidos com gestão e execução de serviços, que desejam aprofundar seus conhecimentos sem necessariamente prosseguirem em uma carreira acadêmica. Nesses cursos, temáticas relativas ao campo de gênero e saúde têm sido introduzidas de modo pontual.

Recentemente vem sendo debatida a proposta de criação de um curso de graduação em Saúde Coletiva, o que não excluiria a oferta de disciplinas dessa área em outros cursos da saúde, mas permitiria a formação de um profissional mais adequado às necessidades de implementação do SUS e ao paradigma da promoção da saúde.

A incorporação da perspectiva de gênero nas iniciativas para formação de profissionais em serviços requer outras estratégias e recursos pedagógicos, de caráter continuado e tutorial, o que conseqüentemente exige docentes qualificados para isso. Tendo alcançado um grau razoável de institucionalização, como grupo de pesquisa e na formação de pesquisadores, para se engajar nesse novo desafio o MUSA precisa antes de tudo ampliar sua equipe docente e estabelecer outras parcerias,

redefinindo suas prioridades em um novo patamar. Também é preciso aprofundar a discussão sobre conteúdos e metodologias de ensino, além da produção de material didático pertinente, sendo um dos desafios atuais o desenvolvimento de estratégias de ensino à distância utilizando os recursos eletrônicos e da internet.

O financiamento dessas iniciativas é, portanto, crucial. A parceria entre instituições de saúde, ONGs e universidades com acúmulo na reflexão sobre essas questões pode representar uma alternativa profícua para superação dos desafios apresentados.

Estela M. L. Aquino. Professora adjunta do Instituto de Saúde Coletiva (UFBA), coordenadora do MUSA - Programa de Estudos em Gênero e Saúde; vice-coordenadora do GT Gênero e Saúde da ABRASCO e sua representante na Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher do Conselho Nacional de Saúde.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AQUINO, E.M.L. *Gênero, trabalho e hipertensão arterial: um estudo de trabalhadoras de enfermagem em Salvador, Bahia*. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva. Salvador: ISC/UFBA, 1996.
- AQUINO, E.M.L.; BARBOSA, R.M.; HEILBORN, M.L.; BERQUÓ, E. Editorial: *Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva: a constituição de um novo campo na Saúde Coletiva*. Cadernos de Saúde Pública, 19 (sup. 2):1-1. Rio de Janeiro, 2003.
- ARAÚJO, T.M. *Trabalho e distúrbios psíquicos em mulheres trabalhadoras de enfermagem*. Tese Doutorado em Saúde Coletiva. Salvador: ISC/UFBA, 1999.
- BARBOSA, R.M.; AQUINO, E.M.L.; HEILBORN, M.L.; BERQUÓ, E. (Org.) *Interfaces: gênero, sexualidade e saúde reprodutiva*. Campinas, SP: Ed. Unicamp, 2002.
- CORRÊA, S.; ÁVILA, M.B. *Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros*. In: BERQUÓ, E. (Org.) **Sexo & Vida: Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil**. Campinas, SP: Ed. Unicamp, 2003.
- COSTA, A. M.; AQUINO, E.M.L. *Saúde da mulher na Reforma Sanitária Brasileira*. In: COSTA, A.M.; MÉRCHAN-HAMANN, E.; TAJER, D. (Org.) **Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas**. (1ª. ed.) Brasília, 2000.
- COSTA, A.O.C. & BLAY, E. A. (Org.) *Gênero e Universidade*. São Paulo: NEMGE-USP, 1992.
- FRIEDMAN, E.J. "Gendering the agenda: the impact of the transnational women's rights movement at the UN conferences of the 1990s". **Women's Studies International Forum**, 26 (4): 313-31, s. l., s.e., 2003.
- MARINHO, L.F.B. *Encerramento das carreiras reprodutivas através da esterilização tubária cirúrgica entre trabalhadoras de enfermagem de um hospital público em Salvador, Bahia*. Dissertação de Mestrado em Saúde Comunitária. Salvador: ISC/UFBA, 1996.
- MENEZES, G.M.S. *Trabalho noturno e saúde de mulheres profissionais de enfermagem em Salvador, Bahia*. Dissertação de Mestrado em Saúde Comunitária. Salvador: ISC/UFBA, 1996.

