

GÊNERO, SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS



GT 03

NECESSIDADES DE SAÚDE PARA A MULHER LÉSBICA, INVISIBILIDADE E DIREITOS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Ana Carolina Cristovão Silva
anacarollinna28@hotmail.com

Julianne Maíra dos Santos Farias
juliannemsf@gmail.com

Josueida de Carvalho Souza.
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE
josueidacarvalho@yahoo.com.br

Resumo

Viver em uma sociedade no qual traz em sua cultura uma normatividade heterossexual, faz com que muitas pessoas, incluindo mulheres, sofram diariamente preconceito, seja por sua identidade de gênero não se adequar ao seu sexo biológico-como nas lésbicas trans- ou por sua identidade sexual ser contrária aos padrões heteronormativos. É direito de todo cidadão ter acesso à saúde de forma integral, recebendo o mesmo tratamento independentemente de identidade de gênero, religião, raça ou orientação sexual. Os padrões sociais podem sofrer influência no âmbito da assistência à saúde, gerando um preconceito que por vezes torna-se uma barreira ativa na busca aos serviços de saúde. Conhecer os direitos da mulher lésbica fazendo um contraponto com a sua atual aplicação, juntamente com a atuação dos profissionais da saúde diante este público se faz necessário para destacar os pontos nos quais precisam ser modificados e melhorados, a fim de que a mulher lésbica tenha uma atenção igualitária no âmbito da saúde da mulher. O conhecimento destes direitos se faz necessário para que seja possível compreender as necessidades intrínsecas das lésbicas e desenvolver um cuidado de enfermagem benéfico e satisfatório.

Palavras-chave: Homossexualidade, saúde, políticas públicas, enfermagem.

Introdução

A homossexualidade feminina é vista de maneira erótica e preconceituosa por grande parte da sociedade, onde o machismo institucional que rotula as mulheres a ter determinado comportamento e orientação sexual serve de subsídio para esse tipo de comportamento. Não sendo diferente, o atendimento de saúde a essas mulheres é por muitas vezes feito para mulheres heterossexuais, não respeitando a pluralidade feminina, especialmente no que diz respeito à sua orientação sexual. (GOMES,2008) (MARQUES; OLIVEIRA; NOGUEIRA,2013) (FACCHINI; BARBOSA,2008)

Na atualidade, a atração sexual e afetiva

por pessoas do mesmo sexo é, por muitos, vista como uma opção ao passo que a heterossexualidade é algo natural ou esperado tanto para homens quanto mulheres. Desconstruir esse pensamento é ir de encontro à heteronormatividade consolidada ao longo dos séculos, rompendo o estigma do que seria o certo ou errado na expressão da sexualidade do sujeito. (ALMEIDA; HEILBORN,2008) (DOS SANTOS *et al.*,2015)

O preconceito e a discriminação são utilizados como instrumento de ódio a várias minorias que compõem nossa sociedade, como os negros e negras, homossexuais e mulheres que sofreram e sofrem barbáries todos os dias pelo simples fato de existirem. (MOTT,2000) (SANTOS *et al.*,2015)

Entretanto, dentre essas minorias, os LGBTTs(Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transgêneros) possuem um agravante no que diz respeito aos outros. Enquanto negros e mulheres na grande maioria dos casos recebem apoio dos seus familiares, os LGBTTs são discriminados dentro dos seus lares, não encontrando um acolimento e força para lidar com a violência sofrida fora dele. É importante perceber que os LGBTTs também são, muitas vezes, negros e negras ou mulheres, sofrendo então opressão não só por sua orientação sexual mas também por sua cor e gênero. (GOMES,2008) (MARQUES; OLIVEIRA; NOGUEIRA,2013)

Nossa sociedade lança mão de várias estratégias para ocultar e silenciar os LGBTTs, sobretudo as mulheres lésbicas. Quando aparecem em novelas, são retratados muitas vezes de forma estereotipada, como a lésbica masculinizada, isso quando não são sequer mostrados claramente como tal, deixando nas entrelinhas para que o público tire suas próprias conclusões. E é deste modo que os LGBTTs vivem, onde locais para sua socialização são separados dos locais para os heterossexuais, sendo o silêncio perpetuado e sacramentado. (GOMES,2008) (BUSS; PELLEGRINI,2007)

No que diz respeito à saúde da população LGBTTs, especialmente para as mulheres lésbicas, é notória a falta de conhecimento para as necessidades de saúde específicas para esse público, sendo fundamental que se saiba quais são as demandas dessas mulheres para que sejam formuladas políticas de saúde que atendam às suas necessidades. Dentro desse contexto, os diversos estudos realizados com essa população mostram que elas não costumam fazer com frequência o preventivo ginecológico (Papanicolau) bem como para prevenção do câncer de mama, o que só deixa claro que elas só procuram atendimento de saúde quando sentem algum sintoma forte, e além disso os profissionais de saúde solicitam com menos frequência esses exames para essa população. (FACCHINI,2008) (BARBOSA; FACCHINI,2009) (MORAES; ESTEVES,2011)

Diante do exposto, fica claro que grande parte de mulheres ficam de fora dos serviços de saúde. A tal situação vem sido implicitado que ela acontece em virtude de abordagem onde se pré-determina que aquela mulher seja heterossexual, além de falta de manejo por parte dos profissionais de saúde diante dessa situação, onde estes projetam suas crenças e valores pessoais no atendimento prestado àquelas. (MOSCHETA; DOS SANTOS,2010)

Por isso, é importante que se conheça quais são as especificidades de saúde da mulher lésbica, bem como as práticas dos profissionais de saúde para com essa população, não permitindo que a homofobia faça com que essas mulheres deixem de cuidar de si, e também para que haja a implementação efetiva das políticas públicas de saúde elaboradas para atender às necessidades dessas mulheres, garantindo que os princípios da integralidade e universalidade do SUS (Sistema Único de Saúde) também valham para essa população. (BRASIL,2012) (GOMES,2008)

Metodologia

Para o estudo, foi realizada uma revisão bibliográfica. Este tipo de metodologia é definida como a busca de conhecimento científico já produzido relacionado ao tema, possibilitando uma escolha das produções vigentes seguida da análise do conhecimento existente até o momento. Contribuindo deste modo, para a associação das práticas clínicas e dos saberes, oportunizando o reconhecimento de falhas em determinados pontos e propiciando ações que possam contribuir positivamente na melhoria do cuidado.

A revisão foi constituída pelas seguintes etapas: escolha do tema e da questão norteadora, definição dos objetivos, escolha dos critérios de inclusão

e exclusão, busca, interpretação e discussão dos artigos. O estudo teve como questão norteadora da pesquisa: “Quais as demandas de saúde para as mulheres lésbicas?” E como objetivos: “Identificar as principais demandas das mulheres lésbicas e conhecer as práticas dos profissionais e sua influência na saúde da mulher lésbica.”

A busca pelos dados foi realizada nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE).

Para a realização da pesquisa nas bases de dados LILACS, SciELO e BDENF foram utilizados os descritores “homossexualidade feminina, saúde, políticas públicas e enfermagem”. Para a pesquisa na MEDLINE os descritores foram traduzidos para inglês e utilizados “female homosexuality, health, public policies, nursing”.

No estudo foram incluídos artigos nacionais e internacionais e dissertações. Como critério de inclusão adotado, foram utilizados artigos e dissertações publicados a partir do ano de 2006 até o ano de 2016 e artigos que abordassem a saúde LGBTTT com enfoque na saúde da mulher lésbica. Foram excluídos os artigos que retratassem a mulher lésbica apenas em seu contexto social.

Resultados e Discussões

Em um estudo realizado com mulheres que fazem sexo com mulheres do Estado de São Paulo, ficou explicitada a relação entre busca para atendimento de saúde- especialmente a ginecológica- e a experiência da heterossexualidade (sexo com homens, mesmo que por curiosidade). Além disso, ficou explicitada que lésbicas que são tidas como mais “masculinas” procuram menos os serviços de saúde para a realização dos exames preventivos de câncer de colo de útero, existindo também uma parcela que nunca o fez, onde esses achados também estão presentes em outros estudos realizados no Brasil. (FACHINNI; BARBOSA,2009) (MORAES; ESTEVES,2011) (SOUSA *et al.*,2014) (CARDOSO; FERRO,2012).

Neste mesmo estudo, foi verificado que muitas mulheres lésbicas não procuravam os serviços de saúde por acharem que não havia “necessidade”, pensando que não corriam risco por se relacionarem sexualmente apenas com mulheres, onde fizeram uma forte associação entre ISTs(Infecções Sexualmente Transmissíveis) e homens. Isso fez com que a busca nos serviços de saúde para

o rastreamento de ISTs seja muito menor do que a procura por ginecologista. (FACHINNI; BARBOSA,2009)

A percepção de que as práticas sexuais heterossexuais trazem um menor risco do que as homossexuais também foi relatados pelas mulheres participantes de um estudo na cidade do Rio de Janeiro, onde 72% das mulheres acreditam que sexo oral em homens possui um alto risco de transmissibilidade de ISTs, ao passo que a penetração com homens foi apontada com um risco de 90% por essas mulheres. O fator que influencia este risco ser mais elevado em heterossexuais é porque nesses casais existe um número maior de traições, onde muitas vezes o homem acaba por se relacionar com outras mulheres fora do seu relacionamento consensual. É importante perceber que essas mulheres tem consciência que há o risco de transmissão de ISTs, porém o consideram remoto, onde não referem utilizar métodos de proteção no ato sexual, por acharem que podem atrapalhar o prazer durante a relação. (MORAES; ESTEVES,2011)

Essas mulheres relatam pouca utilização ou nenhuma de métodos preventivos durante a relação sexual, sendo considerado por elas como cuidado preventivo, o ato de cheirar as partes íntimas da parceira durante a relação sexual, bem como a verificação de secreção vaginal de características anormais. Sendo a consulta ginecológica um momento de extrema exposição íntima, foi referido pelas mulheres desse estudo que a decisão de relatar ou não ao ginecologista suas práticas eróticas era um ponto que incomodava muito as mulheres, visto que elas tinham receio de como seriam tratadas. Dentro as que procuravam atendimento médico, as que relatavam sua orientação sexual, não notaram que as orientações dadas pelos profissionais atendiam às suas necessidades, isso quando eles agiam como se não tivessem ouvido nada, ignorando a particularidade daquela mulher. (MORAES; ESTEVES,2011)

A sensação de indiferença por parte dos profissionais frente à revelação da orientação também foi percebida pelas mulheres que se reconheciam com práticas homoeróticas da cidade de Recife participantes de uma pesquisa qualitativa, onde elas relatam que não tinham informações adicionais após falarem de sua sexualidade, sendo percebido por elas muitas vezes um desconforto e constrangimento por parte dos profissionais. (DOS SANTOS,2008) Essa situação é facilmente percebida na fala de uma delas:

“Eu falei. Ela não disse nada, nem fez...nem foi...não disse nada... foi indiferente pra ela (...) A impressão é que ela se sentiu constrangida. Ela não foi agressiva, ou preconceituosa, mas ao mesmo tempo,

não disse nada. A conversa deu uma travada e se encerrou a consulta. Eu já tinha dito o “problema”, o objetivo e depois que eu falei essa coisa das relações homo, ela não disse mais nada. Então, às vezes me pergunto: revelar pra que se não há nenhum tipo de orientação?” (Mercedes)

De acordo com Barbosa e Koiana (2006, p.1.511-1514), além do maior risco de tipos graves de câncer de colo de útero e de mama nessas mulheres, outro motivo de adoecimento dessa população é o uso abusivo de álcool, drogas lícitas e ilícitas e um grande sofrimento psíquico. Um documento elaborado pela Rede Feminista (2006, p.21) traz que essas mulheres possuem um nível de ansiedade enorme em virtude do medo de serem rejeitadas e sofrerem opressão por sua orientação sexual, levando-as ao uso abusivo de drogas, sendo verificado um alto índice também de doenças crônicas nessa população. Este mesmo documento revela os principais motivos que levam à uma menor procura dos serviços de saúde, que são:

“ a existência de discriminação, o despreparo dos profissionais para lidar com essa população, a dificuldade dessas mulheres se assumirem como homo ou bissexuais, e por fim, a negação do risco quanto à doenças sexualmente transmissíveis”(2006, p.21).

Mesmo que o cuidado com a saúde também parta de ações individuais que englobam a ida regular aos serviços de saúde bem como adoção de estilo de vida saudável para prevenção de agravos, não se pode esquecer que saúde é um direito de todos e um dever do Estado, onde este deve nos fornecer políticas de saúde adequadas e que atendam à todas as especificidades (MORAES; ESTEVES,2011). Embora estejam ocorrendo avanços a passos lentos, o *modus operandi* em vigência é uma condição de silenciamento da elaboração de políticas públicas e da promoção de saúde para as mulheres lésbicas, bem como o reforço da ideia da heterossexualidade como algo inato a todas as mulheres. (DOS SANTOS,2008) (SOUSA *et al.*,2014)

A articulação intersetorial realizada pelos profissionais, mostra sua significância no seu processo de formação político - social, estimulando o domínio concreto dos direitos dessa mulher e buscando entender o seu papel diante a sociedade em que vive. O combate ao preconceito, seja dentro do serviço de saúde ou na sociedade, são lutas que gerarão como consequência uma melhor

qualidade ao atendimento desta mulher e também uma melhor qualidade de vida. Assim compreende-se que o profissional de saúde deve realizar seu trabalho de forma neutra, livre de preconceitos sócioconstruídos e ideias descriminalizantes, buscando sempre olhar essas mulheres de forma holística e humanitária, realizando assim seu papel de forma respeitosa e ética. (BRASIL,2006)

O cuidado à saúde é composto por múltiplas facetas que promovem o bem estar ou desencadeiam o processo de adoecimento. Depende não só do indivíduo, mas também do profissional e sua equipe e dos recursos oferecidos pelo serviço. Para um bom funcionamento e uma resposta positiva, é necessário que todas as faces de articulação estejam sincronizadas e sempre atuantes. A falha em uma das etapas pode gerar consequências inestimáveis, tanto para o indivíduo quanto para o serviço como por exemplo: o afastamento da mulher e o não comparecimento para realização de exames de rotina. (CARDOSO; FERRO, 2012)

Conclusão

A diversidade é uma palavra que está sempre presente no cotidiano do profissional de saúde e também na sociedade, sendo função deste atender à sua demanda de forma igualitária, com um olhar específico e humanizado para cada indivíduo. Porém, quando este olhar é voltado para a população LGTBTTs e principalmente a mulher lésbica, deixa-se a desejar, não atendendo as demandas dessas mulheres ou então heteronormalizando-as. Por vivermos em uma sociedade heterossexista, a homossexualidade é vista como algo promíscuo e inadequado aos padrões sociais, sendo necessário que o profissional de saúde tenha um olhar diferenciado dos padrões, para que possa realizar a assistência de forma adequada e atendendo às necessidades da mulher lésbica. A falta de conhecimento destes profissionais sobre o público, sobretudo referentes às suas peculiaridades se constitui num fator que influencia na continuidade e efetividade do atendimento às mulheres homossexuais.

Inseridos nesse tipo de cultura que traz como compulsória a heterossexualidade, os profissionais tendem a ter seus valores e estilos de vidas vinculados à esta, portanto como uma forma de medida ativa para modificar essa realidade, é imprescindível que sejam realizadas capacitações contínuas, objetivando fornecer conhecimentos acerca da população específica, bem como sobre as políticas públicas de saúde existentes para esse público, contribuindo sobremaneira para a redução da homofobia. Sensibilizar

o profissional desde o início da sua vida acadêmica, inserindo essa especificidade dentro das disciplinas de saúde da mulher na graduação em enfermagem, para ouvir esta população é de extrema importância, pois é buscando conhecer e oferecendo oportunidades para estas mulheres chegarem ao serviço, que as demandas serão entendidas e conhecidas por àqueles, refletindo desse modo na qualidade da sua assistência.

Agradecimentos

Queremos agradecer à professora Josueida de Carvalho Souza, docente da Universidade Federal de Pernambuco, que recebeu de braços abertos a nossa proposta de artigo com a temática da mulher lésbica. Fomos ouvidas e acolhidas por ela sem preconceito, fornecendo para nós a força e o embasamento teórico necessários para a construção do mesmo, agradecemos a sua orientação e dedicação na construção do nosso trabalho.

Referências

ARAUJO, M.A.L. et al. **Relação Usuária-Profissional de Saúde: Experiência de ma Mulher Homossexual em uma Unidade de Saúde de Referência de Fortaleza.** Esc Anna Nery R Enferm. Brasil, 2006.

ASSIS, M.M.A. et al. **Promoção do Cuidado no Programa de Saúde da Família: Olhares Analisadores em Diferentes Cenários.** Salvador. EDUFBA, 2010. Acessado em 24 de abr. Disponível em < <http://books.scielo.org/>>

BARBOSA, R.M; FACCHINI, R. **Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, Brasil. 2009.

BARBOSA, R.M; KOYAMA, M.A.H. **Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, Brasil. 2006

BRASIL. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília – DF. 2012.

BRASIL. Rede Feminista de Saúde. **Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas:** promoção da equidade da integralidade. Belo Horizonte. 2006

CARDOSO, M.R; FERRO, L.F. **Saúde e População LGBT:** Demandas e Especificidades em Questão. Fisiologia: Ciência e Profissão. Universidade Federal do Paraná. Paraná, Brasil. 2012.

FACCHINI, Regina. **Mulheres, (homos)sexualidade e diferenças:** uma reflexão sobre políticas públicas segmentadas. Programa de Doutorado em Ciências Sociais. Unicamp. Bahia, Brasil. 2008

FILHO, F.C.M; MADRID, D.M. **Conceituando Homossexualidade.** Brasil, 2009.

GOMES, Daniel Berquó. **Homofobia:** a Regulação dos Espaços por Meio da Discriminação Contra Homossexuais. Dissertação apresentada à Universidade de Brasília. Instituto de Ciências Humanas, Departamento de Serviço Social. Brasília, 2008.

MARQUES, A.M.M; OLIVEIRA, J.M; NOGUEIRA, C. **A população lésbica em estudos da saúde:** contributos para uma reflexão crítica. Ciência e Saúde Coletiva. 2013.

MOSCHETA, M.S; SANTOS, M.A. **Inclusão e o desafio de criar formas de investigação colaborativas – um relato de experiência.** Sal. & Transf. Soc. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Brasil. 2010.

SENA, A.R.S. et al. **Implicações bioéticas no atendimento de saúde ao público LGBTT.** Rev. Bioét. Bahia, Brasil. 2015

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: RELAÇÕES DE PODER IMPULSIONADAS PELO GÊNERO E PELA CLASSE

Bárbara Régia Oliveira de Araújo
Centro Universitário CESMAC
brboliveiraa@gmail.com;

Karla Mychelle Cezario de Lima
Universidade Federal de Alagoas
karlacezario89@gmail.com

Yara Lima da Costa
Centro Universitário UNIT
yaralima.c@gmail.com;

Wanessa Oliveira Silva
Faculdade Raimundo Marinho
wanessa.os@hotmail.com

Luciana de Amorim Barros
Universidade Federal de Alagoas
lukota_amorim@hotmail.com

Resumo: Este artigo foi extraído da monografia *A violência obstétrica nos serviços de atenção à saúde reprodutiva no Brasil* e trata de relações de poder impulsionadas pelo gênero e pela classe enquanto fatores determinantes para o infligir Violência Obstétrica nos serviços de saúde brasileiros. Este estudo é uma revisão integrativa de 11 artigos agrupados por meio das bases de dados Bireme e Pubmed no ano de 2014, que tomou como base os conceitos sob os quais vigoram, na Venezuela, a *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia* e, na Argentina, a *Ley de proteccion integral a las mujeres*. Através dos resultados foi possível identificar a ocorrência de práticas tipificada nas legislações argentina e venezuelana enquanto Violência

Obstétrica. Estas práticas geralmente são identificadas generalizadamente como Violência Institucional, Violência Simbólica ou Violência de Gênero, e, para além da medicalização e patologização dos processos reprodutivos, compreendem a apropriação do corpo, baseada nas relações de poder impulsionadas pelo gênero e pela classe. Os resultados apontam que a relação profissional-paciente nos contextos levantados dão sustentação a mecanismos de submissão e opressão assumidos por mulheres no contexto hospitalar, refletindo-se na clara ausência de direitos e vulnerabilidade ao vivenciar o processo parturitivo.

Descritores: Gênero, Violência; Saúde da Mulher; Gestação; Parto.

Introdução

A violência contra a mulher manifesta-se de vários modos, desde a agressão verbal e outras formas de abuso emocional até a violência física, sexual e econômica. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), as mulheres que sofrem violências são afetadas por uma série de problemas de saúde que vão interferir diretamente na sua capacidade de exercer protagonismo na vida pública, prejudicando famílias, comunidades e gerações, além de reforçar outros tipos de violências sociais (KI-MOON, 2008; VENTURI; RECAMÁN; OLIVEIRA, 2004).

O objeto deste estudo é a violência obstétrica nos serviços de atenção à saúde reprodutiva no Brasil. Para a identificação desta modalidade de violência ainda não reconhecida legalmente neste país, levaram-se em consideração os conceitos de violência obstétrica sob os quais vigoram, na Venezuela, a *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia* (VENEZUELA, 2005) e, na Argentina, a *Ley de protección integral a las mujeres* (ARGENTINA, 2009) (nº 26.485 de 2007), precedida pela *Ley do parto humanizado* (ARGENTINA, 2004) (nº25.929 de 2004).

De acordo com a legislação citada, a violência obstétrica (VO) pode ser definida enquanto a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissionais de saúde, expressada mediante tratamento desumanizado, em abuso de medicalização e “patologização” dos processos naturais, trazendo consigo a perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (VENEZUELA, 2005; ARGENTINA, 2009).

Tendo em vista a institucionalização do parto na realidade brasileira, a mulher também está exposta à violência no sistema de saúde por meio de relações indiretas com servidores técnico-administrativos e gestores destes serviços (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). Dada essa relação, é comum enxergar a violência durante a assistência à saúde como unicamente institucional. De acordo com Martinez (2008), existe uma naturalização e invisibilidade do que vem a ser a Violência Institucional. Este tipo de violência é cometida principalmente contra os grupos mais vulneráveis como crianças, adolescentes, mulheres e idosos.

Sendo assim, pode-se dizer que Violência Institucional é aquela exercida por ação ou omissão de quaisquer serviços, incluindo desde a dimensão mais ampla da falta dos mesmos até a má qualidade destes. Abrange ainda abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições (BRASIL, 2002).

No serviço de atendimento à saúde da mulher, por exemplo, este tipo de violência pode se manifestar de várias formas: “peregrinação por diversos serviços até receber atendimento; falta de escuta, tempo, privacidade para os usuários; frieza, rispidez, falta de atenção, negligência; maus-tratos dos profissionais para com os usuários, motivados por discriminação, abrangendo as questões de raça, idade, opção orientação sexual, gênero, deficiência física, doença mental; desqualificação do saber prático, da experiência de vida, diante do saber científico; violência física; banalização das necessidades e direitos dos usuários; (...) violação dos direitos reprodutivos”, dentre outros (MARTINEZ, 2008, p.02).

Esta correlação, violência e instituições de saúde, determina uma linha tênue entre o que vem a ser entendido enquanto violência obstétrica e o conceito de violência institucional. Sendo assim, acredita-se que por vezes as atitudes violentas que acometem a relação assistente-assistido não se torna explícita, vêm contribuindo para a invisibilidade da responsabilidade profissional sobre os seus atos, tendendo velar a falta de respeito à autonomia da mulher no processo de gestar e parir.

A partir do exposto, tomou-se como pergunta de pesquisa: “Quais práticas e atitudes presentes nos estudos que tratam da assistência à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal no Brasil, podem ser caracterizados enquanto Violência Obstétrica?”. Para responder a este questionamento, tem-se como objetivo identificar a ocorrência da Violência Obstétrica em serviços de atenção à saúde reprodutiva da mulher.

Este estudo justifica-se pela carência de órgãos ou instituições que definam e mantenham a vigilância contra a ocorrência de Violência Obstétrica nos serviços de saúde no Brasil, sendo assim, levanta conceitos e descreve a ocorrência da mesma, expondo elementos para prevenção desta modalidade de violência.

Metodologia

A pesquisa tomou como base metodológica os passos explicitados no organograma dos Componentes da Revisão Integrativa, conforme Mendes, Silveira e Galvão (2008).

Para garantir o rigor metodológico da revisão utilizou-se para a busca de artigos, descritores controlados reconhecidos pelo DeSC (Bireme) e MeSH (MEDLINE/PubMed). Selecionando-os mediante critérios de inclusão - artigos publicados entre 1994 e 2014 e que traziam dados acerca da violência exercida por profissionais de saúde durante a assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal no Brasil – excluindo-se os artigos que falavam sobre violência

obstétrica em outras partes do mundo, repetições de títulos e enfoque dado a outras violências contra a mulher. Ao término da seleção inicial os estudos foram submetidos à análise crítica e posterior categorização de seu conteúdo.

As bases de dados online consultadas foram a Bireme e a PubMed; sendo selecionadas as seguintes palavras-chave para compor a estratégia de busca, junto aos operadores booleanos: Violência; Saúde da Mulher; Gravidez; Gestação; Parto; Estupro; Violência Sexual; Violência Doméstica. Sendo assim, definiram-se duas estratégias de busca a ser utilizadas nas bases: *tw:((tw:(violência AND saúde da mulher)) AND (tw:(gravidez OR gestação OR parto)) NOT (tw:(delitos OR estupro OR violência sexual OR violência doméstica)))*, para Bireme e *((violence AND (women's health))) AND (pregnancy AND (parturition OR Birth))) NOT (sex offenses OR rape OR sexual violence OR domestic violence)*, para PubMed.

Resultados

A partir da definição da estratégia de busca descrita, dos 78 artigos publicados entre 1994 e 2014 nas duas bases de dados, 67 foram excluídos após a leitura do resumo ou título, ou após a leitura na íntegra. Apenas 11 artigos corresponderam aos critérios de inclusão, e foram dispostos para análise do cenário, fenômenos e contextos estudados, forma de violência e principais resultados

Todos os estudos utilizaram metodologia qualitativa, sendo a escolha do método pertinente para o alcance dos resultados propostos, uma vez que na pesquisa qualitativa não se busca entender o fenômeno em si, e sim seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas (TURATO, 2010).

Essa preocupação com a interpretação de fenômenos de acordo com a significação que as pessoas trazem é reafirmada pelos referenciais teóricos utilizados, como a Teoria das Representações Sociais. A técnica mais frequente para a coleta de dados a entrevista semiestruturada, por vezes somada à observação participante.

A partir da leitura integral dos artigos, emergiram duas categorias temáticas abordadas por estes: Relações de poder e a violência impulsionada pelo gênero e pela classe; A relação profissional-paciente: desumanização, medicalização e patologização do processo reprodutivo, sendo a primeira fundamental para o entendimento da cadeia de eventos que reforçam a última. Neste artigo, vamos nos ater à primeira categoria.

Discussão

Nesta categoria apresenta-se e discute-se como as relações de poder e as questões relacionadas ao gênero e à classe, são determinantes para se infligir violências contra a mulher, em particular a Violência Obstétrica. Entender o que são e como ocorrem estas violências requer inicialmente a compreensão do que vêm a ser as relações entre os gêneros.

O gênero corresponde à designação das relações sociais entre os sexos rejeitando a ideia de natureza dominadora que explicaria a subordinação da mulher ao homem; trata das “construções sociais”, da criação social das ideias de definição dos papéis categorizados aos homens e os próprios às mulheres, conformando-se como uma categoria imposta a um corpo sexuado (SCOTT, 1995).

Partindo desse pressuposto, define-se violência de gênero como uma categoria de violência que “visa à preservação da organização social de gênero fundada na hierarquia e desigualdade de lugares sociais sexuados que subalternizam o gênero feminino” (SAFFIOTI, 1996). A violência de gênero é praticada geralmente por aquele que possui maior parcela de poder numa relação e resulta da dita superioridade masculina transmitida pela cultura sexista de nossa sociedade, que apregoa estereótipos de força, virilidade e potência (PRORI, 2003).

É nesse sentido que se torna inegável que a reprodução do machismo, das violências e opressões atreladas ao gênero não é deflagrada apenas pelos homens. Verificou-se nos achados que, apesar de muitos profissionais serem do sexo feminino (TEIXEIRA; PEREIRA, 2006), em momento algum são percebidas atitudes solidárias ou empáticas, pelo contrário, mulheres, em especial integrantes da equipe de enfermagem mantém um comportamento autoritário e até mesmo rude com algumas parturientes. De acordo com Hogan (2007), isto ocorre porque em algum momento, mesmo que igualmente mulheres, estão em classes diferentes e, sendo o sexismo enquanto uma experiência diferenciada por classe admite-se que a opressão das mulheres nestes achados é também uma questão de classe.

Se o que mantém uma sociedade de classes é a exploração de uma classe por outra minoritária, dificilmente veremos o fim das relações desiguais de poder entre mulheres e homens sem plena igualdade econômica. Isso ocorre pelo fato de que mulheres são mais vulneráveis economicamente na sociedade capitalista (HOGAN, 2007), o seu papel biológico implica em direitos trabalhistas mais amplos (licenças remuneradas, direito à creches) e em última instância

a faz responsável por qualquer criança que traga ao mundo, criando necessidades e direitos sociais específicos.

O estudo de Bispo e Souza (2007) coloca em xeque outros aspectos da violência impulsionada pela opressão de gênero, é o domínio da sexualidade, do corpo, impulsionado pelo patriarcado ao analisar o discurso de mulheres internadas em processo de abortamento. Acreditando serem os donos do processo reprodutivo da mulher, os profissionais de saúde, além do tratamento desumanizado, expõem seus preconceitos à mulher que decidiu pelo seu corpo, bem como desconsideração pelas queixas, desrespeito ao processo de luto das mulheres que desejavam a gestação.

Aqui convém lembrar que o patriarcado - cujo Saffioti (2009), baseada em Hatmann, afirma ser como um pacto masculino para garantir a opressão de mulheres, as relações hierárquicas entre os homens e assim como a solidariedade entre eles existente, com vistas a capacitar a categoria constituída por homens a estabelecer e a manter o controle sobre as mulheres - serve a interesses de classes dominantes e que o sexismo não é apenas preconceito, mas o poder de agir de acordo com ele. No sexismo, o portador do preconceito está investido de poder, habilitado pela sociedade a discriminar categorias sociais, marginalizando-as (SAFFIOTI, 2009).

De acordo com os relatos das mulheres, profissionais afirmam que “eles é que sabem o que vão fazer” ou “eles é quem decidem o que vão fazer”, utilizando-se de uma noção de que o corpo da mulher é inferior, apressando-se na “resolução” dos problemas de um “corpo patológico”, como é visto o corpo grávido nos contextos estudados. Segundo os próprios autores, o preço deste alívio é a submissão a rituais desumanizados, agressivos e dolorosos. Pode-se assim afirmar que a mulher não tem autonomia para decidir sobre seu corpo e sua saúde, submetendo-se ao poder dos profissionais de saúde (BISPO; SOUZA, 2007). Este fato remete-nos ao fato de que o corpo é ao mesmo tempo objeto e alvo do poder (FOUCAULT, 1998).

Enquanto alvo do poder, dez (TEIXEIRA; PEREIRA, 2006; BISPO; SOUZA, 2007; CARON; SILVA, 2002; FIGUEIRÊDO; TYRRELL; CARVALHO, 2004; PEREIRA, 2004; BICCHIERI; SILVA, 2006; MELO, 2007; MIRANDA; BORTOLON, 2008; WOLFF; WALDOW, 2008; AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011) dos onze estudos apresentam relatos onde as mulheres e seus corpos foram vistos como objetos meramente reprodutivos, sendo a subjetividade desconsiderada em detrimento de um tratamento impessoal e generalizado. O estudo realizado por Caron e Silva (2002), por exemplo, relata situações onde parturientes queixosas

são abordadas por profissionais que lhes afirmam que elas “precisam” dos mesmos para parir e que não devem gritar ou se agitar, caso contrário eles irão embora. Esta situação corriqueira reflete as situações onde profissionais agem praticamente ditando ordens às parturientes, não lhes orientando em relação ao seu estado, tampouco aos procedimentos que serão realizados.

A realidade do desconhecimento acerca das condutas tomadas também é referida (CARON; SILVA, 2002; PEREIRA, 2004; BISPO; SOUZA, 2007; WOLFF; WALDOW, 2008; AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011). O relato trazido por Pereira (2004) resume a falta de comunicação e objetificação do corpo: “[...] a gente quer conversar, saber direito as coisas, o que a gente tem mas mesmo perguntando, eles não respondem, estão sempre com muita pressa [...] dos médicos é difícil saber qualquer coisa deles, **parece que a doença não é no nosso corpo, mas que é só deles, só eles podem saber, a gente não** (grifo nosso).”.

A falta de comunicação e a discriminação acabam por reforçar o imaginário de que cabe ao médico a decisão pelo corpo, sendo a passividade reforçada a partir da coerção. À medida que estudos (BISPO; SOUZA, 2007; MIRANDA; BORTOLON, 2008; WOLFF; WALDOW, 2008; AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011) nos trazem depoimentos como o contido no de Wolff e Waldow (2008) - “Embora eu não quisesse, mas ele estava falando que era melhor para mim, eu tive que aceitar é claro, **não vou discutir com um profissional que sabe mais do que eu** (grifo nosso)” - nota-se o quanto as relações de poder geram sentimentos de fraqueza, subordinação e impotência perante a determinação de uma conduta médica, mesmo que a mulher não esteja segura desta conduta.

Ao aceitar o papel que lhes é imposto, as mulheres se veem expostas a uma prática de opressão insidiosa, velada, pois as práticas do indivíduo que a executa pode ser vista como inocentes.

Conclusões

Foi possível identificar no contexto dos serviços brasileiros de atenção à saúde da mulher analisados a ocorrência de práticas tipificada nas legislações argentina e venezuelana enquanto Violência Obstétrica.

As práticas analisadas perpassam a reprodução de papéis de gênero no contexto da assistência à saúde, sendo determinantes ainda a divisão social de classes, fruto do sistema econômico vigente. Dados os pressupostos, reforçam-se as relações de poder durante a relação assistente-assistido, tendo em vista a clara reprodução de tomada do protagonismo da mulher na parturição.

Por fim, acredita-se ainda que a falta de conhecimento sobre o processo fisiológico do parto dá sustentação a mecanismos de submissão e opressão assumidos por mulheres no contexto hospitalar. Este fato reflete-se na não reivindicação direitos e vulnerabilidade no vivenciar do processo parturitivo.

Referências

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface Commun Heal Educ.** 2011;15(36):79–91.

ARGENTINA. **Ley 26.485:** proteccion integral a las mujeres. 2009.

ARGENTINA. **Ley No 25.929:** Ley do parto humanizado. 2004.

BICCHIERI, T.; SILVA, L. R. A percepção dos acadêmicos de enfermagem sobre o cuidado à mulher no trabalho de parto e nascimento: uma abordagem qualitativa. **Esc Anna Nery.** 2006;10(2):258–65.

BISPO, C. D. B; SOUZA, V. L. C. Violência institucional sofrida por mulheres internadas em processo de abortamento. **Rev baiana enferm.** 2007;21(1):19–30.

CARON, F. A. O.; SILVA, A. I. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** Ribeirão Preto , v. 10, n. 4, p. 485-492, July 2002;10(4):485–92.

FIGUEIRÊDO, N. M. A.; TYRRELL, M. A. R.; CARVALHO, V.; LEITE, J. L. Indicadores de cuidados para o corpo que pro-cria: ações de enfermagem no pré-trans e pós-parto - uma contribuição para a prática de enfermagem obstétrica. **Rev Lat Am Enfermagem.** 2004;12(6):905–12.

GRIBOSKI, R. A.; GUILHEM, D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Texto Context - Enferm.** 2006;15(1):107–14.

HOGAN, D. **Feminism, class and anarchism.** Dublin: Revolutionary Anarchafeminist Group; 2207.

KI-MOON, B. **Violência contra as mulheres: a situação.** In Portal da Organização das Nações Unidas; 2008. Available from: <http://www.onu.org.br/unase>

MARTINEZ, S. D. T. **Violência Institucional:** Violação dos Direitos Humanos da Mulher. II Fórum de Violência contra a mulher. In Presidente Prudente; 2008.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. D. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Context - Enferm.** 2008;17(4):758–64.

MIRANDA, D. B.; BORTOLON; F. C. S; MATÃO, M. E. L.; CAMPOS, P. H. F. Parto normal e cesária: representações de mulheres que vivenciaram as duas experiências. **Rev Eletrônica Enferm.** 2008;10:337–46.

PARTO DO PRINCÍPIO . **Dossiê da Violência Obstétrica:** “Parirás com dor.” Argentina; 2012.

PEREIRA, W. R. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. **Texto Context - Enferm.** 2004;13(3):391–400.

PRIORI. C. **Retrato falado da violência de gênero: queixas e denúncias na Delegacia da Mulher de Maringá** (1987-1996). Universidade Estadual de Maringá; 2003.

SAFFIOTI, H. I. B. Violência de gênero no Brasil: conceitos **Versus dados.** In São Paulo: 48ª Reunião Anual da SBPC; 1996. p. 531–3.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Porto Alegre: **Educação & Realidade;** 1995. 71-100 p.

TEIXEIRA, N. Z. F; PEREIRA, W. R. Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuibá-MT. **Rev Bras Enferm.** 2006;59(6):740–4.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev Saude Publica.** 2005;39(3):507–14.

VENEZUELA. **Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de Violencia.** 2005.

VENTURI, G.; RECAMÁN, M.; OLIVEIRA S. **A Mulher Brasileira nos espaços público e privado**. Abramo FP, editor. São Paulo; 2004.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Rev Saúde e Soc.** 2008;17(3):138–51.

A AFRONTA AOS DIREITOS HUMANOS FRENTE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Brena Geovanna Araújo Rodrigues
brenageovannaaraujo@gmail.com

Ana Carolina Araújo Arcieri
carol_arcieri@hotmail.com

Gabriela Mesquita Costa Vasconcelos
gabi.mesquita02@hotmail.com

Rafaella Bastos Silva Fernando
rafaellab.fernando@gmail.com

Acácia Gardênia Santos Lelis
aglelis@infonet.com.br

Resumo:

O presente estudo tem por escopo elucidar a configuração da violência obstétrica tão presente no Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS), tendo em vista o número expressivo de mulheres que, atualmente, sofrem com tratamento e serviços desumanizados em hospitais, maternidades e postos de atendimento. Estas práticas violam expressamente o princípio da Dignidade da Pessoa Humana, desrespeitam o direito de escolha da mulher, a autonomia do seu corpo e a sua liberdade individual. Ademais, há explícita transgressão ao direito à saúde, assegurado pela Constituição Federal como um direito social. O trabalho teve seu desenvolvimento a partir da coleta de dados, leitura de dossiê e cartilhas, entre outras fontes acerca da temática. Este artigo visa apresentar o cenário inconcebível de perpetuação da violência obstétrica no SUS, de modo que, possa influir em mudanças significativas quanto ao olhar conferido à situação em questão, e em medidas preventivas e repressivas.

Palavras-chave: Direitos Humanos, Saúde da Mulher, Violência obstétrica.

Introdução

A saúde é um direito humano reconhecido internacionalmente pela Organização Mundial da Saúde e também consagrado na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, de modo que é legítimo e assegurado o direito de todos os brasileiros, desde o nascimento – durante a gestação – a serviços de saúde gratuitos. A partir desta premissa foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), cujo funcionamento é regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, em 19 de setembro de 1990.

Infelizmente, a garantia constitucional supracitada não é posta em prática, pelo menos no que tange ao atendimento às gestantes no Sistema Único de Saúde. Na grande maioria dos casos, essas mulheres sofrem com a chamada Violência Obstétrica.

Esta violência está presente no dia-a-dia dos hospitais, maternidades, postos de saúde que, por vezes, é camuflada pelos atos rotineiros dos funcionários, que agridem, de alguma maneira, as mulheres em um momento tão único e valioso, que é o período da gravidez, parto, pós-parto e abortamento.

A partir dessa realidade tão desumana no Sistema Único de Saúde (SUS) e em redes privadas de atendimento, foi elaborado, em 2012, o importante Dossiê da Violência Obstétrica, “Parirás com dor”, para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, de autoria da Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, um conjunto de mulheres que utilizam o sistema de saúde brasileiro e lutam para que haja a autonomia das mulheres. Este documento visa denunciar e conscientizar a todos os envolvidos no sistema de saúde das liberdades da mulher durante a gravidez, o parto e o período puerperal afim de evitar lembranças traumáticas de um evento tão marcante.

Antes mesmo disso, em 2003, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Humanização (PNH), o HumanizaSus, uma política de saúde que age em conjunto com às demais, com o objetivo de intervir na qualificação da atenção e funcionamento do SUS. A criação desta medida deve-se a indispensabilidade de progresso e melhoras no Sistema Único de Saúde, com foco nas relações e nos processos de atenção aos usuários, assim como no trabalho dos profissionais e gestores da área e nos serviços de saúde ofertados. Para que a humanização seja efetivada, aqueles que integram o sistema de saúde devem buscar garantir que todos tenham acesso às ofertas de saúde e que o cuidado seja de forma integral e digna. Desde a sua implantação, a Política Nacional de

Humanização não tem surtido o efeito desejado e, por isso, houve a elaboração do Dossiê da Violência Obstétrica.

Questiona-se o porquê de tais atos, quais as motivações. É algo que, aparentemente, não possui razões para existir, mas persiste na sociedade. A concepção cultural de que a mulher tem a função de enfrentar firme o parto, pois é algo próprio da sua natureza, é um entendimento motivador a prática de atos de violência no ambiente do SUS.

De fato, a violência obstétrica pode ser vista como uma questão cultural, baseada no desrespeito às liberdades individuais das mulheres, nas suas escolhas, na sua liberdade sexual, na autonomia do seu corpo, algo que foi consubstanciado pelo patriarcalismo, pela participação da mulher na história. Contudo, esta prática precisa e deve ser combatida visto que, não há como omitir-se perante tamanha violação da dignidade da pessoa humana.

Diante do cenário caótico do SUS é mister atentar para a realidade vivenciada por tantas mulheres que dependem exclusivamente do poder estatal para o acesso a uma saúde de qualidade. Dessa maneira, os intentos do presente estudo consistem em versar sobre a violência obstétrica ao tratá-la como um tema que não pode ser negligenciado ou silenciado pela sociedade. Pelo contrário, dever ser discutido, de forma ampla, de modo a combater e a rechaçar a prática dessas condutas.

Metodologia

O artigo desenvolveu-se pelo método dialético, por meio de pesquisas documentais, coleta de dados e análise de artigos científicos. O presente estudo teve como instrumento norteador o Dossiê “Parirás com Dor” elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, cujo conteúdo é pertinente à temática pesquisada, visto que retrata, de forma clara e intrínseca, a caracterização da violência obstétrica, a legislação congruente e o estado psíquico das vítimas.

Resultados e Discussão

“Na hora de fazer, você gostou, né? ” “Não chora não, porque ano que vem você tá aqui de novo. ” Segundo o Dossiê “Parirás com Dor”, essas são algumas das inúmeras e reiteradas frases ofensivas relatadas por mulheres que as vivenciaram em um dos momentos – supostamente – mais felizes de suas vidas: o nascimento dos filhos. Além de frases humilhantes, as mulheres ainda

relatam comentários discriminatórios, ameaças, agressões físicas e diversos outros tratamentos degradantes.

Segundo pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o SESC¹, uma em cada quatro mulheres no Brasil sofre violência durante a gestação ou parto. A violência obstétrica é definida pelo Projeto de Lei nº 7633/2014² como “a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde” que, por meio de tratamento desumanizado concedido às pacientes e outros meios diversos, “causam a perda da autonomia e capacidade da gestante de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade.”

O Sistema Único de Saúde, criado no Brasil através da Constituição Federal de 1988, é permeado de grandes falhas, dentre elas a ausência de profissionais capacitados para suprir a grande demanda de pacientes, além da falta de infraestrutura dos hospitais públicos. Somado a essa realidade, os poucos profissionais da saúde que atuam no Sus, em sua maioria, não se empenham para assegurar o cumprimento dos direitos e garantias das gestantes, previstos na Carta Magna Brasileira.

Diante da carência de hospitais para o atendimento de toda a população ou ainda, de vagas nos que existem, as gestantes realizam uma verdadeira peregrinação afim de encontrar um hospital em que possam realizar seu parto, jornada que, muitas das vezes, causa a mortalidade materna. Esta realidade é descrita no Dossiê “Parirás com Dor”, em que relatos descrevem o uso de placas de “Não há vagas”, fixadas nas portas dos hospitais. Com essa atitude, os profissionais descumprem o direito da gestante de ser atendida prontamente e o dever do médico de procurar uma vaga para a paciente, em caso de urgência ou emergência e, se não for o caso, encaminhá-la para um centro de saúde apto e com capacidade de atendimento.

Ainda que insuficientes as vagas em hospitais públicos, a cartilha do Senado Federal aponta o desinteresse dos médicos na realização do procedimento em local alternativo. É direito da gestante escolher o local de realização do parto, porém os profissionais de saúde se opõem usualmente ao parto domiciliar, colocando inúmeros obstáculos para que a prática ocorra nos hospitais. Em relato trazido pela cartilha, uma mulher narra a necessidade de ser encaminhada ao

1 Violência obstétrica. **Os números da Violência Obstétrica**. Disponível em: <<https://aviolenciaobstetrica.wordpress.com/dados-estatisticos-violencia-obstetrica/>> Acesso em 20/04/2016.

2 Artigo 13, do Projeto de Lei de número 7633/2014 do deputado Jean Wyllys com tramitação no Congresso Nacional.

hospital, após complicações em seu parto domiciliar e, a humilhação ao escutar de um dos atendentes que seria mantida na UTI até arrepender-se da prática de seu parto em casa.

De acordo com o Dossiê, o cenário obstétrico brasileiro no Sistema Único de Saúde já é tão marcado pelo descaso e por tratamentos desumanos e degradantes que as parturientes não conseguem se ver como vítimas de violência obstétrica. As gestantes escutam tantos relatos de maus tratos durante o parto que acreditam que o desconforto sofrido é normal e que, caso tenha um atendimento adequado pelos médicos de plantão, foram sorteadas com um tratamento não rotineiro. Ainda de acordo com o Dossiê, as mulheres sentem-se merecedoras do tratamento hostil recebido na assistência à gestação e ao parto como espécie de uma punição por sua sexualidade e gestação.³

Além dos maus-tratos físicos sofridos durante o parto, as gestantes são submetidas à violência psicológica dentro dos hospitais públicos. A cartilha do Senado afirma que agressões verbais são comuns, principalmente nos partos normais. Há ainda relatos de ameaças cotidianas nos hospitais, a exemplo da frase intimidadora dita por uma enfermeira às pacientes, constantemente: “se você não parar de gritar eu vou te furar todinha”.

O preconceito é também muito presente nos hospitais e, por isso, um dos pontos expostos na cartilha. Ele apresenta-se através de condutas discriminatórias por parte dos atendentes, que atribuem toda a dificuldade do procedimento a condição financeira e social das mulheres. Ademais, a homofobia na rede pública é constante e permeada de denúncias de tratamento diferenciado às mulheres com relacionamentos homo afetivos.

Em conformidade com a Constituição Federal, em seu artigo 196, “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Entretanto, por conta do cenário obstétrico brasileiro apresentado acima, essa garantia não é amplamente efetivada. Apesar da campanha do Ministério da Saúde de incentivo ao parto normal e da recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) de uma taxa de até 15% de cesáreas, no Sistema Único de Saúde percebe-se que o número de cesáreas tem aumentado assustadoramente e, ainda segundo a OMS, em 2015, chegou a 55,6% dos casos.⁴

3 Violência obstétrica. “Dossiê **“Parirás com Dor”**”, 2012, p. 131. Disponível em: < <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em 24/04/2016.

4 Política de incentivo ao parto normal esbarra em resistência de médicos. Disponível em:< http://brasil.elpais.com/brasil/2015/07/11/politica/1436566427_473955.html>. Acesso em 25/04/2016.

Essa “epidemia” de cesáreas atribui ao país a posição de um dos campeões mundiais nesse tipo de cirurgia e decorre de uma série de fatores, entre eles o desejo da mulher em retirar logo a criança, de não sentir dores durante parto, ou ainda por maior lucratividade do médico ou por sua conveniência, podendo agendar previamente o procedimento como lhe convém.

Na maioria dos casos, esse procedimento ocorre antes do início do trabalho de parto ou do desenvolvimento completo da criança e, por ser realizada sem necessidade clínica, essas cirurgias trazem consequências tanto para a mãe quanto para o bebê. Os elevados índices de prematuridade estão, na maior parte dos casos, ligados ao induzimento e realização de cesáreas antes do momento certo. Além disso, a cesárea, quando desnecessária, pode aumentar as complicações como o aparecimento de problemas respiratórios na criança e ainda, estar associado à morbidade e mortalidade maternas e neonatais.

Diante disso, aos profissionais da área caberiam a obrigação de esclarecer e informar às pacientes dos riscos da cirurgia cesárea e de outros procedimentos realizados, e não as coagir ou influenciar para a realização de uma cirurgia desnecessária, com tantas consequências e com o mais importante bem jurídico tutelado em jogo: a vida da mãe e do bebê.

Ademais, segundo o CEBRAP⁵, em 2006, 94% das mulheres foram submetidas a cirurgia de episiotomia, procedimento em que é cortada parte da vagina da parturiente para “facilitar a saída da criança”. Esta cirurgia ocorre sem o consentimento da gestante que não é informada de sua necessidade, além de causar-lhe grandes dores e complicações, e a longo prazo, uma série de consequências negativas.

Ainda segundo o Dossiê, o procedimento supracitado é considerado um “integrante” do pacote de parto normal no Brasil e, por isso, não se tem dados oficiais referentes a sua ocorrência no Sistema Único de Saúde.

A episiotomia fere claramente os direitos humanos da mulher, já que não lhe é dada a possibilidade de expressar sua vontade contrária ao procedimento. E ainda, em alguns casos mais graves, esta pode ser configurada como lesão corporal por parte do profissional de saúde, apesar de denúncias não serem frequentes frente a condutas consideradas rotineiras.

Da mesma forma, a cartilha do Senado Federal pontua o aceleração do parto, manobra comumente realizada durante o exame de toque, consistente

5 Violência Obstétrica. **“Dossiê Parirás com Dor”, 2012.** Disponível em: < <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em 24/04/2016.

em um procedimento doloroso e desnecessário, que compromete o andamento do parto e que podem ocasionar uma série de complicações tanto para a mãe quanto para o bebê.

Outros procedimentos podem ser executados no parto normal, a exemplo da manobra de Kristeller e fórceps que, caso não atinjam o resultado pretendido – retirar o bebê da barriga da mãe – ou surjam complicações, será recorrida à cesárea pelos profissionais. A cartilha ainda afirma que, na maioria dos casos, o aceite por parte das mulheres nunca é um requisito visto que, os profissionais de saúde se aproveitam da vulnerabilidade da parturiente e não lhes oferecem nenhum tipo de informação a respeito do procedimento. Nesses casos, os direitos inerentes ao corpo da gestante raramente são respeitados, assim como o direito à saúde da criança é igualmente comprometido.

De acordo o Dossiê “Parirás com dor”, a mulher que sofre um aborto, seja ele induzido ou espontâneo, via de regra, não encontra tratamento humanizado no Sistema Único de Saúde. Os profissionais da área realizam um verdadeiro interrogatório às gestantes acerca do aborto e, em alguns casos, deixam-nas esperando sem qualquer informação, ou ainda, sem medicação que possa reduzir as dores sentidas.

Ainda segundo a cartilha, a norma técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde afirma que não cabe aos profissionais de saúde a realização de qualquer juízo de valor a respeito da conduta praticada pela parturiente. Além disso, defende um tratamento humanizado e compreensivo, infelizmente, não condizente com a realidade brasileira.

Consoante o Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, a Organização Mundial de Saúde (OMS), vem recomendando, desde 1985, que a mulher tenha um acompanhante durante o parto. Além disso, a Lei nº 11.108/2005, popularmente conhecida como Lei do Acompanhante, assegura expressamente este direito ao garantir a toda parturiente um acompanhamento, de sua escolha, durante o parto.

Ademais, tal medida é considerada essencial a parturiente pois, ao lado de uma pessoa que lhe transmita confiança durante o procedimento, o parto terá melhor desenvolvimento. Segundo a cartilha norteadora, entre os inúmeros benefícios, estão a diminuição do tempo de trabalho de parto, a redução da necessidade de anestesia e outros medicamentos, além de menor incidência de depressão puerperal.

Entretanto, o cenário apresentado acima não condiz com o ocorrido no Sistema Único de Saúde. O direito à acompanhamento é, constantemente,

desrespeitado com as justificativas de que o médico não permite a entrada de uma terceira pessoa na sala de cirurgia, que o hospital não oferece infraestrutura suficiente e que é um luxo apenas dos hospitais particulares. A lei, por sua vez, institui o direito da parturiente, mas não estabelece meios de punir àqueles que impedem ou violam tal garantia, dando ensejo assim, a ocorrência de violência obstétrica.

Apesar da exposição ao longo do artigo da realidade hedionda e tão presente na vida de tantas mulheres, os debates acerca da temática são ainda escassos e o país encontra-se omissivo. No Brasil, a violência obstétrica não é conduta tipificada como crime até o presente momento.

A Argentina e Venezuela são exemplos de países que reconhecem a violência obstétrica como uma infração penal. De acordo com a Cartilha da Defensoria Pública do Estado de São Paulo⁶, a definição dada pelas leis venezuelanas e argentinas sobre a tipificação afirmam a existência da violência obstétrica, caracterizada pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através de tratamento desumanizado, do uso abusivo de medicamentos, entre outros, que gera a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade.

Estes países demonstram o quanto o Brasil precisa evoluir no aspecto dos Direitos Humanos das mulheres e tornam-se um referencial a ser seguido.

A perspectiva de mudanças necessárias e urgentes no cenário de violência obstétrica no Sistema Único de Saúde (SUS) surge em 2014, com o Projeto de Lei 7633/14, do deputado Jean Wyllys, que, entre outras medidas, dispõe acerca da humanização do parto e do combate à violência obstétrica. Apesar de ainda estar em tramitação no Congresso Nacional, tal projeto de lei já é vislumbrado como a possibilidade de melhoria no tratamento e serviços ofertados pelo SUS às mulheres em situação gravídica.

Conclusão

A partir do cenário exposto é notório que a violência obstétrica apresenta-se como um problema de saúde pública. Esta espécie de violência é, inclusive, uma expressa violação à Constituição Federal, que prevê a saúde como um

6 DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Violência obstétrica você sabe o que é?** 2013. Disponível em <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf>> Acesso em 25/04/2016.

direito social, destinado a todos, restando ao Estado o dever de promovê-la. Apesar desta previsão legal, essa garantia é desrespeitada diante das condutas, tratamentos e procedimentos desumanos e degradantes ofertados pelos hospitais e realizados por profissionais da área que violam o direito de escolha da mulher, a autonomia do seu corpo e a sua liberdade individual.

Diante desta realidade preocupante é inadmissível que o Estado se mantenha omissivo quanto à ausência de tipificação da violência obstétrica no Código Penal ou ainda, no que cerne a carência de informações acerca da problemática difundidas pela sociedade. Além disso, as mulheres em situação de violência obstétrica não devem encarar as condutas dos profissionais de saúde como cotidianas, mas sim, de caráter inaceitável, visto que partem daqueles que possuem a missão de zelar pela promoção da saúde pública de forma justa e igualitária. Estas mulheres lesadas devem procurar a Ouvidoria do Sistema de Saúde Local, recorrer ao Poder Judiciário, seja na esfera penal ou na esfera cível. Assim, também, como a sociedade não pode fechar os olhos para essa grande questão tão recorrente em nosso Sistema Único de Saúde (SUS) já conhecido pelo tratamento desumano e degradante concedido aos seus pacientes. Desta forma, faz-se necessária e fundamental a humanização e sensibilização nas condutas, tratamentos e procedimentos obstétricos realizados.

Ademais, percebe-se no projeto de Lei 7633/14 um grande avanço na caminhada rumo ao combate desse tipo de violência. Somado a isso faz-se necessária a criação de mecanismos que propiciem a efetivação do que é divulgado nas campanhas governamentais de humanização e o que está previsto na Constituição Federal, disponibilizando assim, um sistema de saúde que respeite e promova a dignidade das parturientes.

Referências

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 20 abr. 2016.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Violência obstétrica você sabe o que é?**. 2013. Disponível em <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

BEDINELLI, Talita. Política de incentivo ao parto normal esbarra em resistência de médicos. **EL PAÍS**. 15 jul. 2015. Disponível em: <http://brasil.elpais.com/brasil/2015/07/11/politica/1436566427_473955.html>. Acesso em: 25 abr. 2016.

MULHERES em Rede pela Maternidade Ativa. **Parto do princípio**. 2015. Disponível em: <<http://www.partodoprincipio.com.br/#!sobre/cjg9>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Humanização. **Pense sus**. Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/humanizacao>>. [Acesso em: 25 abr. 2016.](#)

BRASIL. Projeto de Lei de número 7633/2014. **Congresso Nacional**. 27 de maio de 2014. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1257785&filena-me=PL+7633/2014>. Acesso em: 24 abr. 2016.

STUPPIELLO, Bruna. **Hora do parto**: o que é considerado violência obstétrica. Disponível em: <<http://mdemulher.abril.com.br/saude/bebe/hora-do-parto-o-que-e-e-consid>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

BELLI, Mainá; CRUZ, Pierre; LEÃO, Vanessa. Os números da Violência Obstétrica. **Violência obstétrica**. Disponível em: <<https://aviolenciaobstetrica.wordpress.com/dados-estatisticos-violencia-obstetrica/>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

REDE Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Violência Obstétrica. **“Dossiê Parirás com Dor”**. 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2016.

GÊNERO, SAÚDE MENTAL E INCLUSÃO: VIVÊNCIAS EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Claudia Regina de Oliveira Vaz Torres
Universidade do Estado da Bahia-UNEB e Universidade Salvador-UNIFACS
vaztorres@gmail.com

Alexnaldo Teixeira Rodrigues
*Fundação Visconde de Cairu - FVC/ Núcleo de Estudos Interdisciplinares
Sobre a Mulher – NEIM/UFBA; Universidade Federal da Bahia – UFBA*
alexnaldotr@yahoo.com.br

Resumo: Este estudo tem por objetivo analisar a relação entre saúde mental e gênero, descrevendo as implicações que esta interlocução reflete no adoecimento psíquico de homens e mulheres. O estudo destaca, ainda, a Reforma Psiquiátrica e as possibilidades de atendimento a partir do recorte de gênero. Apesar dos avanços proporcionados pela reforma psiquiátrica em direção à inclusão de pessoas com transtorno mental na sociedade, em geral, continuam a perpetuar uma perspectiva essencialista, desconsiderando a questão de gênero como uma construção social, um sistema de significados que se constrói e se organiza nas interações, bem como governa o acesso integral ao sistema de cuidados formais em saúde mental. O trabalho de natureza qualitativa, com ênfase na pesquisa bibliográfica e na atuação em hospital psiquiátrico, evidenciou que as experiências do cuidado são vivenciadas de modo distinto por mulheres e homens em razão das desigualdades nas relações sociais de gênero. Enquanto as mulheres submetem-se mais facilmente ao tratamento prescrito, embora não tenham um sentimento de doença, os homens não aceitam com facilidade a medicação prescrita, abandonando o tratamento. Ademais, o estudo aponta para necessidade de focalizar a questão da saúde mental desde o ponto de vista da violência estrutural e das dimensões sociais de gênero. Desconsiderar esse aspecto é dar ao diagnóstico um caráter científico e pretensamente neutro, construindo um perfil psiquiátrico, para muitas questões existenciais e sociais, nas quais as relações de gênero se mostram fundamentais.

Palavras-chave: Gênero; Saúde Mental; Inclusão.

Introdução

Neste estudo sobre gênero, saúde mental e inclusão buscamos elementos sociais, filosóficos e psicológicos para analisar como as mulheres e homens acometidos por transtornos mentais severos lidam com o adoecimento psíquico. O estudo destaca, ainda a Reforma Psiquiátrica e as possibilidades de atendimento a partir do recorte de gênero, bem como evidencia que as experiências do cuidado são vivenciadas de modo distinto por mulheres e homens em razão das desigualdades nas relações sociais de gênero.

Esta análise teve como referência os estudos de Amarante (2003, 2007), Vasconcelos (2008) para abordar o campo da saúde mental e a legislação atual sobre a atenção a saúde mental.. A temática de Gênero foi analisada com base Scott (1991), Borges e Costa (2011), Pegaroro e Caldana (2008), entre outros/as.

Este estudo está organizado em três partes distintas. A primeira parte consiste na introdução ao tema proposto; na segunda, realizamos um breve histórico sobre o hospital psiquiátrico, como modelo de internamento, até chegarmos a legislação atual que redireciona para um novo modelo de atendimento, bem como estabelece a inclusão de pessoas com transtorno mental na sociedade. Na terceira, discutimos mais especificamente sobre as particularidades do tratamento e inclusão social de mulheres e homens com transtorno mental.

O Hospital psiquiátrico sob um olhar de gênero

O cotidiano de trabalho em hospital psiquiátrico provocou a interrogação e análise sobre o modo como mulheres e homens com transtornos mentais vivenciam o internamento, o tratamento e as experiências de cuidado. As interpretações construídas por cada um/a estão relacionadas a assimetria nas relações de gênero.

Neste estudo o conceito de gênero é utilizado para designar “[...] a criação inteiramente social das ideias sobre os papéis próprios aos homens e as mulheres”, ou melhor, é “[...] uma maneira de se referir às origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas dos homens e das mulheres. ” (SCOTT, 1991, p.2). É, portanto, “[...] um elemento constitutivo das relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos”; e “[...] é uma forma primeira de significar as relações de poder” (SCOTT, 1991, p.21). Igualmente, constitui-se com um instrumental analítico das relações sociais, e coadunado com uma abordagem da psicologia social, ou à perspectiva construcionista social, “[...] permitem

um posicionamento e o pensar em novas possibilidades para transformar uma disciplina 'reguladora e autoritária' para uma nova forma de acção local e contextualizada, nunca androcêntrica e universal" (NOGUEIRA, 2001 p.1).

Borges e Costa (2011), atentando de modo particular para o campo da saúde mental sob a ótica de gênero, afirmam que

A categoria gênero tem contribuído para efetuar análises que levam em conta diferenças de suscetibilidades entre homens e mulheres em se expor a riscos de saúde específicos. Ao se intersectar com outros marcadores sociais como classe, raça/etnia, geração, orientação sexual etc., tais arranjos determinarão a posição social ocupada, o que incidirá inexoravelmente na forma da pessoa perceber o mundo, de se perceber, de se relacionar, de reconhecer as alteridades, o que incidirá de maneira decisiva na questão do sofrimento psíquico. (BORGES; COSTA, 2011, p.57-58)

Há uma legislação específica para as pessoas que não atendem aos critérios de normalidade - distanciam-se das características de personalidade e valores preconizados como ideais pela sociedade -, apresentam sintomas das doenças mentais e evidenciam dificuldades para gerir a sua própria vida de acordo com o universo de direitos e deveres que regem as relações sociais.

Um dos principais instrumentos de proteção e defesa dos Direitos Humanos das pessoas com transtornos mentais é a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Ainda, na esteira da discussão sobre os direitos humanos das pessoas com transtorno mental que estão em conflito com a lei, há a Resolução nº 05, de 04 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), a qual estabelece as diretrizes para a adequação das medidas de segurança às disposições da Lei nº 10.216/2001.

Os transtornos mentais abrangem largo espectro nosológico, que envolvem doenças com causas definidas como os transtornos orgânicos-cerebrais, transtornos por uso de substâncias psicoativas e outros sem uma causa fisiopatológica específica que evidenciam comprometimento afetivo, da motricidade e da cognição. Há, ainda, transtornos específicos da personalidade que se caracterizam por perturbações dos sentimentos e dos impulsos. Na área forense, ocorre a pesquisa dos indicadores e determinantes psicopatológicos,

neurológicos, cognitivos e educacionais das pessoas envolvidas em conduta delituosa. Neste sentido, os transtornos mentais são avaliados em razão de que se considera a capacidade de entendimento individual em relação aos fatos processuais (VASCONCELOS, 2008).

O hospital psiquiátrico, de acordo com a legislação atual, tem sofrido profundas mudanças e fechamento dos serviços. A mudança nos conceitos e práticas em saúde mental evidencia que não se trata mais a doença, mas a existência do sujeito que sofre na sua vivência, na sua relação com a sociedade. Desse modo, é preciso desvelar o tecido social que molda valores e normas para entender a experiência do sofrimento psíquico e compreender como mulheres e homens interpretam a sua realidade.

O hospital como instituição terapêutica é uma invenção que data do final do século XVIII. Anteriormente, os hospitais eram instituições com objetivos cristãos ou filantrópicos, sociais, econômicos e políticos. A medicalização do hospital - tornando-o uma instituição médica específica com propósito de conhecer, classificar, tratar e curar doenças -, ocorreu a partir de uma tecnologia política, que Foucault denominou de disciplina. Ainda no século XVIII ocorreu a redefinição do estatuto social do doente, apontando que o indivíduo não deveria apenas ser tratado pela caridade religiosa, mas pelas políticas de saúde. Deste modo, o saber produzido no hospital através das estratégias disciplinares permitia ao médico agrupar as doenças para observar o seu curso, a evolução e indicar tratamento (AMARANTE, 2003).

O nascimento da psiquiatria ocorre simultaneamente à transformação do hospital em uma instituição de natureza médica, ao nascimento da clínica e da anatomia patológica.

As instituições psiquiátricas sofreram essas transformações a partir de um conjunto de estratégias desenvolvidas por Pinel, denominada de tecnologia pineliana. As estratégias pinelianas consistiam no isolamento do mundo exterior, a organização do espaço asilar e na constituição de uma relação terapêutica baseada na autoridade. Vasconcelos (2008) considera que o que mais chamou atenção da historiografia da psiquiatria na prática alienista foi o tratamento moral dos confinados em ambiente asilar, como uma substituição ao meio familiar patogênico, mediante uma pedagogia da ordem marcada pelo exercício da autoridade do médico, impondo a submissão as regras e vigilância. Era preciso atuar nos focos causadores da doença mental e afastar o doente do convívio social, dada a pretensão da época de organizar a sociedade.

O isolamento da pessoa com doença mental permitiu a constituição do conhecimento científico à medida que afastada das interferências externas o

médico tinha melhores condições de observar, descrever, comparar e classificar os tipos de alienação mental. Assim, o isolamento dos diversos tipos de loucura possibilitou a elaboração do conceito de alienação mental e que, posteriormente foi substituído pelo conceito de doença mental.

O isolamento da pessoa com doença mental nos hospitais também possibilitou, a partir do estudo e classificação das diversas formas de loucura, a reorganização e reorientação do hospital como um lugar de tratamento. “Ao conjunto de estratégias voltadas para reeducação da mente alienada, nas quais a própria organização do regime hospitalar teria um importante papel, foi dado o nome de tratamento moral ” (AMARANTE, 2003, p.17). O tratamento moral consistia em reeducar a mente alienada, convocando-a a consciência da sua realidade, mas para isso era necessário prender e isolar para curar.

Com a promulgação da lei francesa em 1838, primeira lei de assistência aos alienados de toda história, vários hospitais foram criados nos mais diferentes países (AMARANTE, 2007) com objetivo de controle e disciplina através de dispositivos de punição e repressão. Neste contexto, interessava a doença para produzir conhecimento e o saber do médico, não importava a pessoa com a sua história e experiências. A pessoa com doença mental deveria ser recolhida em local protegido, um hospital/asilo para receber tratamento, alimentação e ser curada. O tratamento moral funcionou durante muito tempo até que no século XIX, diante de multidões de pacientes abarrotados nos hospitais sem condições dignas de vida, esse modelo tornou-se obsoleto e foi necessário propor mudanças no tratamento das pessoas com doença mental.

Há de se ressaltar que o poder manicomial se vincula a outras formas de poder, a exemplo do poder patriarcal (LIMA, 2016). Em um estudo realizado por Juliana Vacaro, a respeito de prontuários de mulheres internadas no Hospital Nacional de Alienados e no Sanatório Pinel, a autora revela que muitos diagnósticos de loucura feminina se pautavam, de modo frágil, em discursos familiares ou em comportamentos que eram considerados como desviantes dos estereótipos de gênero.

Neste sentido, as mulheres eram encaminhadas ao hospício pelos pais, irmãos e maridos em virtude do “gênio independente”, “ de ter uma inclinação amorosa contrária à vontade da família”, “escrever livros”, “trabalhar muito”, “ ser preguiçosa”, “cantar o dia todo”, “desobedecer ao pai ou patrão” “reclamar do salário”, “ter inclinações políticas ou ideológicas subversivas”; coisas que *per si* não eram atestados de loucura, mas entendidas como um comportamento individual desviante à ordem social e às normatizações de gênero, ao invés de

reflexos das mudanças socioculturais, sobretudo na moralidade da época (LIMA 2016). A respeito deste aspecto, declara Vacaro

Para mulheres, os limites eram muito mais rígidos, e elas tinham que se encaixar no que era ser mulher, mãe e esposa. [...] Nem todas as mulheres que viveram na primeira metade do século XX escolheram viver a vida nas formas prescritas. Na população feminina do Sanatório Pinel, podemos encontrar inúmeras histórias de mulheres que buscaram certa autonomia frente às pressões que a sociedade lhes impunha, mas também mulheres que, mesmo desempenhando uma função a elas delegada, sofreram crises relacionadas a esses papéis. Essas manifestações, aos olhos das “instituições reguladoras”, foram vistas como sinais de demência e desequilíbrio mental. (VACARO, 2011, pp. 10-11 apud LIMA, 2016, p.4)

As iniciativas de reformas psiquiátricas, posteriores a Segunda Guerra Mundial, trouxeram novos modos de conceituar o hospital psiquiátrico, assim como diferentes práticas e abordagens que enfatizavam a relação grupal e tinham como objetivo produzir melhoras nos resultados terapêuticos dos/as pacientes.

A Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional constituíram experiências de reforma psiquiátrica dentro do hospital psiquiátrico no período posterior a Segunda Guerra Mundial, em razão das vivências de privação de liberdade e desrespeito aos direitos humanos sofridos pelos/as pacientes internados/as.

Segundo Amarante (2003, p. 30) a proposta da Comunidade terapêutica pretendia utilizar as situações vivenciadas no cotidiano do hospital como uma forma de exercitar as experiências de vida fora do hospital.

A Comunidade Terapêutica tinha como princípio a ideia de que todos/as que estavam no hospital, pacientes e técnicos/as faziam parte de uma mesma comunidade com fins terapêuticos e que deveriam lutar contra as formas instituídas de violência e padrões hierarquizados de relações interpessoais dentro do hospital. A Comunidade Terapêutica era caracterizada pela adoção de medidas administrativas e técnicas que enfatizavam aspectos democráticos, participativos e coletivos dentro do hospital e pretendiam resgatar a força de trabalho de homens e mulheres (AMARANTE, 2003;2007).

A Psicoterapia institucional tinha fundamentação na abordagem de Simon e na psicanálise que considerava que o hospital, médicos e técnicos tinham características doentes e deveriam ser tratados. Outras críticas foram feitas, tais como o poder do médico, a verticalidade das relações e a permanência da pessoa doente no hospital, porém esta experiência ficou restrita aos limites do hospital psiquiátrico.

As duas propostas embora tivessem o hospital como local de tratamento foram importantes para a desconstrução da lógica manicomial, pois o envolvimento de pacientes e médicos no tratamento terapêutico, a participação em assembleias, reuniões de equipe, clubes de pacientes e outros recursos terapêuticos criados por ambas foram importantes para a construção do conceito de atenção psicossocial.

A Inclusão social através da Reforma psiquiátrica

A Antipsiquiatria e a Reforma Psiquiátrica Italiana foram movimentos sociais, políticos e institucionais ocorridos nas décadas de 60 a 70 que questionaram o conceito de doença mental, os saberes e práticas psiquiátricas na instituição hospitalar e tinham como proposta o investimento em formas integrais de cuidado humano, associados aos dispositivos de atenção social e em saúde.

A Antipsiquiatria teve início na Inglaterra no final dos anos 50. Os psiquiatras Ronald Laing e David Cooper implantaram experiências de comunidade terapêutica e psicoterapia institucional nos hospitais, entretanto perceberam que o discurso dos loucos evidenciava o sofrimento construído nas relações familiares e sociais e que o tratamento no hospital não seria capaz de operar mudanças.

Amarante (2005; 2007) esclarece que o termo aponta uma antítese a teoria psiquiátrica, compreendendo que a loucura ocorre nas relações estabelecidas entre o sujeito e a sua realidade e não apenas no corpo doente. A crítica da Antipsiquiatria diz respeito ao marco teórico e conceitual da psiquiatria que é o mesmo modelo das ciências naturais, sem levar em consideração as subjetividades e os seus modos particulares de vivenciar o ambiente social.

Para a Antipsiquiatria o saber psiquiátrico no hospital reproduziria as mesmas estruturas opressoras e patogênicas da organização social, manifestadas na família e, em consequência destas críticas às estruturas social e familiar, a Antipsiquiatria ficou associada aos movimentos contestatórios e antiinstitucionais europeus na década de 60 (AMARANTE, 2007).

Basaglia, esclarece Vasconcelos (2008), tinha aproximação com a fenomenologia existencial e com o marxismo, e utilizou os princípios dos movimentos da comunidade terapêutica e da psicoterapia institucional na sua prática no hospital em Gorizia.

A concepção desenvolvida por Basaglia ampliou a compreensão e a crítica das raízes da instituição psiquiátrica, evidenciando que não são apenas os hospitais psiquiátricos e os usuários que necessitam de um processo de desinstitucionalização, mas também o conjunto de leis, políticas, relações sociais e representações culturais. Vasconcelos (2008) acrescenta que a concepção desenvolvida por Basaglia questionou o mandato social que a sociedade atribuía à medicina e psiquiatria para segregar e isolar a loucura.

Este movimento liderou o processo de reforma psiquiátrica na Itália, fechando, no final da década de 70 do século passado, todas as instituições manicomiais e criando serviços substitutivos próximos ao local de moradia dos usuários: os centros de atenção psicossocial.

Basaglia não aceitava o tratamento dispensado aos internos e buscou resgatar a dignidade através de trabalhos coletivos e com a participação da comunidade. A ênfase no projeto de invenção da saúde, de produção de vida, de sentido, de sociabilidade e de formas de convivência dispersa e não mais na cura, conforme expresso no texto de Franco Rotelli, evidencia a concepção de atenção psicossocial e a crítica ao saber psiquiátrico (ROTELLI, 2011).

Deste modo, para o movimento na compreensão da loucura era preciso conhecer as relações familiares dos internos, pois a loucura era entendida como fato social, político, uma reação a um desequilíbrio no contexto das relações familiares, não sendo vista como um estado patológico. A loucura não era vista como um objeto curável, já que não era entendida como uma doença que devesse ser eliminada.

Rotelli, de acordo com Amarante (2007, p. 58), considerou que a psiquiatria separou a doença da “existência global, complexa e concreta dos sujeitos e do corpo social”. No entorno dessa separação foi construído um conjunto de saber e práticas que se referiam a doença. Desmontar esse conjunto para restabelecer uma relação com os sujeitos em sofrimento implica em participação de todos/as os/as envolvidos/as e reorganização do modelo assistencial e social.

Estes movimentos expõem que o saber e a prática psiquiátrica na instituição hospitalar não dão conta de todas as necessidades da experiência da loucura. Basaglia (1924, p. 161) teorizou sobre o hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização e alienação induzida, bem como compreendeu o “duplo

da doença mental”, como tudo o que se sobrepõe à doença propriamente dita, como resultado do processo de institucionalização. Para Basaglia (1924) havia um ponto de união entre a loucura e o meio social e que por isso era preciso compreender as singularidades, as especificidades e as construções de cada caso, um a um.

A loucura e o tratamento de mulheres e homens: a atenção em saúde mental

A atenção em saúde mental contempla ações nos diversos equipamentos ou dispositivos terapêuticos/sociais que consideram prioritariamente a pessoa que sofre, não é a doença. Esses dispositivos de base territorial compõem a Rede de Atenção integral em Saúde Mental que trabalha sob a lógica da territorialidade.

A atenção em saúde mental deverá ser realizada na lógica de apoio matricial com responsabilização compartilhada. A equipe de saúde mental de apoio a atenção básica incorporará ações de supervisão, atendimento em conjunto, atendimento específico e capacitação. A responsabilização compartilhada tem por objetivo aumentar a capacidade resolutiva da equipe, a interdisciplinaridade, a ampliação das dimensões da clínica e diminuição dos encaminhamentos.

As ações em saúde mental deverão ser desenvolvidas articuladas com a rede de serviço da região, envolvendo ações intersetoriais com educação, trabalho, lazer. As ações deverão obedecer ao modelo de redes de cuidado de base territorial e buscar o estabelecimento de vínculos e o acolhimento, de acordo com a fundamentação dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (noção de território, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, desinstitucionalização, construção da autonomia de usuários e familiares, etc.). Espaços de escuta, acolhimento e avaliação dos transtornos mentais deverão ser constantes, bem como os encaminhamentos, quando necessário, para outros serviços da comunidade.

Na experiência de trabalho com mulheres e homens acometidos por transtornos mentais severos percebe-se que ambos lidam com o adoecimento psíquico, com o internamento em hospital psiquiátrico, com o tratamento e com as possibilidades de retorno a vida social de modo diferente. Enquanto as mulheres submetem-se mais facilmente ao tratamento prescrito, embora não tenham um sentimento de doença, os homens não aceitam com facilidade a medicação prescrita. Desse modo, abandonam o tratamento em razão

das seduções da vida fora do hospital, como o álcool, outras drogas e o sexo (TORRES, 2010; TORRES, FAGUNDES, 2012).

A ausência do trabalho que exerciam na vida livre também é um fator que angustia muito mais os homens que as mulheres. O afastamento das atividades laborativas para aqueles que tinham vínculos empregatícios ou trabalhavam como lavradores em propriedades da própria família é evidenciado nos atendimentos dos homens como um sofrimento a mais. Compreendido como um importante instrumento de relação com o social, a perda do trabalho é sentida como uma perda da identidade (TORRES, 2004; 2010; TORRES, FAGUNDES, 2012).

O distanciamento da família durante o internamento é vivenciado por mulheres e homens e relatado durante as entrevistas com um pedido de ajuda para a manutenção desse contato. Os atendimentos aos familiares indicam que há uma sobrecarga das mães e esposas/companheiras no cuidado e convivência com a pessoa em sofrimento psíquico. O internamento no hospital para muitos familiares é compreendido como um momento possível de reorganização da própria vida. As equipes de saúde precisam abrir espaços para essa escuta, acolher os familiares e criar estratégias para a manutenção dos vínculos, inserção e co-responsabilização no cuidado em saúde mental. Quando não há esse trabalho, torna-se mais difícil e demorado o processo de retorno a vida social. A desinstitucionalização de uma pessoa com transtorno mental tem início no período do internamento. É preciso não perder de vista o retorno da pessoa a convivência social.

“Do ponto de vista epidemiológico, as mulheres apresentam índices mais elevados de depressão, distímia, desordens afetivas e distúrbios de ansiedade generalizada, além de ataques de pânico, fobias e desordens alimentares” (PEGARORO; CALDANA, 2008, p.87). Entretanto, a atenção dispensada a elas nos serviços da saúde, ainda hoje, não ocorre de forma integral, tendo como predomínio ações de cunho biologizantes em que a perspectiva de gênero não é contemplada. Assim,

Se tratamos da oposição entre masculino e feminino como sendo mais problemático do que conhecida, como alguma coisa que é definida e constantemente construída num contexto concreto, temos então que perguntar não só o que está em jogo nas proclamações ou nos debates que invocam o gênero para justificar ou explicar suas posições, mas também como percepções implícitas de gênero são invocadas ou reativadas (SCOT, 1991, p.21).

O *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres* (2013-2015), a partir da linha de ação 3.10, propõe que a atenção à saúde mental das mulheres, deve levar em consideração as especificidades raciais, étnicas, de origem, de classe social, de idade, de orientação sexual, de identidade de gênero, de deficiência, as mulheres em situação de prisão ou em situação de violência, incluindo mulheres do campo, da floresta, de quilombos e de comunidades tradicionais. Essas questões têm que se focadas desde o ponto de vista da violência estrutural e das dimensões sociais de gênero. Desconsiderar esse aspecto é, como se quer demonstrar, dar ao diagnóstico um caráter científico e pretensamente neutro, construindo um perfil psiquiátrico, para muitas questões existenciais e sociais, nas quais as relações de gênero se mostram fundamentais.

Na unidade citada, os casos são compartilhados com a equipe de saúde local (corresponsabilidade) que envolve as discussões sobre o quadro clínico, intervenções conjuntas com a família e comunidades, etc. Na maioria das vezes, quando o interno não desfez os laços com a família, a continuidade da manutenção do afeto, responsabilização e cuidado são comprometidas. A genitora é quem permanece acompanhando os filhos internados e, também as esposas/companheiras que tinham fora do hospital. Pagaroro e Caldana (2008, p.87) afirmar que “[...] além das mães, outras mulheres como avós, irmãs e esposas respondem pelo cuidado informal de um familiar em sofrimento psíquico, em sua maioria indivíduos do sexo masculino, jovens e solteiros [...]”. Quanto às mulheres que necessitam de cuidado formal em saúde mental, se não há conflitos com as genitoras, é com elas que contam durante o período do internamento. Os companheiros/esposos raramente visitam e prestam o apoio afetivo necessário.

Convém ressaltar que as mulheres que, prestam cuidados informais em saúde mental, vivem, em geral, plenamente voltadas para atender ao compromisso interno de promover o bem-estar daqueles/as de quem cuida, assim como têm o “objeto” do cuidado como centro de suas vidas e estão numa grande fusão com ele. Atrelado a esse aspecto, embora haja queixas dessas mulheres a respeito de sobrecarga de tarefas do cuidar, elas demonstram a dificuldade de dividir cuidados com outrem, apenas repartindo com outras pessoas atividades periféricas como marcar consulta ou buscar em ambulatórios. (PEGARORO; CALDANA, 2008, p.87). Além de apresentarem problemas físicos de saúde, existe o indicio de depressão e uso de ansiolíticos nas cuidadoras; o que agrava esse quadro pela condição financeira desfavorável de boa parte dessas famílias. (PEGARORO; CALDANA, 2008, p.87).

Nesse sentido, a equipe de saúde precisa discutir as questões subjetivas e os eixos da prática clínica para desenvolver estratégias para acolher e atender não apenas o/a usuário/a que está em processo de desinstitucionalização do hospital, mas também a família - sobretudo as mulheres que prestam a estes/as o cuidado informal, e que têm a necessidade de elas próprias receberem cuidados (PEGARORO; CALDANA, 2008). Estudos sobre o assunto apontam que o usuário “[...] está sendo entregue à família sem o devido conhecimento das reais necessidades e condições da família, especialmente das cuidadoras em termos materiais, psicossociais, de saúde e qualidade de vida, aspectos estes profundamente interligados” (GONÇALVES, 1999, p.165 apud PEGARORO; CALDANA, 2008, p.87). É mister aos/às profissionais de saúde mental adentrar no universo onde vivem as famílias, apropriando-se de seu saber/fazer, para ajudá-la no cuidado daqueles que estão em sofrimento psíquico.

É a abertura para escutar a família que possibilita descobrir qual sua necessidade de cuidado, bem como a percepção, por parte das equipes, de que o sofrimento não se localiza apenas no usuário. A aproximação do universo familiar permite intervenções nesse contexto e possibilita, por parte dos profissionais, a busca pela compreensão do papel que o usuário desempenha nesse grupo. As intervenções nas famílias podem auxiliar o grupo a gerir seu cotidiano, o que implicaria em diminuição do peso ou da responsabilidade, cooperação entre os membros, bem como permitiriam a aceitação, por parte da família, da loucura depositada em um de seus componentes (PEGARORO; CALDANA, 2008).

Deprendemos que o atendimento integral a pessoa com transtorno mental e seus familiares permite que se amplie a percepção do problema e da assistência na perspectiva de gênero. É necessária a desconstrução durante a formação dos profissionais de saúde de valores sociais hegemônicos que naturalizam as desigualdades e apagam as necessidades das mulheres quanto ao cuidado e a proteção. A omissão de um cuidado efetivo reafirma e reforça as estereótipos estabelecidas socialmente.

A questão da saúde mental desde o ponto de vista da violência estrutural e das dimensões sociais de gênero precisa ser problematizado. Desconsiderar esse aspecto é dar ao diagnóstico um caráter científico e pretensamente neutro, construindo um perfil psiquiátrico, para muitas questões existenciais e sociais, nas quais as relações de gênero se mostram fundamentais.

Os serviços e as equipes de saúde mental apesar dos avanços proporcionados pela reforma psiquiátrica em direção à inclusão de pessoas com transtorno mental na sociedade, em geral, continuam a perpetuar uma perspectiva essencialista, desconsiderando a questão de gênero como uma construção social, um sistema de significados que se constrói e se organiza nas interações, bem como governa o acesso integral ao sistema de cuidados formais em saúde mental.

Referências

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: ed. Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental, políticas e instituições**: programa de educação a distância. FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.

AMARANTE, Paulo. **O Homem e a Serpente**: *outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1996. Disponível em: http://www.ifb.org.br/franco_basaglia.htm Acesso em 05 de maio de 2016.

BASAGLIA, Franco. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro, Garamond, 2005. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=V7-adciWTPsC&pg=PA61&hl=pt-BR&source=gbs_toc_r&cad=4#v=onepage&q&f=false. Acesso em 06 de maio de 2016.

BORGES, Lenise Santana; COSTA, Kemle Semerene. Gênero e saúde mental: uma experiência em educação e saúde. **Estudos**, Goiânia, v, 38, n.01/03, p.49-70, jan./marc. 2011.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013. Disponível em: http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2012/08/SPM_PNPM_2013.pdf Acesso em 05 mai. 2016

DEL PRIORE, Mary. Viagem pelo imaginário do interior feminino. **Rev. bras. Hist.**, São Paulo , v. 19, n. 37, p. 179-194, Sept. 1999 . Available from <<http://www.scielo>

br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-01881999000100009-&lng=en&nrm-iso>. access on 04 May 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-01881999000100009>.

LIMA, Daniela. Aproximações entre o movimento feminista e o antimanicomial. [Blog] Boi Tempo, 12 jan. 2016. Disponível em: <<https://blogdaboitempo.com.br/2016/01/12/aproximacoes-entre-movimento-feminista-e-antimanicomial/>>

NOGUEIRA, Conceição. **Um novo olhar sobre as relações sociais de gênero: Feminismo e perspectivas críticas na psicologia social**. Associação Brasileira de Psicologia Social, 2001. Disponível em: <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4117/1/feminismo%20e%20discurso%20do%20g%C3%A9nero%20na%20psicologia%20social.pdf>>

PEGORARO, Renata Fabiana; CALDANA, Regina Helena Lima. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. **Saude soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 82-94, June 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200009&lng=en&nrm=iso>. access on 04 May 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000200009>.

ROTELLI, Franco. A instituição inventada. Disponível em: http://www.oriundi.net/files/istituz_invent_po.pdf Acesso em 05 mai de 2016.

SCOTT, Joan W. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**; Tradução: Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila. Recife: SOS Corpo, 1991.

TORRES, Cláudia Regina de Oliveira Vaz. Desconstruindo a identidade de "criminoso/a": O significado das ações educativas no sistema penitenciário. Dissertação (Mestrado em Educação). Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2004.

_____. Por um céu inteiro: Crianças, educação e sistema prisional. Tese (Doutorado em Educação). Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2010.

TORRES, Cláudia Vaz; FAGUNDES, Tereza Cristina. Sexualidade de mulheres e de homens em privação de liberdade. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*. SBRASH. 2012;23(1):49-58.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Abordagens Psicossociais**, v.1 história, teoria e prática no campo. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres.

Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013.

GÊNERO E VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NO CONTEXTO DA SAÚDE

Débora Lima de Mendonça
deboralima.psicoufal@gmail.com

Telma Low Silva Junqueira

Maria Eduarda Silveira Souza Ferro

Rachel Alves Silva

Julia Soares de Souza;
Universidade Federal de Alagoas

Resumo: O presente trabalho se situa no Ano I de uma pesquisa de iniciação científica intitulada “Gênero e violência contra as mulheres no contexto da atenção básica em saúde de Maceió/AL”. Nele serão discutidos os resultados parciais do eixo específico “Gênero e violência contra as mulheres no contexto da saúde”, cujo objetivo central é identificar e analisar os sentidos produzidos nos documentos encontrados por meio do levantamento bibliográfico que se inserem no contexto da pesquisa, ou seja, que tem como tema central a questão da violência contra as mulheres no âmbito da saúde. A metodologia se baseia no referencial das Práticas discursivas e produções de sentidos na interface com a perspectiva feminista de gênero, onde foram construídos mapas dialógicos com enfoque na visibilização dos repertórios linguísticos utilizados nas produções científicas pesquisadas para falar de gênero, feminismo e saúde. Através da discussão por meio das 17 (dezessete) produções encontradas, os resultados possibilitaram repensar as relações de poder, desigualdades e hierarquias que fomentam a violência contra as mulheres.

Introdução

Este artigo apresenta o recorte de uma pesquisa do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), intitulada “Gênero e violência contra as mulheres no contexto da Atenção Básica em Saúde de Maceió/AL” do Instituto de Psicologia, na Universidade Federal de Alagoas. Apresentará os resultados parciais de um dos planos de trabalho da pesquisa, que visa analisar os sentidos produzidos para gênero e violência contra as mulheres (VCM) nas produções científicas na interface da saúde.