ESTRATÉGIAS, DESAFIOS E LIMITES NA FORMAÇÃO EM GÊNERO E SAÚDE: REFLEXÕES A PARTIR DE UMA EXPERIÊNCIA FEMINISTA

Ana Paula Portella

Este texto põe em debate algumas questões oriundas da experiência do SOS Corpo com a formação de profissionais de saúde. Para isso, pretendo traçar um breve histórico das nossas ações educativas, a partir de suas principais inflexões políticas e teórico-metodológicas, e, em seguida, apresentar brevemente os desafios e os limites que identificamos nessa trajetória. Antes de prosseguir, porém, gostaria de fazer algumas considerações a respeito da institucionalização de ações voltadas para a igualdade de gênero em políticas públicas e sociais e das atividades dirigidas para a formação como um elemento – precioso e fundamental, não resta dúvida, mas ainda assim apenas um elemento – desse processo que é muito mais político do que educativo.

Faço essa advertência porque tem sido comum a associação direta e inequívoca entre questões de gênero e trabalho educativo, como se a educação fosse não apenas a única forma, mas também suficiente em si mesma, para a superação das desigualdades entre mulheres e homens. Já de partida, esse pressuposto configura-se como um limite central na formação de profissionais de saúde, uma vez que retira as questões de gênero do campo da política e dos determinantes estruturais das desigualdades sociais para circunscrevê-las a um campo difuso e sempre periférico entre a cultura, a técnica e a ação social.

Para a análise que apresento inicialmente, tomo como referência as reflexões produzidas pela equipe do SOS Corpo, em livro sobre a

dimensão de gênero no desenvolvimento institucional (no prelo)¹. Segundo as autoras, na última década, organizações da sociedade civil e governos que se pautam pelos ideais de democracia e justiça social foram instados a criar internamente “políticas de gênero”, a partir de motivações diversificadas e gerando conseqüências também diversas. Instâncias, mecanismos institucionais e projetos específicos voltados para as mulheres, realização de oficinas para trabalhar identidades e registros do número de mulheres atingidas pelas ações exemplificam algumas das iniciativas tomadas nesse período. Deve-se dizer, no entanto, que apesar da sua enorme contribuição para problematizar a situação das mulheres, a maioria dessas ações não torna público o problema das condições desiguais em que vivem as mulheres na sociedade brasileira.

Institucionalizar uma política de gênero significa mais do que isso: significa assumir a questão da desigualdade entre homens e mulheres como um problema político e social relevante, que, articulado ao racismo e a exploração de classe, é estruturante da realidade social, e, portanto, deve nortear o projeto político institucional que se afirme na perspectiva da radicalização da democracia. Ou seja, é preciso refletir sobre a exploração e a opressão das mulheres e sobre a superação dessa situação como um dos planos fundamentais de construção e qualificação da democracia (Silva *et al*, 2004). Pensar a igualdade de gênero como um princípio democrático exige a revisão de posições e ações no mundo à luz desse desafio, tanto coletiva quanto individualmente, e irá exigir mudanças no desenho institucional no que se refere ao formato das políticas e no que toca à distribuição dos recursos humanos, financeiros, técnicos e materiais.

A institucionalização da dimensão de gênero nas políticas públicas implica um processo interno que contemple: a construção coletiva de acordos institucionais, o diagnóstico da situação sobre as questões de gênero, o planejamento do processo de institucionalização, a formação

1 SILVA, Carmen; LARANGEIRA, Márcia & GOUVEIA, Taciana. *Idéias e Dinâmicas para Trabalhar com Gênero como Dimensão do Desenvolvimento Institucional*. Recife: SOS Corpo, 2004. (no prelo)

e o conhecimento em gênero e a ação política voltada para a igualdade entre mulheres e homens. Dessa perspectiva, a formação é apenas uma das etapas de um processo mais amplo, e mais complexo, que objetiva a construção de entendimentos conceituais e o estabelecimento de consensos sobre a análise da situação, e sobre as possibilidades de ação no enfrentamento do problema da desigualdade de poder entre homens e mulheres nos campos específicos de execução da política.

Entender os processos voltados à formação de modo autônomo e, pior, como suficientes para o tratamento das questões de gênero, pode significar a recusa em enfrentar politicamente o problema e, na prática, o descompromisso com a superação da injustiça e das desigualdades nesta esfera da vida (Silva *et al*, 2004). No campo da saúde essas questões tornam-se particularmente delicadas, já que esse é um campo sensível no qual as desigualdades de gênero se expressam de modo exemplar e muitas vezes dramático. Feita essa advertência inicial, passo a tratar da trajetória e dos fundamentos das ações educativas em saúde no SOS Corpo, utilizando na primeira parte de minha argumentação referências do texto de minha autoria², publicado em 2001.

LUTAS E CONQUISTAS SOBRE O CORPO FEMININO: UM BREVE HISTÓRICO

A idéia de que a subordinação e a opressão de gênero se dá em grande medida por meio do controle do corpo das mulheres é central para o movimento feminista ocidental. É por intermédio da posse, do domínio e do controle do corpo das mulheres pelos homens que se ordenam muitas das práticas socioculturais em nossa sociedade, como, por exemplo, o casamento e a herança. Além disso, mediante mecanismos específicos e diferenciados, o corpo das mulheres vem sendo socialmente controlado também pelas normas religiosas, pela ciência e, em especial, pela medicina e pelos serviços de saúde, que se instituíram como importantes dispositivos de reprodução e perpetuação de desigualdades.

2 PORTELLA, Ana Paula. *Novas e Velhas Questões sobre Corpo, Sexualidade e Reprodução*. In: ÁVILA, Betania. (org.) **Textos e Imagens do Feminismo: Mulheres Construindo a Igualdade**. Recife: SOS Corpo, 2001, pp. 71-130.

Em boa parte de nossas sociedades, **toda** a mulher é definida a partir de certas características de seu corpo, mais especificamente, a partir da existência de seus órgãos sexuais e reprodutivos. O simples fato de as mulheres terem um útero capaz de gestar e parir definiria o seu projeto no mundo: a maternidade e seus correlatos, a família e a casa. A partir desse fato básico, seriam construídas as representações da feminilidade e definido o lugar das mulheres no mundo.

As representações sociais sobre o corpo feminino sexuado e reprodutor estão no centro do processo que designa a esfera pública como um espaço masculino e a esfera privada como um espaço feminino, o que justifica que o feminismo tenha tomado para si a tarefa de desconstruir e subverter essas representações para democratizar e tornar mais igualitária tanto a esfera pública quanto a esfera privada. Para isso, o feminismo lançou mão de um vasto leque de ações que variaram de pequenos grupos de reflexão a grandes articulações e mobilizações políticas internacionais, passando por um processo sólido e contínuo de produção de conhecimento que, pouco a pouco, foi desvendando os meandros da subordinação de gênero e os detalhes nem sempre agradáveis das reais condições de vida das mulheres no mundo.

A partir da década de 60, o movimento feminista deu início ao processo de politização das questões relativas ao corpo, à sexualidade e à reprodução. Citando Susan Bordo, no centro dessa politização estava a concepção do corpo como algo profundamente moldado, materialmente e em termos de representações, por ideologias culturais e práticas “disciplinares” e, portanto, muito distante da natureza na qual a racionalidade ocidental pretendia que ele estivesse imerso. A idéia de autonomia – individual, como projeto a ser alcançado individualmente pelas mulheres, e coletiva, como condição de existência política do movimento feminista diante de outros movimentos e organizações políticas – foi basilar nesse processo que teve no *slogan* “nosso corpo nos pertence” um de seus principais eixos de reflexão e ação política.

Na passagem das décadas de 70 para 80, o feminismo passa de uma atuação globalizante para a atuação em questões específicas, como a

saúde, por meio de grupos autônomos que se profissionalizam nesses temas, formulando novos conceitos e práticas, criando espaços diferenciados de atenção, como os grupos de auto-exame e os atendimentos ambulatoriais nos próprios grupos. Esse percurso se inicia simultaneamente com manifestações públicas – como as passeatas e atos públicos, entre os quais a queima de sutiãs foi apenas um deles – e práticas político-educativas baseadas nos grupos de reflexão e, a partir daí, ramifica-se em um sem-número de atividades que chegam até a influência, elaboração e implementação de marcos legais no plano internacional, e políticas públicas nos planos nacionais.