A violência contra as mulheres (VCM) vem sendo pautada pelo movimento e teoria feminista como um grave fenômeno social, também considerado uma questão de saúde pública, se apresentando de diversas formas e afetando mulheres de diferentes culturas, gerações, raças e etnias, sendo sinalizada principalmente pelos índices de ocorrência alarmantes e pelas consequências diversas que são geradas na vida e saúde das mulheres e das pessoas em seu convívio, especialmente filhas e filhos. Considerando o contexto histórico, social, político e econômico, é possível constatar que a violência contra as mulheres têm sido tolerada, mitigada e naturalizada no cotidiano das interações em diversas sociedades. (MOURA et al., 2009; SILVA, 2014)

Neste sentido, teóricas feministas vêm pautando a relevância de problematizarmos o conceito de gênero visando pensar e analisar acerca das questões que envolvem as desigualdades de poder entre homens e mulheres, entre mulheres e mulheres e homens e homens, com destaque para a VCM. É nesse contexto que o feminismo vem se construindo enquanto teoria crítica e política e um movimento social que traz contribuições relevantes para a garantia dos direitos das mulheres. Dentre as tantas conquistas feministas, pontuamos a transformação das relações de gênero ao instituir as mulheres como sujeito político de transformação social. Sujeito esse que protagoniza a ruptura com o que se intitulava “condição feminina”, possibilitando às mulheres novas funções, lugares e posicionamentos não reduzidos à situação de vítimas e a “identidade feminina” imposta pela sociedade heteronormativa e patriarcal.

Examinar gênero concretamente, contextualmente, e de considerá-lo um fenômeno histórico, produzido, reproduzido e transformado em diferentes situações ao longo do tempo. Esta é, ao mesmo tempo, uma postura familiar para o historiador e uma maneira profundamente nova de pensar sobre a história. Pois questiona a

confiabilidade de termos que foram tomados como auto-evidentes, historicizando-os. A história não é mais a respeito do que aconteceu a homens e mulheres e como eles reagiram a isso, mas sim a respeito de como os significados subjetivos e coletivos de homens e mulheres, como categorias de identidade foram construídos. (SCOTT, 1994a, p. 19)

Segundo Moura et al. (2009), a negação frente aos conflitos existentes nas relações de gênero através de violências é uma temática não pertencente ao domínio privado, por sua vez, essas violências têm que ser rejeitadas e denunciadas. De acordo com o Mapa da Violência 2015 – Homicídio de Mulheres no Brasil – (WASELFSZ, 2015), o Estado de Alagoas e a cidade de Maceió lideram o ranking dos 14 estados e capitais que mais matam mulheres no Brasil. Alagoas é considerado o 4º Estado que mais mata mulheres e Maceió a 2ª capital que mais feminicídio comete.

Saffioti (2001) caracteriza a violência de gênero como sendo fruto da sociedade patriarcal, em que os homens são privilegiados, inclusive, determinam a conduta das categorias sociais podendo, dessa forma, punir aquilo que se lhes apresenta como desvio e recebendo legitimação ou, pelo menos, tolerância da sociedade para isto. Por sua vez, fazendo uma análise das construções dessas relações de poder e questionando as categorias totalitárias, compreende-se gênero “como elemento constitutivo de relações sociais construídas a partir das diferenças percebidas entre os sexos, o gênero é o que dá significado às relações de poder” (SCOTT, 1995b, p. 21). Assim, agrega-se tanto construção de saber, quanto relação de poder a partir dessa definição e instrumentalização de gênero. Pode-se refletir sobre as relações de poder desigual e sobre esses constructos produzidos nas relações sociais e que influenciam no modo como entendemos as diferenças biológicas entre os sexos, que são significadas, em um contexto patriarcal, como desigualdades. Por conseguinte, o gênero vem sendo pensado como categoria histórica (substantiva) e também como categoria analítica (adjetiva). Através dessa realidade, faz-se necessária a reflexão da problemática da violência a partir de diversas perspectivas, principalmente, na área da saúde, pois, segundo Schreiber (2001) o atendimento as mulheres que sofreram violência não é apropriado e é preciso que haja uma qualificação neste atendimento, de forma que se tenha um

Acolhimento específico, com canais próprios de comunicação nos serviços de saúde e uma escuta também muito diferenciada, em

razão das dificuldades da mulher que vive a violência para relatar o acontecimento e dos profissionais para ouvir e elaborar uma proposta assistencial compatível com o enfrentamento direto do problema. (p.105)

A atenção básica através de ações e programas busca estratégias de promoção e prevenção à saúde, o que permite desconstruir e desvincular a perspectiva biológica. Oliveira et. al. (2012) afirma que o principal enfoque da atenção básica é pautado na prevenção, combate e enfrentamento da VCM, pelo fato de ter total influência no processo saúde/doença das mulheres.

O Ministério da Saúde por meio da norma técnica “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes” (BRASIL, 2012) enfatiza a importância da integração entre os programas, ações e serviços de atuação voltados para as mulheres que sofreram violência, já que essa integração permite acesso e acolhimento facilitado para as mesmas. Assim, os estudos sobre a interface entre VCM, saúde e sobre os sentidos produzidos nas produções científicas pesquisadas que perpassam também os estudos de gênero, mostram-se importantes no sentido de produzirem reflexões acerca do acolhimento, assistência e do papel dos serviços de saúde no enfrentamento a esse tipo de violência.

Metodologia

A pesquisa iniciou-se pelo levantamento bibliográfico utilizando as bases de dados: Portal da CAPES, Scielo e Biblioteca Virtual em Saúde. Consideraram-se as publicações referentes ao período de 2006 (ano de publicação da Lei Nº 11.340 de 07 de agosto de 2006 – Lei Maria da Penha) a 2014, cujos descritores utilizados foram: “gênero e saúde”, “feminismos e saúde”, “mulheres e saúde”.

Essas bases eletrônicas concentram periódicos científicos, representativos dos diversos campos do conhecimento, com produções brasileiras e estrangeiras. Assim, a primeira etapa do levantamento consistiu na identificação das produções que continham todos os itens (título, assunto e resumo). Foram localizadas inicialmente, seguindo a ordem dos descritores “gênero e saúde”; “feminismos e saúde”; “mulheres e saúde”, no Portal da CAPES (2.140; 206; 3.217), na Scielo (3.045; 18; 2.189) e na BVS (3.208; 20; 4.450). Para tal, foram feitos os primeiros filtros, sendo selecionados aqueles cujo idioma estava em português e que tinham sido publicados entre os anos de 2006 a 2014, resultando num total de 2.626 no Portal da CAPES (1.366; 15; 1.245), 2.096 na Scielo (983; 13; 1.100) e 2.052 na BVS (658; 42; 1.352).

Entre os artigos, teses e dissertações de língua local e estrangeira encontrados, a partir do título e dos resumos, como critério, foram desconsiderados os documentos que abordavam a realidade de outros países, os que estavam duplicados nos bancos de dados pesquisados, sem tradução para a língua portuguesa, e os que se distanciavam do objeto de estudo, ou seja, os conhecimentos produzidos e publicados apresentavam conceitos distantes do conceito de gênero discutido por Scott, que está norteando esta pesquisa. Não foram feitas restrições quanto ao tipo de abordagem da produção, havendo a inclusão das que eram de natureza empírica, teórico e/ou documental.

Após leitura e identificação das produções que se inseriam no contexto da pesquisa, isto é, que tinham como tema central a questão da violência contra as mulheres no âmbito da saúde, considerando a perspectiva feminista de gênero como base para suas produções, chegamos, respectivamente, ao total de 40 no Portal da CAPES, 58 produções da base de dados Scielo e 49 na Biblioteca Virtual em Saúde.

O levantamento bibliográfico possibilitou repensar, construir reflexões e possibilidades de respostas sobre as temáticas e, a partir desses documentos, foi construído um mapa inicial que visou organizar cada produção de acordo com o ano de sua publicação, área de conhecimento, estado/região pesquisado, instituição realizadora da pesquisa, estado/região em que ocorreu a publicação. No mapa também foram sistematizados os conceitos de gênero, feminismos, mulheres e saúde identificados (ou não) em cada uma dessas produções. Por sua vez, o último filtro nos levou a utilizar apenas as produções que se inseriam na Região Nordeste do Brasil, região que nos situamos enquanto pesquisadoras e esta também reconhecida pelo alto índice de VCM, resultando em 17 (dezesete) documentos.

O referencial teórico-metodológico utilizado nessa pesquisa é a perspectiva feminista de gênero e as Práticas Discursivas e Produções de Sentido, que possibilitam analisar os sentidos construídos para os conceitos de gênero e de violência contra as mulheres nos documentos e referências levantadas. O estudo das Práticas discursivas e produções de sentido considera a linguagem como prática que provoca efeitos, assim, possibilita um enfoque dos acontecimentos na interface entre os usos da linguagem e as condições de sua produção.

A produção de sentido é tomada, portanto, como um fenômeno sociolinguístico – uma vez que o uso da linguagem sustenta as práticas sociais geradoras de sentido – e busca entender tanto as práticas

discursivas que atravessam o cotidiano (narrativas, argumentações e conversas, por exemplo), como os repertórios utilizados nessas produções discursivas. (SPINK, 2013, p.22-23)

Com os documentos devidamente selecionados, foi iniciada a etapa de análise. Esta etapa consistiu na construção de mapas dialógicos, que permitiu uma melhor visualização dos documentos e dos repertórios utilizados para falar de gênero e violência contra as mulheres. O primeiro mapa era constituído pela transcrição sequencial do documento, onde foram encontrados temas para cada período durante o decorrer do texto. Após essa etapa, isolamos os trechos que traziam categorias pertinentes à nossa pesquisa (que se relacionavam a gênero e a VCM), para que a partir da visualização do texto por categorias, pudéssemos identificar quais os repertórios utilizados nos diferentes documentos.

Resultados e discussão

Embora a pesquisa ainda esteja em processo de finalização, a partir do levantamento bibliográfico, da organização das produções e da elaboração dos mapas pudemos visualizar e analisar de forma geral como o enfrentamento da VCM e as categorias “mulher” e “gênero” têm sido pensadas e relacionadas com outros marcadores sociais. Sobre o conceito de gênero utilizado em nossa pesquisa, em 13 (treze) produções encontramos discussões acerca dessa temática. Nestas, gênero foi apresentado como uma construção histórica das relações sociais entre os sexos, trazendo a diferenciação do sexo biológico para o sexo social, este, sendo produto das relações sociais entre mulheres e homens e o que constitui essas relações. O termo gênero é descrito como um indicador à rejeição ao determinismo biológico e à naturalização da opressão feminina.

Há ainda, uma perspectiva tradicional sobre o entendimento de gênero como papéis e atributos naturais/essenciais de cada sexo, os quais tendem a ser hierarquizados, complementares e antagônicos quando pensam o feminino como oposto ao masculino, por exemplo. Contudo, a perspectiva feminista de gênero vem justamente questionar essa naturalidade e pautar que gênero é uma construção social atribuída às diferenças sexuais, ao mesmo tempo, que vem apontar para as desigualdades de poder que permeiam essas construções.

04 (quatro) produções traziam discussões sobre o feminismo, sobre a importante contribuição histórica para o movimento de mulheres, da análise das desigualdades de gênero com vista à garantia de direitos dessas mulheres

e o fim das violências sofridas. Na produção de Damasco (2012), é feita uma discussão sobre as interrelações entre raça, saúde reprodutiva no processo de formação do feminismo negro e gênero, enfatizando que nascido das relações entre as militantes negras e os movimentos feministas, o feminismo negro foi influenciado pelo movimento negro. Este era pautado em reivindicações para criação de medidas eficazes contra a discriminação racial praticada naquela época. Goes (2013) discute sobre o racismo institucional e sobre o impacto no acesso aos serviços, consequente do tratamento desigual por conta da raça/cor/etnia ou religião das pessoas. Segundo a autora, historicamente o Brasil é um país maculado pela discriminação racial institucionalizada e a realidade das mulheres negras é constituída por experiências de diferentes tipos de discriminação de raça e gênero que

quando se interseccionam, comprometem a sua inserção na sociedade como um sujeito de direito, principalmente no que tange à saúde, onde as desigualdades impostas pelo racismo e sexismo diferenciam as mulheres no acesso aos serviços de saúde assim como no processo de adoecimento. (GOES, 2013, p. 572-573)

A inclusão da população negra em modelos de políticas públicas que objetivem o acesso democrático aos bens e serviços impacta nas relações de poder e auxilia no desfazimento do acesso hegemônico de algumas etnias. Para Goes (2013), se a mulher brasileira está em condição de desigualdade em relação ao gênero masculino, em pior situação está à mulher brasileira negra que convive com discriminações não só de gênero, mas também de etnia. Estas configurações afetam a saúde da mulher negra e produz desdobramentos na sua vida íntima, familiar e social.

É necessário também considerar o posicionamento social e como sujeito da mulher, à medida que há outras necessidades em saúde que vão muito além da associação da mulher com a maternidade. Medrado (2008) afirma que o

destino biológico da mulher à maternidade tem sido construído por meio de símbolos, de prescrições religiosas, jurídicas, educacionais, das organizações sociais e das identidades subjetivas. (p. 823)

Na tese de doutorado de Lyra-da-Fonseca (2008), ele aborda essa questão da centralidade da reprodução direcionada à mulher, a manipulação referente

ao seu corpo e à identidade subjetiva por homens e mulheres, de suas identidades de gênero. O teórico cita Scott (1995) para inferir que

os homens e as mulheres reais não cumprem sempre, nem cumprem literalmente, os termos das prescrições de suas sociedades ou de nossas categorias analíticas (SCOTT, 1995b, p. 88).

Em relação à saúde, as produções traziam a pauta das mulheres negras como principais vítimas das desigualdades nos serviços de saúde pública. Sendo elas as mais suscetíveis à precariedade da produção de informações e as que têm uma dificuldade maior no atendimento e cuidado. Lyra-da-Fonseca (2008) cita Aquino (2006) para enfatizar que ainda há um déficit quanto à inserção da abordagem de gênero e saúde no campo da Saúde Coletiva, pois, há dilemas teóricos que constituem obstáculos quanto ao uso de gênero como categoria analítica.

Desta forma, o enfrentamento da violência contra as mulheres nos serviços de saúde torna-se notoriamente precário, visto que, requer a inclusão da perspectiva de gênero nas políticas e nas práticas profissionais, que quando abordada, geralmente, não é trabalhada pelos/pelas profissionais da saúde no sentido de reduzir a vulnerabilidade das mulheres.

Conclusão

De acordo com as informações que foram apresentadas e discutidas neste artigo, sendo um reflexo do processo de análise que ainda está sendo construído pela pesquisa, mostra-se a necessidade de mais estudos e discussões dentro da literatura responsável pela abordagem e pesquisa da saúde, assim como reflexões que permitam compreender e analisar os sentidos que são produzidos sobre a VCM e seus enfrentamentos como uma problemática do âmbito da saúde.

Por meio dos resultados que foram apresentados, também se torna necessário um olhar mais crítico quanto à relação saúde e violência contra as mulheres, à medida que, a saúde se posiciona de maneira opressora e opera de forma a manter as desigualdades de gênero. Entretanto, nota-se que sua finalidade seria a de incentivar o processo de empoderamento que permitiria contribuir com a autonomia das mulheres. É imprescindível que haja uma inclusão da perspectiva feminista de gênero neste âmbito. Portanto, foi possível repensar e

problematizar as funções e posicionamentos socialmente impostos às mulheres, pautados em ideais patriarcais que refletem diretamente na VCM, limitando e criando barreiras no que diz respeito ao enfrentamento, prevenção e acolhimento a essas mulheres.

Referências

BRASIL. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf> Acesso em: 20 Abr. 2016.

DAMASCO, Mariana Santos; MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993). *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 133-151, Apr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2012000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Abr. 2016.

GOES, Emanuelle Freitas; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 571-579, 2013.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Abr. 2016.

LYRA-DA-FONSECA, Jorge Luiz Cardoso. *Homens, feminismo e direitos reprodutivos no Brasil: uma análise de gênero no campo das políticas públicas (2003-2006)*. 2008. 262 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge. Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades. *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 809-840, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2008000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Abr. 2016.

MOURA, Leides Barroso Azevedo et al . Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. *Rev. Saúde Pública*,

São Paulo, v. 43, n. 6, p.944-953, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Abr. 2016.

OLIVEIRA, Pedro Renan; PEQUENO, Mayrá Lobato; RIBEIRO, Flávia. Psicologia e a estratégia saúde da família: o apoio como ferramenta de reformulação das práticas de cuidado em saúde. In: BARBOSA, Rubenilda Maria (Org.) *Pesquisas e intervenções psicossociais*. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2012, p. 71 – 94.

SAFFIOTI, Heleite. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cadernos PAGU*, Campinas, v. 16, p. 115-136, 2001. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n16/n16a07.pdf>.> Acesso em: 20 Abr. 2016.

SCOTT, Joan. Preface a gender and politics of history. *Cadernos Pagu*, Campinas/SP, n. 3, 1994a. Disponível em: <www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=51007 > Acesso em 20 Abr. 2016.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*. Porto Alegre, v. 20, n. 2, 1995b.

SCHRAIBER, Lilia. Violência contra as mulheres e políticas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços de saúde? *Revista USP*. São Paulo, n. 51, p. 104-113, set./nov. 2001.

SILVA, Anne Caroline Luz Grüdtner da; COELHO, Elza Berger Salema; NJAINE, Kathie. Violência conjugal: as controvérsias no relato dos parceiros íntimos em inquéritos policiais. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1255-1262, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401255&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Abr. 2016.

SPINK, Mary Jane. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. Biblioteca Virtual de Ciências Humanas do Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://maryjanepink.blogspot.com.br/2013/11/versao-virtual-do-livro-praticas.html>> Acesso em: 20 Abr. 2016.

WASELFISZ, Julio Jacobo. *Mapa da Violência 2015*. Homicídios de Mulheres no Brasil. Brasília: OPAS/OMS, SPM, FLACSO, 2015.

FEMINISMO E GÊNERO: CONTRIBUIÇÕES EPISTEMOLÓGICAS DOS ESTUDOS BRASILEIROS

Dejeane de Oliveira Silva
Universidade Estadual de Santa Cruz
dejeanebarros@yahoo.com.br

Edméia de Almeida Cardoso Coelho

Fernanda Matheus Estrela

Raiane Moreira Coutinho da Cruz

Mirian Santos Paiva
Universidade Federal da Bahia (UFBA). Escola de Enfermagem.

Resumo: Considerando as lutas feministas e as questões de gênero como possibilidade de fomentar novas reflexões e aprofundamento teórico sobre a temática, o estudo objetivou identificar as contribuições epistemológicas dos estudos brasileiros sobre feminismo e gênero. Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, com características descritivas. Foram definidas como fontes de busca as bases *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Literatura em Ciências da Saúde* (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), utilizando-se como descritores/termos de busca: feminismo, epistemologia e gênero. O recorte temporal para a realização do estudo tomou como ponto de partida o ano de 2005, a fim de analisar as produções científicas publicadas nos últimos 10 anos. Visando manter o rigor do método científico, foram selecionados somente os artigos que apresentavam as contribuições epistemológicas dos estudos brasileiros sobre feminismo e gênero e, assim, chegou-se ao *corpus* de análise deste estudo constituído pelo conjunto de 08 artigos. Os estudos apontam para a importância do feminismo e da temática gênero para consolidação de lutas e mudanças de práticas relacionadas à mulher, bem como promove novas reflexões referentes ao objeto de estudo.
Palavras-chave: Feminismo, Epistemologia, Gênero.

Introdução

A epistemologia feminista estuda as maneiras em que o gênero influencia nas concepções do conhecimento científico. Além disso, argumenta a distinção entre o sexo e o gênero, partindo de uma concepção de que o sexo compreende as diferenças biológicas entre homens e mulheres e o gênero, como um conceito criado para opor-se ao determinismo biológico das relações entre os sexos, concebendo-lhe um caráter fundamentalmente social (SCOTT, 1995).

Nesse contexto, o conceito de gênero é um instrumento de análise do impacto das ideologias que permite dar conta da

construção de gênero como fonte de poder e hierarquia que repercute mais negativamente sobre a mulher (BAIRROS, 1995). Cabe-nos ainda destacar que as epistemologias feministas envolvem tanto análises dos problemas epistemológicos da perspectiva feminista, quanto uma teoria do conhecimento ou da ciência feminista. Segundo Cabral (2006), suas abordagens perpassam pelo empirismo ingênuo, o enfoque psicodinâmico, a teoria feminista do ponto de vista, o empirismo feminista contextual e as epistemologias pós-modernas.

O empirismo ingênuo é descrito como uma epistemologia que ver as tendências sexistas e androcêntricas na ciência como fruto do mau emprego do método científico clássico, cuja aplicação direta levaria a boa ciência. Já o enfoque psicodinâmico tem por objetivo explorar as consequências da ciência ter sido construída majoritariamente por homens a partir de estudos sobre as diferenças entre moralidade e raciocínio de homens e mulheres. Mencionamos ainda, a Teoria do Ponto de Vista, que coloca a experiência da opressão sexista como resultado da posição que ocupamos numa matriz de dominação onde raça, gênero e classe social se interseccionam em diferentes pontos, enquanto o feminismo pós-moderno concebe a ciência como “narrar histórias”, uma negociação de interesses, não de busca de verdade (CABRAL, 2006).

Assim, Sardenberg (2007) destaca o lugar do sujeito feminino na ciência e na tecnologia como uma possibilidade de pesquisa para as mulheres e não simplesmente sobre as mulheres. O feminismo enquanto teoria e prática, tem se constituído como um movimento fundamental na luta e conquista de novos espaços, formação de grupos e redes e para o desenvolvimento de um novo modo de pensar o ser mulher.

Esse estudo justifica-se por subsidiar o entendimento das lutas feministas, fomentando novas reflexões acerca das pesquisas para as mulheres e não apenas sobre as mulheres, além de suscitar novas produções, maior interesse político e visibilidade sobre o tema. Assim, questiona-se: Quais são as contribuições

epistemológicas dos estudos brasileiros sobre feminismo e gênero? Para responder a essa inquietação, delineamos como objetivo: identificar as contribuições epistemológicas dos estudos brasileiros sobre feminismo e gênero.

A partir dessa percepção e reflexão em torno da epistemologia feminista e das respostas à questão de pesquisa delimitada, poderão ser geradas formas de pensar e agir, com ações políticas que possam produzir novos olhares para a atual sociedade, no que se refere a posturas e condutas racista, sexista e androcêntrica.

Metodologia

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura, com características descritivas, que, de acordo com Berwanger et al. (2007), constitui-se em um modo de sintetizar informações disponíveis em dado momento, referente a uma temática ou problema específico, sem perder de vista a objetividade e clareza por meio do método científico. A revisão sistemática possui enquanto princípios gerais, a exaustão na busca das pesquisas analisadas, a seleção justificada dos estudos por critérios de inclusão e exclusão explícitos e a avaliação da qualidade metodológica.

Foram utilizadas como fontes de busca, as bases *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Literatura em Ciências da Saúde* (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), consultadas a partir da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Os descritores/termos de busca foram: feminismo, epistemologia e gênero e suas combinações na língua portuguesa com inter-relação do operador booleano and.

O recorte temporal para a realização do estudo tomou como ponto de partida o ano de 2005 e analisou as produções científicas publicadas nos últimos 10 anos, considerando documentos publicados no período de 2005 a 2014. A coleta foi realizada durante o mês de junho de 2015.

Os materiais científicos foram organizados em uma tabela no *Microsoft Office Word 2010* com os seguintes indicadores: bases de dados, títulos, resumos, critérios de inclusão/exclusão, autores e ano de publicação. Para a **primeira etapa de seleção**, foi feita a leitura dos 17 títulos a fim de identificar a relação dos mesmos com os objetivos da pesquisa, sendo utilizados os seguintes critérios de inclusão: estudos que possuíssem associação dos descritores selecionados em seu título, resumo ou corpo do texto; disponíveis na íntegra e no idioma português, publicados no Brasil, no período de 2005 a 2014.

Assim, foram excluídos: as duplicidades; os estudos em espanhol, inglês e outros idiomas; um artigo que tratava de homenagem a uma pesquisadora feminista; pesquisas que abordavam o fenômeno da violência contra a mulher a partir da perspectiva de gênero, bem como um relato de experiência na implantação de grupo de pesquisa na área de saúde da mulher.

Adotados os critérios supracitados, 11 artigos constituíram o material para a **segunda etapa da seleção**. Nesta etapa, foi realizada a leitura dos resumos a fim de filtrar os estudos cujos objetivos se aproximassem daqueles propostos por esta pesquisa. Seguiu-se, então, para a **terceira etapa de seleção**, constituída por 10 artigos, que foram lidos na íntegra. Nesta etapa, foi utilizado um instrumento com questões orientadoras que buscaram identificar nos artigos as contribuições epistemológicas dos estudos brasileiros sobre feminismo e gênero. Visando manter o rigor do método científico, foram selecionados os artigos que apresentavam tais contribuições e, assim, chegou-se ao *corpus* de análise deste estudo constituído pelo conjunto de 08 artigos.

Sabendo-se que esta revisão sistemática utilizou dados secundários e não incluiu a participação direta de seres humanos, dispensou-se a apreciação pelo Comitê de Ética. Entretanto, a pesquisa considerou as questões éticas que envolvem as produções técnico-científicas, descritas no Art. 91 do Código de Ética de Enfermagem cujo conteúdo destaca o princípio da fidedignidade das informações e respeito aos direitos autorais (COFEN, 2000).

Resultados e Discussão

Relacionado ao cenário, os estudos foram desenvolvidos em âmbito nacional, em universidades de São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, havendo uma diversidade de estudos entre as capitais. Enfatiza-se que existe uma relação desses achados com o fato dessas Universidades terem um maior número de docentes com título de Mestre e Doutor, além de muitas universidades possuírem programas de pós-graduação de qualidade com altos índices de publicação (AQUINO et al., 2011).

O estudo revela que entre os anos 2005 e 2014 foram publicados apenas oito artigos originais. Chama atenção que embora o recorte anual limite tenha considerado o ano de 2005, a primeira publicação data de 2006. Três estudos foram publicados em 2008, um em 2009 e três em 2011. Estudo realizado em 2006 mostrou o crescimento acentuado nas produções científicas, sendo localizadas 98 dissertações, 42 teses e 665 artigos sobre gênero e saúde (AQUINO

et al., 2006). No entanto, nos anos atuais houve uma queda dessas produções sinalizando a necessidade de novos estudos sobre a temática.

Quanto ao periódico, quatro artigos foram publicados na Revista Estudos Feministas, atualmente classificada em Qualis A2; um na Educação em Revista, com Qualis B1; outro na Revista Brasileira de Ciências Sociais com Qualis A2; outro na revista de Psicologia e Sociedade com Qualis A2 e um na Revista Motriz de Educação Física, com Qualis B1. Considerando as oito produções científicas, classificadas pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), seis tem Qualis A2 e duas enquadram-se no B1. Segundo o processo de avaliação do Sistema Nacional de Pós-Graduação, podemos inferir que embora reduzida, a produção científica sobre a temática vem sendo divulgada em periódicos de circulação nacional e internacional considerados mais qualificados CAPES, visto que o Qualis B1 representa um bom estrato, atrás apenas do A1 e A2.

O Qualis representa a estratificação da qualidade dos veículos de produção intelectual. Esses estratos são definidos pela CAPES, cujo trabalho é realizado em parceria com o Ministério da Educação, incentivando a divulgação da produção científica, aprimorando a formação de recursos humanos e viabilizando a extensão, além de favorecer a consolidação da pós-graduação stricto sensu (mestrado e doutorado), sendo a principal agência governamental de acompanhamento e coordenação das atividades de pós-graduação do Brasil (SANTOS; LEMOS, 2011).

Os artigos selecionados foram publicados em que apontam a importância do feminismo e da temática gênero para consolidação de lutas e mudanças de práticas relacionadas à mulher. Assim, após a análise de todo o material, elencamos as seguintes categorias: *Contribuições epistemológicas no âmbito da saúde dos estudos brasileiros sobre feminismo e gênero (categoria 1)*; *Contribuições epistemológicas dos estudos brasileiros sobre feminismo e gênero para o empoderamento de mulheres (categoria 2)*.

Categoria 1 Contribuições epistemológicas no âmbito da saúde dos estudos brasileiros sobre feminismo e gênero

O feminismo se constituiu em um dos maiores movimentos sociais já vistos no século XX, sendo um campo de estudo cada vez mais investigado, sobretudo, por representar um saber que permite o diálogo entre as diversas esferas de inserção e vivência das mulheres, de modo a permitir novos olhares sobre o conhecimento produzido (OLIVEIRA, 2008). Muitos estudos investigados chamam a atenção para essa afirmativa e esclarecem que o conhecimento é

dinâmico e se relaciona diretamente com um sujeito em conflito e que tem relação contínua com a dúvida e com a inconstância (OLIVEIRA, 2008).

Sardenberg (2007) destaca que o objetivo maior do projeto feminista é deixar claro que as mulheres têm capacidade e autoridade do saber e é preciso produzir conhecimentos que venham a responder a interesses para a sua emancipação. Neste sentido, os artigos destacam que o processo de invisibilidade das mulheres no mundo das ciências se prolongou por muitos anos, sendo esse segmento excluído das produções devido ao próprio sistema do patriarcado. Porém, a crítica feminista, que luta pela igualdade de gênero, vem se fortalecendo e fazendo duras críticas, sobretudo quanto ao fato de que a ciência não é neutra, permitindo a participação massiça apenas dos homens (OLIVEIRA, 2008; SARDENBERG, 2007).

Apesar do processo de invisibilidade pelo qual passou e, por vezes, passam as mulheres, observam-se avanços nesse contexto. No que tange a investigações relacionadas às mulheres, as pesquisas têm se constituído cada vez mais como um vasto campo de investigação para as diversas áreas de conhecimento. Concernente aos estudos feministas e de gênero, estes têm representado importante fonte de contribuição para essas áreas, sobretudo, a área da saúde. As pesquisas com orientação feminista e de gênero vem fomentar a possibilidade do diálogo da saúde com essas temáticas, maior emancipação política, com reflexões para práticas inovadoras e democráticas para o cuidado em saúde, principalmente para as mulheres (COSTA, 2011; OLIVEIRA, 2008).

Quando as pesquisas relacionadas à mulher dialogam com temáticas como o feminismo e o gênero, que são temas transversais e relevantes, torna-se possível a existência de uma abordagem interdisciplinar. Para isso, é necessário romper com paradigmas dominantes que conceberam a sociedade em seu contexto racista, sexista e marcada por inúmeras e permanentes desigualdades entre homens e mulheres (BAIROS, 1995; OLIVEIRA, 2008).

Os estudos motivam uma percepção mais profunda quanto às contribuições que o diálogo com o feminismo e com o gênero vem engendrando em temas como a violência contra a mulher e a situação do aborto no país. Não é possível conceber os resultados da violência sofrida por mulheres, seja por parceiros(as), profissionais de saúde, apenas como um ato isolado e com conseqüências físicas de curto prazo. É preciso vê-las como um fenômeno que produz efeitos emocionais, físicos, sociais, profissionais e existenciais, e diversas vezes permanentes (OLIVEIRA, 2008).

As pesquisas que se orientam no feminismo vêm alertando para o fato de que as mulheres devem ter o controle sobre o seu corpo e a sua sexualidade

de modo que as possibilite romper com as relações hegemônicas de poder dominantes (serviços, companheiros(as), gestores, profissionais) sobre o dominado (a mulher) (OLIVEIRA, 2008). A dominação é um processo que tem uma conformação dialética e é preciso superá-lo. Há estudo que evidencia que a exclusão social e o domínio sobre grandes riquezas também contribuem para as diferenças entre mulheres, e o feminismo precisa está atento para a dominação de mulheres sobre mulheres (GIFFIN, 2006).

Outra importante contribuição da temática feminismo e gênero para a saúde se refere a questões relacionadas com o domínio do próprio corpo, da sexualidade e da orientação sexual. Quando discutimos sexo, há uma tentativa de se exercer o controle sobre os corpos das pessoas, com diversas cobranças que resultam em proibições e punições. Assim, ditam-se regras de exercício da sexualidade com normas bem estabelecidas de monogamia, relações heterossexuais e dever reprodutivo. Busca-se com essas diretrizes fomentar práticas sexuais seguras nomeadamente chamadas de ideal de sexualidade. Essas condutas imprimem na mulher a negação dos direitos sobre o seu próprio corpo, sendo necessárias maiores discussões, sobretudo quanto à categoria gênero e não só o tema sexo puramente biologicista (ALTMAN, 2001; CÉSAR, 2009).

As orientações feministas buscam romper com um sistema que estabelece quais os papéis sociais que homens e mulheres devem exercer na sociedade, considerando que cada indivíduo tem sua própria biografia, com desejos e ações concretas e valores distintos. Ademais, as diferentes relações sociais perpassam por diferenças de gênero, raça, cor, devendo ser considerada a subjetividade e necessidade de cada pessoa, ainda que em uma relação hierárquica de poder (CÉSAR, 2009; CABRAL 2006; OLIVEIRA, 2008).

Os movimentos feministas tiveram e têm importante papel no que se refere a chamada “cegueira de gênero” nas ciências sociais, convocando a todas(os) pesquisadoras(es) para um debate mais próximo da emancipação da mulher em seu contexto individual, social, político e ideológico, reconhecendo-a não apenas como uma cidadã no/do mundo mas alguém com capacidade e conhecimento necessários para transformá-lo (HAMLIN, 2008). Autoras como Saffioti (2002) chamam a atenção para o fato de que é preciso estar alerta às contribuições trazidas pela discussão sobre gênero ao escopo das pesquisas e produções científicas. O sistema binário, tão hegemônico e que por muitos anos tem impedido a igualdade na sociedade, não deve ser repaginado e fortalecido com um sistema que garanta poder a um grupo em detrimento de outro, a saber: mulheres e homens, respectivamente (HAMLIN, 2008).

Scott (1995) chama a atenção para a discussão de gênero enquanto categoria analítica na saúde uma vez que essa discussão permitiu conceber as mais variadas perspectivas que se relacionam com o processo saúde-doença. Do ponto de vista do pensamento feminista e de gênero enquanto categoria de análise, muitas pesquisadoras mantêm a negação de que a ciência é neutra. Importante entender que as práticas em saúde devem garantir o encontro entre o cuidar e as perspectivas de classe, geração, cor, raça, gênero, orientação sexual, de forma a fortalecer e proporcionar um cuidado individualizado e integral (FERREIRA; NASCIMENTO; PAIVA; TEIXEIRA, 2012).

Para cuidar de forma individualizada é imprescindível que mulheres e homens sejam vistos para além dos aspectos biológicos. Não é possível cuidar, se o entendimento que se tem sobre condutas de homens e mulheres são sustentadas por uma visão binária, baseada em estereótipos ditados por normas hegemônicas que distinguem o que é legítimo e o que é ilegítimo. O feminismo e gênero vêm contribuir para o entendimento de que não deve haver condutas pré-determinadas para homens e mulheres e é preciso repensar normas e atitudes, sobretudo no que se refere às representações sexuais sobre o feminino e o masculino para que assim, possamos alcançar conquistas mais reais quando o tema for igualdade entre mulheres e homens (ALÓS, 2011; BRASIL, 1998).

Assim, é preciso que novas reflexões e estudos sejam feitos para que haja um encurtamento entre o que se quer e o que se tem para mulheres e homens na sociedade atual. É essencial pensar o feminismo e o gênero como temas transversais e capazes de fomentar novas discussões quanto à saúde, com possibilidade de suscitar propostas de ações interdisciplinares para gerar novos aprendizados e mudanças de práticas no cuidado, e nas pesquisas para e com as mulheres.

Categoria 2 Contribuições epistemológicas dos estudos brasileiros sobre feminismo e gênero para o empoderamento de mulheres

Segundo Romano e Antunes (2002) o termo empoderamento passa a ser utilizado nos anos de 1970 com o fortalecimento dos movimentos sociais, dentre esses os movimentos feministas. Nos artigos analisados foi possível observar que segundo Gohn (2004) o empoderamento não possui uma característica universal. Para a autora, refere-se a mobilizações capazes de gerar em um grupo ou em uma comunidade a capacidade de desenvolver estratégias que promovam o crescimento, autonomia e progresso sucessivo em suas vidas, tanto no

que se refere a bens materiais, quanto ao desenvolvimento de uma visão crítica da realidade social.

Os grupos sociais, em suas lutas, discussões e reflexões, encorajam o debate sobre novas práticas sociais para promover a visibilidade de questões, sobretudo relacionadas ao empoderamento de mulheres. Empoderamento aqui é entendido como o poder que um grupo possui de escrever a sua própria história sendo protagonista e autônomo em suas lutas e decisões. (SANTOS; LEMOS, 2011; GOHN, 2004; ROMANO; ANTUNES, 2002).

Os artigos abordam a importância dos movimentos sociais no processo de empoderamento de mulheres. Uma das contribuições do feminismo e gênero nessa perspectiva de tornar grupos empoderados é que esse processo proporciona mudanças estruturais que podem desarticular os processos de dominação das mulheres, das suas idéias, de seus corpos podendo gerar autonomia e poder de decisão. As conquistas dos movimentos feministas e das discussões acerca da temática gênero vêm proporcionar maior politização das mulheres e da sociedade com vistas a garantir direitos e conquistas individuais e coletivas, com resgate de uma perspectiva plural e multidimensional (MATOS, 2008; ROMANO; ANTUNES, 2002).

Ademais outra contribuição que as abordagens teóricas do feminismo e de gênero engendram é de chamar a atenção das(os) pesquisadoras(es), das mulheres e das feministas, quanto a necessidade de uma visão mais crítica e reflexiva quanto aos aspectos que envolvem a opressão, subordinação e subalternização de mulheres. É imprescindível o fortalecimento de ações emancipatórias e a ressignificação das relações de gênero e poder no cotidiano das lutas e relações entre homens e mulheres. (ALÓS, 2011; SANTOS; LEMOS, 2011; MATOS, 2008).

Cabe destacar que os artigos ressaltam a importância histórica da construção da mulher oprimida em que o homem possuía poder sobre ela. Ao destacar o empoderamento de mulheres, o feminismo e o gênero ressaltam a possibilidade de discussões/reflexões de temas fundamentais: a presença de uma mulher com potência suficiente para discutir politicamente a sua inserção e participação na tomada de decisão; a luta por uma sociedade com maior justiça social; as posições de gênero; as formas como são feitas a divisão social e sexual do trabalho; as relações de poder estabelecidas entre mulheres e homens e a mobilização política das mulheres (SANTOS; LEMOS, 2011).

Outro aspecto levantado por alguns artigos analisados é do empoderamento de mulheres no que tange a possibilidade de fazer ciência e colaborar com a produção do conhecimento científico. Por muito tempo a mulher foi excluída desse processo, especialmente por questões relacionadas a religião

e a algumas organizações científicas. Mais uma vez os movimentos feministas no século XX tiveram participação efetiva no redirecionamento de como se conceber o conhecimento (MATOS, 2008). Assim, buscou-se romper com a dominação do androcentrismo e lutar por debates científicos mais democráticos voltados para as questões relacionadas a gênero e as mulheres (HAMLIN, 2008; MATOS, 2008; SANTOS; LEMOS, 2011).

Devide et al. (2011) esclarecem que as mulheres também se mantiveram excluídas de algumas profissões consideradas por muitos, como masculinas, como é o caso da Educação Física, reforçando mais uma vez as relações de poder, o determinismo biológico e exclusão da discussão de gênero no âmbito das relações. Os movimentos feministas vêm fortalecer reflexões sobre a temática e lutar pela participação igualitária da mulher na esfera pública. Na Educação Física brasileira a temática gênero passou a ser incorporado nas discussões na década de 80 e ainda hoje persistem alguns equívocos em sua utilização, principalmente quando o termo é utilizado como sinônimo de sexo.

Diante disso, nota-se que os movimentos feministas e outros movimentos sociais tiveram importante papel nas lutas para o empoderamento de mulheres. É importante que haja outras discussões sobre a temática gênero e feminismo para que situações como opressão, subordinação, e ausência das mulheres no cenário político sejam desestimuladas e enfrentadas. É preciso maior participação da mulher na produção de pesquisas bem como na tomada de decisão frente a questões relacionadas ao processo de emancipação política, social e pessoal com conquistas não só individuais, mas coletivas.

Conclusões

Relacionado ao cenário, todos os estudos foram desenvolvidos em âmbito nacional, em grandes e importantes universidades das capitais brasileiras. Entre os anos 2005 e 2014 foram publicados apenas oito artigos originais, o que revela um número bastante reduzido nos dez anos pesquisados, correspondendo a menos de um artigo por ano. Os artigos foram publicados em periódicos de circulação nacional e internacional, o que contribui para a difusão de conhecimentos sobre a temática.

É indispensável refletir que o feminismo e o gênero são temas transversais, de suma importância para a sociedade e capazes de gerar diversas discussões no campo da saúde. Ao se aprofundar em tais temáticas é possível promover mudanças nas práticas do cuidado em saúde principalmente no que tange a

mulheres. É importante considerar que o movimento de mulheres aliado aos diversos movimentos sociais, sobretudo no que se refere a gênero e feminismo, tem importante papel na luta para a consolidação da autonomia e do empoderamento dos mais variados grupos. No entanto, faz-se necessária maior participação das mulheres e da sociedade nas discussões de forma a vislumbrar conquistas não apenas individuais, mas também de caráter coletivo, principalmente nas questões relacionadas a emancipação política e social da mulher no cenário nacional.

Ainda é muita escassa a produção acadêmica no que diz respeito as contribuições epistemológicas dos estudos brasileiros sobre feminismo e gênero. São grandes os desafios políticos, epistemológicos e metodológicos para consolidação dos avanços alcançados. A grande diversidade de questões abordadas torna qualquer revisão de caráter panorâmico parcial e insuficiente. É preciso produzir sínteses dessa literatura em cada uma de suas vertentes para precisar melhor lacunas e caminhos de investigação.

Um grande desafio diz respeito à transversalidade do gênero e à necessidade de articular esta categoria analítica a outras como raça/etnia, classe social e geração. Existe uma possibilidade de maior enriquecimento da reflexão teórica, podendo ser somado a esforços intelectuais e políticos para a compreensão da saúde e de seus determinantes na luta contra as desigualdades e pela justiça social.

Referências

AQUINO, Estela M L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. SPE, p. 121-132, Aug. 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400017&lng=en&nrm=iso>. access on 29 June 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000400017>.

AQUINO, Priscila de Souza et al. Análise da produção científica sobre enfermagem obstétrica na base de dados Scielo. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene*, v. 12, n. 1, 2011.

ALÓS, Anselmo Peres. Gênero, epistemologia e performatividade: estratégias pedagógicas de subversão. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 19(2): 336, maio-agosto/2011.

ALTMAN, Helena. "Orientação sexual nos Parâmetros Curriculares Nacionais".
Revista de Estudos Feministas, a. 9, 2. Semestre 2001.

BAIRROS, Luiza. Nossos Feminismos Revisitados. Rev Estudos Feministas. [v. 3, n. 2](#).
1995. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16462>

BERWANGER, Otávio et al . Como avaliar criticamente revisões sistemáticas e metanálises?. Rev. bras. ter. intensiva, São Paulo , v. 19, n. 4, p. 475-480, Dec. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_a-rttext&pid=S0103507X2007000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Jun. 2015.

BRASIL. "Orientação sexual". In: _____. Parâmetros Curriculares Nacionais: Temas Transversais. Brasília: Ministério da Educação/Secretaria de Educação Fundamental, 1998. p. 287-338.

CABRAL, Carla Giovana. Investigando o caráter situado do conhecimento: reflexões sobre epistemologias feministas e educação científica e tecnológica. Rev Tecnologia e Sociedade. v. 3, p. 23-41, 2006.

CÉSAR, Maria Rita de Assis. Gênero, sexualidade e educação: notas para uma "Epistemologia". Educar, Curitiba, n. 35, p. 37-51, 2009. Editora UFPR.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN-240/2000 - Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <<http://www.enfmed.kit.net/enf/etica.htm>>. Acesso em: 17jun. 2015.

COSTA, Lúcia Helena Rodrigues. Estendendo o fio de Ariadne: sexualidade feminina e a interseção com o cuidado nos discursos de enfermeiras. **Salvador/BA: Tese de Doutorado**, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia - UFBA, 2011

DEVIDE, Fabiano Pries et al. Estudos de gênero na Educação Física Brasileira. Motriz, Rio Claro, v.17, n.1, p.93-103, jan./mar. 2011

FERREIRA Sílvia Lúcia; NASCIMENTO Enilda Rosendo do; PAIVA Mirian Santos; TEIXEIRA Simone Andrade. Reflexões teórico-metodológicas sobre os usos do conceito de gênero nas áreas de saúde e de enfermagem. In: O pensamento feminista e

os estudos de gênero experiências na Escola de Enfermagem da UFBA. Silvia Lúcia Ferreira, Enilda Rosendo do Nascimento e Mirian Santos Paiva (Org.). 2012

GIFFIN, Karen Mary. Produção do conhecimento em um mundo problemático: contribuições de um feminismo dialético e relacional. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, 14(3): 635-653, setembro-dezembro/2006

GOHN, Maria da Glória. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. *Saúde e Sociedade* v.13, n.2, p.20-31, maio-ago 2004

HAMLIN Cynthia Lins. Ontologia e Gênero: Realismo crítico e o método das explicações contrastivas. *RBCS* Vol. 23 n.o 67 junho/2008

MATOS Marlise. Teorias de gênero ou teorias e gênero? Se e como os estudos de gênero e feministas se transformaram em um *campo novo* para as ciências. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 16(2): 440, maio-agosto/2008

OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de. O feminismo desconstruindo e reconstruindo o conhecimento. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 16(1): 288, janeiro-abril/2008

ROMANO, Jorge O. Romano; ANTUNES, Marta. Introdução ao debate sobre empoderamento e direitos no combate à pobreza. In: Empoderamento e direitos no combate à pobreza. Org. Jorge O. Romano e Marta Antunes. Rio de Janeiro : ActionAid Brasil 116p. Dez. 2002

SANTOS, Daniele Vasco; LEMOS, Flávia Cristina Silveira. Uma analítica da produção da mulher empoderada. *Psicologia & Sociedade*; 23 (2): 407-414, 2011

SARDENBERG, Cecilia Maria Bacellar. Da Crítica Feminista à Ciência a uma Ciência Feminista? **labrys, études féministes/ estudos feministas janvier /juin 2007 - janvier / junho 2007.**

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. Recife: SOS Corpo, 1995. SILVA, Alcione Leite; CORREIA, Patrícia. Categoria de gênero na enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 5

SAFFIOTI, H.I.B. Gênero, patriarcado e violência. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2002.

(DES) CRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO NA PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM

Elionara Teixeira Boa Sorte

Doutoranda. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

naratbsorte@gmail.com

Adriele Souza de Jesus

Enfermeira. Universidade do Estado da Bahia- Guanambi

diiu20@hotmail.com

Millani Souza de Almeida

Mestranda. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia3.

mila.misoual@gmail.com

Jamile Guerra Fonseca

Doutoranda. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia4.

jamgfonseca@gmail.com

Larissa Silva Abreu Rodrigues⁵

Doutoranda. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

larissagbi@hotmail.com

Resumo: Esta pesquisa objetiva analisar percepções da equipe de enfermagem sobre a (des) criminalização do aborto. Trata-se de estudo qualitativo, realizada com onze profissionais da equipe de enfermagem de um hospital do interior da Bahia. Os dados foram coletados, no período de março a maio de 2014, mediante entrevista qualitativa e apreciados pela análise de conteúdo descrita por Bardin. Da análise, emergiram duas categorias: Percepção da equipe de enfermagem em relação à descriminalização do aborto que demonstra o posicionamento contra das (os) participantes do estudo e a discordância da possibilidade de melhorias na assistência, advindas da descriminalização do aborto e Aspectos religiosos e (des) criminalização do aborto

evidenciando influência das religiões e da cultura para a criminalização do aborto. Sinaliza-se a necessidade de se atentar para a necessidade da enfermagem e, quiçá, toda a equipe multiprofissional de saúde, refletir sobre as implicações de valores pessoais na assistência prestada às mulheres em situação de aborto ou pós-aborto. Visto que estas implicações podem influenciar indiretamente na qualidade da assistência prestada às estas mulheres.

Palavras chave: Aborto, saúde da mulher, enfermagem.

Introdução

Ainda no século XXI, o aborto configura-se um problema de saúde pública. No Brasil, o aborto é proibido mediante o código penal de 1940, sendo permitido somente em casos de anencefalia, risco de vida para mulher e violência sexual. Entretanto, movimentos liderados, em sua maioria por feministas, aguçam pela descriminalização do aborto em quaisquer condições que haja opção da mulher (ALECRIM; SILVA; ARAÚJO, 2014).

Nos casos de aborto oriundos de violência sexual, por influência de lutas e debates do movimento feminista, o Ministério da Saúde aprovou diretrizes que ressaltam o valor da palavra da mulher para legitimação do seu direito ao aborto no âmbito dos serviços de saúde, após ser vítima de violência sexual. Desse modo, nesses casos, boletins de ocorrência e exames de corpo delito são dispensados para comprovação do relato da mulher. Entretanto, na prática, a acessibilidade das usuárias aos serviços de saúde para realização do aborto nas condições previstas em lei ainda é bastante dificultosa.

Há um costume de aceitação das leis, por conta do comodismo, imaturidade, política ou até por dogmas religiosos, no entanto, esta aceitação não significa a realização efetiva dessas ações, como é o caso da criminalização do aborto, em que existe certa aceitação do ato como “criminoso”, porém, grande parte das mulheres já recorreu a esta prática ou possui conhecimento acerca dos métodos e lugares para sua realização (MACHADO, 2012).

Desse modo, a criminalização do aborto não garante que ele não ocorra, mas gera um grande quantitativo de realizações em mulheres pobres, em condições inseguras, que implicam em riscos de repercussões negativas para a saúde das mulheres e, muitas vezes, risco de morte. Enquanto um grande número de mulheres pobres coloca em risco sua saúde, mulheres mais abastadas o realizam em consultórios médicos e clínicas privadas em condições seguras (GÓES; LEMOS, 2010).

O cuidado de enfermagem às mulheres em situação de abortamento é fundamental para uma recuperação satisfatória das mesmas, entretanto, muitas vezes esse cuidado é permeado por questões morais e culturais. Estudo que buscou analisar o discurso de profissionais de enfermagem de uma maternidade pública de Salvador-Bahia com relação à assistência prestada às mulheres em processo de abortamento provocado demonstra que o aborto é visto como crime perante a lei dos homens e como pecado perante a lei de Deus, o que leva a uma assistência prestada de maneira discriminatória (GESTEIRA; DINIZ; OLIVEIRA, 2008).

Benute e colaboradores (2012) buscaram identificar o conhecimento e a percepção de profissionais da saúde em relação à legislação brasileira sobre o aborto provocado e, em relação aos (às) profissionais de enfermagem, 97,5% desconheciam a legislação vigente, além disso, também foram constatadas atitude de discriminação e julgamento das mulheres que provocaram aborto.

Diante do exposto e considerando fundamental a atuação de enfermeiras para o efetivo cuidado à saúde da mulher em situação de aborto ou pós-aborto, essa pesquisa objetiva analisar percepções da equipe de enfermagem sobre a (des) criminalização do aborto.

Metodologia: Estudo do tipo qualitativo que investiga aspectos da subjetividade humana. O cenário da pesquisa foi um Hospital de médio porte de um município do interior da Bahia. Trata-se de um hospital com maternidade, de referência também para outros municípios circunvizinhos e que atende mulheres em situação de pós-aborto.

Foram entrevistados (as) onze profissionais que compõe a equipe de enfermagem e que aceitaram participar da pesquisa de forma voluntária. Como critério de elegibilidade utilizou-se: ter prestado cuidados/ assistência a mulheres no pós-aborto induzido e/ ou espontâneo. Para a definição do quantitativo de participantes considerou-se o critério de repetição das informações.

Participaram do estudo 10 profissionais do sexo feminino e 1 do sexo masculino, 3 possuíam formação em Bacharelado em Enfermagem e 8 em Técnico de Enfermagem, sendo que dos enfermeiros (as) apenas uma possuía pós-graduação e na área de obstetrícia. A faixa etária variou de 27 a 52 anos, 4 se declararam brancos (as), 6 pardos (as) e 1 negro (a), quanto à religião 7 são católicos (as), 3 protestantes e 1 espírita, 6 são casados (as), 3 estão em uma união estável e 2 solteiros (as). O tempo de atuação destes (as) profissionais variou de 4 a 28 anos, 9 possuem filhos e 2 não.

A técnica de coleta de dados se deu através de entrevista qualitativa. A coleta de dados ocorreu somente após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), CAAE n. 4887513.2.0000.0057, protocolo nº 532.532, que se deu no período de março a maio de 2014. Os dados foram analisados pela análise de conteúdo descrita por Bardin (BARDIN, 2011) e são apresentados em duas categorias: Percepção da equipe de enfermagem em relação à descriminalização do aborto e Aspectos religiosos e (des) criminalização do aborto.

Resultados e discussão:

PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO À (DES) CRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO.

No que diz respeito à legalização do aborto e possíveis melhorias para a assistência a mulheres nesta situação com a legalização, os (as) entrevistados (as) se posicionaram contra e discordam da possibilidade de melhorias na assistência advindas da descriminalização do aborto.

A ideia do aborto como crime contra a vida e indignação frente às mulheres que “não se previnem” e realizam o aborto são preponderantes para justificar a não descriminalização do aborto, como evidenciados nas falas a seguir:

(Técnica 1) “Eu acho que não, eu ainda acho que tem que ser ilegal. Eu acho que não deve ser legalizado não. Eu não concordo sabe, e assim, tem tantos métodos de se evitar né, a não ser eu concordo com aquele aborto por estupro, aí eu sou a favor, má formação”.

(Técnica 7) “Sou contra o aborto, não acho certo, sou contra, se tem meios de evitar evita, aí as mulher vai ficar querendo abortar, é uma agressão pra criança e pro corpo da mulher também. Não sou a favor de legalizar, porque o meio de melhorar a assistência é evitar ela fazer o aborto, orientar a prevenir”.

(Técnica 2) “Eu não acho que tem que legalizar, eu sou contra, como é que vai provocar um aborto, tirar uma vida de um ser humano, tem que preparar antes né, pra ver se você quer ou não quer ter uma gravidez, depois que tá feito, eu acho que é um crime você fazer isso, né, mas aí quando a gente recebe o paciente que tá com esse, **esse tipo de procedimento, a gente leva pelo lado profissional, entendeu, a gente tá ali como profissional entendeu, mas assim se for pra mim dar uma opinião se eu sou contra ou a favor lógico que eu sou contra**” (Grifo nosso).

Nota-se através da fala da Técnica 2, quando diz: “... esse tipo de procedimento a gente leva pelo lado profissional, entendeu, a gente tá ali como profissional entendeu, mas assim se for pra mim dar uma opinião se eu sou contra ou a favor lógico que eu sou contra...”, o cuidado em não deixar sua opinião interferir na atenção à essas mulheres, porém, em estudo realizado por Bispo e Souza (2007) com mulheres em situação de pós-aborto em hospital público

na cidade de Feira de Santana-BA, segundo o relato de algumas das entrevistadas, durante a noite o atendimento era inadequado e até mesmo ausente, e embora gritassem muito, havia ausência do profissional, o que demonstra violência decorrente da negligência aos sinais e sintomas de complicação no pós-abortamento, colocando em risco a vida das mulheres.

Diniz (2007) refere que quando se discute sobre o aborto, existe um confronto entre duas ideias, a de que o aborto configura uma grave transgressão moral e a do aborto como exercício da autonomia reprodutiva das mulheres, sendo que pesquisas em saúde no Brasil reafirmam a ideia de que a criminalização acarreta em implicações na saúde das mulheres, não extingue a prática e contribui com a desigualdade social.

Bursztyn, Tura e Correa (2009) corroboram que a ilegalidade do aborto não é o suficiente para impedir a prática e confere um risco evitável para a saúde de mulheres jovens, sendo que por outro lado sua descriminalização promove o acesso a procedimentos seguros e ao contrário do que pensa, o senso comum não incita o aumento da prática.

Mortari, Martini e Vargas (2012) reforçam que durante a abordagem profissional o aborto levanta aspectos morais, religiosos e éticos, levando a uma assistência permeada pela ideia de crime, sem levar em conta os direitos reprodutivos e as questões da problemática da clandestinidade e do social.

(Enfermeira A) “Ó, é uma questão muito polêmica, eu acho que deve ter situações que sim e situações que não, como já tem, mas assim eu acho que legalizar vai ficar muito fácil, então todo mundo vai ter relação sem camisinha, despreparado, porque sabe que depois vai poder tirar esse feto em qualquer lugar, entendeu, vai crescer, eu acredito que vai aumentar o número de profissionais que vão, é, abrir lugares, é, que de certa forma vai estar legalizado para este fim e aí vai estimular mais ainda as pessoas, eu acredito que vá até aumentar o número de doenças sexualmente transmissíveis e eu acredito que não deva acontecer, acredito que não vai ser legal não”.

Ao contrário do que refere a entrevistada Enfermeira A, Silva e Lemos (2012) afirmam que a ilegalidade do aborto propicia a elevação do número de clínicas clandestinas, sendo que as mesmas não possuem nenhuma forma de controle ou fiscalização sanitária, levando a todo tipo de abuso às mulheres, que vai da ausência de profissionais qualificados até as condições sanitárias precárias, fazendo com que se houver algum dano à saúde da mulher, não se tenha como verificar a responsabilidade, o que, por outro lado, corrobora com a fala Técnica 4:

(Técnica 4) “Para mim não interfere em nada, porque quando querem abortar, com legislação ou sem elas fazem”.

Segundo Carvalho e Paes (2014), o aborto clandestino não ocorre como uma prática isolada, rara ou desconhecida, em vista dos grandes índices existentes da mesma no país e as estimativas de mortalidade materna em decorrência disto, ainda assim configura-se como crime no Brasil, fazendo com que as pessoas que realizam o aborto sejam estigmatizadas.

Bursztyn, Tura e Correa (2009) referem ainda que a restrição legislativa ao aborto não dá à mulher a oportunidade de submeter-se a um procedimento dentro dos padrões, em ambiente seguro e quando se encontra em situação de gravidez indesejada termina por recorrer à práticas não recomendáveis, realizadas por pessoas sem habilidade necessária ou em ambientes inapropriados.

Faundes et al. (2007) também afirmam que o nível de segurança sanitária em que são realizados os abortos estão estritamente relacionados à situação legal do país e o status financeiro da mulher que aborta, sendo assim, a enorme maioria dos abortos inseguros ocorrem em países onde as leis acerca do aborto são muito restritivas, assim como no Brasil e entre aquelas que não possuem condições financeiras para pagar uma clínica, mesmo que clandestina, mas aparelhada.

Aspectos religiosos e (des) criminalização do aborto

Os (as) entrevistados (as) mencionaram influência da religiosidade e da cultura para a criminalização do aborto e uma das técnicas referiram, especificadamente, as lideranças políticas como entraves para criminalização:

(Enfermeira C) “As lideranças políticas estão geralmente alienadas à bíblia e interpretam as escrituras como algo invariável, sem nem ao menos analisar as situações de cada caso de aborto”.

Diniz (2013) refere que a laicidade é importante para as políticas de saúde, e que significa mais do que a neutralidade religiosa nas decisões governamentais, e sim a condição que propicia a estruturação de um Estado plural e democrático. A autora acrescenta que a religião deve ser matéria de ética privada e que as políticas públicas de saúde não podem ser baseadas nas místicas religiosas.

As falas da Técnica 4 e da Técnica 7 transparecem o posicionamento da igreja e o temor a Deus.

(Técnica 4) “A igreja católica condena o aborto, quando comentemos um aborto estamos assassinando, é crime”.

(Técnica 7) “A partir do momento que você tem uma religião que você teme a Deus você sabe o que é certo o que é errado, sabe o castigo de Deus”.

Os conflitos religiosos, sociais, familiares e sexuais atrapalham diversas vezes o posicionamento dos profissionais de saúde em vista da prestação de um atendimento justo e humano às mulheres no pós-aborto (COLAS, AQUINO E MATTAR, 2007).

Considerações finais

Conclui-se que a percepção de profissionais de enfermagem sobre o aborto é fortemente marcada por aspectos e valores religiosos o que influencia no seu posicionamento político a favor ou contra a descriminalização do abortamento.

As (os) profissionais de saúde não consideram, em suas falas, fatores que podem justificar a descriminalização, a exemplo das altas estatísticas que comprovam a alta mortalidade materna por aborto no Brasil, o que demonstra também certo desconhecimento dos indicadores de saúde e correlação dos mesmos com o processo saúde-doença.

Sinaliza-se a necessidade de se atentar para a necessidade da enfermagem bem como toda a equipe multiprofissional de saúde, refletir sobre as implicações de valores pessoais na assistência prestada a mulheres em situação de aborto ou pós-aborto, uma vez, que tais valores podem influenciar diretamente na qualidade da assistência prestada a estas mulheres.

Além disso, destaca-se a importância de debates sobre esta temática na academia, para que acadêmicos (as) em enfermagem possam refletir sobre os cuidados que devem ser prestados às mulheres em situação de abortamento.

Referências

ALECRIM, Gisele Machado; SILVA, Eduardo Pordeus; ARAÚJO, Jailton Macena. Autonomia da mulher sobre o seu corpo e a intervenção estatal. Gênero e Direito, nº02, seção 05. UFPB, 2014

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BENUTE, Gláucia Rosana Guerra *et al.* Influência da percepção dos profissionais quanto ao aborto provocado na atenção à saúde da mulher. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** vol.34, n.2, pp. 69-73, 2012.

BISPO, Clísyá Dias Bertino; SOUZA, Vera Lúcia Costa. Violência institucional sofrida por mulheres internadas em processo de abortamento. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 21, n. 1, 2007.

BURSZTYN, Ivani; TURA, Luiz Fernando Rangel; CORREA, Jéssica da Silva. Acesso ao aborto seguro: um fator para a promoção da equidade em saúde. **Physis.** vol.19, n.2, pp. 475-487, 2009.

CARVALHO, Simone Mendes; PAES, Graciele Oroski. Integralidade do cuidado em enfermagem para a mulher que vivenciou o aborto inseguro. **Esc. Anna Nery** 2014, vol.18, n.1, pp. 130-135.

COLAS, Osmar; AQUINO, Nicole Moraes Rego; MATTAR, Rosiane. Ainda sobre o abortamento legal no Brasil e o conhecimento dos profissionais de saúde. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v. 29, n.9, pp:443-5, 2007.

DINIZ, Debora. Aborto e saúde pública no Brasil. **Cad. Saúde Pública.** vol. 23, n.9, pp. 1992-1993, 2007.

DINIZ, Débora. Estado laico, objeção de consciência e políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública.** vol.29, n.9, pp. 1704-1706, 2013.

FAUNDES, Anibal *et al.* Variações no conhecimento e nas opiniões dos ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto legal, entre 2003 e 2005. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** vol.29, n.4, pp. 192-199, 2007.

GESTEIRA, Solange Maria dos Anjos; DINIZ, Normélia Maria Freire; OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de. Assistência à mulher em processo de abortamento provocado: discurso de profissionais de enfermagem. **Acta paul. enferm.** vol.21, n.3, pp. 449-453, 2008.

GÓES, Fernanda Garcia; LEMOS, Adriana. O que pensa e o que diz o acadêmico de enfermagem sobre o aborto provocado. **Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental**. v.2, n.2, pp:913-921, 2010 abr/jun.

MACHADO, Teresa Robichez de Carvalho. As consequências jurídicas e sociais da manutenção da criminalização do aborto. **Ciênc. saúde coletiva**. vol. 17, n.7, pp. 1683-1685, 2012.

MORTARI, Carmen Luiza Hoffmann; MARTINI, Jussara Gue; VARGAS, Myriam Aldana. Representações de enfermeiras sobre o cuidado com mulheres em situação de aborto inseguro. **Rev. esc. enferm. USP**. vol.46, n.4, pp. 914-921, 2012.

SILVA, Natália Maria Portilho da; LEMOS, Adriana. O jovem homem universitário frente ao aborto: uma contribuição para a enfermagem. **R. pesq.: cuid. fundam.** jan./mar. v.5, n.1, pp3302-10, 2012.

GÊNERO E CUIDADO: UMA EXPERIÊNCIA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA COM MULHERES CUIDADORAS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Francisco Leal de Andrade¹
Universidade Federal de Sergipe.
franciscolealandrade@gmail.com

Resumo: Argumentos feministas que tomam como base os princípios de bem estar, qualidade de vida e da interdependência se aproximam cada vez mais à discussão sobre “cuidado”, revelando um contraponto à sobrevalorização da independência e das habilidades para a produção. Ao considerar o contexto familiar, caracterizado pela presença da pessoa com deficiência, revela-se um cenário composto por mulheres submetidas ao poder patriarcal opressor, numa dinâmica familiar marcada por sobrecarga física e psicossocial por conta de um processo de responsabilização e culpabilização que se volta ao gênero feminino. O projeto de extensão “O Empoderamento na Atenção Integral à Saúde da Mulher Cuidadora da Pessoa com Deficiência no Município de Lagarto-SE”, que será aqui apresentado, toma como eixo central o empoderamento social. Apresenta como objetivo principal a realização de ações direcionadas para a atenção integral à saúde, assistência e suporte às mulheres cuidadoras da pessoa com deficiência, residentes no município de Lagarto-SE. Para a realização das ações de extensão, tomamos a Epistemologia Feminista Perspectivista como referencial teórico-metodológico, em articulação com a proposta de Prática Educativa Freiriana e a Teoria das Representações Sociais, contamos com a colaboração da Rede de Saúde do Município de Lagarto, além da intensa e fundamental participação das estudantes do curso de Terapia Ocupacional da UFS. Deste modo, foi possível observar o desenvolvimento de um processo de empoderamento social e promoção de saúde, com importante envolvimento das participantes nas ações educativas realizadas, o que favoreceu a prevenção de possíveis comprometimentos da saúde integral por estresse físico e mental.

Palavras-Chave: Feminismo, Cuidado, Pessoa com Deficiência.

1 Doutorando em estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo pelo PPGNEIM da Universidade Federal da Bahia, Professor Assistente do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Sergipe.

Introdução:

A crítica feminista vem apontando, categoricamente, a demanda de abordagens multicategoriais em investigações e ações envolvendo as relações de gênero. Neste sentido, considera-se a necessidade de transversalização das categorias de gênero, geração, classe, raça/etnia, orientação sexual, região e religião na análise de fenômenos sociais e culturais. Alia-se a esta proposta, estudos recentes que abordam a transversalidade de gênero e deficiência. No Brasil, a interface do feminismo com os Estudos sobre Deficiência tem sido feita de modo intenso e com amplo destaque nacional pela Anis – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero –, em parceria com o grupo de pesquisa Ética, Saúde e Desigualdade da Universidade de Brasília (UnB). Destaca-se nesse cenário, a antropóloga Débora Diniz, pioneira na difusão do modelo social da deficiência no Brasil e da interface dessa questão com as teorias feministas. Neste sentido, considerando o debate feminista no campo da interseção entre gênero e deficiência, a discussão sobre o cuidado vem ganhando força na argumentação feminista em estudos sobre deficiência.

A discussão feminista sobre a importância do cuidado, na interface gênero/deficiência, se contrapõe às ideias da primeira geração de teóricos do modelo social da deficiência que, baseados no materialismo histórico, apontam para a busca da independência a partir de uma ética produtivista focada na inclusão do deficiente no universo do trabalho (DINIZ, 2007). Considerando que a sobrevalorização da independência e das habilidades para a produção poderia ser ideais perversos para inúmeros deficientes com lesões graves e limitantes, incapazes de alcançá-las, teóricas feministas apontam que para esse grupo de deficientes, a saída são princípios de bem-estar não assentados em uma ética individualista ou da produção, mas no princípio da interdependência das pessoas (DINIZ, 2007).

O ponto central debatido pela abordagem feminista consiste na ideia de que ninguém é totalmente autônomo (TRONTO, 2007), o cuidado humano é uma atitude ética em que serem humanos reconhecem direitos e necessidades uns dos outros numa busca de bem estar próprio e social (WALDOW, 2001), não é apenas uma questão familiar, mas, sobretudo, uma questão social e política na qual a sobrevivência e desenvolvimento humano está vinculada a uma rede de interdependência com outras pessoas, que constituem vínculos morais (SCULLY, 2005).

O princípio ético do cuidado como fundante da vida coletiva e a interdependência como condição humana, aspectos apontados por teóricas feministas para defender a importância do cuidar, não devem ser confundidos com a ética caritativa ou a substituição da independência pelo cuidado, a proposta feminista do cuidado como um dos princípios éticos ordenadores para a vida coletiva é especialmente adequada para relações assimétricas extremas, como é o caso da atenção aos deficientes graves.

Os relatos das práticas de profissionais da saúde envolvidos com o contexto da deficiência são confirmados por estudos que indicam que as mulheres são as representantes das famílias, principais figuras que exercem o papel do cuidado e da luta pela garantia de direitos de pessoas deficientes, além da busca por tratamento e ajuda externa para enfrentamento das dificuldades comuns dentro desta dinâmica familiar, o que configura uma situação de constante responsabilização e cobranças voltadas para estas mulheres. (GUIMARÃES, 2008; PIMENTA; RODRIGUES; GREGUOL, 2010; HIRATUKA, 2009).

O sofrimento marcado pela culpa, cobranças e preconceito não é a única sobrecarga encarada por estas mulheres cuidadoras. A estes aspectos psicossociais devem ser acrescidos a sobrecarga gerada pelo acúmulo de tarefas vivenciados por estas cuidadoras, aspecto identificado como fator de estresse e diminuição na busca por suporte social. Observa-se também que, em função dos cuidados e do tratamento da criança, estas mães acabam deixando de desempenhar outros papéis sociais, como o de esposa, amiga, estudante, profissional, mãe, e mulher (HIRATUKA, 2009).

Considerando a realidade de sobrecarga, vale destacar que estudos apontam uma relação direta das variáveis do cuidado e da sobrecarga na qualidade de vida dos cuidadores, que geram riscos de comprometimentos da saúde (física e mental) da cuidadora. Estudo realizado por Pimenta; Rodrigues; e Greguol (2010) revela que as cuidadoras obtiveram a menor média em todos os domínios da qualidade de vida avaliados quando comparada aos cuidadores. A sobrecarga destas mulheres apresenta relação direta com a naturalização dos papéis de gênero socialmente definidos (FLAX, 1991; SAFFIOTI, 1992; BUTLER, 2010; NICHOLSON, 2000). Neste sentido, há um afastamento do gênero masculino deste cenário e a responsabilização voltada ao gênero feminino. Tal fato gera efeitos preocupantes, como os revelados por estudos de Guimarães (2008) ao apontar que a ausência ou inexistência da figura como cuidadora do/a deficiente na família, gera, em muitos casos, a responsabilidade do Estado em cuidar. Neste sentido, Tronto (2007) aponta para a necessidade da desconstrução da

naturalização do cuidado como uma tarefa feminina e implementação de políticas públicas que abranjam as cuidadoras de deficientes.

Os dados aqui discutidos foram utilizados para justificar o desenvolvimento do Projeto de Extensão “O Empoderamento na Atenção Integral à Saúde da Mulher Cuidadora da Pessoa com Deficiência no Município de Lagarto-SE”. As ações de extensão desenvolvidas foram realizadas no ano de 2014, obteve financiamento interno PIBIX edital de 2014, possibilitando a contribuição uma aluna bolsista, além da participação de outras 5 estudantes do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Sergipe. Vale destacar que tivemos como objetivo geral, o desenvolvimento de ações voltadas para a atenção integral à saúde, assistência e suporte às mulheres cuidadoras da pessoa com deficiência. Tais ações estiveram vinculadas com a rede de cuidados à pessoa com deficiência através da comunidade e da parceria com a Secretaria Municipal de Saúde. Utilizamos da perspectiva de gênero para uma abordagem adequada às demandas específicas destas mulheres e seu empoderamento social. Entre os objetivos específicos devemos destacar:

- Inserir o aluno da graduação na prática interdisciplinar na comunidade com atuação voltada para a atenção à cuidadora da pessoa com deficiência;
- Identificar representações sociais estereotipadas sobre a o cuidado de pessoas com deficiência e as relações de gênero;
- Identificar sobrecarga de tarefas, estresse, alteração da rotina, trabalho e lazer com comprometimento da qualidade de vida de mulheres cuidadoras de pessoas com deficiência;
- Identificar fatores de risco e/ou comprometimentos da saúde (física e mental) da mulher cuidadora e realizar encaminhamentos necessários aos serviços de saúde especializados;
- Estimular a participação da família, especialmente pais e demais integrantes do gênero masculino, no cuidado integral à pessoa com deficiência;
- Desenvolver ações de *Prática Educativa* voltadas para a desconstrução de estereótipos associados naturalização do cuidado feminino e para o empoderamento social das mulheres cuidadoras da pessoa com deficiência;
- Desenvolver ações de atenção, assistência e suporte voltadas para promoção da saúde integral e prevenção comprometimentos da saúde (física e mental) das mulheres cuidadoras da pessoa com deficiência;

- Identificar o impacto das medidas de atenção através das ações de educação e saúde nas cuidadoras de deficientes assistidas.

Deste modo, vale destacar que, ao inserir as alunas do curso de Terapia Ocupacional na prática interdisciplinar na comunidade com atuação voltada para a atenção à mulher cuidadora da pessoa com deficiência, elas tiveram a oportunidade de problematizar acerca desta realidade. Além disso, elas foram envolvidas desde a etapa do planejamento até a execução das ações, envolvendo-se no processo de revisão bibliográfica, identificação da realidade local, inserção no trabalho de campo, bem como nas etapas referentes ao levantamento, participação nos eventos de pesquisa e extensão da UFS, análise e publicação dos dados em relatórios, produção e divulgação do conhecimento produzido.

A execução deste projeto, também, favoreceu a consolidação do processo ensino-serviço-comunidade na formação do curso de graduação em terapia ocupacional, trazendo uma oportunidade de aproximação com a temática de gênero neste contexto específico do campo da saúde, e, em diálogo com conhecimento gerado através da articulação com a comunidade, escolas e Unidades Básicas de Saúde.

Metodologia:

Para o alcance dos objetivos descritos as Epistemologias Feministas são tomadas como referencial teórico-metodológico, sendo adotada nesta proposta a *Epistemologia Feminista Perspectivista* (Standpoint Epistemology) proposta por Sandra Harding (1991, 1996, 2001, 2007) e Nancy Hartsock (1983), em articulação com a proposta de *Prática Educativa* sob a perspectiva de Paulo Freire (1987, 1996).

A técnica de Grupo Focal (GF) foi utilizada para; a identificação das representações sociais sobre a o cuidado da pessoa com deficiência e as relações de gênero; a identificação da sobrecarga de tarefas, estresse, alteração da rotina, trabalho e lazer com comprometimento da qualidade de vida de mulheres cuidadoras de deficientes; e a identificação de fatores de risco e/ou comprometimentos da saúde (física e mental) da cuidadora e realizar encaminhamentos necessários aos serviços de saúde especializados. Para a análise das representações obtidas no GF foram utilizados elementos da análise crítica do discurso, propostos por Orlandi (2010), em articulação com a *Teoria das Representações Sociais* (TRS).

As ações de *Prática Educativa* voltadas para a desconstrução de estereótipos associados à naturalização do cuidado feminino e para o empoderamento social das mulheres cuidadoras da pessoa com deficiência foram realizadas a partir da construção de grupos numa articulação metodológica entre a técnica do Grupo Operativo (PICHÓN-RIVIÈRE, 1988) e o *Método Paulo Freire*, além do uso de oficinas temáticas que foram desenvolvidas pelas estudantes participantes.

As estratégias metodológicas para as ações de atenção, assistência e suporte voltadas para promoção da saúde integral e prevenção de comprometimentos da saúde (física e mental) das mulheres cuidadoras da pessoa com deficiência, foram desenvolvidas de acordo com o diagnóstico situacional revelado através da análise crítica das representações obtidas durante o GF. Todas as estratégias metodológicas para o alcance dos objetivos foram desenvolvidas a partir da integração entre os participantes do projeto (professores, alunos e técnicos da rede de educação e saúde do município de Lagarto-SE). Com o desenvolvimento das estratégias descritas foi possível conhecer o perfil das mulheres cuidadoras da pessoa com deficiência, e identificar possíveis riscos associados ao comprometimento da qualidade de vida destas cuidadoras. As ações desenvolvidas possibilitaram um potencial para a desconstrução de estereótipos associados à naturalização do cuidado feminino, além de favorecer o empoderamento social e promoção de saúde destas mulheres.

Resultados e Discussão:

O desenvolvimento desta ação de extensão contou com a disponibilidade de diferentes espaços da rede básica de saúde de Lagarto, e profissionais de diferentes áreas da saúde. Entre as cuidadoras, obtivemos a participação de 54 mulheres.

Este Projeto de Extensão possibilitou a construção de conhecimento sobre alguns aspectos do perfil das participantes cuidadoras, entre eles: a identificação de estereótipos de gênero e concepções sexistas nas representações sobre o cuidado da pessoa com deficiência presentes nos discursos; a identificação de comprometimentos da qualidade de vida de vida das mulheres participantes; a identificação de fatores de risco e/ou comprometimentos da saúde (física e mental) das cuidadoras, como sinais de depressão e outros transtornos mentais, além de possíveis doenças do sistema musculoesquelético. Tal identificação possibilitou a realização de orientações e encaminhamentos, quando necessários, aos serviços de saúde especializados.

Considerando o processo de aprendizado, as alunas de graduação participantes do projeto tiveram a oportunidade de inserção na prática interdisciplinar na comunidade com atuação voltada para a atenção à cuidadora da pessoa com deficiência e articulação direta com profissionais da área de saúde que compõem a rede do município de Lagarto.

A partir deste projeto, também foi possível identificar o processo de motivação para a participação e mobilização política ativa das participantes cuidadoras. Deste modo, foi possível observar o desenvolvimento de um processo de empoderamento social e promoção de saúde, com importante envolvimento das participantes nas ações educativas realizadas em conjunto com a rede de saúde do município.

Ao final deste projeto, identificamos importantes processos de reflexão que apontaram para o início da desconstrução dos estereótipos associados à naturalização do cuidado feminino, e mudanças de postura em relação posição de obrigatoriedade e culpabilização frente aos papéis impostos ao cotidiano destas mulheres diante da presença de uma pessoa com deficiência.

Conclusões:

A ação de extensão esteve voltada, entre outras coisas, para a identificação de comprometimento de qualidade de vida por sobrecarga de tarefas e estresse de cuidadoras de pessoas com deficiência por conta de alterações no desempenho ocupacional e rotina da realização das atividades de lazer, trabalho, educação, autocuidado. Tal identificação possibilitou o direcionamento e desenvolvimento das ações realizadas, voltadas para o empoderamento social das mulheres cuidadoras da pessoa com deficiência, e prevenção de possíveis comprometimentos da saúde integral por estresse físico e mental.

A relação entre a proposta pedagógica do curso e a proposta do projeto de extensão se evidencia na medida em que temáticas fundamentais para a formação do Terapeuta Ocupacional previstas no PPP do curso são intensamente trabalhadas nas ações de extensão, como: desempenho ocupacional, rotina, qualidade de vida, atividade humana.

Referências:

ALVES-MAZZOTTI, Alda J. Representações sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. **Revista Múltiplas Leituras**, São Paulo, v.1, n.1, p.18-43, jan./jun. 2008.

ANDERSON, Elizabeth. Feminist Epistemology: An Interpretation and a Defense. **Hypatia: A Journal of Feminist Philosophy**, Seattle, v. 10, n. 3, p. 50-84, 1995. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1527-2001.1995.tb00737.x/pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2011.

ASCHIDAMINI, Ione M.; SAUPE, Rosita. Grupo focal – Estratégia metodológica qualitativa: Um ensaio teórico. **SER: Sistema Eletrônico de Revistas**, v. 9, n. 1, 2004. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/1700/1408>>. Acesso em: 20 dez. 2009.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: Feminismo e subversão da identidade**. Tradução de Renato Aguiar. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

DINIZ, Débora. **O que é deficiência?** São Paulo: Brasiliense, 2007.

FLAX, Jane. Pós-modernismo e relações de gênero na teoria feminista. In: HOLLANDA, Heloisa (Org.). **Pós-modernismo e política**. Rio de Janeiro: Rocco, 1991. p.217-250.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GATTI, Bernadete A. **Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília: Liber Editora, 2005. 10 v.

GUIMARÃES, Raquel. Deficiência e cuidado: por quê abordar gênero nessa relação? **Ser Social**, Brasília, v.10, n.22, p.213-238, jan./jun. 2008.

HARDING, Sandra. **Whose Science? Whose Knowledge? Thinking from Women's Lives**. Ithaca, New York: Cornell University Press, 1991.

_____. **Ciencia y Feminismo**. Tradução de Palo Manzano. Madrid: Morata, 1996.

_____. Existe un método feminista?. In: BARTRA, Eli (Comp.). **Debates en torno a una metodología feminista**. 2. ed. México, D.F: Universidad Autonoma Metropolitana, 2002. p. 9-34.

_____. Gênero, democracia e filosofia da ciência. **RECIIS**: Revista Eletrônica de Comunicação Informação & Inovação em Saúde, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.163-168, jan./jun. 2007.

HARTSOCK, Nancy. The Feminist Standpoint: developing the ground for a specifically feminist historical materialism. In: HARDING, Sandra; HINTIKKA, Merrill (eds.). **Discovering Reality: Feminist Perspectives on Epistemology, Methaphysics, Methodology, and Philosophy of Science**. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company, 1983. p.283-310. Disponível em: <http://www.tu.ac.th/org/grad/master/pdf/paper/fulltext_The_Feminist__standpoint_Developing_the_Ground_for_a_specifically_feminist_historica__materialism_Nancy_Hartsock%5B1%5D.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2013.

HIRATUKA, Erika. **Demandas de Mães de Crianças com Paralisia Cerebral em Diferentes Fases do Desenvolvimento Infantil**. 2009. 298 f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial)–Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2009.

JODELET, Denise. O Movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais. **Sociedade e Estado**, Brasília, v.24, n.3, p.679-712, set./dez. 2009.

KRUEGER, Richard A. **Focus Groups: A Pratical Guide for Applied Research**. Newbury Park: Sage Publications, 1988.

MELLO, Anahi G.; NUERNBERG, Adriano H. Gênero e deficiência: interseções e perspectivas. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.20, n.03, p.635-655, 2012.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Tradução de Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

NICHOLSON, Linda. Interpretando o gênero. **Revista de Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 8, n. 2, p.9-41, jan/jun. 2000.

ORLANDI, Eni P. **Análise de discurso**: princípios e procedimentos. 9. ed. Campinas: Pontes Editores, 2010.

PIMENTA, Ricardo A.; RODRIGUES, Luiz Alberto; GREGUOL, Márcia. Avaliação da Qualidade de Vida e Sobrecarga de Cuidadores de Pessoas com Deficiência. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v.14, n.3, p.69-76, 2010.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. rearticulando gênero e classe Social. In: COSTA Albertina O.; BRUSCHINI, Cristina (Org.). **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992. p.183-215.

SCOTT, Joan. **Gênero**: uma categoria útil para análise histórica. Tradução de Chistine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila. Recife: SOS Corpo, 1991.

SCULLY, Jackie. Corporificação da deficiência e uma ética do cuidar. In: DINIZ, Débora (Org.). **Admirável nova genética**: Bioética e sociedade. Brasília: UnB, Letras Livres, 2005.

TRONTO, Joan. Mulheres e cuidados: o que as feministas podem aprender sobre moralidade a partir disso?. In: JAGGAR, Alison; BORDO, Susan (Org.). **Gênero, corpo e conhecimento**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997. p.186-203.

TRONTO, Joan. Assistência democrática e democracias assistenciais. **Sociedade & Estado**, Brasília, v.22, n.2, p.285-308, mai./ago. 2007.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano**: o resgate necessário. 3. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO PÓS-ABORTO

Gabriela Cardoso Moreira Marques
Mestre. Universidade do Estado da Bahia- Guanambi
gmarques@uneb.br

Adrielle Souza De Jesus
Enfermeira. Universidade do Estado da Bahia- Guanambi
diiu20@hotmail.com

Millani Souza De Almeida
Mestranda. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
mila.misoual@gmail.com

Elionara Teixeira Boa Sorte
Doutoranda. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
naratbsorte@gmail.com

Larissa Silva De Abreu Rodrigues
*Doutoranda. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Uni-
versidade do Estado da Bahia-Guanambi*
larissagbi@hotmail.com

Resumo: A saúde pública no Brasil sofreu várias mudanças em razão das conquistas dos movimentos sociais e feministas acerca dos direitos das mulheres à atenção integral. Estudo qualitativo, descritivo que tem como objetivo apreender percepções da equipe de enfermagem sobre a atenção à saúde da mulher no pós-aborto. Os dados foram coletados no período de março a maio 2014, por meio de entrevistas semiestruturadas com profissionais da equipe de enfermagem. Na análise dos discursos emergiram duas categorias: Percepções sobre assistência de enfermagem à mulher no pós-aborto e Percepções sobre assistência à mulher no pós-aborto e a violência institucional. Observa-se que

apesar dos discursos acerca da humanização falas de profissionais evidenciam a restrição do direito da mulher no pós-aborto a uma assistência integral livre de preconceitos e pré-julgamentos, especialmente, em caso de aborto provocado.

Palavras-chave: enfermagem, aborto, saúde da mulher.

Introdução

No transcorrer do século XX, principalmente durante a transição democrática, ocorreram várias mudanças dentro da saúde pública no Brasil, entre elas sobressaem-se as conquistas dos movimentos sociais e feministas acerca dos direitos das mulheres à atenção integral e ao planejamento reprodutivo, conforme afirmam Strefling e colaboradores (2013).

Apesar da criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) no ano de 1983, e da sua configuração lado a lado com o SUS, ainda existem desafios para uma assistência à mulher de forma integral. Embora o acesso ao serviço de saúde qualificado seja direito de todas as mulheres, nem sempre isso está efetivado na prática, especialmente no contexto do aborto, onde assistência ineficiente acontece, dentre outras razões, pela falta de equipamentos e profissionais preparados para esse manejo. Dessa maneira, o acesso por vezes é negado às mulheres, que peregrinam de instituição em instituição buscando atendimento, o que se configura como uma forma de violência, uma vez que o adiamento da assistência coloca em risco a vida da mulher, conforme referem Bispo e Souza (2007).

O princípio da integralidade está acoplado ao conceito ampliado que se tem de saúde, contido na Constituição Federal e especificado na Lei 8.080/90, sendo um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS), junto à universalidade e equidade. A abordagem integral configura-se como uma importante referência para as políticas de saúde, especialmente, para as políticas voltadas para a mulher, que destacam as questões de gênero, nas formas particulares do ser e sentir de homens e mulheres em divergentes períodos da vida (SOUTO, 2008).

No que tange a atenção à saúde das mulheres, a integralidade envolve a consolidação de ações que assegurem a acessibilidade das mulheres a práticas de saúde resolutivas, fundamentadas nas necessidades específicas do ciclo vital feminino, no entanto, investigações científicas com profissionais de saúde atuantes na área de saúde da mulher têm identificado entraves no estabelecimento da integralidade da assistência, principalmente por conta da restrição das ações de equipes interdisciplinares ao cunho biológico ao lidarem com as demandas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, deixando de lado outras adversidades vivenciadas (COELHO et al 2009).

Mulheres em circunstâncias de abortamento procuram nos serviços de saúde acolhimento para as suas necessidades, muitas delas apresentam situação clínica grave, com sangramento vaginal profuso, dores intensas, febre e outros

sintomas decorrentes das complicações do aborto; no entanto, mesmo em risco de vida, podem ter suas aflições intensificadas diante dos descasos frente às queixas e da assistência permeada de julgamentos (DOMINGOS; MERIGUI, 2010).

O Ministério da Saúde destaca a importância de uma atenção adequada e sem preconceitos para as mulheres em situação de abortamento, ressaltando que em sua maioria elas adiam a procura pelo cuidado principalmente pelo medo e a vergonha, além do desconhecimento sobre os riscos das complicações pós-aborto. Ressalta ainda que, é preciso superar a discriminação e a desumanização no atendimento às mulheres que vivenciam o aborto e enfrentam a rejeição para internação, longa espera para atendimento, bem como o retardamento na resposta às suas demandas das mulheres, o que ainda é a realidade de diversos serviços públicos no País (BRASIL, 2011).

Desde os anos 90 a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASCO) e o Ministério da Saúde vêm desenvolvendo diversas ações com vistas a garantir o direito à interrupção da gravidez, nos parâmetros da lei brasileira, como a criação da “Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes” e a Norma Técnica sobre a “Atenção Humanizada ao Abortamento”; no entanto, apesar dos esforços ainda são os raros hospitais que ofertam este serviço (DE ZORDO, 2012).

Diante do exposto, questionam-se quais as percepções da equipe de enfermagem sobre a atenção à saúde mulher no pós-aborto? Sendo assim, essa pesquisa objetiva apreender percepções da equipe de enfermagem sobre a atenção à saúde da mulher no pós-aborto.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo. A unidade escolhida como cenário para o estudo foi um hospital público de médio porte em um município do interior da Bahia. Este hospital oferece à população unidade de apoio diagnóstico e terapia, serviço de emergência, berçário de risco, assistência em clínicas pediátrica, médica, obstétrica e cirúrgica. Além disso, a unidade é referência no atendimento aos casos de gestação de alto risco na região.

A pesquisa foi realizada no período de março a maio de 2014. Foram entrevistados (as) profissionais que compõe a equipe de enfermagem que aceitaram participar da pesquisa de forma voluntária. Como critério de inclusão

utilizou-se: ter prestado cuidados/assistência a mulheres no pós-aborto, induzido e/ou espontâneo. Desse modo, participaram da pesquisa onze profissionais quantidade em que houve saturação dos dados.

Destas (es) profissionais, 10 eram do sexo feminino e 1 do sexo masculino, 3 possuíam formação em Bacharelado em Enfermagem e 8 em Técnico de Enfermagem, sendo que dos enfermeiros apenas uma possuía pós graduação e na área de obstetrícia. A faixa etária variou de 27 a 52 anos, 4 se declararam brancos, 6 pardos e 1 negro, quanto à religião 7 são católicos (as), 3 protestantes e 1 espírita, 6 são casados (as) 3 estão em uma união estável e 2 solteiros (as). O tempo de atuação destes profissionais variou de 4 a 28 anos, 9 possuem filhos e 2 não.