O SOS Corpo é um dos grupos brasileiros que foi parte ativa dessa construção. A sua própria origem remonta aos muitos grupos de reflexão criados em Recife por jovens feministas, algumas das quais recém-chegadas da Europa e dos Estados Unidos, onde haviam mantido estreito contato com o movimento feminista local. No final dos anos 70, havia em Recife um bom número desses grupos de reflexão que reuniam mulheres de classe média, universitárias e jovens profissionais, especialmente das áreas de ciências humanas e da saúde, que, rapidamente, ampliaram o seu raio de ação para os bairros mais pobres da cidade.

Os grupos de reflexão, que forneceram a base teórica e metodológica para as ações voltadas à formação de profissionais de saúde, procuravam articular e inserir a experiência individual de cada uma das mulheres no contexto global das relações de gênero e das relações socioculturais, num tipo de ação “político-educativa” muito próxima das concepções do educador Paulo Freire.

A experiência individual era valorizada porque representava, ao mesmo tempo, um microcosmo das relações de subordinação – e nesse sentido era exemplar – e um lugar de constituição da autonomia pessoal que era potencialmente libertador pelo fato de ser tratado coletivamente a partir de interpretações políticas, sociais e culturais que tinham na construção do movimento feminista um de seus mais fortes elementos. A idéia era que as mulheres não apenas compartilhassem o poder com os

homens na sua vida privada e adquirissem autonomia para a realização de seus projetos pessoais, mas também que, como grupo social e sujeito coletivo, passassem também a ocupar os espaços públicos de poder e decisão.

Com o tempo, as histórias sexuais, amorosas, reprodutivas e familiares das mulheres vão se constituindo num certo “núcleo-duro” desses grupos, que passaram a exigir novas formas de abordagem, entre as quais sobressaíram-se os grupos de auto-exame, tanto pelo ineditismo de seu formato e de seus resultados quanto pelas conseqüências que iriam provocar nas futuras ações no campo da saúde da mulher, dos direitos reprodutivos e dos direitos sexuais.

Os grupos de auto-exame foram uma tentativa de recuperação do conhecimento do corpo que às mulheres fora negado. Junto com a linha da vida, o auto-exame foi um poderoso mecanismo de resgate da auto-estima, de construção de solidariedade e identidade coletiva e, como conseqüência, de fortalecimento individual e coletivo das mulheres. Orientados pelo pressuposto de que a história das mulheres fora construída pelos homens, tendo lhes sido negada a possibilidade de elaborar uma interpretação do mundo baseada em suas próprias experiências e reflexões, os grupos de auto-exame se constituíram em um modo de acesso autônomo, coletivo e reflexivo das mulheres aos seus próprios corpos, às suas próprias vidas e ao mundo em que viviam. As reflexões sobre a condição feminina, baseadas na recuperação da história pessoal de cada uma delas, e tendo como objetivo identificar e valorizar os pontos de interseção existentes entre elas, foram acompanhadas de uma série de atividades corporais que buscavam desfazer/desconstruir o corpo moldado pelo outro.

O auto-exame representou, talvez, o momento mais radical desse processo no sentido de que o conhecimento da própria anatomia e dos processos corporais forneceram a base de um discurso que iria se contrapor vigorosamente aos discursos médico, científico, religioso e político sobre as mulheres e que, muito pouco tempo depois, iria resultar nas complexas elaborações a respeito dos direitos reprodutivos e dos

direitos sexuais. Do conhecimento para as propostas de ação o caminho não foi muito longo e é assim que surgem as críticas contundentes ao uso indiscriminado dos contraceptivos hormonais e da cesariana e à medicalização dos processos reprodutivos, apresentando-se como contraproposta o uso dos métodos de barreira, os tratamentos alternativos para as patologias vaginais e a defesa do parto normal numa clara demonstração de preservação e defesa do corpo feminino da manipulação médica e científica.

Estabelecem-se aí as premissas a partir das quais serão elaborados os conceitos de direitos reprodutivos e direitos sexuais, fundamentadas no que atualmente denominamos de valores feministas afirmativos. Com isso se quer dizer que as mulheres devem ter o direito de determinar a sua identidade sexual, de controlar seu próprio corpo, sobretudo no estabelecimento de relações íntimas e de escolher quando, com quem e se querem ter ou educar seus filhos.