A técnica de coleta de dados se deu através de entrevista semiestruturada. Para a análise dos dados foi utilizada técnica de análise do conteúdo, que segundo Bardin (2011), é baseada em intervenções da divisão do escrito em unidades, para assim encontrar diferentes núcleos de significados que estabelecem o entendimento, após isso realiza o reagrupamento em classes ou categorias.

Destaca-se que a pesquisa foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), CAAE n. 4887513.2.0000.0057, protocolo nº 532.532 e que os aspectos éticos da Resolução 466/2012 foram obedecidos em todas as fases deste estudo.

Resultados e discussões

Após a leitura e análise das entrevistas transcritas foi possível agrupar as respostas em duas categorias foram elas: Percepções sobre assistência de enfermagem à mulher no pós-aborto e Percepções sobre assistência à mulher no pós-aborto e a violência institucional.

Percepções sobre assistência à mulher no pós-aborto

No que tange a suas rotinas de trabalho na assistência à mulher no pós-aborto, os (as) profissionais evidenciaram a necessidade de identificar complicações e a necessidade de prestar cuidados relacionados à administração de medicamentos. Somente algumas entrevistadas fizeram referência às situações psicológicas das mulheres em pós-aborto e à necessidade de cuidados de enfermagem nesse âmbito, no entanto, algumas situações parecem restringir a necessidade de um cuidado humanizado às mulheres.

Em relação, a necessidade de cuidados relacionados aos procedimentos e técnicas, os seguintes relatos ilustram:

(Técnica 3) “A assistência que prestamos aqui na unidade é administrar medicação, encaminhar ao banho, naquilo que elas necessitarem.”

(Técnica 4) “Observar sangramento vaginal, dados vitais, é isso.”

Os achados ratificam a necessidade de sensibilização por parte de profissionais de saúde que assistem as mulheres no pós-aborto, para que percebam além de suas necessidades físicas e atentem também para as dúvidas, sentimentos e estado psicológico vivenciados por elas neste momento de possível fragilidade.

Em estudo realizado por Mariutti, Almeida e Panobianco (2007) com mulheres hospitalizadas, foi percebido através das falas das participantes que o cuidado de enfermagem realizado na maior parte era “o básico”, o que direciona para o conformismo com as necessidades físicas e execução de procedimentos técnicos, foi descrito pelas mulheres como normal e relacionados ao corpo físico, como evidenciado no estudo através dos discursos dos profissionais. Os mesmos ainda inferem que existe a necessidade de transformação no que se refere à assistência de enfermagem, retirando o foco na atenção e fazendo-os pensar sobre suas ações, como o cuidado precisa ir para além da resolução dos agravos físicos, incorporando a questão social, psicológica e espiritual.

Segundo Motta (2005), as relações interpessoais dentro do ambiente hospitalar são de certo modo superficiais, o foco da atenção é voltada para o agravo de saúde da pessoa e não da pessoa como indivíduo, existem profissionais que são competentes nos procedimentos técnicos, porém possuem dificuldade para interagir com os pacientes, especialmente se estes estão com problemas de saúde que são estigmatizados.

Merces e colaboradores (2014) referem que é necessário aperfeiçoar a assistência à mulheres em situação de pós-aborto, não somente no que diz respeito a aspectos tecnicistas, mas também no acolhimento, fazendo-o de forma humanizada, e levando-se em conta que a humanização tem importante papel para um atendimento qualificado é fundamental que exista uma abordagem eficaz da equipe de enfermagem, proporcionando bem estar físico e emocional às pacientes.

De acordo com o Ministério da Saúde, muitas das mulheres que recorrem aos serviços de saúde em situação de abortamento demonstram além das necessidades físicas, emocionais e sociais a dificuldade de distinguir sinais e sintomas de prováveis complicações, o que junto ao medo, a vergonha e a dificuldade de acessibilidade à assistência pode levar a mulher a postergar a procura pelo atendimento e por informações que as guie na escolha mais apropriada ao seu contexto e momento de vida (BRASIL, 2011).

Os (as) profissionais da área de saúde precisam se fundamentar em uma assistência integral e humanizada, que não restrinja a mulher apenas no que diz respeito à reprodução e sim que levem em consideração seus aspectos psicológicos e emocionais, e acima de tudo que tenha a percepção das mulheres como sujeitos de sua própria história (GÓES; LEMOS 2010).

Strefling et al. (2013) reafirmam que a importância da enfermagem durante a implementação de uma assistência integral, realizando aconselhamento reprodutivo, e visando a mudança da atual realidade evidencia-se a necessidade de que os profissionais de enfermagem reflitam acerca de suas atitudes e compromissos.

A Técnica 5 foi a única que levantou a questão do acompanhamento psicológico e a possibilidade de uma depressão pós-aborto, o que é relevante para mulheres nesta situação, uma vez que as mesmas podem encontrar-se abaladas, desamparadas, abatidas, tristes pela perda ou se sentindo culpada pelo ato cometido, sendo necessário o acompanhamento destas mulheres não apenas nos aspectos físicos, mas também nos psicológicos e emocionais:

(Técnica 5) “Às vezes são pacientes conscientes do que é um aborto ou não, orienta, comunica a psicóloga porque pode ter uma depressão pós-aborto, devido ao tipo de aborto provocado.”

Mariutti e Furegato (2010) referem que as mulheres podem sofrer a Síndrome Pós- aborto, passando pelo “luto incluso”, uma dor que por vezes é negada mesmo em caso de uma morte real, por conta dessa negação é como se o luto não pudesse acontecer, mas ainda assim a dor da perda está presente e muitas destas mulheres têm “flashbacks” do aborto e até mesmo pesadelos com o bebê ou sofrimento no aniversário da sua morte. As mesmas ainda inferem que os fatores de risco para ocorrência de depressão após o abortamento inclui baixa condição socioeconômica e afetiva, uso de álcool e drogas, prostituição, local de moradia, ausência de apoio social e familiar e violência doméstica.

Estudo realizado por Carvalho e Paes (2014) com mulheres atendidas em Unidades de Saúde da Família do município de Cabo Frio- RJ demonstrou que foi perceptível através das entrevistas que no que diz respeito aos sentimentos vivenciados na ocasião do aborto, algumas alegaram sentimentos de tristeza, arrependimento, desespero e “consciência pesada” pelo fato de terem tirado uma vida, acontecimento este que é julgado e criminalizado pela sociedade, outras referiram ter sentido alívio, indiferença e tranquilidade, já que o objetivo havia sido alcançado e estavam “livres” de uma gestação indesejada.

Segundo Gesteira, Barbosa e Endo (2006), após o aborto, as mulheres que apresentam complicações decorrentes da prática busca os serviços de saúde, é necessário então que as (os) profissionais de saúde, especialmente os (as) enfermeiros (as) estejam sensibilizados (as) com estas mulheres e com sua situação, não esquecendo que além do atendimento técnico elas necessitam de amparo emocional.

Em estudo realizado com profissionais de duas unidades e emergência do município de Ribeirão Preto- SP por Espírito-Santo e Vieira (2007), foi constatado que (as) os profissionais compreendem que somente as mulheres que experimentaram o aborto espontâneo sofrem com esta situação, alguns deles dão a entender que no caso do aborto provocado, se a mulher não deseja a criança ela provoca o aborto, desse modo, o sofrimento é negado e não reconhecido.

Motta (2005) afirma que uma conduta ética pode ser notada no respeito, nas palavras, na forma de falar e nas atitudes com o outro, e que é necessário que os profissionais de saúde vejam estas mulheres como um grupo especial e que os parâmetros de assistência a elas sejam sem censura, recriminação ou descortesia, proporcionando assim uma postura mais humanizada e menos estigmatizada, sendo assim a relação terapêutica e boa comunicação no contato interpessoal são conceitos relevantes para os profissionais de saúde na assistência.

Percepções sobre assistência à mulher no pós-aborto e a violência institucional

Comportamentos violentos como a utilização de jargões pejorativos, ameaças e censuras contra as clientes durante a assistência em maternidades e negligência ao lidar com a dor são pactuadas e consideradas normais entre alguns profissionais de saúde, tais atitudes são tecidas por relações de gênero que sistematicamente e historicamente entravam a comunicação e a ação

livres, embargam a sexualidade e desrespeitam os direitos da cliente (AGUIAR, D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

Apesar de pesquisas realizadas, em diversos lugares do Brasil, evidenciarem ampla existência de violência institucional por meio de negligência e comentários maldosos em relação às mulheres no pós-aborto, apenas dois/duas dos (as) onze entrevistados (as) referiram já ter presenciado algum tipo de violência na instituição e somente quatro souberam conceituar, de forma bastante sucinta, violência institucional. Desse modo, considera-se que não saber referir o significado de violência institucional pode acarretar também em dificuldades em observar a ocorrência deste tipo de violência. Assim, as entrevistadas refeririam a violência institucional:

(Enfermeira 2) “Eu entendo pelos maus tratos morais que a equipe obstétrica causa à paciente.”

(Técnica 4) “Quando uma mulher é estuprada.”

(Técnica 5) “Isso varia de conduta pra conduta, de profissionais a pacientes.”

(Técnica 6) “Ignorância da plantonista no momento frágil da mulher.”

Quando questionados acerca da existência de violência contra as mulheres em situação de pós-aborto atendidas na instituição em que trabalham e de como se dá esta violência entrevistados (as) afirmaram que não existe, e aquelas que alegaram haver relataram de forma superficial.

(Enfermeira 3) “Várias vezes, como muitos outros assuntos em que profissionais de um setor vão comentar em outros.”

(Técnica 5) “Violência há às vezes verbal, mal esclarecida, a mulher pode se sentir culpada por agressões verbais.”

(Técnica 6) “Sim, discriminações em alguns casos.”

Os depoimentos que afirmaram a existência de violência contra a mulher no pós-aborto sugerem que esta ocorre como se fosse uma prática normal na unidade, contrariando o princípio de uma assistência digna e humanizada.

As Técnicas 7 e 8 relataram que, às vezes, existe uma postergação no atendimento e que o processo de abortamento não configura um agravo de saúde classificado como urgência, conforme relatos a seguir:

(Técnica 7) “Não, aqui graças a Deus não, só se for assim, uma muito escandalosa, aí comentam, não existe negligência em atender, todas são atendidas, é porque tem umas que querem ser atendidas na hora, e não pode ser assim, a não ser que tenha a questão da urgência e emergência, o que tem que ser tratado assim na hora.”

(Técnica 8) “Não, tem assim, às vezes os médicos demoram de chegar pra atender elas, pra fazer a curetagem, ou o próprio colo do útero delas demoram pra dilatar, mas negligência não.”

Porém, de acordo Motta (2005), o processo de abortamento coloca a vida da mulher em risco, deixando-a exposta a sofrer intercorrências na sua saúde e abrangendo o seu estado biopsicosócio-espiritual, quando buscam o serviço de saúde para receber atendimento a mulher além de precisar de tratamento de urgência está vulnerável as reações dos profissionais que as assistem e que participam do contexto social, onde permeiam atitudes negativas relacionadas ao aborto.

Bispo e Souza (2007) referem que é notório que na relação entre os profissionais de saúde e as usuárias do serviço que existe uma relação de poder, onde o corpo da mulher é visto como um objeto do trabalho, é esperado da mulher ato de submissão, obediência, passividade, silêncio e aceitação desta autoridade profissional como o que detém o direito de controlar e prescrever os horários, as expressões, a mobilidade, dentre outros comportamentos.

Os mesmos afirmam que é justamente com essa atitude de dominação sobre o corpo da mulher que emerge a violência, como se houvesse uma relação hierárquica em que o profissional se coloca na posição de detentor do saber, utilizando-se disso para decidir o que é direito ou não da mulher e até mesmo puni-la ou agredi-la.

Em estudo realizado por Espírito-Santo e Vieira (2007), com profissionais de duas unidades e emergência do município de Ribeirão Preto- SP, foi constatado que quando a mulher em situação de abortamento é atendida levanta a suspeita deles quanto a ter induzido o aborto. Esta própria curiosidade ou inferência sobre qual o tipo de aborto configura-se como um tipo de violência contra a mulher.

Destaca-se a fala da Enfermeira 3 que levantou uma questão não mencionada por nenhum das (os) outras (os) profissionais, que é a não adequação do alojamento de mulheres para mulheres em situação de pós-aborto, considerando,

que ficam juntas com puérperas e recém-nascidos. Entretanto, no final de sua fala, ela deixa implícito que somente as mulheres que sofreram aborto espontâneo precisam deste atendimento humanizado:

(Enfermeira 3) “Considero que os hospitais deveriam estabelecer rotinas humanizadas para o atendimento a estas mulheres, desde o acolhimento para a realização de procedimentos até o período de internação. Na prática, vejo os profissionais prestando cuidados mecanizados e até de forma preconceituosa diante do aborto, e mesmo sem respeitar o estado emocional da paciente, a acomoda em enfermarias de alojamento conjunto com recém-nascidos que choram e amamentam. **Importante lembrar que nem todas as gestantes provocam aborto.**” (Grifo nosso).

Diante do exposto, é possível inferir que apesar dos discursos acerca da humanização e da importância da orientação, o cuidado humanizado às mulheres no pós-aborto quando existe se reserva a mulher em pós-aborto espontâneo.

Motta (2005) traz que na prática da enfermagem obstétrica no atendimento ou admissão às gestantes existem algumas barreiras na relação entre as clientes e a equipe de saúde, e que pode ser constatado durante a assistência, por parte de alguns profissionais, discriminação por perceberem indícios de que as mulheres tenham provocado o aborto, o que leva estas mulheres a silenciarem, não falando muito acerca do que lhes aconteceu, e quando falam justificam comumente que foi decorrente de acidentes, quedas.

Soares (2003) infere que os valores e posicionamentos contrários ao aborto por parte da equipe de saúde são iminentes quando relativos às mulheres em situação de abortamento incompleto, fazendo com que o atendimento seja marcado pelo desrespeito às usuárias, sendo corriqueiros os relatos de realização de curetagem sem anestesia, negligências, maus-tratos, falta de orientação e assistência permeada por preconceito.

Além de toda a desigualdade que existe, ainda é comum que os (as) profissionais da área da saúde utilizem seus próprios critérios de moral durante a assistência e adotam ações punitivas com as mulheres que realizaram aborto, sendo estas alvo de preconceito por parte destes profissionais, recebendo atendimento de forma agressiva, ocasionando sentimentos diversos, como medo, insegurança, angústia, culpa e humilhação onde existe um desrespeito ao direito a assistência humanizada e de qualidade e em troca recebe atendimento

punitivo e discriminatório, tendo assim seus direitos reprodutivos violados, como refere Góes e Lemos (2010).

O aborto provocado muitas vezes é visto somente como uma problemática médica, deixando-se as questões psicológicas e sociais envolvidas neste processo em segundo plano, coloca-se esta prática como uma decisão egoísta da parte das mulheres, que provoca a sociedade a qual os códigos legais e morais buscam fazer com que ela mantenha a gravidez de qualquer maneira (BORSARI et al., 2012).

Conclusões: Os resultados do estudo apontam para a importância de sensibilização da equipe de enfermagem em relação ao cuidado às mulheres no pós-aborto para além da realização de procedimentos técnicos, mas que incorpore o manejo de demandas psicossociais.

Além disso, sinaliza a necessidade de profundas transformações no cotidiano dos serviços de atenção à mulher, especificadamente, no pós-aborto. Para tanto, é imperativa discussão contínua com enfoque nos direitos das mulheres, desnaturalizando a Violência Institucional no ambiente acadêmico e nos serviços de saúde.

Referências

AGUIAR, Janaina Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**. vol. 29, n.11, pp. 2287-2296, 2013.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, p. 229.

BISPO, Clísyá Dias Bertino; SOUZA, Vera Lúcia Costa. Violência institucional sofrida por mulheres internadas em processo de abortamento. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 21, n. 1, 2007.

BORSARI, Cristina Mendes Gigliotti et al. O aborto inseguro é um problema de saúde pública. **FEMINA**, Março/Abril, vol. 40 n.2, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento**: norma

técnica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

60 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno nº 4).

CARVALHO, Simone Mendes; PAES, Graciele Oroski. Integralidade do cuidado em enfermagem para a mulher que vivenciou o aborto inseguro. **Esc. Anna Nery** 2014, vol.18, n.1, pp. 130-135.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Esc. Anna Nery**.vol.13, n.1, pp. 154-160, 2009.

DE ZORDO, Silvia. Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia. **Ciênc. saúde coletiva**. vol.17, n.7, pp. 1745-1754, 2012.

DOMINGOS, Selisvane Ribeiro da Fonseca; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. **Esc. Anna Nery**. vol.14, n.1, pp. 177-181, 2010.

ESPÍRITO-SANTO, Patrícia Franco do; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Percepções sobre o aborto: um estudo com profissionais de saúde. **Ver. Enferm. UFPE**. vol 1,n.2, pp:213-19, 2007 out./dez.

GESTEIRA, Solange Maria dos Anjos; BARBOSA, Vera Lúcia; ENDO, Paulo César. O luto no processo de aborto provocado. **Acta paul. enferm**.vol.19, n.4, pp. 462-467, 2006.

GÓES, Fernanda Garcia; LEMOS, Adriana. O que pensa e o que diz o acadêmico de enfermagem sobre o aborto provocado. **Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental**. vol. n.2, pp:913-921, 2010 abr/jun.

MARIUTTI, Mariana Gondim; ALMEIDA, Ana Maria de; PANOBIANCO, Marislei Sanches. O cuidado de enfermagem de acordo com as mulheres em situação de abortamento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. vol.15, n.1, pp. 20-26, 2007.

MARIUTTI, Mariana Gondim; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. Fatores protetores e de risco para depressão da mulher após o aborto. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 63, n. 2, p. 183-189, Apr. 2010 .

MERCES, Magno Conceição das et al. Percepção da enfermagem no cuidar às mulheres em processo de abortamento em hospital de referência no interior da Bahia. **Rev. Enf. Bras.** vol. 13, n. 1, pp. 11-17, 2014.

MORTARI, Carmen Luiza Hoffmann; MARTINI, Jussara Gue; VARGAS, Myriam Aldana. Representações de enfermeiras sobre o cuidado com mulheres em situação de aborto inseguro. **Rev. esc. enferm. USP.** vol.46, n.4, pp. 914-921, 2012.

MOTTA, Ilse Sodré da. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e a mulher em abortamento incompleto: “o olhar da mulher”. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** vol.5, n.2, pp. 219- 228, 2005.

SOARES, Gilberta Santos. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. **Cad. Saúde Pública.** vol.19, suppl.2, pp. S399-S406, 2003.

SOUTO, Kátia Maria Barreto. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. **SER Social.** vol. 10, n. 22, p. 161-182, 2008.

STREFLING, Ivanete da Silva Santiago et al. Cuidado integral e aconselhamento reprodutivo a mulher que abortou: percepções da enfermagem. **Esc. Anna Nery.** vol.17, n.4, pp. 698-704, 2013.

CLIMATÉRIO/MENOPAUSA: TEMA DE INTERESSE PARA A ENFERMAGEM

Ingrid Bonfim Silva
ingridbonfimsilva@hotmail.com

Elian Cristina Felipe Matias
elian-cristina@hotmail.com

Mariza Silva Almeida
marizasalmeida@gmail.com

Resumo: O objetivo deste estudo foi analisar a produção científica de enfermeiras (os) sobre Climatério e Menopausa nos últimos cinco anos. Trata-se de pesquisa bibliográfica de caráter exploratório com abordagem qualitativa. Mediante roteiro para coleta de material empírico, foram encontradas 13 produções, cuja análise possibilitou a emergência de três categorias: o corpo medicalizado; o suporte de Enfermagem frente ao rito de passagem e educar para a saúde: uma via de mão dupla. Na medicalização do corpo feminino mediante o uso da TRH, notou-se a disseminação, ao longo dos anos, da ideia de menopausa como “doença” e a TRH como o melhor “remédio”. Quanto ao suporte de Enfermagem frente ao rito de passagem, identifica-se contínua valorização dos aspectos biológicos, incluindo os sinais e sintomas físicos. Embora seja ressaltada a importância do respeito às queixas das mulheres, as condutas descritas até então afirmam a escassez de informações sobre o assunto e o despreparo profissional, por parte das (os) enfermeiras (os), para promoverem o acolhimento e escuta qualificada, o que dificulta a humanização do cuidado. No campo da educação em saúde, uma grande quantidade de trabalhos abordou a relevância desta área para transformar a realidade e para oferecer mais liberdade e autonomia às mulheres. Destacou-se a importância da prática educativa desde a graduação, por reconhecer que essa possibilita uma constante transformação de saberes e o desenvolvimento de autonomia e responsabilidade pelos (as) envolvidos (as), profissionais e mulheres que vivenciam o climatério e a menopausa.

Palavras-chave: Menopausa, climatério, Enfermagem.

Introdução

Embora a literatura destaque os chamados fogachos (sintomas vasomotores), descritos por algumas mulheres como uma sensação de calor intenso, formigamento nos pés e mãos, sudorese profusa, palpitações, vertigem, ansiedade e insônia, muitas mulheres passam por esse período da vida sem referir qualquer sintoma ou queixa, o que contribui para que estas raramente procurem o serviço de saúde. (BRASIL, 2008).

O Manual de Atenção à Mulher no Climatério/ Menopausa, desenvolvido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), afirma que, apesar da medicalização do corpo das mulheres ser uma prática bastante frequente durante o climatério, essa deve ser vista como uma opção terapêutica a ser realizada apenas quando existirem indicações específicas para tal, visto que, as mulheres no climatério não sofrem de uma doença, mas sim de uma carência hormonal.

Apesar da literatura enfatizar que cerca de 75% a 80% das mulheres apresentam sintomas durante o climatério e menopausa e que destas, 40% têm sintomas graves (LOPES, 2006), existem outras que não referem sintomatologia alguma. Apesar dessa assertiva, existem mulheres que somatizam à menopausa algumas queixas em razão de questões sociais e de gênero. Resulta, então, que o período do climatério vem a coincidir com o período de adaptação em relação às mudanças na vida da mulher, que expressa tanto as alterações biológicas, quanto as sociais, as quais, geralmente deixam a mulher mais vulnerável e susceptível a problemas nas suas relações interpessoais. (GONÇALVES, 2005).

Acreditamos que esse estudo tem grande relevância para a saúde da mulher na medida em que a apreensão dessas informações contribuirá para nortear novas ações e intervenções que possibilitem a melhoria da qualidade de vida dessas mulheres, oferecendo subsídios para a Enfermagem e indicativo para novas pesquisas, as quais contribuirão para qualificar o cuidado.

Tendo como objeto a produção científica do campo da Enfermagem, passamos a nos questionar: O que as (os) enfermeiras (os) tem produzido sobre Climatério e Menopausa nos últimos cinco anos?

Para responder a esse questionamento, esse estudo tem o objetivo de analisar a produção científica de enfermeiras (os) sobre Climatério e Menopausa nos últimos cinco anos.

Resgatando os estudos sobre climatério e menopausa

A primeira referência médica sobre climatério, denominada de guia para as mulheres, chega através da literatura inglesa, por volta de 1727, de autor anônimo que chamava a atenção para as alterações referidas pela maioria das mulheres entre os 40 a 50 anos de idade. No final do século XVIII, começaram a ser publicadas teses acerca do climatério, coincidindo com a participação das mulheres na medicina e conseqüentemente maior procura por consultas médicas, deixando de ser limitadas apenas aos homens. Nesse período, os (as) médicos (as), por sua vez, descobriam que sabiam muito pouco a respeito de suas pacientes e a cada dia, eram informados (as) sobre os desconfortos e as alterações após o cessamento da menstruação (MARTINS, 1999).

Progressivamente, após 1920, o modelo biomédico passou a definir a menopausa como escassez da produção do estrogênio e numa doença de escassez hormonal tendo como fundamento as numerosas publicações especializadas ou leigas (VIGETA, BRETÃS, 2004). Trench (2004), considera que foi somente a partir do século XX que a vivência da menopausa, como fenômeno passa a ser socializado, compartilhado e a ter visibilidade.

Segundo Trench e Santos (2005), a Terapia de Reposição Hormonal (TRH) surgiu na segunda metade do século XX, onde, sob a ótica intervencionista, o término da ovulação era visto como morte prematura da mulher. Nessa época, a TRH era apoiada pelo médico Robert Wilson, que publicou em 1966 o livro “Eternamente Feminino”, no qual a menopausa era uma doença terrível sendo os hormônios algo tão natural, quanto o uso de insulina por diabéticos.

No cenário internacional, o ano de 1976 marcou a realização do I Congresso Internacional de Menopausa, definindo-se climatério como período de envelhecimento da mulher, entre as fases reprodutiva e não reprodutiva, culminando na menopausa como a data final das menstruações inserida no climatério (PORTINHO, 1994).

No Brasil, o primeiro Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) lançado em 1984, inaugurou uma perspectiva diferenciada. O PAISM ao enfatizar os aspectos da saúde reprodutiva, com propostas de ações dirigidas à atenção integral da população feminina e suas necessidades prioritárias. Dentre as prioridades contemplava uma abordagem geracional em todas as fases da vida da mulher (BRASIL, 1984). Apesar dessa iniciativa e das lacunas existentes, constatou-se da necessidade de elaboração de uma política de saúde

que contemplasse a atenção a segmentos da população feminina ainda invisibilizados e a problemas emergentes que afetavam a saúde da mulher (BRASIL, 2004).

Para preencher essas lacunas, foi criada em 2004 a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (PNAISM), que além das questões da saúde da mulher, inclui a discussão de gênero com ênfase no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, o combate à violência doméstica e sexual, a prevenção e o tratamento de mulheres portadoras de HIV/Aids e de portadoras de doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2004).

Somente muitos anos após, em 2008 foi lançado pelo Ministério da Saúde o Manual de Atenção à Mulher no Climatério, abordando os princípios fundamentais da atenção em saúde de forma integral e humanizada, considerando as diversidades e especificidades das mulheres brasileiras, como também as possíveis repercussões clínicas resultantes das transformações hormonais que acompanham essa etapa do ciclo biológico. (BRASIL, 2008).

Reflexo do gênero na vida das mulheres

As mudanças hormonais fisiológicas da menopausa, somadas a sintomatologia física e psíquica e a desvalorização estética do corpo, têm sido interpretadas como perda da feminilidade, sinalizando o envelhecimento inevitável e a finitude da vida. Vale destacar, que muitos dos desconfortos que as mulheres sentem nessa fase se devem não às mudanças biológicas, mas ao seu processo da socialização, caracterizando a influência de gênero (ESPANHA, 2006).

Segundo Ramos (2003), a menopausa se constitui como um rito de passagem feminino, assim como a menarca (primeira menstruação), porém, enquanto o rito de passagem da fase não-reprodutiva para a fase reprodutiva é valorizado e celebrado, devido a capacidade biológica de conceber e gerar a vida, a menopausa, é socialmente silenciada, por ser um sinal de que a vida está se caminhando para a sua metade.

Para Gonçalves (2012), no processo de envelhecimento, a questão de gênero intervém nas relações sociais e culturais, de modo distinto na cronologia feminina e na masculina. A autora afirma que, durante o climatério a mulher passa por uma fase cheia de alterações e mudanças e culpa as alterações hormonais por tudo que a aflige, mesmo vivenciando momento da vida de muita tensão. Esse período não se restringe apenas a um acontecimento biológico,

pois agrega componentes culturais, educacionais, ideológicos, históricos e sociais, os quais devem ser considerados como determinantes na construção da identidade da mulher, ao incorporar elementos histórico-culturais, entre outros (LOPES; MORAIS, 2006).

Metodologia

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica de caráter exploratório com abordagem qualitativa. Com o intuito de responder ao questionamento da pesquisa optamos por estudos publicados nos periódicos e demais produções de Enfermagem, como teses, dissertações e artigos na íntegra, indexados nas bases de dados., no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2014.

Para operacionalização e tratamento dos dados coletados, utilizamos a Análise de Conteúdo, modalidade temática norteada por Bardin (2011).

A análise se deu após leitura exaustiva do material selecionado, estabelecemos as unidades de significados, seguida das pré-categorias estabelecimento das categorias finais.

No levantamento bibliográfico, identificamos 631 trabalhos. Após a utilização dos critérios de inclusão e exclusão, foi selecionado um total de 13 artigos e uma tese.

Da análise da produção científica de enfermagem selecionada, emergiram três categorias a saber: O corpo medicalizado; o suporte de Enfermagem frente ao rito de passagem; educar para a saúde: uma via de mão dupla.

O corpo medicalizado

A terapia de reposição hormonal na menopausa (TRH) tem sido objeto de muita discussão e especulação desde a década de 1960 (PARDINI, 2013). Nos anos seguintes, foi criticada a natureza e a magnitude dos efeitos negativos relacionados ao uso de estrógenos sem associação com progestinas (WANNMACHER; REINEHR, 1998).

É importante destacar que nem todas as mulheres passam por esse período da mesma forma. Necessário se faz, que os(as) profissionais estejam atentos (as), que qualquer procedimento terapêutico desnecessário, além de infringir os princípios éticos, pode desencadear futuras implicações à saúde (BRASIL, 2008).

Um dos textos analisados destaca que,

o climatério afeta todas as mulheres psicologicamente de modo diferente repercutindo nos seus sentimentos e na qualidade de vida. [...] Mesmo com todas as mudanças, a maioria das mulheres aceita a fase do climatério como um processo natural, dispensando, desta forma a medicalização (SOUZA *et al*, 2014).

Apesar dos benefícios da TRH é fundamental que os (as) profissionais levem em conta não só os aspectos biológicos, mas a mulher no seu contexto social, cultural e familiar.

Muitas vezes a falta de informações adequadas por parte dos (as) profissionais, pode contribuir para o uso indiscriminado de TRH, com danos para a saúde da mulher e na disseminação da ideia de menopausa como “doença” e a terapia como o “tratamento”. O próximo texto, destaca a necessidade de se investir mais em pesquisas para entender melhor os efeitos da reposição hormonal; os riscos e benefícios, no sentido de traçar melhores estratégias de cuidado e capacitação profissional, já que

(...) pela complexidade do tema, ainda há muito a se investigar quando se trata de saúde da mulher climatérica, visto que a terapia de reposição hormonal há muitas controvérsias, necessitando de um estudo mais aprofundado em um grupo maior com adesão a esse tratamento (PASKLAN *et al*, 2014).

O suporte de enfermagem frente ao rito de passagem

A Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003 ao por em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), destaca o termo humanizar como a oferta de um atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o acolhimento e com a melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2004).

Beck e colaboradores (2009) acreditam que a enfermagem possui um papel importante na implantação da humanização nos serviços de saúde, não só na assistência direta as (aos) usuárias (os), como também na educação com os membros da equipe ou na gestão dos serviços de saúde, favorecendo a criação de vínculos.

Para garantir uma assistência humanizada durante o período do climatério e menopausa é necessário que as (os) enfermeiras (os), adquiram conhecimento

técnico-científico e busquem qualificar o cuidado, valorizando a escuta sensível e as particularidades de cada mulher. O texto a seguir afirma que,

(...) poucos profissionais de saúde assumem que não é dada a devida importância à assistência à mulher climatérica, enquanto a maioria mascara essa deficiência reconhecendo essa necessidade, porém não pratica a assistência que julga importante. [...] Talvez seja necessário “desconstruir” o conceito de climatério [...] e “reconstruí-lo” como sinônimo de um processo complexo de vivências, no qual a mulher passa por transformações que abrangem aspectos fisiológicos, mas também psíquicos, sociais e culturais, bem como seus valores (BELTRAMINI *et al*, 2010).

Outro fator importante, que deve ser levado em conta na hora de planejar estratégias de cuidado humanizado, são as formas alternativas de promoção de saúde para as mulheres, como a prática de exercícios físicos, associados com hábitos de vida saudáveis e alimentação balanceada.

É através do acolhimento, que os serviços de saúde podem ser reorganizados de modo a mudar o foco da doença para o(a) doente, garantia ao acesso universal aos serviços de saúde; promover a humanização na assistência; estimular a capacitação profissional. Conseqüentemente, o acolhimento favorece o estabelecimento de vínculos de confiança e credibilidade entre o trabalhador e usuário (SILVA; ALVES, 2008) e possibilita ao (a) profissional, enxergar a mulher como um todo, já que,

[...] parece haver pouco espaço para a escuta de queixas/demandas das mulheres nessa faixa etária e, conseqüentemente, desenvolvimento de ações específicas (GARCIA, GONÇALVES, BRIGAGÃO, 2013).

[...]quando se procura atendimento nos serviços de saúde, [...] busca-se resolução de queixas, redução de dúvidas e dissipação de ansiedade.[...] A consulta de enfermagem em ginecologia não se configura somente na exposição da genitália, está ligada à exposição de uma vida, de medos, de comportamentos sociais, de enfrentamentos que são codificados nas queixas de mulheres (DIOGENE, LINARDI, TEIXEIRA, 2010).

Apesar de todo o avanço científico, a maioria das mulheres vive a menopausa, com poucas informações. A beleza vinculada à juventude e à fertilidade continuam intensamente valorizadas, interferindo na identidade da mulher, afetando negativamente a construção da sua autoestima.

Nesse sentido, a (o) enfermeira (o) deve ampliar o conhecimento para além do fisiológico, mas relativo a gênero que possibilite o atendimento de modo integral e acolhedor. Deve considerar esses aspectos e valorizar iniciativas que incluam a troca de experiências, acesso às informações, além de uma assistência holística, que estimule a autovalorização e autoestima, fundamentais ao bem-estar e à longevidade com saúde e dignidade (BERNI; LUZ; KOHLRAUSCH, 2007).

Educar para saúde: uma via de mão dupla

A educação em saúde é em sua essência uma educação para a liberdade, ao reforçar a consciência do indivíduo sobre si e sobre a sua realidade, mediante o estabelecimento do diálogo entre os saberes científicos e os saberes populares (ACEVEDO, 2009). O objetivo é portanto, transformar saberes existentes. Nesse sentido, a(o) enfermeira(o), deve valorizar e considerar que, é através de processos educativos que se estabelece uma boa relação entre as mulheres, e criando um ambiente propício para o desenvolvimento de boas práticas de saúde. Vale destacar que,

[...] esperamos que os profissionais de saúde [...], próximos da mulher no climatério, tenham consciência e visão totalizadora no continuum de Educação em Saúde, respeitando e valorizando a vida do ser humano, tendo em vista os preceitos éticos atribuídos à formação do indivíduo (VIDAL *et al*, 2012)

[...] Sabe-se que os processos educativos em saúde influenciam o estilo de vida, melhoram a relação profissional-indivíduo e os ambientes social e físico (DIOGENE, LINARDI, TEIXEIRA, 2010).

Fase da vida importante, na qual as mulheres se encontram em plena produção laboral, cultural, social e outros aspectos, que por vezes se associam à sinais e sintomas do ponto de vista psicobiológico e de gênero. O resultado deste estudo mostra que, inexistem em nossa sociedade programas de saúde específicos para as mulheres que vivenciam o climatério e menopausa, o que

dificulta ainda mais, as ações de educação em saúde direcionadas para essas mulheres já que, a (...) inexistência de ações de promoção de saúde específicas para mulheres na faixa etária dos 45 aos 60 anos, [...] (faz com que) estas sejam atendidas somente quando procuram o serviço espontaneamente (GARCIA, GONÇALVES, BRIGAGÃO, 2013).

(...) as mulheres desconhecem a educação[...] pela enfermagem. [...]. A oferta restrita de profissionais de saúde atuando de forma integral e individualizada (é) constatado pela falta de informações dessas pacientes (SOUZA *et al*, 2011).

Acreditamos ser importante que a educação em saúde para as mulheres sobre climatério/menopausa, que seja valorizado e praticado desassociado ao incentivo às pesquisas e estudos nessa área. As (os) enfermeiras (os) precisam traçar as estratégias de cuidado humanizado que permitam às mulheres verem e sentirem esse período como parte do ciclo natural da vida, livre de preconceitos, mitos e tabus os quais, só contribuem para reduzir a autoestima e a qualidade de vida em relação com “o(a) outro(a) ” e com si própria.

Considerações finais

O climatério abrange um amplo período de vida das mulheres, o que corresponde ao ápice da vida feminina, permeado por mudanças fisiológicas, psicológicas, sociais e de gênero, o que caracteriza uma fase complexa com singularidades e particularidades.

Os trabalhos publicados ressaltam a importância de valorização e respeito às queixas das mulheres e indica a necessidade da (o) enfermeira (o) traçar ações preventivas, que promovam o autoconhecimento e ajude a mulher e seus familiares a desmistificarem atitudes, comportamentos e crenças construídas pela sociedade, possibilitando um maior incentivo a valorização da autoestima; autonomia e autodeterminação.

São muitos trabalhos que abordam a importância e relevância da educação em saúde e das práticas educativas para a transformar a realidade e libertar as mulheres das amarras, dos mitos e preconceitos. Os estudos constatam a vivência do climatério, para muitas mulheres como um processo, desconfortável, cheio de dificuldades e “tabus”, reforçado pela lacuna em relação ao acolhimento e ao cuidado humanizado à mulher nesse etapa da vida.

Fica claro que as dificuldades e preconceitos presentes estão diretamente relacionadas às relações de gênero construídas ao longo de anos e fortemente enraizadas, que acabam se configurando como obstáculo, presente nas subjetividades humanas.

Esperamos que esse estudo desperte os(as) gestores(as) para a necessidade de implementação do programa de Atenção à saúde da Mulher no Climatério/Menopausa, e que sirva de estímulo aos(às) profissionais de Enfermagem para continuarem as pesquisas sobre esse tema, incluindo a reflexão sobre a definição e caracterização dessa etapa da vida assim como, da influência do gênero, não somente como uma forma de prestar uma assistência qualificada e singular, mas. Deverá servir de ferramentas às mulheres para entenderem como vem se dando todas essas construções científicas e culturais as quais, muitas vezes limitam as mulheres a viverem plenamente sua vida, com alegria e confiança.

Referências

ACEVEDO, M.B. et al. El diálogo de saberes como posición humana frente al otro: referente ontológico y pedagógico en la educación para la salud. Invest Educ Enferm, Medellín, v. 27, n. 1, p.104-111, 2009.

BALDIN, N.; MUNHOZ, E. Snowball (Bola de Neve): Uma Técnica Metodológica para Pesquisa em Educação Ambiental Comunitária. In: X CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2011, Paraná. Anais publicados... Paraná: Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 2011.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2011.

DIEZ, C.A.P.; BELTRAMINI, A.C.S.; CAMARGO, I.C.; PRETO, V.A. Atuação do Enfermeiro Diante da Importância da Assistência de Enfermagem à Saúde da Mulher no Climatério. REME. Revista Mineira de Enfermagem. , v.14, p.166 - 174, 2010.

BERNI, N.I.O.; LUZ, M.H.; KOHLRAUSCH, S.C. Conhecimento, percepções e assistência à saúde da mulher no climatério. Rev bras Enferm, Brasília, v. 60, n. 3, 2007.

BECK, C.L.C. et al. Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.30, n.1, p.54-61, mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Atenção à mulher no Climatério/Menopausa. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização [PNH]. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

DIÓGENES, M.A.R.; LINARD, A.G.; TEIXEIRA, C.A.B. Comunicação, acolhimento e educação em saúde na consulta de enfermagem em ginecologia. Rev Rene, v.11, n.4, p.38-46, 2010.

ESPAÑA. Ministerio de Sanidad y Consumo. Observatorio de Salud de la Mujer. Informe – Salud y Género: Las edades centrales de la vida. – Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.

GARCIA, K.G.; GONÇALVES, R.; BRIGAGÃO, J.I.M. Ações de atenção primária às mulheres de 45 a 60 anos de idade. Rev Eletr Enf, Goiânia, v.15, n.3, p.713-721, 2013.

GONÇALVES, S. Climatério: percepção das mulheres nessa fase da vida. 2012. 36 f. Dissertação (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

GONÇALVES, R. **Vivenciando o climatério**: o corpo em seu percurso existencial à luz da fenomenologia. 2005. 244 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

LOPES, M.H.B.M. *Enfermagem na saúde da mulher*. Goiânia: AB, 2006.

LOPES, M.E.L.; MORAIS, M.A.C. *Identidade da mulher em fase de climatério: aspectos histórico-culturais e educacionais*. In: IV CONGRESSO BRASILEIRO DE HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO; 2006, Goiânia. **Anais..** Goiânia: UCG, 2006.

MARTINS, A. **Menopausa sem mistérios: as mais recentes descobertas**. Rosa dos Tempos, Rio de Janeiro, 1999

PASKLAN, A. N.; SARDINHA, A. H. L.; NASCIMENTO, J. S.; GOMES, B. *O perfil de mulheres hipertensas no climatério atendidas no programa hiperdia*. *Rev Pesq.: Cuid Fundam*, v.6, n.1, p.249-260, 2014.

PARDINI, D. *Terapia de reposição hormonal na menopausa*. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v.58, n.2, p.172-181, 2013.

PORTINHO, A. **Correlação de fatores sócio-demográficos e sintomas**. 1994. 119 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Ginecologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 1994.

SILVA, L.G.; ALVES, M.S. *O acolhimento com ferramenta de práticas inclusivas de saúde*. **Rev APS**, v.11, n.1, p.74-84, jan./mar. 2008.

SOUZA, J.L.; ZVEITER, M.; ALMEIDA, V.L.M.D.; MENEZES, H.F.D.; MARA, G.; ALVES, R. *Educação em saúde como ferramenta à mulher no climatério: subsídios para o cuidado de enfermagem*. *Rev Pesq.: Cuid Fundam*, v.4, n.1, pp.2616–2622, 2014.

TRENCH, B. *A saúde da mulher: reflexões sobre o envelhecer*. In: LITVOC, J.; BRITO, F.C. (Org.). **Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 220-226.

TRENCH, B.; SANTOS, C.G. **Menopausa ou Menopausas?** São Paulo: Saúde e Sociedade, 2005.

VIGETA, S. M.; BRETÃS, A. C. P. A experiência da perimenopausa e pós-menopausa com mulheres que fazem uso ou não de terapia de reposição hormonal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.1682-1689, nov/dez. 2004.

WANNMACHER, L; REINEHR, R. L. Reposição hormonal na menopausa: questão ainda polêmica. Boletim Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, [S.l.], n. 30, p. 5-8, 1998.

AUTONOMIA REPRODUTIVA E ABORTO: INTERSECÇÃO DE GÊNERO, CLASSE E RAÇA

Jamile Fonseca

A temática que envolve os direitos sexuais e reprodutivos DSDR, é bastante discutido por feministas que se engendram nestes estudos e que enfatizam temáticas como aborto, violência contra mulher, lesbianismo, prostituição, adoção de crianças por casais homossexuais e gira em torno de conceitos relacionais de vida que tem por categorias de análise questões de gênero, raça e classe, orientação sexual e geração (TEIXEIRA; 2010).

As discussões sobre aborto no Brasil se iniciaram nos anos 80 com os ideais propostos pelo movimento feminista que desde então, passou a apresentar propostas de descriminalização do ato, embasadas pela defesa da autonomia das mulheres sobre seu próprio corpo, enfatizando questões como liberdade, privacidade e intimidade indicando ainda constantemente revisão pertinente ao código penal (CARVALHO; CARVALHO, 2012)

A temática do aborto envolve questões sócio-política-culturais e ainda trata de correlacionar questões direcionadas a liberdade sexual e reprodutiva da mulher com os conceitos de vida do nascituro bem como seus direitos e sua proteção, percebendo-se um conflito entre estes pontos; o direito da mulher sobre o seu próprio corpo e o direito do nascituro. O abortamento, portanto, é discutido dentro da temática dos direitos sexuais e reprodutivos, sempre em alvo de discussões permeadas por revisões da legislação brasileira e contraposto por grupos em massa de religiosos dentre outros defensores de uma moral imposta historicamente pela sociedade (CARVALHO; CARVALHO, 2012).

No Brasil, bem como em outros países muito se discute com a temática do abortamento, e ainda acontecem lutas a favor que o mesmo seja instituído como direito individual da mulher, uma vez que pertence ao seu próprio corpo o qual o Estado não pode interferir. Estes movimentos são liderados em maioria por feministas que aguçam pela descriminalização do aborto em quaisquer condições inclusive por opção da mulher (ALECRIM; SILVA; ARAÚJO, 2014).

De acordo com Werneck (2009), é necessária a compreensão de que as mulheres são diferentes entre si e vivem em contextos diversos, bem como são

vistas pela sociedade de modos distintos, possuem condições básicas distintas, e recebem atenção do Estado diversificadamente. A mulher, portanto deve ser vista com sujeito de sua própria vida e história, capaz de decidir sobre questões relacionadas a seu corpo, sua reprodução e sexualidade a partir do contexto em que vive, de modo que não seja somente meio de formulação de políticas públicas (ALECRIM; SILVA; ARAÚJO, 2014).

Neste intuito, o movimento feminista visa à transformação das relações de gênero atrelada a luta por justiça social, igualdade, liberdade em busca de assegurar os seus direitos, requerendo desse modo da sociedade civil organizada uma reformulação de estruturas materiais e também simbólicas (ÁVILA;2001).