O SOS CORPO E A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE

No campo das políticas de saúde, o SOS Corpo inicia suas ações para a formação de profissionais já em 1985, para a Prefeitura do Recife, no contexto da formulação de novas políticas sociais e, em especial, do Paism – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, da construção de novas alianças entre setores da saúde e da instauração de uma nova relação entre a sociedade civil e o Estado, baseada na negociação. Vale lembrar ainda que data desse período a presença expressiva e a ação determinante de feministas profissionais de saúde atuando nos diferentes níveis de governo para a proposição e implementação de políticas de saúde da mulher. As ações para a formação de profissionais de saúde eram, portanto, entendidas e executadas como parte da implantação de uma Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher que, por sua vez, previa a mudança de foco político e o reordenamento institucional, com forte ênfase na relação entre os serviços, o movimento de mulheres e as usuárias. Na ausência desses requisitos, as ações educativas perderiam o sentido e, mais ainda, se as ações assistenciais não fossem implementadas tal como previsto pelo Paism.

Infelizmente, foi isso o que terminou por acontecer, como todos sabemos.

Voltando para a história. Em 1986, junto com o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde de São Paulo, fazemos (**citar referências: biblió e/ ou relatórios**) um ciclo de oficinas de capacitação para o Ministério da Saúde e produzimos um conjunto de materiais educativos para distribuição nacional. Avaliações realizadas no período indicaram que a metodologia feminista aplicada ao contexto institucional dos serviços de saúde levantou questões e provocou conflitos no que se refere ao lugar das emoções no processo educativo, levou à revisão das relações interpessoais na instituição e à redefinição da relação com as usuárias a partir da compreensão das mulheres como sujeito desejante, inserido no contexto das relações sociais. Do ponto de vista das organizações feministas, o contato com as instituições públicas também trouxe novos temas que, por sua vez, levaram a reformulações teóricas e metodológicas, como: as relações hierárquicas na equipe, as relações interinstitucionais entre os diferentes órgãos públicos, a construção da autonomia profissional no trabalho em equipe e o papel das ações de gerenciamento na reprodução ou superação das desigualdades de gênero na saúde.

Em 1988, o SOS Corpo promove um Seminário Nacional de Metodologia de Práticas em Saúde da Mulher, em Olinda-PE, do qual participaram 35 ativistas-educadoras de cerca de 30 grupos de todo o Brasil. Esta foi a primeira sistematização nacional das práticas feministas para formação em saúde, cujas conclusões levariam a mudanças importantes a partir de então, particularmente no que se refere à necessidade de refinamento das análises do contexto socioeconômico e da saúde de mulheres e jovens, à necessidade de ampliação do foco, ainda muito restrito à contracepção e reprodução, para inclusão dos temas da concepção, maternidade e trabalho e, finalmente, à necessidade de maior fundamentação teórica e maior equilíbrio entre vivência e teoria. Do ponto de vista político, apontou-se a importância de se ampliar as relações com outros sujeitos políticos, revisando-se as estratégias de

3 SOS Corpo. Seminário de Metodologia de Práticas em Saúde da Mulher. Recife: SOS Corpo, 1998.

articulação e a relação com os governos (SOS Corpo, 1988)³.

A partir daí, realizamos inúmeros processos para formação em todos os níveis de governo, com diferentes formatos e objetivos, e, durante um certo tempo, trabalhamos com uma dupla vertente: formando equipes de unidades de saúde e grupos de profissionais de saúde pertencentes a diferentes instituições que pretendiam qualificar a sua própria formação feminista. Com isso, nosso propósito era qualificar as ações de assistência à saúde da mulher e, ao mesmo tempo, ampliar nosso campo de alianças nos serviços de saúde, formando feministas que seriam ativistas em suas respectivas unidades de saúde, com a tarefa primeira de lutar pela implantação do Paim.

Os anos 90 nos trouxeram a lenta dissolução do Paim e o reordenamento do modelo de assistência, mantendo, contudo, a idéia de que as ações educativas seriam fundamentais no campo da saúde da mulher e das relações de gênero. Mas se já não havia projeto político que tratasse do tema da saúde da mulher e das desigualdades de gênero na saúde como problemas políticos a serem enfrentados pelo poder público, qual seria o lugar, o propósito e a razão de ser das ações educativas? Devemos formar profissionais de saúde para quê? Foi nesse período que surgiu o tema da humanização do atendimento, sobrepondo-se a muitas das questões tratadas até aquele momento e, de certa forma, diluindo a radicalidade das proposições feministas iniciais.