Por gênero, entende-se o constructo de relações sociais baseadas para além das relações estabelecidas entre os sexos, composto de diversos contextos passíveis de discussão, variando de acordo aspectos temporais, sociais e culturais (SCOTT; 1995).

Os entraves políticos que envolvem a inserção de sujeitos na esfera pública, nos planos de Estados bem como em tantos outros se configuram em um espaço social aonde reinam as desigualdades de gênero, raça e classe e desse modo, apresenta aspectos de opressão e abuso de poder contradizendo a ordem democrática do país. Neste contexto, o feminismo é base fundamental de organização da sociedade civil na medida em que busca a inserção das mulheres na esfera política, que lutam por diferentes objetivos (ÁVILA; 2001).

Se percebermos a política como uma atividade do feminismo, há de se convir que a luta também é de cada mulher, de forma particular, dentro ou fora do movimento em busca da sua individualidade como pessoa; desse modo há de se compreender também que as questões de gênero aí envolvidas fazem partes das conjecturas de poder, abrangendo o poder político e suas relações, sendo necessária a reconstituição da idéia de política e participação da mulher na mesma para que tal possa se inserir de fato neste conjunto (CAMURÇA;2001).

Deste modo, entende-se que as transformações sociais estão relacionadas aos simbolismos e materiais que podem restringir ou não, a liberdade sexual e reprodutiva da mulher. Este campo que deve se mostrar afetivo em relações igualitárias e de cidadania e constitui em instância da vida social, se fazendo repleta de valores e questões éticas designadas à convivência no cotidiano (ÁVILA; 2001).

As desigualdades de gênero bem como as sociais estão fortemente atreladas a questões como o abortamento inseguro, que são visualizadas nas dificuldades de acesso às políticas de saúde, dentre outros fatores e seus obstáculos como

contracepção, graus de escolaridade, legislação do país sobre sexualidade e reprodução (WERNECK; 2009).

A frase chave do feminismo “nosso corpo nos pertence” traz a ressignificação do corpo da mulher, outrora subjugado com questões de gênero que a prediz como ser reprodutor, objeto de uso do sexo masculino e também de outros setores, à despeito do Estado, Igreja, dentre outros (PORTELLA; 2001).

A música Sociedade Alternativa, cantada desde os anos 70 pelo compositor Raul Seixas reflete bem um pouco das lutas contra a ditadura militar da época, bem como de outros movimentos sociais e com a frase “faze o que queres, há de ser tudo da lei”, reivindica aspectos de autonomia das pessoas sobre suas ações desde aquele período.

Na perspectiva do abortamento, este é quarta causa de morte materna no Brasil, e a sua realização clandestina é uma prática comum, que não ficou restrita apesar da legislação criminalizar o procedimento. Sabe-se ainda que as mulheres que mais abortam em nosso país são as de baixa renda e, portanto se vêem em duas opções; seguir com uma gravidez indesejada ou correr riscos no mercado clandestino do abortamento (CARVALHO; CARVALHO, 2012).

Com relação às classes sociais e dialogando com aspectos dos direitos humanos, sabe-se que os direitos sexuais e reprodutivos, não podem ser garantidos em classes sociais pobres, uma vez que esta população já sobrevive na ausência de uma gama de direitos que poderiam lhes assegurar a tal dignidade, e em muitas ocasiões realizam escolhas e decisões com base em seus contextos de vida, que porventura se fossem diferentes poderiam não ser realizadas (ALECRIM; SILVA; ARAÚJO, 2014).

Para Ávila (2001), as desigualdades sociais são permeadas por uma sucessão de outras desigualdades em outras esferas à exemplo da economia e política, e para que haja igualdade entre as mulheres, faz-se necessário que haja uma reflexão sobre as desigualdades entre estas em seus cotidianos.

Desse modo, as relações sociais, que envolvem os direitos sexuais e reprodutivos, e que visam por tanto garantir a autonomia reprodutiva da mulher, perpassam as condições básicas e são fortemente influenciados pelos contextos reais de cada sujeito.

Algumas pesquisas ainda, que relatam o perfil da mulher que aborta no Brasil, deixam sugestivo que estas em sua maioria são negras e tais se encontram em situação de maior vulnerabilidade ao procedimento clandestino e inseguro, e até mesmo em sua chegada na unidade de saúde para finalizar o atendimento, aonde são desmerecidas pelos profissionais, sendo, portanto o aspecto racismo

um obstáculo também para a atenção oferecida a mulheres negras, expondo-as significativamente a situações de risco e morte (WERNECK; 2009).

De acordo com Werneck (2009) a Brasil ainda vivencia um racismo patriarcal, com ênfase na condenação moral da mulher, em especial, da mulher negra que tem seu corpo e sexualidade negativizados.

Assim, o modo como as mulheres brancas vivenciam e enfrentam variadas situações é díspare dos enfrentamentos das mulheres negras, confirmando, portanto uma desigualdade de gênero imbricada em aspectos de raça e classe (ÁVILA; 2001).

Em suma, as questões de gênero, raça e classe são aspectos de potencial influência quando se discute autonomia reprodutiva e aborto, uma vez que põem em questão fatores históricos sociais e culturais denotando a realidade vivenciada pelas mulheres. São os atributos de gênero e a subordinação dos corpos, a raça e classe como pontos de merecimento ou não da garantia dos direitos humanos, dentre outros. Cabe, portanto intensificar discussões sobre autonomia reprodutiva da mulher e aspectos dos direitos humanos em busca da sua individualidade e exercício real da dignidade humana.

Referências

ÁVILA, Maria Betânia. **Textos e imagens do feminismo: mulheres construindo a igualdade**. SOS CORPO- Gênero e Cidadania. Recife, 2001.

ABBAGNAMO, Nicola. **Dicionário de Filosofia**. Tradução da 1ª edição brasileira coordenada e revista por Alfredo Bossi; revisão da tradução e tradução de novostextos Martins Fontes. São Paulo: 2000

BRASIL. Observatório de gênero. **Principais documentos internacionais para a promoção dos direitos das mulheres e da igualdade de gênero**. 2015. Disponível em :< <http://www.observatoriodegenero.gov.br/eixo/internacional/documentos-internacionais>>. Acesso em 25 set, 2015.

BARSTED, Leila Linhares; HERMANN, Jacqueline. **As mulheres e os direitos humanos**. Rio de Janeiro: CEPIA - Cidadania, Estudo, pesquisa, Informação e Ação, 2001.

CHADE, JAMIL. ESTADÃO. **ONU critica legislação brasileira e cobra país por mortes em abortos de risco**. Estado de São Paulo: 2012. Disponível em: <http://politica>.

estadao.com.br/noticias/geral,onu-critica-legislacao-brasileira-e-cobra-pais-por-mortes-em-abortos-de-risco,837316> Acesso em 25 set 2015)

GALLI, Maria Beatriz; VIANA, Ana Paula de Andrade Lima. **O impacto da ilegalidade do aborto na saúde das mulheres e nos serviços de saúde em cinco estados brasileiros: subsídios para o debate político.** Fazendo Gênero. Diásporas, diversidades, deslocamentos:2010.

CARVALHO, Joana de Moraes Souza Machado; CARVALHO, Valéria de Sousa. Direitos Humanos e Autonomia da Vontade da Mulher: A liberdade sexual e reprodutiva e a problemática do aborto. **Revista Direito e Desenvolvimento**, João Pessoa – a. 3, n. 6, p.82 - 110 jul/dez., 2012.

DALSOTTO, Lucas Mateus; CAMATI, Odair. Dignidade Humana em Kant. *Theoria: Revista Eletrônica de Filosofia.* Faculdade Católica de Pouso Alegre. Vol V, n14,2013.

MIRIAM, Ventura. **Direitos reprodutivos no Brasil.** Cabana Brasileira do Livro – UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas. 2ª edição, 2004.

MORA; José Ferrater. **Dicionário de Filosofia.** Edições Loyola. São Paulo:2000.

MISKOLCI, Richard. Diversidade ou diferença? Ensaio. **Revista CULT.** 205, ano 18. Setembro:2015.

QUINTANEIRO, Tania; BARBOSA, Maria Ligia de Oliveira; OLIVEIRA, Marcia Gardência Monteiro de. **Um toque de clássicos.** MARX./DURKHEIM/WEBER. Editora UGMG. Belo Horizonte:2009.

SCUCATO, Rosângela. **As significações sobre autonomia e cuidado de si vivenciadas pelo enfermeiro no cotidiano de ações e interações.** – Curitiba, 2004.

PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Resenha: JUDITH-BUTLER, condições de vida e horizonte do representável. *Revista CULT.* 205, ANO 18. Setembro:2015.

PASCAL, George. *Compreender Kant.* 5ª Edição, Editora Vozes:2009,

TEIXEIRA, Simone Andrade. **Matrizes e Matizes das Estratégias de Inserção dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos Engendrados por Feministas Acadêmicas Brasileiras**. Tese de Doutorado [Pós- Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo da Universidade Federal da Bahia]. Salvador: UFBA, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2010.

TORRES, Adriana de Freitas. Bioética: **O princípio da autonomia e o termo de consentimento livre e esclarecido**. Jornal do CRM-PB, nº72. 2007. Disponível em: < http://www.crpmob.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21917:bioetica-o-principio-da-autonomia-e-o-termo-de-consentimento-livre-e-esclarecido&catid=46:artigos&Itemid=483>. Acesso em 11 set/2015.

WERNECK, Jurema. **O aborto (ainda) é uma luta feminista? Desafios pelo direito ao aborto no Brasil e na América Latina**. Ilha de Santa Catarina, vol 1; 2009. In:

TORNQUIST, Carmen Susana et al. 2009. **Leituras de Resistência. Corpo, violência e poder**. Ilha de Santa Catarina, vol 1; 2009.

EXPERIÊNCIAS E ESTRATÉGIAS ADOTADAS POR MULHERES NA BUSCA PELO CUIDADO DENTRO DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Jéssica Suellen Barbosa Mendes Ramos

jsuellen7@gmail.com

Michelle Araújo Moreira

michellepedro@uol.com.br

Layane Tércia Santos

layane.tercia@gmail.com

Carla Daiane Costa Dutra

cdcdutra@uesc.br

Luciana dos Alves Santos

Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC)

lulu.alvs@gmail.com

Resumo

Objetivos: Conhecer a concepção de mulheres sobre demandas/necessidades por cuidado à saúde; Compreender a experiência relatada pelas mulheres na perspectiva de gênero e da integralidade e Analisar as estratégias adotadas por mulheres na busca pelo cuidado à saúde nas Unidades de Saúde da Família do município de Ilhéus-Bahia. O estudo foi desenvolvido em uma área circunscrita às Unidades de Saúde da Família (USF) na cidade de Ilhéus-BA-Brasil. **Materiais e Método:** Trata-se de estudo do tipo exploratório com abordagem qualitativa tendo a integralidade e gênero como categoria analítica. Os sujeitos da pesquisa foram mulheres em idade reprodutiva acompanhadas nas USF do município acima referido. O material empírico foi produzido por meio de entrevista semiestruturada e analisado por meio da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. **Resultados:** As concepções de cuidado pelas mulheres ainda estão pautadas na centralização do

modelo biomédico, mostrando uma distorção quanto às necessidades de cuidado, às resolutividades de suas demandas e à fragmentação dos cuidados à saúde decorrente da divisão social e técnica do trabalho. Além disso, evidencia-se que o gênero constitui um condicionante na qualidade da assistência, e que a concepção do corpo apenas no biológico torna o cuidado desconfortável, quando realizado por qualquer público, especialmente o masculino.

Conclusões: Percebe-se que a busca pelo cuidado é centrada na patologia, reforçando o modelo biologicista e mostrando a falta de concepção acerca da integralidade e do gênero na saúde dessas mulheres.

Palavras-chave: Demandas de Serviços de Saúde, Saúde da Mulher, Estratégia Saúde da Família, Pesquisa Interdisciplinar.

Introdução

O cuidado envolve ações que resultam na satisfação das necessidades humanas, contemplando os princípios de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Para tanto, deve-se considerar as particularidades, crenças e valores do sujeito a ser cuidado, ampliando as estratégias para os aspectos biológicos, afetivos, relacionais e sociais (MAIA et al., 2003).

Nesse contexto, faz-se necessário estabelecer uma relação entre cuidado e integralidade na atenção à saúde, pois a integralidade abrange a percepção do ser humano na sua individualidade, nas relações sociais e em suas particularidades, e a articulação entre as ações promocionais, preventivas e assistenciais disponíveis e acessíveis na rede de serviços (SOUTO et al., 2008).

Nota-se que, a demanda por atenção à saúde é essa necessidade de cuidado da(o) usuária(o). Sendo assim, a resolutividade e o acolhimento devem permear as ações dos profissionais de saúde com base nos princípios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (PORTA, 2008).

Evidencia-se que, no público feminino, as estratégias de saúde restringem-se ao pré-natal, planejamento familiar, coleta de citologia oncológica, Hipertensão e consulta com prescrição de medicamento e/ou guia de exames.

Contudo, as necessidades das mulheres reforçam a importância da humanização do cuidado e que as estratégias sejam montadas de acordo com o perfil epidemiológico, com os indicadores e as demandas sociais. Para tanto, tem-se a humanização como um processo em constante modificação e que sofre interferências do contexto em que ocorre, só sendo promovida e submetida pelo próprio homem (SIMÕES et al., 2007). Dessa forma, o Ministério da Saúde, em 1994, implantou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) com o objetivo de reformular a atenção básica, colocando a(o) usuária(o) como centro do acolhimento e das intervenções. Assim, a ESF busca a ampliação da resolutividade para as demandas das(os) usuárias(os) (CABRAL et al., 2012).

Dessa maneira, diante da problemática apresentada, surgiram alguns questionamentos: Quais são as reais demandas de saúde das mulheres acompanhadas na Estratégia de Saúde da Família pela busca do cuidado? Qual a percepção que essas mulheres têm do cuidado e das demandas de saúde? Qual a experiência das mulheres na busca pelo cuidado?.

Para responder tais questões, foram estabelecidos como objetivos: Conhecer a concepção de mulheres acompanhadas na Estratégia de Saúde da Família do município de Ilhéus-Bahia sobre demandas/necessidades por cuidado à saúde,

Compreender a experiência relatada pelas mulheres na perspectiva teórica de gênero e da integralidade do cuidado e Analisar as estratégias adotadas por mulheres na busca pelo cuidado à saúde nas Unidades de Saúde da Família do município de Ilhéus-Bahia;

A pesquisa justifica-se pelo fato de existir uma lacuna que ainda não foi preenchida quando se trata da concepção das mulheres sobre demandas e necessidades por cuidado à saúde. Além disso, há poucas publicações no enfoque das demandas de cuidado à saúde da mulher acompanhada na Estratégia da Saúde da Família.

A relevância da pesquisa está em possibilitar aos profissionais da saúde de diferentes especialidades, a reflexão acerca das demandas reais de saúde das mulheres na ESF e a necessidade de um olhar integral. Além disso, a pesquisa proporcionará às mulheres o entendimento quanto às suas reais necessidades de saúde, favorecendo e influenciando na concepção de cuidado e nas ações a serem desenvolvidas para atendê-las.

Material e Métodos

A pesquisa caracteriza-se como qualitativa, exploratória e multicêntrica, desenvolvida por três universidades, a saber: Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Universidade Federal do Recôncavo Baiano (UFRB), situadas no Estado da Bahia-Brasil. A pesquisa qualitativa tem por objetivo conseguir resultados, através de análise realizada com um determinado grupo de pessoas. Com a pesquisa exploratória tem-se o foco de produzir conhecimento sobre um tema ou cenário pouco abordado. Por multicêntrica, entende-se a pesquisa norteadá por protocolo único em diversos centros de pesquisa, onde será conduzida pelo pesquisador responsável de cada centro (DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008).

O cenário do estudo foi o município de Ilhéus que se encontra localizado no Sul do Estado da Bahia, no Brasil. Este município tem uma população de aproximadamente 327.047 habitantes e possui 25 Unidades de Saúde da Família – USF, sendo 20 USF na zona urbana e 05 USF na zona rural.

As participantes do estudo foram 12 mulheres que procuraram o serviço de saúde oferecido pela USF, tendo sido utilizados como critérios de inclusão: ser acompanhada nas USF do município de Ilhéus-Bahia, ter idade igual ou superior a 18 anos, ter frequentado a USF pelo menos uma vez com demanda

específica para atenção à saúde das mulheres. Foram excluídas aquelas que não se enquadraram nos critérios acima descritos.

As questões éticas foram atendidas em todas as fases da pesquisa de acordo com as determinações da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, no que tange ao respeito à autonomia, a não maledicência, a justiça, a veracidade e a fidelidade (BRASIL, 2012). Ressalta-se que, após aprovação da pesquisa sob número de parecer 1.477.741, as pesquisadoras aproximaram-se das participantes, explicando-lhes os objetivos do estudo e solicitando-lhes a assinatura voluntária do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, momento em que foram nomeadas por uma numeração precedida pela letra M, a fim de garantir o anonimato.

A coleta dos dados foi realizada nos meses de março e abril de 2016, através de um roteiro de entrevista semiestruturada, conduzido por meio de questões abertas, com as participantes selecionadas na própria USF. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas.

O material empírico foi analisado, utilizando-se a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin e permanecerá sob a posse das pesquisadoras por cinco anos. A análise de conteúdo temática promoveu a interpretação dos discursos com descoberta de conteúdos disfarçados e envoltos nas falas, através de etapas como: constituição do *corpus*, leitura flutuante, codificação e categorização (BARDIN, 2009).

Resultados e discussão

1 Concepção de cuidado relatado por mulheres

Na história, o cuidar sempre esteve presente em todas as dimensões do ser humano, mesmo antes das definições de profissões, quando ainda era caracterizado por práticas empíricas (ROCHA et al., 2008).

As formas do cuidado, seja profissional ou não, permanecem ligadas aos aspectos culturais, econômicos, sociais, de gênero e de geração (NASCIMENTO et al., 2006). Durante muitos anos, o conceito de cuidado ainda se restringia à doença, direcionada para o ser enfermo, característica influenciada pelo modelo vigente e mais importante, o modelo curativista e utilizado antes da reforma sanitária no país, no qual o foco da assistência estava relacionado à doença e sua cura, período em que a mulher não apresentava sequer participação social (BRASIL, 2011). Para tanto, compreendemos o cuidado como um processo da

vida em que nos deixamos envolver por atos de zelo e preocupação em favor de pessoas sob a nossa responsabilidade (SILVEIRA; LEITÃO, 2003)

No que tange à saúde da mulher, a necessidade de cuidado passou a ser visualizado efetivamente a partir da década de 80 por meio do movimento feminista e através de um processo de redemocratização do país. Com isso, criou-se o PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher) para garantia da assistência integral, que antes se resumia ao contexto reprodutivo. A criação do programa serviu para ampliar a visão de gestores e profissionais quanto à importância da saúde da mulher, além da tentativa de diminuição de uma visão fragmentada existente. Posteriormente, embasado nos princípios do SUS, o Ministério da Saúde lançou uma nova política a PNAISM (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher) implantado nas unidades de ESF (Estratégia de Saúde da Família), com garantia dos direitos sexuais, reprodutivos, o que demanda um novo olhar para o cuidado (BRASIL, 2011).

Apesar do surgimento de uma visão holística para as mulheres e suas necessidades relacionadas ao cuidado, ainda percebe-se modelos de assistência e cuidados pautados prioritariamente na visão biologicista. Tal visão fragmenta o cuidado e as ações prestadas às usuárias, as quais estão situadas em contextos de vulnerabilidade, ocasionados pela existência de uma configuração social influenciada pelas características machistas. O referencial de cuidado se restringe ao enfoque reprodutivo e a existência de uma doença conforme descrição a seguir:

[...] tem que vim ao médico, tem que fazer preventivo para evitar doença [...] **M2**

[...] é bom levar o preventivo para a mulher saber se tem algum problema ou doença, sempre é bom se cuidar e ser cuidada [...] **M3**

Evidencia-se que por causa da centralização na doença, as mulheres não reconhecem o desafio da ESF, que é pautado na superação da fragmentação dos cuidados à saúde decorrente da divisão social e técnica do trabalho em saúde (SANTOS et al., 2008). Assim, as mulheres acabam fortalecendo um modelo extremamente hospitalocêntrico, curativista e biológico.

Além disso, existe uma limitação da concepção de cuidado, e também uma distorção das necessidades. As mulheres deixam de se enxergar e passam apenas a vislumbrar o cuidado com os filhos devido à responsabilidade que assumem após o parto. Para estas, o cuidado de si mesma fica relegado a segundo plano em decorrência do filho. A figura feminina é praticamente anulada no processo de cuidar.

[...] tem que vir ao médico e pediatra principalmente, porque a área que eu mais sofro é na parte da pediatria, pois não estou achando em lugar nenhum. Só no particular [...] **M8**

Mesmo com a existência das unidades da Estratégia de Saúde da Família, que configuram a prevenção de doenças e atribuem condições de bem-estar para as usuárias junto aos serviços da saúde, fatores como a falta de entendimento quanto as suas reais necessidades e supervalorização do ato médico de diagnóstico e prescrição, limitam a concepção de saúde e cuidado dessas mulheres às demandas emergenciais de acordo com relatos abaixo:

[...] só assim, aquela dor vai passar, tem que fazer de tudo, só não pode ficar doente [...] **M1**

[...] acho que a gente deve ser cuidada quando precisa, quando está doente e precisa de uma ajuda, precisa de alguém que olhe a gente [...] **M6**

O que garante atos de cuidar eficazes é uma linha de cuidado entre os profissionais de saúde de acordo com suas formas terapêuticas, podendo ser caracterizado por trabalho morto ou trabalho vivo (MERHY, 2006). O cuidado traz consigo o acolhimento e a criação de vínculo e confiança entre os profissionais e as mulheres, além da oportunidade de ações como educação e saúde e empoderamento desse grupo. Porém, percebe-se a inexistência de conhecimento por parte das mulheres quanto à utilização dos serviços e suas utilidades de acordo com suas demandas mediante recorte a seguir:

[...] ultimamente só estou procurando para guia, outras clinicas só aceitam com guia. Exames, tenho feito muito raio x [...] tem que ter a guia do posto. Ultimamente eu só estou procurando para guia. Hoje mesmo, eu vim pegando uma guia [...] **M9**

A busca pelo serviço apenas para ser referenciada, vai de encontro com a fundamentação dos serviços da atenção básica, principalmente da Estratégia de Saúde da Família, que é a promoção da qualidade de vida, através de práticas de saúde, além da fragilidade do serviço pelos profissionais para garantia da promoção e prevenção à saúde (COELHO et al., 2009).

2. Experiência de mulheres na perspectiva de gênero e integralidade

O conceito de integralidade visa o entendimento da pessoa sobre si mesma, considerando suas necessidades e centra-se na promoção e prevenção da saúde (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009). Tal conceito surgiu na linha de cuidado à saúde da mulher, a partir da década de 80 com a criação do PAISM (Programa de atenção integral a saúde da mulher). O Programa foi implantado para que houvesse a ruptura da concepção limitada quanto à saúde da mulher e suas demandas, totalmente restritas ao ciclo reprodutivo e a assistência curativista (SOUTO et al., 2008). A criação do programa contribuiu para o avanço das discussões quanto às especificidades da figura feminina, a identificação dos seus perfis, e ampliou a assistência de saúde para as mulheres.

Apesar da existência do programa que considerava teoricamente a mulher em todo seu ciclo de vida, existiam lacunas que limitavam essa atenção, momento em que este público era colocado como passivo às novas condições de adoecimento, o que demonstrava que o cuidado e a abordagem ao corpo feminino até então executado limitava-se à dimensão biológica. As demandas femininas não eram percebidas para além dos aspectos fisiológicos.

No ano de 2004 foi lançado o PNAISM (Política Nacional de Atenção integral à saúde da Mulher), já abordando questões de direitos sexuais e reprodutivos, trazendo novamente a integralidade e agora discutindo as questões de gênero e seus entraves na oferta de cuidado as mulheres (SOUTO et al., 2008). Gênero compreendido como processo social de construção das feminilidades e masculinidades, momento em que o sexo social é percebido como elemento constitutivo das relações, nas quais as diferenças genéticas do sexo natural não são preponderantes (FERNANDES; NARCHI, 2007). A inserção das discussões referentes às desigualdades de gênero contribuiu para o entendimento das limitações e necessidades especiais e suas peculiaridades da saúde da mulher, principalmente para os profissionais de saúde e gestores, quanto à intensificação de medidas para diminuir essas diferenças e a importância da mudança nas formas de cuidar e visualizar as mulheres nos serviços como a Estratégia de Saúde da Família.

Entraves

O olhar para o cuidado as mulheres na perspectiva de gênero, traz consigo a necessidade do entendimento das múltiplas demandas femininas, separando-se da perspectiva de sexo natural apenas e das polaridades feminino *versus*

masculino. Os papéis atribuídos as mulheres na sociedade, associados às suas condições de vida e saúde oportunizam retrabalhar com as demandas econômicas, sociais, culturais, geracionais, sexuais e comportamentais. Contudo, a prática de cuidado, principalmente quando executada pelos homens, restringem-se a sua sexualidade ou exposição do seu corpo em particular vulva e mama, focando-se mais uma vez na biologia do corpo.

[...] o médico me trata muito bem, mas tenho um pouco de vergonha mesmo com minha idade, não é fácil deixar outro homem ver meu corpo [...] **M1**

[...] como já fui uma vez no ginecologista posso contar essa. No início tive vergonha, medo, era uma pessoa nova que ia olhar meu corpo, mesmo que ele mandasse ficar relaxada que ele era profissional, foi difícil, pois ele é homem [...] **M4**

Portanto é de fundamental importância que não só as usuárias devem se empoderar de conhecimentos referentes ao seu próprio corpo, das suas demandas de cuidado e da sua autonomia sobre suas escolhas, mas também os profissionais apresentem nos momentos de contato com elas, ações que as valorizem e respeitem suas impressões. Os profissionais dos serviços necessitam também do domínio sobre a política, gênero e corpo para que possam interferir nas práticas de cuidado e na garantia da atenção integral. Corpo entendido como uma dimensão bio-política, ou seja, não apenas o que está por baixo da pele, mas sim, o que somos e o que queremos (CAVALCANTI, 2005).

A partir do conceito de integralidade, a saúde passou a ser vista de outra forma e com outras áreas do saber, deixando para trás a visão biológica e a hegemonia médica (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

Além da dificuldade na qualidade da assistência talvez por desconhecimento da política, percebe-se também o entrave referente à falta de profissionais no serviço como médicas para configuração do propósito da assistência com caráter integral. A composição completa de uma equipe de saúde principalmente na estratégia de saúde da família possibilita o atendimento de todas as necessidades e práticas para promoção da saúde e prevenção de doenças além do acompanhamento. Com tais inexistências as mulheres sentem a necessidade da procura em outros locais, ou sem referência para continuidade no serviço.

[...] tinha uma médica cubana aqui, mas ela foi embora [...] **M3**

[...] aqui é mais a enfermeira porque tá sem médica tinha uma médica aqui ela era até cubana, tratava a gente bem, mas teve um problema e foi embora [...] **M4**

Tais problemáticas como falta de profissionais, além do número menor de consultas de acordo com a demanda, interfere de forma importantíssima na prestação de serviços e vinculação dessas mulheres nos serviços de sua referência, como as ESF mesmo oferecendo aquela assistência. A procura por atendimento torna-se sempre um processo doloroso, constrangedor e sofrido.

[...] vou a outro local quando aqui está muito cheio, mas geralmente é para procurar as mesmas coisas que aqui tem [...] **M1**

Nota-se que não há suporte necessário para atendimento das demandas de saúde dessa população, considerando as inúmeras especificidades que configuram um atendimento ideal devido suas condições de vulnerabilidade.

Facilidades

O atendimento as necessidades de saúde das mulheres tornam-se prazerosos e confortáveis quando são atendidas por outras mulheres, influenciado pelo excesso de pudor e repúdio social para exposição do corpo. O fato de serem atendidas por pessoas do mesmo sexo se tornam mais fáceis por julgarem maior pertencimento e se sentirem mais confortáveis.

[...] também a enfermeira, faço preventivo com ela, fico a vontade com la, afinal é do mesmo sexo, fica mais fácil [...] **M2**

[...] tinha uma médica cubana aqui, mas ela foi embora [...] **M3**

Portanto, percebe-se que o gênero é condicionante na assistência ao cuidado.

3 Estratégias adotadas por mulheres dentro das unidades de saúde da família

Tendo a integralidade como princípio do SUS, o Estado deveria ofertar serviços de saúde organizados e de qualidade para atender o conjunto de suas

necessidades de forma integrada, prevendo ações de promoção, prevenção de doenças, bem como cura e reabilitação, através de ações articuladas entre os diversos setores e distintos níveis de atenção (ZAPPONI, 2012).

Atualmente, a PNAISM prevê a inclusão do princípio da integralidade e vislumbra a dimensão de gênero nas práticas dos profissionais de saúde, porém, a realidade posta difere da idealizada.

Estudos realizados no Brasil afirmam que a integralidade da atenção está longe de ser alcançado e inexistente no cotidiano de trabalho das unidades básicas de saúde (ZAPPONI, 2012; COELHO et al., 2009). Situação similar também foi encontrada e percebe-se que a organização do serviço ou oferta ineficiente faz com que a mulher não procure o serviço conforme discurso a seguir:

[...] procuro outro local quando aqui vai demorar de solicitar e tenho que fazer o exame o mais rápido possível. Aqui demora as coisas, você tem que agendar com um tempo de diferença, ou às vezes não tem o que preciso [...] **M6**

Em contrapartida, as unidades básicas de saúde, que deveriam ser preferencialmente a “porta de entrada” do sistema de saúde público, não ofertando a contento os serviços necessários, as usuárias acabam buscando atendimento através de serviços da rede privada de acordo com falas abaixo:

[...] quando tenho um problema e aqui não tem como resolver, vou logo para o hospital ou pago em outra clínica.[...] **M2**

[...] é por que se a pessoa vai à outra clínica é mais rápido, aqui às vezes demora em solicitar exames. Estava com um problema nos ossos e fui descobrir com um simples exame particular. Eu vou para outro lugar para tentar solucionar o problema [...] **M2**

Por sua vez, quando não dispõem de recursos para procurar serviços da rede privada (na sua grande maioria) e não conseguem o acesso nos serviços de atenção primária, reconhecem o serviço hospitalar como porta de entrada mediante depoimentos a seguir:

[...] quando não tem jeito procuro o hospital, pois só assim sou atendida [...] **M3**

[...] só vou para outro local quando já é mais grave, quando tiver uma doença mais avançada já vou para um lugar mais longe, um hospital[...] **M4**

Percebe-se que, a rede de serviços não está organizada, não oferta quantidade suficiente de exames e serviços, fazendo com que a usuária busque serviços de maior densidade tecnológica para resolver problemas que poderiam ser conduzidos pelos serviços de atenção primária.

O atendimento de forma integral deve estar disposto em um “sistema de saúde centrado na usuária”, que procurando direcionar o olhar à ideia da totalidade, contrário à fragmentação do cuidado, prevendo a eficácia das ações e nos modelos de gestão propostos (FONTOURA; MAYER, 2006). Os achados apontam para reflexão de como os serviços podem ser organizados de modo a dar respostas eficazes, resolutivas e ágeis, tendo como enfoque a integralidade da atenção e a política de atenção integral à saúde da mulher.

Encontrar mecanismos de organização dos fluxos de serviços, dispor de quantidades suficientes de procedimentos e exames pode ser algumas das alternativas, mas não o suficiente quando se trata da reorganização de serviços voltados para a saúde da mulher.

Dever-se-á estabelecer mecanismos para uma escuta ativa, com reconhecimento de problemas, direcionados para a abordagem de gênero, colocando a mulher como sujeito do processo para efetiva reorganização de práticas voltadas à integralidade do cuidado.

Conclusão

Pode-se afirmar, a partir desta pesquisa que, a busca pelo cuidado por mulheres à saúde na Estratégia de Saúde da Família está voltada exclusivamente para cura, ou seja, as demandas reais das mulheres voltam-se para serviços de recuperação para uma doença, e não para a promoção e prevenção da saúde, demonstrando a limitação da concepção de cuidado ao aspecto biológico.

Percebe-se que, houve um aumento na quantidade de serviços oferecidos às mulheres nas Unidades de Saúde da Família (USF), porém ainda é insuficiente às reais demandas apresentadas. Observa-se uma visão biologicista embora o foco na prevenção e promoção à saúde dentro dos serviços de saúde tenha crescido.

Nota-se ainda a influência da concepção de gênero e o conhecimento do próprio corpo no atendimento às mulheres, tornando a assistência desconfortável quando é realizada por um médico do sexo masculino e quando há uma exposição extrema do corpo dessa mulher, resultando em uma experiência negativa. Além disso, a falta de profissionais no serviço faz com que não haja uma integralidade na assistência, a fim de atender as necessidades das mulheres, além de acompanhar e enfatizar a importância da promoção e prevenção da saúde.

Desta maneira, faz-se necessário que os profissionais dos serviços tenham total conhecimento sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e gênero para que possam interferir nas práticas de cuidado. Cada destacar ainda que, as demandas de saúde das mulheres são mutáveis no tempo e nos espaços. Cada vez mais os serviços precisam estruturar-se para atender as mulheres para além da perspectiva biológica, pois suas necessidades são complexas e múltiplas.

Referências

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: Princípios e Diretrizes. 1. ed. Brasília (DF): MS, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 04 nov. 2015.

CABRAL, DMC et al. Estudo do acolhimento de uma unidade básica de saúde na cidade de São Paulo. **Rev APS**, v. 15, n. 3, 2012, p. 238-44. Disponível em: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/1553/652>. Acesso em: 26 out. 2015.

CAVALCANTI, DRM. O surgimento do conceito “corpo”: implicações da modernidade e do individualismo. **Rev Eletrônica de Ciências Sociais**, n. 9, 2005, p. 53-60.

COELHO, EAC et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Rev Esc Anna Nery Enferm**, v. 13, n. 1, 2009, p. 154-60.

DALFOVO, MS; LANA, RA; SILVEIRA, A. Métodos Quantitativos e Qualitativos: Um Resgate Teórico. **Rev Interdisciplinar Científica Aplicada**, v. 2, n. 4, 2008, p. 1- 13. Disponível em: http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/metodos_quantitativos_e_qualitativos_um_resgate_teorico.pdf. Acesso em: 04 nov. 2015.

FERNANDES, RAQ; NARCHI, NZ. **Enfermagem e saúde da mulher**. São Paulo: Manole, 2007.

FONTOURA, RT; MAYER, CN. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev Bras Enfermagem**, v. 59, n. 4, 2006, p. 532-7.

MAIA, AR et al. Princípios do Cuidar. In: **O Processo de Cuidar, Ensinar e Aprender o Fenômeno das Drogas: A redução das demandas**. Módulo 4. Curso de Especialização no Fenômeno das Drogas. Florianópolis (SC): UFSC; 2003.

MERHY, EE. **Ato de cuidar: alma dos serviços de saúde**. Campinas (SP): Unicamp; 2006. Disponível em: http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/ato_cuidar.pdf. Acesso em: 20 out. 2015.

MEDEIROS, PF; GUARESCHI, NMF. Políticas Públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Estudos Feministas**, v. 17, n. 1, 2009, p. 31-48.

NASCIMENTO, KC et al. Conceitos de cuidado sob a perspectiva de mestrandas de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 27, n. 3, 2006, p. 386-97.

PORTA, M. **A dictionary of epidemiology**. 5. ed. New York: Oxford University Press; 2008.

ROCHA, PK et al. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo do Cuidado. **Rev Bras Enferm**, v. 61, n. 1, 2008, p. 113-6.

SANTOS, C et al. Novo (?) modelo assistencial de saúde. **Rev Pol Públ**, v. 12, n. 1, 2008, p. 73-81.

SILVEIRA, IP; LEITÃO, GCM. O cuidado de enfermagem no partear: marcos conceituais. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 24, n. 3, 2003, p. 279.

SIMÕES, ALA. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Texto contexto enferm**, v.16, n.3, 2007.

SOUTO, KMB. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. **Ser Social**, 10, n. 22, 2008, p. 161-82.

ZAPPONI, ALB. **O enfermeiro na atenção primária a saúde da mulher-integralidade da assistência?** [DISSERTAÇÃO]- Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

GÊNERO E SAÚDE: CONFIGURAÇÃO DO PERFIL DA MEDICINA NO BRASIL E EM PORTUGAL

Josefa Lusitânia de J. Borges
lusitaniaborges@hotmail.com

Maria Helena Santana Cruz
Universidade Federal de Sergipe
helenacruz@uol.com.br

RESUMO: No setor saúde, em muitos países, a ocupação da força de trabalho feminino ultrapassa 75%, o que torna as mulheres indispensáveis à prestação dos serviços de saúde. A medicina reflete os valores e estereótipos da sociedade, decorrendo os vieses de gênero nos serviços de saúde da estratificação social relativamente ao gênero. A partir do gênero, pode-se perceber a organização concreta e simbólica da vida social e as conexões de poder nas relações entre os sexos; o seu estudo é um meio de decodificar e de compreender as relações complexas entre diversas formas de interação humana. O objetivo desta investigação consistiu em avaliar a configuração de gênero e influencia sobre a organização do trabalho de médicos@s, comparando as peculiaridades das respectivas trajetórias no Brasil e em Portugal. A abordagem dialética mostrou-se coerente por meio do estudo de multicasos, para desvendar as representações sociais de dezoito entrevistados atuantes na ESF de Aracaju/SE e das Unidades de Saúde Familiar (USF) da Zona Norte de Portugal (Porto e Vila Nova de Gaia) e na região Centro de Portugal (Coimbra). Outras fontes de informação não menos importantes (documentos, estatísticas da Demografia Médica no Brasil (2013) e em Portugal – o relatório final do Estudo de Evolução Prospectiva de Médicos no Sistema Nacional de Saúde (2013), constituíram a base de análise referente a produção do conhecimento sobre o objeto. Os dados revelam diferenças de gênero e, especificamente do modo como o fenômeno global da feminização da medicina vem incidindo na particularidade do contexto brasileiro e português.

Palavras-chave: Gênero, Saúde, Medicina

Introdução

O objetivo desta investigação consiste em avaliar a configuração de gênero e influencia sobre a organização do trabalho de médicos@s, comparando as peculiaridades das respectivas trajetórias no Brasil e em Portugal. A profissão médica foi escolhida porque, sendo desde a sua origem ocupada primordialmente por homens, atualmente se constitui em exemplo marcante de presença feminina, embora ainda persistam desigualdades entre os sexos. Outro fator determinante na escolha da Medicina como objeto de estudo é que ela apresenta taxas elevadas de feminização, ou seja, verifica-se uma crescente expansão da mão-de-obra feminina em redutos tradicionalmente ocupados por homens.

No setor saúde, em muitos países, a ocupação da força de trabalho feminino ultrapassa 75%, o que torna as mulheres indispensáveis à prestação dos serviços de saúde. Em muitos países, ainda há uma concentração de mulheres em ocupações de saúde de menor qualificação, e apenas uma minoria em ocupações de qualificação mais elevada. Em 1997, no contingente dos médicos com menos de 30 anos de idade, as mulheres correspondem a aproximadamente 50% da força de trabalho (MACHADO, 1997). Maria Helena Machado (1997) ao analisar a situação profissional no campo da Medicina no Brasil nos anos 1940, indica que as mulheres somavam apenas 1% do contingente, o que indica que o processo de feminização têm apresentado uma taxa de crescimento vertiginosa: quase 35% dos profissionais no país atualmente são mulheres e a tendência, de ainda maior expansão. É necessário avaliar se a inserção das mulheres na profissão tem configuração nas relações de gênero no ambiente de trabalho, buscando evidenciar se existem discriminações de sexo em relação à mulher, e em que medida este fator poderia estar afetando negativamente sua carreira profissional. De acordo com o número de matrículas por sexo em cursos universitários, é de ainda maior expansão. É necessário avaliar se a inserção das mulheres na profissão tem configuração nas relações de gênero no ambiente de trabalho, buscando evidenciar se existem discriminações de sexo em relação à mulher, e em que medida este fator poderia estar afetando negativamente sua carreira profissional.

A medicina reflete os valores e estereótipos da sociedade, decorrendo os vieses de gênero nos serviços de saúde da estratificação social relativamente ao gênero. A partir do gênero, pode-se perceber a organização concreta e simbólica da vida social e as conexões de poder nas relações entre os sexos; o seu estudo é um meio de decodificar e de compreender as relações complexas

entre diversas formas de interação humana. A análise de gênero na força de trabalho em saúde pode revelar o fato de que os Sistemas de Saúde possivelmente refletem ou mesmo exacerbam muitas das desigualdades sociais¹ (de gênero, classe, etnicidade/raça, idade/geração e orientação sexual) que deveriam procurar reduzir ou evitar, para não tornar mais dramáticas as vivências dos indivíduos e, mais especificamente, das mulheres.

O termo gênero é muito confundido com o termo “sexo”. Enquanto sexo é uma categoria que demarca as diferenças entre os significados do que é ser fêmea e ser macho, *gênero* é um conceito relacionado à construção social do feminino/masculino, através da dinâmica das relações sociais que configuram uma identidade pessoal, uma história de vida e um projeto de vida que refletem concepções de gênero internalizadas por homens e mulheres. É a partir da observação e do conhecimento das diferenças sexuais do que é masculino e do que é feminino, que a sociedade estrutura as representações **de gênero**. Compreender essa diferença é essencial para discutir a igualdade. Joan Scott (1990, p.14) define gênero como “um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder”. O conceito de gênero se refere às relações entre mulheres e homens, mulheres e mulheres, homens e homens.

Todas essas relações criam várias desigualdades, fazendo com que alguns tenham mais poder sobre outros, sendo considerados mais importantes e respeitados na sociedade. Durante muito tempo não foi reconhecida a existência de vieses de gênero na medicina. Ao longo da última década do século XX, destacam-se evidências empíricas acerca do possível tratamento médico inadequado das mulheres como resultado de vieses de gênero. A baixa participação das mulheres em posições de gestão e de liderança pode levar a uma menor atenção e compreensão tanto dos aspectos das condições de trabalho que caracterizam a maioria dos empregos das mulheres quanto dos cuidados de saúde específicos para elas.

Metodologia adotada

As ferramentas, métodos e abordagens existentes para a análise da força de trabalho em saúde, inicialmente desenvolvidos e voltados para os setores

1 A omissão de considerações sobre o gênero também pode levar ao atendimento inadequado do sistema de saúde às necessidades dos homens: por exemplo, os serviços de saúde reprodutiva, em geral não são estabelecidos de modo a incentivar a participação masculina.

de trabalho predominantemente masculinos, devem ser validados e ampliados para as análises do emprego feminino. As análises das condições de trabalho devem levar em consideração fatores que afetam de maneira mais específica as trabalhadoras, tais como cargas físicas de trabalho, conciliação entre trabalho e família, relacionamento com os clientes e assédio sexual. A abordagem dialética mostrou-se coerente por meio do estudo de multicasos, para desvendar as representações sociais de dezoito entrevistados (*seis do sexo masculino e doze do sexo feminino*) atuantes na ESF de Aracaju/SE e das Unidades de Saúde Familiar (USF) da Zona Norte de Portugal (Porto e Vila Nova de Gaia) e na região Centro de Portugal(Coimbra). Outras fontes de informação não menos importantes (documentos, estatísticas da Demografia Médica no Brasil (2013) e em Portugal – o relatório final do Estudo de Evolução Prospectiva de Médicos no Sistema Nacional de Saúde (2013), constituíram a base de análise referente a produção do conhecimento sobre o objeto deste estudo. As formas de sociabilidades se diferenciam e são marcadas por especificidade e contradições. Os sujeitos, enquanto atores individuais e coletivos inseridos em determinados contextos organizacionais e institucionais (hospitais, centros de saúde, agência do setor, organizações, instituições, com trajetórias históricas, hierárquicas) tanto criam relações sociais como também são produto destas.

Particularmente, as mudanças na estrutura atual do setor saúde, e no mercado de trabalho médico no Brasil, levam-nos a afirmar que estas têm afetado a profissão médica nuclearmente, tanto em seus elementos constitutivos-ética, autonomia, saber, ideal de serviço, etc., – como em sua prática no mundo do trabalho (MACHADO, 1996, p. 126). Machado (1996) denuncia o crescente processo de assalariamento dessa categoria mediante a forte presença do Estado no setor. Tal fenômeno é observado em Portugal e no Brasil. As contradições advindas do mundo do trabalho e suas transformações incidem no âmbito das políticas públicas e sobre esses profissionais, diminuindo o poder das corporações e revelando contradições entre identidade de si e para si.

Perfil da força de trabalho na medicina no Brasil e em Portugal

A coleta, processamento, disseminação e uso de dados desagregados por sexo podem ajudar a planejar, monitorar e avaliar, satisfatoriamente, as intervenções relativas a gênero no local de trabalho e contribuem para compreender como as diferenças sociais e comportamentais entre homens e mulheres podem levar a desigualdades no setor saúde, nas condições de trabalho, no acesso aos

serviços de saúde e aos seus resultados. Uma estratégia para a análise de gênero da força de trabalho em saúde deve incluir quatro componentes-chave: a) A capacitação para a análise de gênero nas políticas e no planejamento voltado para a força de trabalho, nos níveis internacional, nacional e subnacional; b) A implicação do gênero no desenvolvimento de orçamentos nacionais voltados para a força de trabalho em saúde; c) A promoção do uso de dados desagregados por sexo em todos os níveis de atividades de monitoramento e avaliação; e o estabelecimento de responsabilidade e transparência.

A segregação ocupacional por gênero pode corresponder tanto a um agrupamento vertical (diferenciais na razão por sexo de acordo com o status relativo de emprego) quanto a um agrupamento horizontal (diferenciais de sexo de acordo com a especialização). As condições e as oportunidades de trabalho variam significativamente entre as ocupações e os países, a equidade de gênero pode ser caracterizada pela ausência de diferenças observadas por gênero. Pesquisa sobre o “Perfil dos Médicos no Brasil”(2011) informa que 57% deles conciliam três ou mais atividades, condição essa que incide na questão da saúde desse trabalhador e nas suas condições de trabalho. Tal aspecto, é reflexo do processo de assalariamento da categoria, e tem relação direta com a remuneração, oferta e demanda do mercado, devido ao crescimento de postos médicos². Com relação ao sexo, diplomaram-se no período em análise 4.031 alunos do gênero masculino e 7.287 alunos do gênero feminino. (UNIVERSIDADE DE COIMBRA, 2013 p. 41).

No Brasil, dados de 2012 dos Ministérios da Educação e da Saúde informam que anualmente diplomam-se 16.541 novos médicos em 188 escolas. Destas, 39% (73) são públicas, e 61%(115) são privadas, evidenciando, portanto, a forte presença do setor privado no sistema educacional brasileiro, em particular na formação médica. Esse cenário mostra tanto a mercantilização da educação no Brasil, com também considera-se que tal fato repercute na construção das identidades profissionais, em que pese a não ser determinante, uma vez que o lugar, suas especificidades e origens também influem no processo de construção, reconstrução ou afirmação identitárias. Maciel Filho (2007) chama a atenção para a importância e o determinismo que o sistema educacional, a sua estrutura e natureza, o processo de formação, o modelo pedagógico, e o

2 Tais fatores podem significar, em parte, dificuldades no estabelecimento de vínculos, e na relação entre o tempo da consulta e a qualidade da intervenção (BASSETTE; MANDELLI, 2011).

modelo de acesso ao sistema de saúde em Portugal exercem na qualidade da formação da força de trabalho.

No Brasil desde o ano de 2011, a distribuição das vagas nas escolas médicas do país, mostra-se desigual por regiões. A desigualdade entre as regiões do país, se refere tanto à oferta de vagas para o curso de medicina, quanto ao acesso da população dessas regiões aos serviços médicos, sobretudo quando tal desigualdade está relacionada ao contingente populacional dessas regiões³. Esse fato também denota que as regiões do país mais desenvolvidas economicamente, como o Sul e o Sudeste, foram priorizadas tanto pelo Estado como por outros segmentos, a exemplo da própria corporação médica, em períodos históricos anteriores⁴. No Brasil (um país de dimensões geográficas e populacionais bem superiores a Portugal), a pesquisa Demografia Médica no Brasil (SCHEFFER, 2013) informa o número de registros médicos em atividade no país, até o mês de outubro de 2012 atingiu o quantitativo de 388.015. A crescente inserção de outras categorias profissionais no setor saúde no Brasil, a exemplo dos farmacêuticos, bioquímicos, fisioterapeutas/ terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e fonoaudiólogos, evidenciam a conformação de uma equipe multiprofissional.

Distribuição de médicos por regiões no Brasil:

Observa-se a distribuição desigual dos postos médicos no Brasil, entre as regiões, sobretudo, entre os municípios e as capitais, com destaque para o número maior de postos médicos nas regiões Sul, Sudeste e o Distrito Federal e menor nos Estados do Maranhão (1,3), Pará (1,7) e Ceará (1,8), quanto na relação entre as capitais e os demais municípios, com destaque para as capitais dos Estados do Pará (4,8), Amapá (3,4) e Acre (4,0) em relação aos seus respectivos municípios (0,9), (0,8), (0,8). Em Sergipe menor estado do país, a desigualdade na distribuição dos médicos também se faz presente em Aracaju

3 No Nordeste, há 3.445 vagas no ensino médico, o que representa aproximadamente 21%; já a região Norte apresenta 1.420 vagas, ou seja, aproximadamente 9% do total de 16.541 vagas disponíveis no país.

4 Pereira Neto (2001) no estudo sobre o Congresso Nacional dos Práticos realizado em 1922, observa consenso entre os relatores, qual seja, “tornar o acesso e a permanência no ensino superior ainda mais limitados e elitistas” (PEREIRA NETO, 2001, p. 113). A segunda proposição referia-se à limitação do número de vagas na faculdade de medicina; já o terceiro acordo girou em torno da ideia de evitar o ingresso de médicos estrangeiros no mercado nacional, entre outras proposições.

a capital, concentrando (6,7) médicos por 100 habitantes e apenas (1,5) nos municípios. Em que pese haver registro da ampliação das estruturas e da oferta de postos médico no interior sergipano, sobretudo nas sedes das regionais de saúde, a exemplo de Nossa Senhora do Socorro, Lagarto, Itabaiana, Estância e Nossa Senhora da Glória, o Estado vem encontrando dificuldades para fixar e fazer funcionar, com toda sua potencialidade, os equipamentos de saúde instalados nesses municípios, e em outros que conformam o Estado.

Em Portugal, diferentemente do Brasil, na profissão médica as mulheres já superaram os homens e representam 51% do total. Apesar de esse percentual apresentar certo equilíbrio em termos de gênero já é um indicativo da tendência de feminização da categoria, pois é possível denotar que nos escalões etários até 39 anos. As mulheres representam quase o dobro dos homens. Verifica-se um acentuado rejuvenescimento da medicina no país, uma vez que 31% do total têm até 39 anos. O Estudo de Evolução (2013), no país os médicos, de forma global, conformam um grupo profissional envelhecido, pois 54% dos seus componentes têm mais de 50 anos e o escalão etário entre os 50 e os 59 anos concentra 30% de todos os profissionais.

No Brasil, segundo dados do Conselho Federal de Medicina (2009, p. 24), pela primeira vez, as mulheres passaram, (em 2011), a ser maioria dentro do grupo de médicos com 29 anos ou menos, tendência confirmada em 2012. Do total de 51.070 médicos inseridos na referida faixa etária, 54,50% são mulheres e 45,50% são homens. O mercado de trabalho médico, ainda deverá permanecer com maioria de homens por mais uma década e meia, considerando que, até os anos 1970, a profissão era predominantemente masculina. Projeta-se que somente em 2028 as mulheres serão maioria no mercado médico brasileiro (SCHEFFER, 2013, p.25). Cruz defende que, ao se analisar a força de trabalho de mulheres, é preciso considerar “o processo de dominação social, política e ideológica”, o que denota relações de poder com resquícios patriarcais (CRUZ, 2005, p. 42).

Quanto ao processo de feminilização da medicina no contexto mundial, tanto Machado em (1996) como Scheffer (2013) sinalizam que tal situação está relacionada com feminilização do mundo do trabalho e sua crescente participação nos cursos superiores. Para Machado “com exceção da Europa oriental – entre 1980 e 1985 registrou-se um aumento de quase sete pontos percentuais na participação das mulheres nas escolas de medicina do mundo [...]” (MACHADO, 1996). Entre 1984 e 1985 as matrículas femininas nos cursos de medicina nas Américas representaram 38, 9%. Tal aspecto pode significar

mudanças para o sistema de saúde. Em pesquisa realizada por Machado na década de 90, do século XX, aponta que no Brasil “as mulheres optam por um único emprego; b) detêm rendimentos inferiores aos homens; c) têm jornadas de trabalho menores; d) exercem menos trabalho autônomo – consultório particular” (MACHADO, 1992 apud MACHADO, 1997).

Os atributos de gênero poderão influir certamente, de modo positivo, para a constituição de um novo perfil da medicina no Brasil. Pesquisas no Brasil apontam que as mulheres médicas estão inseridas, prioritariamente, no Brasil, nas áreas clínicas. Para Cruz: “a exigência de flexibilidade comportamental nos novos conceitos de produção está frequentemente relacionada com maior flexibilidade de mulheres nos processos interativos” (CRUZ, 2012, p. 77). Estudos sobre a satisfação médico-paciente demonstraram maior contentamento dos pacientes com as médicas. Elas frequentemente envolvem mais os pacientes na tomadas de decisão, desenvolvem uma melhor eficácia nas ações preventivas, são mais colaborativas e estabelecem relações de comunicação mais democráticas⁵.

Para Scheffer (2013), as médicas se adequam mais facilmente ao funcionamento e à liderança de equipes multidisciplinares de saúde; contribuem com a utilização otimizada de recursos, pois são menos inclinadas a incorporar tecnologias desnecessárias; atendem mais adequadamente às populações vulneráveis. Ademais, segundo a autora, as mulheres realizam menos plantões que os homens, assumem menos serviços e, geralmente, optam por uma carreira profissional mais curta, além disso, quando comparadas aos colegas médicos, elas são as que menos optam para atuarem em regiões periféricas e do interior do país.

Divisão sexual da profissão e das especialidades

A região Sul do Brasil possui o maior número de especialistas, ou seja, do total de 54.851 médicos, 64,89% são especialistas; nas regiões Norte (9.126) e Nordeste (34.680) o número de generalista é superior ao número de especialista.

5 Em muitos contextos, o acesso a prestadores de serviço do sexo feminino é um fator determinante dos padrões de utilização do serviço de saúde pelas mulheres. A tendência de qualificação de médicos, particularmente no agrupamento mais jovem no qual as mulheres são maioria, aliada às positivities sobre as competências sociais e técnicas da mulher médica, são um interessante indicativo que pode ser positivamente aproveitado para reorganizar a força de trabalho médica no Brasil, e qualificá-la de acordo com as necessidades do SUS.

A exceção fica por conta da região Centro-Oeste que, além de apresentar o segundo menor número de profissionais médicos em sua totalidade, inferior apenas à totalidade região. *Entre os 388.015 médicos na ativa no Brasil, 53,57% são especialistas e 46,43% são generalistas*⁶. Grande parte dos médicos generalistas encontra-se nas faixas etária mais jovens, com até 29 anos, faixa esta que também inclui o maior números de mulheres médicas, muitas ainda cursando a Residência Médica. No Brasil, diferentemente de Portugal, o trabalho médico na Estratégia de Saúde da Família (ESF) não exige o título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade. O Estado com maior número de especialista é o Rio Grande do Sul com 66,29% de especialistas de um total de 25.541 médicos; destes 8.611 (33,71%) são generalistas. O Rio de Janeiro, como os demais estados da região, registra um número elevado de médicos em relação a outras regiões do país, apresenta maior contingente de generalistas; ao todo são 32.795 (55,79%) de um total de 58.782 médicos.

Particularidade da demografia médica

Em Sergipe, menor estado do Brasil, o número de especialistas, é de 1.736, o que representa 57,62% de um total de 3.013 médicos, superando o número de médicos generalistas (1.277 - 42,83%). Médicos(as) formados na UFS revelaram sentirem-se preparados para o trabalho na clínica, no início de sua inserção na ESF, isto porque, lhes faltou uma formação generalista, para lidar com as doenças que mais se apresentam nas demandas das consultas de Atenção Primária em Saúde (APS). A formação médica tradicionalmente é mais especializada, fragmentada, o que pode contribuir para que os jovens médicos se sentam inexperientes para o trabalho na APS, significando a valorização da cultura dos usuários dos serviços. Este aspecto demanda repensar o papel da formação acadêmica, dos docentes e da formação dos sujeitos, para além de uma mudança apenas na estrutura formal, no modelo curricular e pedagógico.

Observa-se um empate entre homens e mulheres tanto no que diz respeito ao número de especialistas e de generalistas. Ou seja, 53,43% do total de especialistas são do sexo feminino e 53,68% são do sexo masculino. Em relação aos generalistas os números evidenciam que 46,32% são do sexo masculino e 46,57% são do sexo feminino. Em muitos contextos, o acesso a prestadores de

6 Segundo a pesquisa Demografia Médica no Brasil (SCHEFFER, 2013), generalistas são àqueles que não têm título de especialista.

serviço do sexo feminino é um fator determinante dos padrões de utilização do serviço de saúde pelas mulheres.

A ideia da racionalidade científica e tecnológica presentes de forma intensa nos sistemas de saúde, em particular nas sociedades ocidentais, é expressão da ciência moderna, das chamadas tecnociências que influenciaram fortemente e continuam influenciando o campo científico da medicina, trazendo resultados positivos e também dificuldades para uma proposta de visão mais holística do processo saúde-doença, dada a contínua fragmentação e especialização do cuidado em saúde. Ter ou não ter uma especialidade, configura-se como um aspecto que impacta na construção identitária do médico tornando-se um elemento diferenciador na representação social desses atores, muitas vezes alimentada no próprio espaço de formação universitária. As especialidades médicas sofrem variações dentro da sua estrutura entre os países. Enquanto em Portugal se reconhecem (pela Ordem dos Médicos) 47 especialidades, em França este número reduz-se para 40 especialidades (compreendendo a “*Médecine Générale*”) e no caso de Inglaterra o NHS estabelece 68 especialidades (considerando a “*General Practice*” entre estas especialidades) (UNIVERSIDADE DE COIMBRA, 2013, p. 66).

Em Portugal, em razão do contexto histórico, social e político, o número de vagas no Internato Médico⁷ nos últimos anos tem sido aplicado o critério do ‘número de vagas igual ao número de candidatos’ quer para o ingresso no ano comum, quer para o ingresso na área profissional de especialização. O Relatório sobre o Estudo de Evolução Prospectiva de Médicos no Sistema Nacional (UNIVERSIDADE DE COIMBRA, 2013) em 2012, indica a taxa de colocação na especialidade em Medicina Geral e Familiar em Portugal foi de 95%, enquanto a das especialidades extra-hospitalares atingiu 98%.

No Brasil, Pesquisa Demografia Médica (2013), informa que as mulheres representam 54,63% dos especialistas em Medicina de Família e Comunidade, tanto homens quanto mulheres constituem as faixas etárias mais jovens dentro dessa especialidade. Elas são maioria em quatro das seis especialidades básicas, representam 69,63% dos especialistas em Pediatria, seguida de Medicina de

7 A formação médica pós-graduada consiste no Internato Médico (IM), que se realiza após a licenciatura em Medicina ou após o equivalente mestrado integrado em Medicina e corresponde a um processo de formação médica especializada, teórica e prática, tendo como objetivo habilitar o médico ao exercício tecnicamente diferenciado de uma das especialidades médicas legalmente reconhecidas” (ESTUDO DE EVOLUÇÃO PROSPECTIVA DE MÉDICOS NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE, p.47)

Família e Comunidade com 54,63%, Clínica Médica 50,96%, e em Ginecologia e Obstetrícia (50,53%). No Brasil⁸ observa-se uma tendência mundial na qual a opção por Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia prevalecem entre o sexo feminino. Com relação a outras especialidades, diferentes daquelas consideradas básicas, as mulheres são maioria em áreas como Dermatologia com mais de 72,90%, Genética Médica 66,50%, Endocrinologia e Metabolologia 65,01% e em Alergia e Imunologia 60,83% e Infectologia 55,52%. As mulheres superam os homens em 13 especialidades e, em contraposição, os homens são maioria em 40 das 53 especialidades e portanto, representam 75,06% das áreas (SCHEFFER, 2013, p. 147).

Para concluir

Quando o assunto é força de trabalho médica no Brasil e em Portugal é preciso considerar que as condições geográficas, a cultura, os contextos histórico e social, a conjuntura política e as características epidemiológicas incidem de forma diferenciada na sua formação, ao tempo que apresenta aspectos similares na sua constituição. Os dados revelam diferenças de gênero e, especificamente do modo como o fenômeno global da feminização da medicina vem incidindo na particularidade do contexto brasileiro e português. Em Portugal, o processo de feminização da categoria médica mostra-se mais acentuado e consolidado, observando-se dois traços que o diferenciam. Primeiro é a preponderância feminina em diferentes especialidades. Ou seja, das 47 especialidades, elas são maioria, com taxa superior a 50%, em 33 das especialidades o que corresponde a 58% do total. A outra se refere ao fato de que, diferentemente do Brasil, as especialidades em que se denota uma taxa de feminização mais elevada são a Medicina Legal, a Psiquiatria da Infância e da Adolescência, a Imunohemoterapia e a Radioterapia. As médicas não estão em áreas básicas como se denota no Brasil. Registra-se semelhança com o caso brasileiro na preponderância do gênero masculino nas especialidades cirúrgicas e em áreas

8 No Brasil existem 53 áreas de especialidades, observando-se a prevalência da pediatria no contexto nacional brasileiro, pois a mesma totaliza 30.112 especialistas seguida da área de Ginecologia e Obstetrícia que soma 25.032.; em terceiro lugar vem Cirurgia Geral com 22.276, seguida de Clínica Médica com 21.890 que, juntas, somam 37,03% do total e estão no grupo das chamadas áreas básicas. No cenário exposto o 19º lugar é ocupado pela área de Medicina de Família e Comunidade em contraposição à necessidade do mercado de trabalho brasileiro que absorve aproximadamente 35 mil médicos.

como Urologia, Ortopedia, Medicina Desportiva, a Farmacologia Clínica⁹. As concepções mais igualitárias no espaço das relações de gênero estariam diretamente relacionadas, na ação feminina, à ampliação do universo de escolhas e ao maior investimento na própria qualificação bem como na vida profissional. Os dados revelam a existência de relações de poder. Isto porque vivemos em um mundo que confere maior importância ao sexo masculino. As escolhas profissionais estão presentes antes mesmo da ação, assim o indivíduo vai construindo e reconstruindo formas identitárias por meio e na relação consigo mesmo e com o outro. As representações sociais tanto de homens quanto de mulheres não são reguladas tão somente pelas relações interpessoais entre mulheres e homens, como também ela ocorre nas relações entre mulheres e mulheres, bem como entre homens e homens.

Referência bibliografia

BASSETTE, Fernanda. MANDELLI, Mariana. Plano prevê abertura de 2,5 mil vagas de Medicina para reduzir desigualdade. **O Estado de São Paulo**. (19 jul. 2011) Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/impreso,plano-preve-abertura-de-25-mil-vagas-de-medicina-para-reduzir-desigualdade,746743,0.htm>> Acesso em 10 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES N° 4, de 7 de novembro de 2001. Publicada no Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. 2001.

CRUZ, Maria Helena Santana. **Mapeando diferenças de gênero no ensino superior da Universidade Federal de Sergipe**. São Cristóvão: Editora UFS, 2012, 370p.

_____ **Trabalho, gênero e cidadania: Tradição e modernidade**. São Cristóvão: Editora UFS, Aracaju: Fundação Oviêdo Teixeira, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, **Número de médicos cresce em ritmo mais acelerado que a população. (13/04/2011)**. Disponível em: <http://www.escolasmedicas.com.br/art_det.php?cod=206>. Acesso: 10 nov. 2011.

9 Cf. UNIVERSIDADE DE COIMBRA(2013, p.15).

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, **O médico e o seu trabalho**: aspectos metodológicos e resultados do Brasil. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 2009–AMS 2009**. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/.../ams/2009/ams2009.pdf. Acesso em: 12 mai. 2013.

MACHADO, Maria Helena; OLIVEIRA, Eliane dos Santos de; MOYSES, Neusa Maria Nogueira. **Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil**. Conferência Internacional sobre Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde na Mesa de Discussão: Mercado de Trabalho em Saúde e Dinâmica da Oferta e Demanda. Rio de Janeiro, 10 de Junho, 2010. Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde do Estado de Minas Gerais Disponível em: <http://www.cosemsmg.org.br/cosems/imagens/fbfiles/files/artigo_tendencias_EM_REVISAO.pdf> Acesso em 24 jan. 2014.

MACHADO, Maria Helena. Trabalho e emprego em saúde. In: GIOVANELLA, (org.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

MACHADO. Helena. **Os médicos no Brasil**: um retrato da realidade (Coordenadora). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

_____ **Os médicos e sua prática profissional**: as metamorfoses de uma profissão, (1996). Tese. (Doutorado em Ciências Humanas e Sociologia). Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa do Rio de Janeiro, 1996.

MACIEL FILHO, Rômulo. **Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde**: o caso brasileiro. 2007, 262 f.. Tese (Doutorado em Medicina) Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <www.tesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/get.php?id=350> Acesso em 04 nov. 2011.

MEDICI, A. C; MACHADO, M. H.; NOGUEIRA, R. P. *et al.* El mercado de trabajo en salud: aspectos teóricos, conceptuales y metodológicos. **Educación Médica y Salud**, v. 25, n. 1, p. 1-14, 1991

PEREIRA NETO, André de Faria. **Ser médico no Brasil**: o presente no passado. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

SCOTT, W Joan. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica. Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 16, n.2, jul./dez, 1990.

SCHEFFER, Mário. (Coordenador) **Demografia Médica no Brasil**, v. 2. Equipe de pesquisa: Alex Cassenote, Aureliano Biancarelli. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013.

UNIVERSIDADE DE COIMBRA. Estudo de Evolução Prospectiva de Médicos no Sistema Nacional de Saúde – Relatório Final, junho de 2013. Universidade de Coimbra. Disponível em: www.nortemedico.pt/download.php?...20130918162117 Estudo Evoluca. Acesso em: 10 dez. 2013.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)
- Programa de Doutorado Sanduíche (PDSE) Processo: 9850/11-2.

ABORTO ESPONTÂNEO E ABORTO “ESCONDIDO: CONSIDERAÇÕES SEGUNDO ENFERMEIROS/AS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Josilene Barbosa do Nascimento
ninjosibn@gmail.com

Idalina Maria Freitas Lima Santiago
Universidade Estadual da Paraíba/Grupo Flor e Flor Estudos de Gênero
imfls@uol.com.br

Resumo: O presente texto percorre parte dos resultados da pesquisa intitulada “Mulheres paraibanas: saúde sexual e reprodutiva”, financiada pelo MCTI/CNPq/SPM-PR/MDA, edital nº 32/2012, realizada em quatro municípios da Paraíba, representando, cada município, uma das quatro mesorregiões do referido Estado, que teve como objetivo geral verificar se as mulheres atendidas nas Estratégias Saúde da Família tiveram acesso aos serviços direcionados à saúde sexual e reprodutiva previstos na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher – PNAISM. A pesquisa, entretanto, envolveu dois tipos de coleta de dados: uma de caráter documental, através de consultas em dados secundários, e outra através da obtenção de dados primários junto às usuárias das Estratégias Saúde da Família, aos/as gestores/as públicos responsáveis pela área técnica de saúde da família e/ou saúde da mulher, e enfermeiros/as que fazem parte das equipes de saúde da família pertencentes às Unidades de Saúde da Família escolhidas como campos de coleta de dados. No presente artigo apresentaremos os procedimentos tomados pelos/as enfermeiros/as para os encaminhamentos relacionados aos casos de suspeita de aborto espontâneo ou provocado clandestinamente.

Palavras-chave: aborto espontâneo, aborto provocado clandestinamente, Estratégia Saúde da Família, atendimentos dos/as enfermeiros/as nos casos de suspeita de aborto.

Introdução

A pesquisa “Mulheres paraibanas: saúde sexual e reprodutiva” teve como objetivo geral verificar se as mulheres atendidas nas Estratégias Saúde da Família, localizadas nos municípios de Cajazeiras, Patos, Campina Grande João Pessoa, tiveram acesso aos serviços direcionados à saúde sexual e reprodutiva previstos na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher – PNAISM.

A importância da pesquisa se justifica por ser um estudo pioneiro em nível do Estado da Paraíba, visto que constatamos, verificando o acervo disponível nas bibliotecas centrais da Universidade Estadual da Paraíba, Universidade Federal de Campina Grande e Universidade Federal da Paraíba, a não existência de pesquisas e/ou estudos que tratam dos serviços públicos de saúde direcionados à saúde sexual e reprodutiva em nível estadual. Alguns estudos encontrados estão concentrados apenas na realidade de Campina Grande, supostamente por ser um dos primeiros municípios do país a ter implantado, com excelência e por isso ganhando destaque em nível nacional, o Programa Saúde da Família – atual Estratégia Saúde da Família –, isso ocorrido no ano de 1994.

A pesquisa, então, envolveu dois tipos de coleta de dados: uma de caráter documental, através de consultas em dados secundários, como publicações, por exemplo, e outra através da obtenção de dados primários junto às usuárias das Estratégias Saúde da Família, aos/as gestores/as públicos responsáveis pela área técnica de saúde da família e/ou saúde da mulher, como os/as coordenadores/as de saúde da mulher e os/as gerentes de atenção básica em saúde, e enfermeiros/as que fazem parte das equipes de saúde da família pertencentes às Unidades de Saúde da Família escolhidas como campos de coleta de dados.

Foi imprescindível, para atingir ao objetivo proposto, traçar um perfil socioeconômico destas mulheres; identificar os serviços básicos, bem como os serviços de média e alta complexidade, oferecidos no município direcionados à saúde da mulher; e verificar as informações obtidas pelas usuárias das Unidades de Saúde da Família a respeito de temas voltados para a saúde sexual e reprodutiva, como menarca, início da vida sexual, contracepção, gravidez, parto, amamentação, aborto, prevenção do câncer de mama e do colo do útero, HIV/Aids e DST, e climatério/menopausa. Aplicamos, então, questionários com perguntas fechadas junto a 150 mulheres em cada município, totalizando 600 questionários aplicados, e entrevistamos, com uso de um roteiro de entrevista semiestruturado, os/as já citados/as gestores/as públicos e enfermeiros/as.

O roteiro de entrevistas semiestruturado direcionados aos/às gestores/as públicos visava saber sobre o trabalho de gerência da atenção básica em saúde ou de coordenação de saúde da mulher. Quanto ao roteiro aplicado junto aos/às enfermeiros/as, o objetivo, entre outros, era verificar suas atribuições na equipe de saúde, assim como ocorria o planejamento familiar, as consultas de pré-natal e a distribuição dos métodos contraceptivos, como eram diagnosticados, tratados ou encaminhados os casos de Doenças Sexualmente Transmissíveis, se existia educação em saúde na Unidade de Saúde, os casos de encaminhamento para a média e alta complexidade, ou encaminhados dos casos de aborto, seja espontâneo ou não etc.

Nesse sentido, a pesquisa em questão teve como eixo metodológico à abordagem descritivo-analítica, a partir da coleta de dados quantitativos e qualitativos com os quais desenvolvemos nossas análises de modo a favorecer uma compreensão do objeto investigado.

Diante das informações coletadas na pesquisa, para a construção deste texto realizamos um recorte específico para as reflexões, considerando aspectos relacionados às interrupções de gravidez, sejam provocadas, porém clandestinas, como espontâneas. Assim, o objetivo desse artigo é apresentar os procedimentos tomados pelos/as enfermeiros/as para os encaminhamentos relacionados ao abortamento, seja espontâneo ou provocado. No caso aqui em questão, foram entrevistados/as 18 enfermeiros/as, assim distribuídos/as:

CAJAZEIRAS

Código de identificação	Sexo/idade	Religião	Estado civil
C1	F/27	Católica	Solteira
C2	F/29	Católica	Solteira
C3	F/31	Católica	Casada
C4	F/57	Católica	Casada
C5	M/33	Católico	Casado

PATOS

Código de identificação	Sexo/idade	Religião	Estado civil
P1	F/23	Católica	Solteira
P2	F/27	Católica	Casada
P3	F/32	Católica	Casada
P4	F/32	Espírita	Casada

CAMPINA GRANDE

Código de identificação	Sexo/idade	Religião	Estado civil
CG1	F/30	Sem religião	Divorciada
CG2	F/32	Evangélica	Casada
CG3	F/33	Católica	Solteira
CG4	F/35	Católica	Divorciada

JOÃO PESSOA

Código de identificação	Sexo/idade	Religião	Estado civil
JP1	F/38	Católica	Casada
JP2	F/38	Evangélica	Solteira
JP3	F/39	Evangélica	Casada
JP4	F/50	Evangélica	Casada
JP5	F/53	Católico	Casada

Verificamos que a maioria dos/as entrevistados/as são cristãos e apenas uma, apesar de indicar que acredita na existência de Deus, informou que não possui religião. A idade varia entre 23 até 57 anos, com prevalência da faixa etária entre 31 a 39 anos.

Quanto à formação, todos/as informaram que possuem bacharelado em enfermagem, sendo que 14 possuem algum tipo de pós-graduação *lato sensu*, principalmente especialização em saúde da família ou saúde coletiva, 01 está concluindo a especialização em gestão em saúde, outra pós-graduação *stricto sensu*, no caso mestrado em ciências da saúde.

Considerações sobre o aborto

Compreende-se o aborto como a cessação precoce da gravidez com a remoção ou expulsão de um embrião (antes da 8ª ou 9ª semanas de gestação) ou feto (depois da 8ª ou 9ª semanas de gestação), ocasionando na morte do concepto. O aborto pode ser espontâneo, quando a expulsão de um embrião ou feto é involuntária, não intencional, ou seja, causada, geralmente, por anomalias cromossômicas do feto ou embrião, ou provocado/induzido, com uso de ingestão de medicamentos ou por meio mecânico e/ou do método cirúrgico. O aborto provocado pode ocorrer a partir de julgamentos/avaliações médicos aceitos pela lei, denominado aborto terapêutico, ou realizado clandestinamente por pessoas, na maioria das vezes, leigas, o que é considerado crime.

Quando o feto é eliminado após a 20ª semanas de gestação, ele é considerado natimorto, ou seja, um termo para se referir ao feto que morreu por causas naturais dentro do útero ou durante o trabalho de parto. É natimorto exatamente por não se encontrar com vida quando sai do corpo materno.

O aborto provocado, enquanto prática clandestina, traz consigo o estigma da reprovação, porém não foi assim no decorrer da história da humanidade. Como por exemplo, na Antiga Grécia, o aborto era recomendado por Aristóteles como prática eficiente para restringir os nascimentos e manter inalteráveis as populações das cidades gregas.

A prática do aborto era corrente e encarada naturalmente, sendo feita, sobretudo, entre as meretrizes. Sócrates aconselhava às parteras (por sinal profissão de sua mãe) que facilitassem o aborto às mulheres que assim o desejassem. (PINTO & TOCCI, 2003, p. 57)

O aborto também era um método comum em Roma, embora significado de diferentes modos, de acordo com a época. Assim, diante de uma taxa de natalidade elevada, como nos primeiros tempos da República, o aborto era bem aceito, porém com a decadência da taxa de natalidade, isso ocorreu a partir do Império, a legislação se tornou bastante rígida, considerando o aborto provocado como crime contra a segurança do Estado.

No século XIX, nos países industrializados, ocorreu a expansão do aborto provocado, principalmente entre as classes mais populares, decorrente da crescente emigração do campo para a cidade.

Na classe alta o controle da natalidade era obtido através de uma forte repressão sexual sobre seus próprios membros e a prática do aborto, embora comum, era severamente condenada. (PINTO & TOCCI, 2003, p. 57)

Pinto e Tocci (2003) afirmam que na União Soviética o aborto provocado deixou de ser percebido como um delito, tornando-se um direito da mulher a partir de decreto de 1920. Entretanto, em alguns países da Europa Ocidental, ocorreu um processo inverso, principalmente naqueles que sofreram enormes perdas durante a Primeira Guerra Mundial, optando por uma política natalista, com o enrijecimento na legislação do aborto.

Schor e Alvarenga (1994) lembram que com a elevação do nazifacismo, as leis antiabortivas tornaram-se bastante rígidas nos países em que ele se estabeleceu, “com o lema de se criarem “filhos para a pátria”. O aborto passou a ser punido com a pena de morte” (p. 20). Nesse caso, tornando-se delito contra a nação.

Após a Segunda Guerra Mundial, as leis continuaram bastante restritivas até a década de 60, com exceção dos países socialistas, dos países escandinavos e do Japão. (país que apresenta lei favorável ao aborto desde 1948, ainda na época da ocupação americana). (SCHOR & ALVARENGA, 1994, p. 20)

No caso do Japão, o principal objetivo da lei favorável ao aborto, denominada “Lei da Proteção Eugênica”, seria a utilização do aborto como medida eficaz para os problemas decorrentes da superpopulação e conseqüente aceleração da taxa de crescimento populacional. A realização do aborto, então, é legal no Japão, não estando constrangida a discussões religiosas ou políticas como ocorre nos Estados Unidos e em outros países.

No caso no Brasil, no Código Penal brasileiro, ou seja, no Decreto-Lei nº 2.848/1940, são demarcados os delitos que atingem a pessoa humana em seu aspecto físico ou moral, e, dentre eles, estão pressupostos os tipos do crime de aborto. De acordo com o referido Código Penal, serão consideradas práticas criminosas, no Art. 124 - Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lhe provoque; Art. 125 - Provocar aborto sem o consentimento da gestante; e Art. 126 - Provocar aborto com o consentimento da gestante. Nesse sentido, o auto aborto e a permissão para a prática do aborto são crimes que somente poderão ser cumpridos pela gestante, sendo puníveis com reclusão. Diferentemente de causar aborto em si mesma ou permitir que outra pessoa lhe provoque, a prática de aborto também pode ser cumprida por terceira pessoa, com ou sem a permissão da gestante. Tais modalidades, por sua vez, são puníveis também com detenção.

Ainda, no Brasil, existem condições que tornam legal a realização do aborto, e, excepcionalmente, o Código Penal apresenta duas hipóteses que o aborto poderá ser praticado por médico, ou seja: quando a gravidez significar risco a vida da gestante, considerando, nesse caso, que a Lei optou pelo resguardo da vida da mãe diante do sacrifício de um ser que ainda não foi totalmente formado e, nesse contexto, não seria prudente sacrificar a vida de ambos

se, na realidade, uma vida poderia ser salva em detrimento de outra; ou quando a gravidez for resultado de estupro e o aborto for antecedido de permissão da gestante, ou, se incapaz, por seu representante legal. O que ocorre, no caso da segunda condição, é que o Estado não poderia impor a gestante a gerar e parir um filho que seria fruto de um crime – no caso o estupro –, considerando que prejuízos maiores poderiam ser causados, como os danos psicológicos vivenciados pela vítima. Um terceiro caso, não previsto no citado Código Penal, prevê a interrupção da gravidez de feto anencéfalo (sem cérebro). O aborto de fetos anencéfalos foi votado pelo Supremo Tribunal Federal (STF) em abril de 2012, que decidiu, por ampla maioria, pelo direito ao aborto de fetos anencéfalos. Nesse caso, é facultativo à mulher gestante de feto anencéfalo o direito de escolher abortar ou não.

Todos os procedimentos de aborto legal devem ser oferecidos gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e, por isso, cada um desses casos deverá ser regulamentado pelo Ministério da Saúde para o amplo atendimento das gestantes que possuem direito a esse recurso. Para isso, foi criada a Portaria nº 415/2014, do Ministério da Saúde, objetivando normatizar os três tipos de aborto permitidos citados anteriormente. Tal Portaria cria e regulamenta o procedimento do aborto legal dentro da rede do SUS, como, por exemplo, define custos, padroniza normas de solicitações e autorizações. Não é preciso autorização judicial para a prática do aborto legal.

Após esse breve exposto sobre aborto, apresentaremos brevemente os dados coletados na referida pesquisa sobre aborto espontâneo e aborto provocado clandestinamente, por isso não legal, segundo as falas dos/as enfermeiros/as entrevistados/as.

Mulheres procurando serviço com suspeita de abortamento: o atendimento dos/as enfermeiros/as.

No roteiro de entrevista semiestruturado foi perguntado aos enfermeiros/as quais os procedimentos realizados caso uma mulher procurasse a Unidade de Saúde com indícios de abortamento.

Todos/as os/as enfermeiros/as entrevistados/as de Cajazeiras informaram que se acontecer de uma mulher gestante procurar o serviço em situação de abortamento ela é encaminhada para a maternidade. Porém, não informaram qual o nome da maternidade. No caso de João Pessoa, as enfermeiras informaram que encaminham para a maternidade Cândida Vargas, em Campina

Grande para a maternidade do ISEA – Instituto de Saúde Elpídio de Almeida, e em Patos para a maternidade Peregrino Filho. Uma das enfermeiras entrevistadas em Cajazeiras explicou o motivo de encaminhar a mulher gestante com suspeita de abortamento para a maternidade.

É, porque a gente, no posto, não tem como cuidar. Aborto a gente só encaminha pra maternidade. (C4)

Os/as enfermeiros/as também informaram que nas consultas de pré-natal é aconselhado às gestantes que em caso de sangramento e cólicas fortes, por exemplo, devem procurar imediatamente a maternidade. É por esse motivo que a procura de socorro nas Unidades de Saúde no caso de suspeita de aborto é rara.

No caso de Patos, uma enfermeira informou que a gestante prefere ir logo para a maternidade do que procurar ajuda na Unidade de Saúde. Nesse caso, a maternidade fica muito próxima da Unidade de Saúde. Vejamos:

Aí muita gente procura logo a maternidade porque é pertinho. A maternidade é dobrando aqui. Aí muitas vezes não vem nem pra cá, vai logo direto pra lá. (P3)

Ocorreram casos em que o/a enfermeiro/a entrevistado/a nunca tinha recebido na Unidade de Saúde que trabalha algum caso de mulher grávida apresentando suspeita de abortamento. Nos raros casos ocorridos, elas procuraram ajuda na Unidade quando acontece uma hemorragia e sente alguma dor.

Quando está em abortamento? Tem, às vezes, assim, inicialmente é um deslocamento de placenta, uma dor. Elas procuram mais por uma queixa de dor ou sangramento. Aí a gente encaminha pra maternidade, não é? Aí depois vem a notícia pela Agente de Saúde que ela abortou. É mais assim, esses abortamentos (P3)

Quando elas querem a gravidez elas vêm. A gente encaminha pra maternidade. Se ela tiver com sangramento na mesma hora a gente já faz o encaminhamento, ela já vai... (JP4)

Geralmente, essas mulheres estão fazendo pré-natal na Unidade procurada. O/a enfermeiro/a também quase sempre é o primeiro/a profissional procurado, visto que realiza consultas de pré-natal.

Já, já teve (casos de suspeita de aborto espontâneo), mas ela estava gestante. Fazendo pré-natal, era uma gravidez desejada. Mas aí abortou. (C3)

Uma enfermeira de Campina Grande relatou que é possível “sentir” quando o aborto foi espontâneo e não provocado. Geralmente a mulher que quer ter o bebê faz pré-natal e quando perde (aborta espontaneamente) passa por uma espécie de luto.

Inclusive passam pela questão do luto, da perda, a gente nota, realmente, a tristeza por ter perdido a gravidez. (CG2)

As enfermeiras P2 e P3 informaram que elas são as primeiras pessoas que a mulher procura no serviço, talvez pelo fato do médico ser homem e/ou por apresentarem mais tempo para atendê-las. Vejamos:

É, ela chegou..., normalmente elas me procuram, porque normalmente a médica tá cheia e tudo o mais, aí tem mais acesso a enfermeira. Aí relataram a questão de tá com o sangramento, cólica, fui até a médica, chamei, e aí ela foi e avaliou a paciente e solicitou o ultrassom pra avaliar, e identificando a necessidade ela é encaminhada pra maternidade pra fazer o procedimento lá, né? (P2)

Geralmente vem logo pra enfermeira. Geralmente eles procuram mais a enfermeira do que o médico. Até por conta do acesso, que a gente tá mais tempo aqui às vezes do que o médico. Mais por isso. (P3)

Quanto aos casos de aborto provocado, os/as enfermeiras/os informaram que é bastante raro a mulher que passou por esse tipo de procedimento procurar a Unidade de Saúde, até mesmo para ser encaminhada para fazer a curetagem.

Ocorreram casos em que a mulher procurou a enfermeira para que ela indicasse um remédio abortivo.

Já vieram me procurar perguntando pra mim orientar que remédio tomar pra abortar. (JP4)

Há muitos casos, também, de mulheres usuárias de drogas que engravidam e desejam abortar. Mas escondem da equipe de saúde quando provocam o aborto e sequer procuram a maternidade para que seja realizada nelas o procedimento de curetagem. Essa não procura ocorre por medo de serem descobertas e, como consequência, maltratadas.

E engravidam e quando descobrem que tá grávida, e fica escondendo da gente. Somem. É uma dificuldade que a gente também tem, de captar a gestante no primeiro trimestre, porque o primeiro trimestre é o trimestre que elas tão tentando matar. (...) Aí esconde, fica tentando matar, e eles compram medicação, Cytotec, que elas tomam. (...) Não vai pra maternidade fazer curetagem. (...) E, assim, elas têm na cabeça também é que se for pra um serviço de saúde vão maltratá-las porque ela tentou o aborto, entendeu? Muitas têm isso na cabeça. (JP4)

Certamente que esse “medo” tem explicação, considerando que aborto provocado no Brasil, se não for aborto considerado legal, é crime. Nesse sentido, as mulheres que provocam aborto geralmente não procuram a Unidade de Saúde e também não procuram ajuda em outras referências de saúde por medo de serem repreendidas e não entendidas.

Vem não. E as que tiveram problema passam direto pra Cândida Vargas. E tem umas que se... Agora já atendi uma, que já tinha colocado, que tava com suspeita, e essa inclusive tava com uma certa resistência de ir pra maternidade. (...) Falou que tinha colocado, que tava sentindo..., mas não tinha descido nada, e aí a gente pediu uma ultrassom, e depois ela disse que tava sangrando, e o sangramento persistiu e aí a gente teve de convencer ela procurar a maternidade. Porque o problema dela de ir para a maternidade é porque o pessoal fica discriminando, não é? São agressivos, né? (JP3)

Uma enfermeira, inclusive, foi “intimada” pela equipe de uma maternidade a verificar um caso de aborto.

Já teve uma que abortou na Cândida Vargas e chegou investigação pra mim sobre o aborto e ela até se chateou. Porque eu recebi

da Cândida Vargas e eu tinha que investigar, né? E ela achou que era invasão da privacidade dela. Mas eu recebi. A Cândida Vargas mandou pra investigar, que foi provocado. Ela chegou lá, com quase cinco meses. Um parto já, né? Um parto. (JP5)

Essa enfermeira considerou correta à solicitação da maternidade, visto que “aborto” com cinco meses de gestação, segundo ela, já é um crime.

Ocorreu um caso em que a enfermeira “convenceu” a mulher a não abortar.

Espontâneo é mais comum, né? Que a gente sabe que elas têm medo, têm vergonha (...) precisam fazer um procedimento. Mas esses anos que eu trabalho acho que peguei uns três, quatro casos, que elas tiveram coragem mesmo, né? Na hora que elas engravidam novamente, que a gente vai pra a anamnese, elas: ‘eu já provoquei aborto, e tal’. Eu peguei um caso no ano passado, um casal, ano passado, a mulher já tinha provocado cinco abortos e tava na sexta gestação. E esse ela conseguiu. Mas foi um trabalho bem difícil assim. Eu fiquei muito feliz porque ela teve o bebê. O bebê tá lindo, assim. E ela tinha uma coisa dela, assim, e não queria. Ela não queria ser mãe. E eu: ‘mulher, vai ser maravilhoso ter um bebê...’. Essa pessoa é do interior, aí ela disse: ‘olhe, não vou mentir pra você...’. Aí eu disse: ‘olhe, fica aqui nessa sala entre nós’. ‘Eu já fiz cinco abortos provocados. E eu tô na sexta gravidez e não sei como é que vai ser’. Aí eu percebi já que ela tava querendo abortar novamente. E eu como profissional eu não posso nunca dizer que é certo ou errado. Mas eu, particularmente, eu prezo muito pela vida. Então, assim, o que eu puder fazer pra uma mulher não provocar o aborto eu vou fazer, tá entendendo? (...) Porque eu sou uma pessoa assim que luta pela vida, (...) eu não sou a favor do aborto, assim sabe? Tenho..., porque tenho os meus princípios, minha religião e tudo mais. (PJ2)

Embora cada pessoa possa apresentar sua posição pessoal a respeito do aborto, percebemos que essa enfermeira é contra o aborto por questões religiosas, talvez por acreditar que a interrupção da gravidez, em qualquer fase, é um grande erro, “pecado”, talvez por acreditar que a alma é instalada no momento em que o espermatozoide penetra no óvulo.

Considerações Finais

A realidade aqui no Brasil é que desde que a mulher possa pagar, o aborto é “permitido” no Brasil. Se pertencer às classes menos favorecidas economicamente necessita provar que foi estuprada ou que estar à beira da morte para ter acesso a ele. Como resultado, um número incalculável de adolescentes e mulheres de mais idade, algumas já mães, que engravidaram sem desejar, buscam ao abortamento clandestino.