Para a humanização a formação seria, portanto, entendida como o tratamento gentil e acolhedor nas unidades sem que se desse a devida atenção ao papel dos serviços na reprodução das desigualdades de classe, gênero e raça. Uma vez que a qualidade das formações também decaiu nesse mesmo período, o que assistimos foi à proliferação de atividades educativas realizadas apressadamente, muitas vezes para cumprir exigências do Ministério da Saúde, cujo resultado mais visível tem sido a detestável e injustificável forma de tratamento despersonalizada e infantilizada das mulheres, que se revela nos termos “mãe” ou “mãezinha”. Com isso quero dizer que entramos no século XXI com

muito mais impasses do que soluções, e o diagnóstico do PSF (Programa Saúde da Família) em Recife revela isso com muito mais clareza e ênfase do que eu seria capaz de fazer aqui.

DESAFIOS

Para concluir, gostaria de apontar alguns dos desafios que me parecem importantes para tratar da questão da formação de profissionais de saúde. Em primeiro lugar, é sempre bom lembrar que ao falar em formação feminista ou formação na área de gênero não estamos falando de capacitação para o desenvolvimento de ações técnicas junto a um público específico. Estamos falando de uma formação que objetiva construir coletivamente as condições para a constituição de sujeitos individuais e políticos capazes de realizar escolhas éticas, políticas e técnicas no seu cotidiano profissional; que pretende fortalecer a identidade de servidora pública como implementadora da política social de saúde e, portanto, responsável por recursos públicos e pelo bem público e que pretende construir identidade de gênero de modo a permitir o reconhecimento das usuárias como mulheres em condições semelhantes às das servidoras, e o além do reconhecimento das diferenças de inserção socioeconômicas, culturais e étnico-raciais que impactam diretamente as ações assistenciais.

Sem pretender esgotar esse complexo campo de questões que o tema nos coloca, apresento alguns dos desafios que me parecem particularmente importantes neste momento.

A gestão e os níveis mais altos da hierarquia devem ser envolvidos no processo de formulação das políticas de gênero e de sensibilização e formação, de modo a garantir resultados efetivos na melhoria da qualidade da assistência e das condições de saúde das mulheres. A formação voltada só para equipes de ponta tem “prazo de validade” curto, pois esbarra nas determinações institucionais gerais e na estrutura dos serviços e da política que, em geral, não reconhece as questões de gênero como centrais para os serviços. Estas, portanto, têm de se transformar em eixo estruturador da política e dos serviços, assim como as questões de classe e de raça e etnia.

Do mesmo modo, médicos e médicas devem estar envolvidos nos processos formativos. Mais uma vez, coloca-se a questão da hierarquia, agora no plano da unidade.

As questões de gênero, assim como as de classe e raça, devem ser incluídas como estruturantes da formação acadêmica na área de saúde. Se os currículos da área de saúde não tratam dessas questões, dificilmente os serviços serão capazes de suprir essa deficiência do modo adequado e desejável.

No que se refere especificamente ao PSF, os desafios são imensos, uma vez que o próprio modelo, ao mesmo tempo em que permite a ampliação do acesso e a melhoria de muitos indicadores de saúde, favorece a reprodução de valores e relações sociais conservadoras que, no que toca às mulheres, contribuem para o agravamento de suas condições de saúde, como no caso das DSTs e da violência. A existência e a importância da categoria profissional das agentes comunitárias de saúde no PSF é particularmente emblemática dessa tensão e ambigüidade do modelo.

Enfrentamos ainda o risco de que a institucionalização das ações de gênero na política de saúde seja confundida e reduzida às ações de saúde da mulher, o que, evidentemente, significa o não enfrentamento do problema. Nessa mesma direção coloca-se o falso dilema entre a realização de políticas para as mulheres e a transversalização de gênero nas políticas públicas: o desafio aqui é equacionar os dois tipos de ação.

Um outro desafio liga-se à necessidade de processos continuados voltados para formação no âmbito da implantação de políticas de saúde, o que exige a instalação de capacidade técnica para isso no âmbito dos governos, de modo a reduzir a dependência das consultorias externas, sempre intermitentes e com pouco conhecimento a respeito do cotidiano dos serviços, garantindo, ainda, respostas mais imediatas e efetivas aos problemas vivenciados pelas equipes nas unidades.

Finalmente, é preciso desmistificar a falácia da falta de tempo para a formação. O tempo só falta quando não há lugar na política. O que nos

leva de volta à proposição inicial desta apresentação: a superação desses desafios e qualquer reflexão a respeito da formação de profissionais de saúde só tem sentido se a questão da desigualdade entre homens e mulheres for tomada como um problema político e social relevante, que, articulado ao racismo e à exploração de classe, é estruturante da realidade social, e, portanto, deve nortear projetos político-institucionais que se afirmem na perspectiva da radicalização da democracia.

Ana Paula Portella. Psicóloga, coordenadora de pesquisas, educadora e pesquisadora do SOS Corpo - Instituto Feminista para a Democracia. Coordenadora de pesquisas multicêntricas, nacionais e internacionais. Propiciou formação para públicos diversos nos âmbitos local e nacional.





SOBRE O GRUPO TEMÁTICO

O Grupo Temático Gênero e Saúde, da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO, foi criado em 1995 durante o II Congresso de Epidemiologia, realizado em Salvador-BA.

Nos seus vinte e cinco anos de existência, a ABRASCO tem tido uma importante atuação técnica e política na consolidação do campo da Saúde Coletiva em nosso país, e também na construção do Sistema Único de Saúde — SUS.

Anteriormente à concepção do GT Gênero e Saúde, pessoas e grupos com produção de pesquisas e atuação nas temáticas de saúde da mulher, ou saúde reprodutiva, já procuravam trazer a discussão de gênero para o campo da saúde coletiva, visando contribuir para o rompimento do essencialismo que predominava nas ações de saúde da mulher, bem como na produção do conhecimento sobre reprodução e sexualidade, então tomadas apenas como fatos meramente biológicos.

Durante o Congresso de 1995, esses pesquisadores organizaram uma série de atividades buscando conferir visibilidade ao tema, que resultaram na recomendação a ABRASCO a respeito da constituição do GT.

Ao longo dos seus dez anos de existência, o GT tem se constituído em importante aglutinador dos esforços de reflexão, da ação política e da produção acadêmica visando à incorporação e ao aprofundamento da perspectiva de gênero nas ações, teóricas e práticas, no campo da saúde coletiva.

COORDENAÇÃO:

Wilza Villela (Instituto de Saúde, SES/SP) wilzavi@isaude.sp.gov.br

Estela Maria Aquino (ISC/BA) estela@ufba.br

NÚCLEO EXECUTIVO:

Ana Maria Costa (MS) ana.costa@saude.gov.br

Líliá Blima Schraiber (FM USP) liliabli@usp.br

Maria Luísa Heilborn (IMS/UERJ) heilborn@uerj.br

Regina Maria Barbosa (NEPO/UNICAMP) rmbarbos@nepo.unicamp.br

NÚCLEO CONSULTIVO:

Ana Flávia Lucas Oliveira (FM USP) aflolive@usp.br

Antonia Ângulo Testa (DECIT/MS) antonia.angulo@saude.sp.gov.br

Daniela Knauth (UFRGS) knauth@portoweb.com.br

Eleonora Menecucci Oliveira (UNIFESP) leomenecucci@uol.com.br

Elisabeth Meloni Vieira (FM USP/RP) bmeloni@fmrp.usp.br

Fabíola Rohden (IMS/UERJ) fabiola@ims.uerj.br

Greice Menezes (ISC/UFBA) greice@ufba.br

Lucila Sacavone (UNESP) lucsca@uol.com.br

Simone Monteiro (FIOCRUZ) msimone@ioc.fiocruz.br

Simone Diniz (FSP) sidinz@uol.com.br

Suzanne Serruya (MS/DECIT) suzanne.jacob@saude.gov.br

Thalia Barreto (UFPE) rximenes@elogica.com.br



Este livro foi impresso pela Gráfica da Associação Palas Athena em papel Pólen Soft 80g/m² para a Associação Brasileira de Saúde Coletiva e Fundo de População das Nações Unidas , em maio de 2005.