Constata-se, então, no caso do Brasil, que a proibição legal não impede a prática de aborto e sim reforça a clandestinidade, acontecendo em todas as classes sociais, com mulheres de diferentes faixas etárias, estando estreitamente relacionada ao elevado índice de morbimortalidade materna, visto que os procedimentos de abortamento são realizados por indivíduos tecnicamente sem qualificação e em situações precárias e, por isso, inseguras, e em locais desapropriados para a prática abortiva. Quando a mulher realiza o auto aborto, dependendo da técnica utilizada, também poderá colocar em risco a sua saúde e a sua vida. Apesar da ausência de indicadores que possibilitem constatar o número total de acontecimentos de abortamentos na população em geral, devido, inclusive, à clandestinidade que ocorre, alguns dados estatísticos oficiais indicam a adoção de medidas preventivas e de promoção à saúde reprodutiva para que a incidência percebida de óbitos por complicações causadas pelo aborto diminua. Tais dados indicam e legitimam a necessidade de se oferecer informações às mulheres a respeito do perigo a que elas se expõem quando se sujeitam a esse tipo de prática, visto que as mesmas, muitas vezes, não possuem informações sobre as consequências que podem acontecer do aborto provocado.

No caso das entrevistas dos/as enfermeiros/as, constatamos que as mulheres, quando procuram serviço de saúde, principalmente para realizarem curetagem, podem vivenciar uma assistência não humanizada. Esse é o motivo do “medo” sentido por elas e da conseqüente recusa de procurar ajuda quando se submetem ao aborto provocado.

Mesmo sabendo da existência de discursos e práticas que possibilitem uma assistência humanizada, percebemos que os/as enfermeiros/as entrevistados encontram dificuldades em legitimá-la e aplicá-la. É fundamental, então, resgatar o sentido de cuidado ao próximo, visto que a mulher que induziu o aborto necessita dos profissionais de saúde uma assistência livre de julgamentos, estigmas e críticas. Também se deve considerar a grande importância não somente

da imparcialidade no atendimento à mulher que passou pelo abortamento, mais também do sigilo profissional e da confidencialidade. A mulher deve confiar no profissional de saúde.

Finalmente, segundo o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), em seu Cap. V, Art. 45, com relação à prática abortiva realizada por profissionais de enfermagem, é proibido aos mesmos provocar aborto ou cooperar em prática destinada a interromper a gestação. Porém, isso não impossibilita ao profissional de enfermagem guardar sigilo e confidencialidade diante de práticas de aborto induzidas.

Referências

BRASIL. **Conselho Federal de Enfermagem**. Resolução 240 de 2000. Aprova o código de ética dos profissionais de enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/>. Acesso em: 20 abr. 2016.

BRASIL. **Decreto-Lei 2.848**, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PINTO, A. P.; TOCCI, H. A. O aborto provocado e suas consequências. **Revista Enfermagem UNISA**, v. 4, p. 56-61, 2003.

SCHOR, N; ALVARENGA, A. T. O aborto: um resgate histórico e outros dados. **Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento**, São Paulo, IV(2), p. 07-12, 1994.

PRODUÇÃO DE SENTIDOS SOBRE O PARTO: EXPECTATIVAS E EXPERIÊNCIAS DE HOMENS ATENDIDOS PELO SERVIÇO DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Juliana Keila Silva

Jorge Lyra

Universidade Federal de Pernambuco

juliana.k.jeremias@gmail.com,

Resumo:

Este estudo teve como objetivo geral analisar como os homens pensam o momento do parto durante a fase do pré-natal, suas expectativas para esse momento, como reconhecem a importância de sua presença no parto e as possibilidades que o serviço de saúde oferece para que esse direito seja garantido. Como abordagem teórico-metodológica adotamos um enfoque construcionista, a partir da perspectiva das práticas discursivas e produção de sentidos. Realizamos observação no cotidiano através de um mapeamento nas oito USFs localizadas na microrregião 4.3 do Distrito Sanitário IV do município de Recife. Uma das questões mais relevantes para nossa pesquisa era estarmos atentos/as à presença de homens nas USFs, sendo eles usuários ou profissionais de saúde. No segundo momento, foi realizado um grupo focal com homens pais usuários de uma das USFs. As falas foram analisadas tendo como foco a produção de sentidos por meio da construção de mapas dialógicos, através deles foram gerados três eixos temáticos para análise: 1) sentidos de ser pai - no qual observamos que a participação do pai como sujeito ativo da gestação foi problematizada pelo grupo; 2) experiências - os pais que participaram trouxeram vivências diversas com relação ao acompanhamento ou não do pré-natal, parto e pós-parto dos seus filhos; 3) direito de ser acompanhante - nele podemos observar o sentido de que a garantia do pai acompanhar o nascimento do seu filho não está atrelada a uma diminuição do protagonismo da mulher e da criança nesse momento ou prejuízo a garantia do direito da mulher.

Palavras-chave: paternidade, parto humanizado, atenção primária em saúde.

Essa pesquisa dialoga com questões elaboradas a partir da participação no projeto mais amplo **Paternidade e cuidado nos serviços de saúde**. Tal projeto faz parte de um Programa de Pesquisa e Extensão Universitária que está sendo desenvolvido a partir da parceria entre o Núcleo de Pesquisas sobre Gênero e Masculinidades - Gema/ UFPE, o Instituto PAPAI (ONG sediada em Recife) e o Instituto Promundo (ONG internacional com sede em Washington DC e no Rio de Janeiro). O objetivo desta pesquisa é analisar a presença e o envolvimento dos homens no ciclo pré-natal, parto e puerpério, tendo como foco os serviços de atenção básica em saúde na cidade de Recife/PE. As ações do projeto foram desenvolvidas no território de abrangência do Distrito Sanitário IV do município de Recife, especificamente em sua microrregião 4.3, que compreende os bairros: Caxangá, Cidade Universitária e Várzea.

O projeto maior envolve quatro vetores principais: 1) diálogos com os homens (usuários e usuários em potencial dos serviços de saúde); 2) diálogos com profissionais de saúde; 3) observações no cotidiano de unidades de saúde; 4) análise de documentos. Para cada vetor foi realizado o levantamento de informações a partir de diferentes instrumentos de pesquisa, bem como estratégias de análise (quantitativas e/ou qualitativas), que foram refinadas a partir de encontros do grupo de pesquisa que estão acontecendo durante todo o projeto.

Este estudo intitulado **“Produção de sentidos sobre o parto: expectativas e experiências de homens atendidos pelo serviço de atenção básica em saúde”** é um recorte do projeto mais amplo anteriormente referido. Foi desenvolvido a partir das vivências e questionamentos que emergiram ao decorrer da participação no projeto que denominamos como “guarda chuva”, na medida em que este nos serve como arcabouço teórico/ metodológico, assim como ponto de partida para pensarmos e colocarmos em prática desmembramentos dele.

Compreendemos a Saúde Pública como um campo em disputa, “um campo de relações interpessoais e institucionais, que se organizam em dispositivos e relações de poder e que marcam posições de sujeito e modos de ser, de saber e de fazer” (MEDRADO; LYRA, 2008). Esse pressuposto é importante para que nos posicionemos de que a presença do pai, independente de que benefícios possam trazer para o parto, para a mulher, para a criança e para o próprio pai, deve ser antes de tudo um desejo da parturiente, ela precisa estar a vontade e expressar evidentemente o desejo de que o pai da criança, independente do vínculo afetivo ou conjugal do momento do nascimento, esteja presente no parto. Em seguida esse homem também precisa expressar esse desejo em participar e vivenciar todas as possibilidades que esse momento pode trazer (LYRA, 2014).

A presença de um(a) acompanhante de escolha da parturiente durante todo o período de internação encontra-se dentre as várias recomendações feitas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para a humanização do parto e nascimento. Essa diretriz pretende reorientar a organização e a prática profissional no âmbito dos serviços de saúde a fim de respeitar e promover os direitos das mulheres e crianças a uma assistência baseada na evidência científica da segurança e da eficácia e não na conveniência de instituições ou profissionais (REDE SAÚDE, 2002).

Considerando-se os aspectos biológicos relacionados a garantia de um(a) acompanhante é possível constatar que vários relatos científicos têm assinalado que a presença de um acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto interfere positivamente no processo fisiológico do parto, diminuindo o período de internação e recuperação e o número de cesáreas (BRASIL, 2005). O que corrobora a relação entre a garantia do direito da mulher ter um(a) acompanhante a sua escolha, do homem que tem seu desejo de participar ativamente do processo assegurado e a humanização do parto e do nascimento, visto que esse processo relaciona-se ao bem estar físico e emocional dos atores envolvidos no nascimento da criança.

Essa pesquisa parte do pressuposto de que o envolvimento do pai com o cuidado infantil desde os primeiros momentos pode contribuir significativamente para que esta seja uma experiência a ser vivida de maneira compartilhada pelo casal (LYRA, 1997). Diante disso podemos pensar a presença do pai durante o pré-natal, parto e pós-parto como um dispositivo que nos permita problematizar o lugar, ou não lugar do homem como cuidador em nossa sociedade. Devemos lembrar que nem todo pai é ausente e que muitos homens que desejam “paternar”, ou simplesmente cuidar de si e de outros/as, encontram dificuldades, haja vista que os marcadores de gênero cristalizados nas instituições criam barreiras concretas para o exercício da paternidade (LYRA; MEDRADO, 2000).

Tivemos como objetivo geral analisar como os homens pensam o momento do parto durante a fase do pré-natal, suas expectativas para esse momento, como reconhecem a importância de sua presença no parto e as possibilidades que o serviço de saúde oferece para que esse direito seja garantido. Os objetivos específicos foram 1) Realizar observações no cotidiano de unidades de saúde por meio da imersão no dia-a-dia das UBSs do município a fim de analisar o diálogo que há entre as equipes de profissionais e os/as usuários/as, mais particularmente, os homens/pais; 2) Realizar diálogos com homens/pais com vistas a analisar os processos de produção de sentidos sobre o parto, suas

expectativas no momento da gravidez e suas experiências de atendimento realizado pelos serviços de atenção básica em saúde.

Como metodologia, adotamos um enfoque construcionista, a partir da perspectiva das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos. Nesse referencial, entende-se a concepção sobre os sentidos como uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas - na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas - constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta (SPINK, MEDRADO, 1999).

Para fins de análise, nos detivemos a dois vetores do projeto mais amplo: 1) diálogos com os homens (usuários e usuários em potencial dos serviços de saúde); 2) observação do cotidiano realizada na perspectiva de produzir informações acerca das possibilidades e limites institucionais de uma incorporação efetiva dos homens nos processos de cuidado (MELUCCI, 2005).

A realização de observações no cotidiano das Unidades de Saúde da Família (USF) foi pensada como uma primeira estratégia de aproximação com o campo de pesquisa, bem como uma forma de obter informações que nos auxiliassem na definição das USFs que iriam participar das próximas etapas do projeto.

Foi realizado um mapeamento das USFs localizadas na microrregião 4.3 do Distrito Sanitário IV do município de Recife, território onde a pesquisa foi realizada. Neste processo, foram identificadas oito USFs na região. A equipe que compõe o projeto mais amplo, definiu conjuntamente os critérios norteadores para as observações, como: presença de homens, relações de cuidado entre mães e pais com crianças, estrutura das USFs etc.

Foram realizadas três semanas de observação, onde cada Unidade foi “visitada” pelo menos quatro vezes, duas no turno da manhã e duas no turno da tarde. Essas experiências nos possibilitaram aproximações com as unidades e ampliou a compreensão sobre diversos aspectos sobre elas.

Observamos, por exemplo, que nem todas as Unidades são acessíveis. Algumas encontram-se em ladeiras, o que pode dificultar o acesso de idosos, gestantes e deficientes físicos, outras localizam-se em ruas bastante estreitas. Os arredores das Unidades são diversos, algumas localizam-se em áreas residenciais, com casas, prédios e escolas, outras em áreas comerciais compostas por comércio informal e/ou por lojas e borcharias. É interessante destacar que mais de uma unidade localiza-se ao lado da Associação de Moradores.

De forma geral, a infra estrutura das Unidades não era boa. Em sua maioria não têm salas muito espaçosas e confortáveis. Em geral, as unidades têm sala de recepção, de acolhimento, de vacinação, farmácia e alguns consultórios médico e odontológico.

Uma das questões mais relevantes para nossa pesquisa era estarmos atentos/as à presença de homens nas USFs, sendo eles usuários ou profissionais de saúde. Percebemos que os homens não são o público que mais frequenta as Unidades. As mulheres são a maioria não só entre as usuárias como também entre os funcionários/as das Unidades. Na maioria das vezes, encontramos usuárias mulheres sozinhas ou acompanhando crianças. Homens, quando presentes nas Unidades, estavam muitas vezes acompanhados por mulheres, acontecendo de, segundo os(as) profissionais serem as mulheres quem marca as consultas para os homens. Há relatos de homens acompanhando crianças, mas não é o mais comum. Percebemos que em algumas localidades os homens estavam muito presentes nos arredores das Unidades, em bares, praças, ruas etc. Algumas profissionais comentaram que já tentaram fazer campanhas para atrair os homens para as Unidades, mas que não foram bem sucedidas. Já outras atividades como aquelas direcionadas para discutir a gravidez foram pensadas para envolver apenas as mulheres, sem incluir os companheiros. Segundo os(as) profissionais, os homens dificilmente vão para as consultas preventivas; dentre os que frequentam, é comum que o façam para acompanhar doenças como diabetes e hipertensão.

No segundo momento, foi realizado um grupo focal com homens pais usuários de uma Unidade Básica de Saúde do Distrito sanitário IV, no município do Recife. As falas foram analisadas tendo como foco a produção de sentidos. (SPINK, MEDRADO, 1999), através da construção de mapas dialógicos. “No estudo das práticas discursivas, o mapa dialógico é um recurso que nos permite dar visibilidade aos passos dados na construção da pesquisa e à dialogia presente nos discursos analisados” (SPINK, NASCIMENTO, TAVANTI, PEREIRA 2014). Os mapas dialógicos dessa pesquisa, foram construídos a partir de dois passos iniciais que dão base para a elaboração dos mapas dialógicos : 1) a transcrição sequencial (TS) e 2) a transcrição integral (TI).

Uma vez concluída a transcrição sequencial, tivemos o fluxo das falas e dos assuntos abordados, o que possibilitou o seu agrupamento em temas ou categorias mais comuns para uso na elaboração do mapa dialógico.

O mapa dialógico constitui-se por um quadro com linhas e colunas organizado de acordo com: a) os objetivos do estudo em questão; b) o(s) tema(s) identificado(s) na transcrição sequencial; e c) o que precisamos ou queremos

dar visibilidade na nossa análise (SPINK; NASCIMENTO; TAVANTI; PEREIRA 2014).

O material discursivo foi analisado a partir das Práticas Discursivas. Através delas foram gerados eixos temáticos para análise, apresentados a seguir:

1. Sentidos de ser pai - A participação do pai como sujeito ativo da gestação foi problematizada desde o início do grupo focal. A partir da história disparadora utilizada pelo mediador, emergiram falas que expressaram a construção de sentidos feita por um homem do grupo sobre a gravidez também abarcar as experiências do pai e a possibilidade desse fenômeno ser pensado de maneira conjunta.

Ele mostra surpresa e satisfação ao poder renomear a experiência da gravidez utilizando o plural. Essa nova maneira de nomear o fenômeno, priorizando a terceira pessoa do plural (eles engravidaram/pai e mãe), não mais apenas ela engravidou (mãe), produz sentidos que podem reverberar em suas práticas cotidianas. Tais ideias são observadas quando ele diz: “a ignorância da galera ainda pensar, porque quando você falou: engravidaram, engravidaram, aí eu pensei aqui: engravidaram? Aí eu fiquei meio que dizendo, quer dizer, ele engravidou junto, na verdade, não é só a mulher. Quando você fala engravidaram, engravidaram os dois. Porque ela vai passar por aquela situação e o pai também de uma certa forma vai passar um certo sufoco também com aquela gestação que ela vai passar”

2. Experiências - Os homens pais que participaram do grupo focal trouxeram vivências diversas com relação ao acompanhamento ou não do pré-natal, parto e pós-parto dos seus filhos. A impossibilidade de acompanhar o pré-natal por estar trabalhando foi algo comum nas falas dos homens. Porém, houve casos em que mesmo acompanhando a mulher até a Unidade de saúde, o homem não chegou a participar da consulta ou entrar na sala de atendimento. Observamos isso na fala: “Não, fiquei esperando do lado de fora. Não, porque a mulher, ela disse assim: olha, vou entrar aqui, que a mulher tá me chamando. Aí eu já deduzi assim: oxente, então só pode entrar mulher. Que ela diz logo.”

O lugar de saber/ poder das instituições é pontuado em muitas falas como elemento que impossibilita a participação direta desses pais nos processos que envolvem o nascimentos dos seus filhos. Muitos relatam que foram

impossibilitados de acompanhar o pré-natal ou o parto por regras institucionais ou por algum profissional ter se oposto, nessas situações os profissionais justificavam cientificamente a não garantia do direito do pai acompanhar o nascimento do seu filho.

3. Direito de ser acompanhante - *“Claro que a mulher tem muito mais direito por conta do próprio âmbito, que já é de mulher, e vai ter criança, e vai passar por uma série de procedimentos, mas homem também tem o direito de assistir, ver o seu filho na hora que ele nascer, de querer conhecer a carinha dele, é isso que eu, eu me senti muito estranho naquela hora ali.”* Nessa fala podemos observar o sentido de que a garantia do pai acompanhar o nascimento do seu filho não está atrelada a uma diminuição do protagonismo da mulher e da criança nesse momento ou prejuízo a garantia do direito da mulher. Não almeja se sobrepor à necessidade de cuidados e atenção que a mulher deve ter e sim o oposto. O direito do homem assistir o nascimento do seu filho compõe esse cuidado, relaciona-se a preocupação com a saúde biológica e emocional de todos os envolvidos.

Quando questionados pelo mediador se o lugar da unidade de saúde e os atendimentos durante o pré-natal destinam-se apenas para a mulher, eles respondem: “Tem que ter homem.” “Tem que ter o homem pra ficar mais seguro. Ela se sente mais segura.” “Tem que ter o homem na presença também.” Relacionam sua presença nesse momento como um fator de amparo e segurança para a mulher, reafirmando padrões cristalizados da nossa cultura que compreendem o homem como “instrumento” de proteção para a mulher. Não é problematizado por esses homens a participação ativa nesse processo do pré-natal, respaldada pela compreensão de que esse também pode ser um momento destinado a eles, onde eles próprios possam buscar proteção, tirar possíveis dúvidas e acompanhar o desenvolvimento da criança ainda na barriga da mãe.

A presença do homem nos serviços de saúde como sujeito ativo no processo de gravidez, parto e pós-parto não é majoritário. Percebemos que muitos aspectos relacionam-se a esse fenômeno, entre eles a construção social do homem como inapto ao lugar de cuidador. Tal pressuposto embasa discursos do senso comum que se cristalizam e acabam por moldar a subjetividade dos homens que passam a não problematizar esse não lugar e aceitam como um

fato imutável a impossibilidade de vivenciar a gravidez ativamente. Além disso, esse pressuposto atrela-se, muitas vezes, ao saber médico do qual se utilizam profissionais da saúde para impor limites institucionais ao desejo do pai de exercer sua função de forma ativa no processo. Diante disso, consideramos fundamental a ampliação da discussão e o incentivo a produções acadêmicas sobre os exercícios das Paternidades e as implicações sociais e políticas do tema.

Referências bibliográficas

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005**. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília: Ministério da Saúde. 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-Natal e Puerpério – Atenção Qualificada e Humanizada - Manual Técnico**. Brasília: Ministério da Saúde. 2005c.

LYRA, Jorge; MEDRADO, Benedito. **Gênero e paternidade nas pesquisas demográficas: o viés científico**. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 8, n. 1, p. 145-158, 2000.

LYRA, Jorge. **Paternidade Adolescente: uma proposta de intervenção**. São Paulo: 1997. 182 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - PUC/SP. 1997.

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge. **Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades**. Revista Estudos Feministas, v. 16, p. 20-35, 2008.

MELUCCI, Alberto (Org.). **Por uma sociologia reflexiva: pesquisa qualitativa e cultura**. Petrópolis: Vozes, 2005a.p. 25-42.

NASCIMENTO; M. CORDEIRO (org), **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas** (pp. 247-270). Rio de Janeiro: Centro Edlstein, 2014.

NASCIMENTO, V. L.; MINIGUINE, TAVANTI, ROBERTH MINIGUINE; PEREIRA, CAMILA CLAUDINO. **O uso de mapas dialógicos como recurso analítico em pesquisas científicas**. In M. J. SPINK ; J. BRIGAGÃO; V.

REDE SAÚDE. **Dossiê Humanização do Parto**. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. 2002.

SPINK, M. J. P. & MEDRADO, B., 1999. Produção de sentido no cotidiano: Uma abordagem teórico metodológica para análise das práticas discursivas. In: **Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: Aproximações Teóricas e Metodológicas** (M. J. P. Spink, org.), pp. 41-61, São Paulo: Cortez Editora.

ZHANG, Jun; BERNASKO, James W.; LEYBOVICH, Etel; FAHS, Marianne; HATCH, Maureen C. **Continuous labor support from labor attendant for primiparous woman: A meta-analysis**. *Obstetrics & Gynecology*.vol. 88 nº 4 (2), 1996.

PERFIL DA VIOLÊNCIA PERPETRADA A MULHERES CONVIVENDO COM HIV/ AIDS

Karla Mychelle Cezario de Lima
Universidade Federal de Alagoas
karlacezario89@gmail.com

Bárbara Régia de Oliveira Araújo
Centro Universitário CESMAC,
brboliveiraa@gmail.com

Yara Lima da Costa
Centro Universitário UNIT
yaralima.c@gmail.com;

Wanessa Oliveira Silva
Faculdade Raimundo Marinho
wanessa.os@hotmail.com.

Resumo: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, cujo objetivo foi identificar a natureza dos atos violentos exercidos contra mulheres brasileiras soropositivas para HIV-Aids. O levantamento bibliográfico envolveu artigos científicos nacionais acerca da temática, em quem foram identificados e inseridos 03 estudos que tratam da temática. Todos os estudos são de caráter transversal e utilizaram o mesmo instrumento de coleta de dados para tipificar a violência contra mulheres soropositivas para HIV; possuem coerência metodológica e produziram bons níveis de evidência. Também mostram evidências científicas de relação positiva de violência, seja ela psicológica, física, sexual ou a associação de dois ou mais tipos de violência perpetradas contra mulheres soropositivas para HIV/ Aids. O presente trabalho apresenta algumas limitações, contudo, apesar do escasso número de publicações, o mesmo permitiu a compilação de dados que servirão para a orientação de profissionais de saúde e o fortalecimento de políticas de saúde voltadas para esse público.

Palavras-chave: soropositividade para HIV, HIV, violência contra a mulher, violência de gênero.

Introdução

Em todo o mundo, até o final de 2011, cerca de 34 milhões (31.4 milhões–35.9 milhões) de pessoas viviam com o HIV. Estima-se que 0,8% dos adultos que estão infectados pelo vírus HIV estão na faixa etária dos 15-49 anos de idade, embora as características da epidemia apresentem consideráveis variações entre países e regiões. No mesmo período, foram registrados cerca de 1,7 milhões de mortes por causas relacionadas à AIDS no mundo. Não obstante, as mulheres jovens representam mais de 60% de todos os jovens que vivem com HIV (UNAIDS, 2012).

Segundo Brito, Castilho e Szwarcwald (2000), a epidemia da infecção pelo HIV e da AIDS constitui fenômeno global, dinâmico e instável, traduzindo-se por verdadeiro mosaico de subepidemias regionais. Resultante das profundas desigualdades da sociedade brasileira, a propagação da infecção pelo HIV e da AIDS revela epidemia de múltiplas dimensões que vem sofrendo transformações epidemiológicas significativas. Inicialmente restrita aos grandes centros urbanos e marcadamente masculina, a atual epidemia do HIV e da AIDS caracteriza-se pelos processos de heterossexualização, feminização, interiorização e pauperização.

No que concerne à feminização do HIV/aids, em termos globais, a epidemia de Aids se constituiu em uma realidade para as mulheres, desde o seu surgimento. A ocorrência da infecção pelo HIV foi detectada em mulheres, em 1981, nos Estados Unidos. Entretanto, como a existência desses casos era entendida como restrita a mulheres parceiras de usuários de drogas injetáveis, de hemofílicos e de homens bissexuais, ou mulheres envolvidas na prática da prostituição, foi somente no início da década de 90 que surgiram as primeiras respostas coordenadas voltadas para esse segmento (BRASIL, 2007).

Dentre os fatores associados à feminização da Aids, há a vulnerabilidade biológica e social das mulheres, esta decorrente da assimetria de poder entre os sexos, que determina a submissão feminina aos homens e a dificuldade em praticar sexo seguro (SANTOS *et al.*, 2009). Segundo Jewkes *et al.* (2010), mulheres com HIV são mais vulneráveis à violência em comparação com aquelas não infectadas pelo vírus, e uma em cada sete infecções poderia ter sido evitada se as mulheres não fossem submetidas à violência ou se não estivessem em desigualdade de poder nos relacionamentos. A violência – e mesmo o medo de sofrer violência – impede que muitas mulheres e meninas tomem conhecimento de ou informem seu status de soropositividade para HIV, ou mesmo procurem serviços de saúde especializados (UNAIDS, 2006).

A violência contra a mulher constitui uma questão de saúde pública, além de ser uma violação explícita dos direitos humanos. Suas várias formas de opressão, de dominação e de crueldade incluem assassinatos, estupros, abusos físicos, sexuais e emocionais, prostituição forçada, mutilação genital, violência racial e outras. Os perpetradores costumam ser parceiros, familiares, conhecidos, estranhos ou agentes do Estado (SCHRAIBER *et al.*, 2002). A violência contra a mulher, vista a partir das relações de gênero, distingue um tipo de dominação, de opressão e de crueldade nas relações entre homens e mulheres, estruturalmente construído, reproduzido na cotidianidade e subjetivamente assumido pelas mulheres, atravessando classes sociais, raças, etnias e faixas etárias (MINAYO, 1994).

Geralmente a natureza dos atos violentos pode ser classificada em quatro modalidades de expressão que também são denominadas abusos ou maus-tratos: física, psicológica, sexual e envolvendo abandono, negligência ou privação de cuidados (BRASIL, 2005). O termo abuso físico significa o uso da força para produzir injúrias, feridas, dor ou incapacidade em outrem. A categoria abuso psicológico nomeia agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou ainda, isolá-la do convívio social (BRASIL, 2001).

A classificação abuso sexual diz respeito ao ato ou ao jogo sexual que ocorre nas relações hetero ou homossexual e visa a estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas eróticas, pornográficas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças. Já por negligência ou abandono se entende a ausência, a recusa ou a deserção de cuidados necessários a alguém que deveria receber atenção e cuidados (BRASIL, 2005).

Diante do exposto, e compreendendo que, no bojo da caracterização epidemiológica do HIV-Aids, para além a própria estrutura societária baseada nas relações de gênero, as mulheres são a categoria mais vulnerável ao processo de infecção pelo HIV, suscita-nos o seguinte questionamento: a que tipos de violência mulheres brasileiras convivendo com o HIV-Aids são submetidas? O objetivo desse estudo é identificar a natureza dos atos violentos exercidos contra mulheres brasileiras soropositivas para HIV-Aids através de uma revisão integrativa da literatura.

Fica clara a importância de saber quais as evidências científicas que explicitam os tipos de violência sofrida por mulheres que convivem com o HIV-aids, na perspectiva de incorporação de mecanismos e estratégias da redução e proteção destas, assim como fornecer dados cientificamente embasados para que profissionais de saúde que atuam com pessoas que convivem com HIV-Aids

incorporem em suas práticas cotidianas meios de identificação das múltiplas formas de violência perpetradas contra mulheres soropositivas para HIV, de modo a garantir às mesmas uma assistência à saúde segura, integral, eficiente e eficaz. O estudo torna-se cientificamente relevante porque possibilita elencar e compilar de uma série de outros estudos científicos já realizados, possibilitando uma síntese da temática a ser estudada, além de apontamentos para futuras pesquisas.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório, quantitativo, de cunho bibliográfico, cujo método de investigação foi a revisão integrativa. Essa metodologia foi escolhida porque é a que mais correspondia aos objetivos do estudo, porque de acordo com Roman e Friendlander (1998) esse método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (ROMAN, FRIENDLANDER, 1998).

Para a elaboração da revisão integrativa, no primeiro momento o revisor determina o objetivo específico, formula os questionamentos a serem respondidos ou hipóteses a serem testadas, então realiza a busca para identificar e coletar o máximo de pesquisas primárias relevantes dentro dos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos (BEYEA; NICOLL, 1998 *apud* MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

O revisor avalia criticamente os critérios e métodos empregados no desenvolvimento dos vários estudos selecionados para determinar se são válidos metodologicamente. Esse processo resulta em uma redução do número de estudos incluídos na fase final da revisão. Os dados coletados desses estudos são analisados de maneira sistemática. Finalmente os dados são interpretados, sintetizados e conclusões são formuladas originadas dos vários estudos incluídos na revisão integrativa (ARMSTRONG; BORTZ, 2001 citados por MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Deste modo, após definição da pergunta de pesquisa, foram elencadas as bases de dados a serem pesquisadas, via internet, e os respectivos mecanismos de buscas. O local eleito para a realização da busca foi o portal regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). O Portal Regional da BVS é o espaço de integração de fontes de informação em saúde que promove a democratização e ampliação do acesso à informação científica e técnica em saúde na América

Latina e Caribe (AL&C). É desenvolvido e operado pela BIREME em 3 idiomas (inglês, português e espanhol) (CENTRO LATINO-AMERICANO E DO CARIBE DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE, s.d.).

Para pesquisa das publicações científicas foram utilizados como descritores “HIV”, “soropositividade para HIV”, “violência contra a mulher” e “violência de gênero”. O mecanismo de busca adotado foi (*tw:(violência contra a mulher or violência de gênero)*) AND (*tw:(hiv or soropositividade para hiv)*). Para a seleção dos artigos adotou-se os seguintes **critérios de inclusão**: artigos publicados em português, espanhol e/ ou inglês; artigos cujo resumo pudesse ser lido previamente e, após seleção, estivesse disponível o conteúdo completo de forma gratuita, que versassem sobre a violência contra mulheres soropositivas para HIV/ Aids. Como **critérios de exclusão** foram estabelecidos: artigos em língua estrangeira que não espanhol e/ ou inglês; cujo resumo não fosse disponibilizado previamente e que não pudesse ser lido na totalidade após seleção; outros tipos de documentos, não categorizados como artigo científico, e que tratem da violência contra mulher fora do âmbito da soropositividade para HIV/Aids.

Para a coleta de dados dos artigos selecionados para o estudo utilizou-se um instrumento já validado pela pesquisa das autoras Silveira e Zago (2006), em que contempla os seguintes itens: informações sobre identificação do artigo e autores; fonte de localização; objetivos, delineamento e características do estudo; coerência teórico-metodológica; análise dos dados, resultados e discussão; conclusões e/ ou recomendações. A leitura dos mesmos deu-se pela data de publicação, por ordem decrescente. A apresentação dos resultados foi feita de duas maneiras: pela análise descritiva dos dados de identificação das publicações inseridas no estudo, assim como pela análise do conteúdo dos mesmos (metodologia, resultados e conclusões/ recomendações). Foi utilizada análise estatística simples, por meio de frequência ou porcentagem.

Resultados e discussão

No total foram encontrados 35 documentos e, a partir da leitura dos títulos dos mesmos, 12 foram pré-selecionados. Desses 12 documentos dois apresentavam-se duplicados, sendo que um deles era tese do qual um dos artigos fora extraído; reduzindo a amostra para 10 estudos. Desses 10 estudos quatro não eram estruturados como artigo científico. Assim, a amostra reduziu-se para 06 estudos, dos quais dois, após leitura de seus resumos, não correspondiam ao objeto de estudo. Dessa maneira, a amostra final passível de análise

correspondeu a 03 artigos científicos. O quadro 01 faz uma síntese dos artigos selecionados.

Quadro 01 – síntese dos estudos selecionados para revisão integrativa.

Nº	Título	Autor	Objetivo	Ano
01	HIV e violência contra mulheres: estudo em município com alta prevalência de Aids no Sul do Brasil.	Ceccon, R.F; Meneghel, S.N.	Investigar a prevalência e os fatores associados à violência contra mulheres com HIV em um município de porte médio no Sul do Brasil.	2015
02	Mulheres com HIV: violência de gênero e ideação suicida.	Ceccon, R.F.; Meneghel, S.N.; Hirakata, V.N.	Analisar a relação entre violência de gênero e ideação suicida em mulheres com HIV.	2014
03	Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV.	Barros, C.; Schraiber, L.B.; França-Junior, I.	Analisar a associação entre a violência por parceiro íntimo (VPI) contra mulheres e a infecção ou suspeita de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).	2011

Da amostra de periódicos inclusos para leitura e análise dos dados 02 (66,7%) encontram-se indexados na base de dados *Rev. Saude Publica* e um está indexado na *Rev Panam Salud Publica*. Dois autores estão inseridos na publicação de dois dos três artigos selecionados. Quanto à formação dos autores, não há descrição da categoria profissional dos mesmos nos artigos selecionados, contudo mostram que dois autores estão ligados à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), pelos Programas de pós-graduação em enfermagem e saúde coletiva, uma autora está ligada ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre e 03 autores estão ligados á Universidade de São Paulo (USP), uma pela Faculdade de Saúde Pública e dois pela Faculdade de Medicina.

Dois estudos foram desenvolvidos na região Sudeste e um na região Sul. Segundo Silveira e Zago (2006) ao considerar que o Brasil apresenta uma grande diversidade socioeconômica e cultural entre suas regiões, a aplicação de resultados de pesquisa provenientes de centros mais desenvolvidos economicamente fica comprometida em regiões menos favorecidas e vice-versa, devido aos recursos tecnológicos e qualificação profissional existente.

Não obstante, buscar estudos brasileiros acerca da violência sofrida por mulheres que convivem com o HIV/ Aids e compila-los por meio de uma revisão integrativa pode ratificar e endossar a importância das ações político-programáticas no contexto da feminização da epidemia do HIV/ Aids. Em 2007

foi lançado o Plano Integrado de enfrentamento da feminização da Epidemia de Aids e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), que representa a consolidação de uma política intersetorial para o enfrentamento da epidemia de aids e a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis entre as mulheres. Essa política de enfrentamento à feminização do HIV/ Aids e outras DST considera que componentes socioeconômicos e culturais estruturam a desigualdade entre homens e mulheres. A violência doméstica e sexual contra mulheres e meninas e a discriminação e o preconceito relacionados à raça, à etnia e à orientação sexual são expressões dessa desigualdade (BRASIL, 2007).

Dado o interesse por achar estudos focados na violência contra mulher no contexto da soropositividade para HIV ou Aids, o mecanismo de busca limitou-se aos descritores diretamente associados à questão. Pode ser possível que ao realizar uma busca com descritores mais amplos outras publicações pudessem ser encontradas, dando um maior subsídio a este estudo. Entretanto, é importante considerar que o estudo executado por Barros, Schraiber e França-Junior (2011) é o primeiro estudo brasileiro sobre a associação entre sofrer ou ter sofrido violência física ou sexual por parceiro íntimo e estar sob suspeita ou confirmação de infecção pelo HIV.

Quanto ao delineamento das pesquisas todos os artigos selecionados (100%) foram estudos transversais. São estudos em que a exposição ao fator ou causa está presente ao efeito no mesmo momento ou intervalo de tempo analisado. Aplicam-se às investigações dos efeitos por causas que são permanentes, ou por fatores dependentes de características permanentes dos indivíduos, como efeito do sexo ou cor da pele sobre determinada doença (CAMPANA *et al.*, 2001 *apud* HOCHMAN *et al.*, 2005). São importantes guias para tomadas de decisões no setor de planejamento de saúde. Para o profissional que lida diretamente com pacientes, os estudos transversais oferecem informações da maior utilidade ao chamar atenção para características ligadas com a frequência de uma determinada doença na comunidade ou em determinado serviço assistencial. Estes estudos, portanto, podem influenciar o raciocínio clínico e a tomada de decisões na prática médica (CARVALHO; ROCHA, 20??).

A coleta de dados de todos os artigos (100%) foi baseada em questionário de características sociodemográficas, sexuais e reprodutivas, e de prevalência e formas de violência contra mulheres que convivem com o HIV/ Aids, entretanto, os artigos 01 e 02 incluíram aspectos clínicos da amostra estudada e para o artigo 02 foi incluído um questionário sobre ideação suicida. Para o questionário utilizado nos estudos 01 e 02 para tipificar a violência contra mulheres

soropositivas, as questões foram extraídas da versão nacional do instrumento World Health Organization Violence Against Women (WHO VAW), validado pelo estudo 03. Contudo, a categorização dos dados sobre a tipificação da violência contra mulheres HIV(+) deu-se de modo diferente para cada publicação inserida neste estudo.

O artigo 01 categoriza seus dados sobre violência por questão inserida no questionário utilizado, divididas em violência psicológica, física e sexual sofrida em algum momento da vida e perpetrada por qualquer agressor; já o artigo 02 questiona se houve ou não violência a partir da variável “ideação suicida”; e o artigo 03 compara seus resultados sobre violência física e/ ou sexual por gravidade e recorrência dos episódios: sem violência, violência moderada (resposta sim a qualquer dos dois primeiros itens da violência física e resposta negativa para os demais), violência grave (para violência sexual todos os itens do instrumento; para violência física respostas positivas a qualquer dos quatro de seus últimos itens) e demais formas de violência (criada para não se diluírem na categoria de referência (sem VPI) casos de violência que não correspondiam aos tipos físicos ou sexuais); e sem VPI, VPI física e/ou sexual esporádica (se ocorreu uma ou poucas vezes), VPI física e/ou sexual reiterada (se ocorreu muitas vezes).

No artigo 01, das 161 mulheres entrevistadas 98% sofreram pelo menos uma das violências estratificadas. Pelo menos um tipo de agressão psicológica foi relatado por 117 (72,7%) mulheres, algum tipo de agressão física por 88 (54,6%) e algum tipo de violência sexual por 41 mulheres (25,4%). Além disso, 25 (15,5%) participantes relataram ter sofrido os três tipos de violência. A combinação de violência física e sexual foi relatada por uma mulher (0,6%), a combinação de violência sexual e psicológica foi relatada por três mulheres (1,9%) e a combinação entre as violências física e psicológica foi relatada por 34 mulheres (21,1%) (CECCON; MENEGHEL, 2015). Já o artigo 02 das 161 mulheres convivendo com HIV/ Aids entrevistadas 117 reportaram violência, sendo que, destas 78 (66,7%) apresentaram ideação suicida (CECCON; MENEGHEL; HIRAKATA, 2014) . Já o artigo 03 traz que, da amostra estudada apenas 6,4% eram soropositivas para HIV e que, destas, 72,1% sofreu algum tipo de violência por parceiro íntimo, sendo: 11,2% violência exclusivamente psicológica, 11,7% violência moderada (episódica ou reiterada), 21,8% violência grave e episódica e 27,4% e 27,4% violência grave e reiterada. Esse estudo ainda aponta que a violência grave esteve associada à soropositividade, com maior magnitude observada para a violência reiterada e que esta ainda se manteve elevada após ajuste com as demais variáveis.

Segundo Sareen, Pagura, Grant (2009) e Roberts, Klein e Fisher (2003) viver com HIV significa uma condição de risco para a violência feminina, pois as mulheres são culpabilizadas pela doença e acusadas de relações extraconjugais, mesmo que o vírus tenha sido transmitido pelo parceiro. Destarte, a relação entre viver com HIV, sofrer violência e pensar em suicídio é a expressão das múltiplas desigualdades que afetam a população feminina (DEVRIES *et al.*, 2011). A revelação diagnóstica positiva da mulher ao seu parceiro, principalmente se soronegativo para o HIV, pode desencadear atos de violência física (ZIERLER *et al.*, 2000).

As consequências, sejam quais forem as circunstâncias e formas de violência sofridas, em primeiro lugar, manifestam-se em forma de vergonha e culpabilidade. Vergonha do que sofreram, como invasão de sua intimidade, negação de seu livre arbítrio e de sua integridade. Culpabilidade, por constatar que nunca foram capazes de resistir suficientemente. As marcas desse sofrimento moral aparecem logo no corpo, na saúde, trazendo sequelas não só físicas, mas também evidenciando vários tipos de associação, somatização e prejuízo mental (BRASIL, 2005).

Conclusão

Foram identificados 03 artigos científicos que tratam do objeto de estudo dessa revisão integrativa. Todos os estudos são de caráter transversal e utilizaram o mesmo instrumento de coleta de dados para tipificar a violência perpetrada às mulheres soropositivas para HIV. Também constatou-se que possuem coerência metodológica e bons níveis de evidência, dado o tamanho amostral e análise estatística.

Todas as publicações inseridas neste estudo mostram evidências científicas de relação positiva de violência, seja ela psicológica, física, sexual ou a associação de dois ou mais tipos de violência em mulheres brasileiras soropositivas para HIV/ Aids. Além disso, demonstram que, de forma geral, as mulheres que convivem com HIV/ Aids sofrem violência grave e reiterada e que, uma de suas consequências, é a ideação suicida.

Não obstante, também fica perceptível a necessidade de estudos cujo mesmo objeto de pesquisa sejam realizados em outras regiões do país, de modo que se possa aventar as particularidades regionais, possibilitando a implementação de saúde e assistência social mais resolutivas. Para além disso, o que fica demonstrado é a necessidade real de um trabalho contínuo de desestigmatização

do HIV/ Aids associado a uma profunda mudança societária nas relações de gênero.

O presente trabalho apresenta algumas limitações, a saber: não foram utilizados descritores em outras línguas, não levou-se em consideração trabalhos de conclusão de curso, dissertação e/ ou teses; o não uso de artigos em que não se pudesse visualizar todo o conteúdo de forma gratuita, além da limitação geográfica estipulada. Contudo, realizar tal revisão integrativa pode demonstrar o escasso número de artigos científicos publicados acerca da temática, o que possibilita que novos estudos sejam realizados, assim como permitiu a compilação de dados que servirão para a orientação de profissionais de saúde e o fortalecimento de políticas de saúde voltadas para esse público.

Referências

BARROS, C.; SCHRAIBER, L.B.; FRANÇA-JUNIOR, I. Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV. *Rev Saúde Pública*, vol. 45, n. 2, 2011, p. 365-72.

BEYEA S.C., NICOLL L.H. Writing an integrative review. *AORN J*, vol. 67, nº 4, abr 1998, p. 877-80. In: MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, v. 17, n. 4, Florianópolis, out-dez 2008, p. 58-64.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.º 737 de 16/05/01. *Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências*. Diário Oficial da União, Brasília, n. 96, Seção 1E, 18 maio, 2001.

_____. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Plano Integrado de enfrentamento da feminização da Epidemia de Aids e outras DST*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 34, nº 2, mar-abr 2000, p. 207-217.

CAMPANA *et al.* Investigação científica na área médica. In: HOCHMAN, B *et al.*. Desenhos de pesquisa. *Acta Cirúrgica Brasileira*, vol. 20, 2005. Supl. 2.

CARVALHO, E.R; ROCHA, H.A.L. Estudos epidemiológicos. Universidade Federal do Ceará: Faculdade de Medicina, 20??

CENTRO LATINO-AMERICANO E DO CARIBE DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. Sobre. Disponível em: <<http://bvshalud.org/sobre-o-portal/>>. Acesso 29 abr. 2016.

CECCON, R.F; MENEGHEL, S.N. HIV e violência contra mulheres: estudo em município com alta prevalência de Aids no Sul do Brasil. *Rev Pana Salud Publica*, vol. 37, n. 4/5, 2015, p. 287-92.

CECCON, R.F; MENEGHEL, S.N; HIRAKATA, V.N. Mulheres com HIV: violência de gênero e ideação suicida. *Rev Saúde Pública*, vol. 48, n. 5, 2014, p. 758-65.

DEVRIES, K *et al.* Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Soc Sci Med*, vol. 73, n. 1, 2011, p. 79-86.

JEWKES, R.K. *et al.* Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *Lancet*, vol. 376, nº 9734, 2010, p. 41-8.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). *Global report: UNAIDS global report on the global AIDS epidemic*. Genebra: OMS, 2012.

_____. *Keeping the Promise: An Agenda for Action on Women and AIDS*. The Global Coalition on Women and AIDS: UNAIDS, 2006.

MYNAIO, M.C.S. Violência, um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340p.

_____. Inequality, violence and ecology in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 241-250, 1994.

ROBERTS, T.A., KLEIN, J.D., FISHER S. Longitudinal effect of intimate partner abuse on high-risk behavior among adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*, vol. 157, n. 9, 2003, p. 875–81.

ROMAN, A.R.;FRIEDLANDER, M.R. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. *Cogitare Enferm*, vol. 3, nº 2, jul-dez 1998, p. 109-12.

SANTOS, N.J.S *et al.* Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cad Saude Publica*, vol. 25, supl. 2, 2009, p. 321-33.

SAREEN, J; PAGURA, J; GRANT, B. Is intimate partner violence associated with HIV infection among women in the United States? *Gen Hosp Psychiatry*, vol. 31, n. 3, 2009, p. 274–8.

SCHRAIBER, L. B *et al.* Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Revista de Saúde Pública*, [S.l.], v. 36, n. 4, p. 470-47, 2002.

SILVEIRA, C. S.; ZAGO, M. M. F. Pesquisa brasileira em enfermagem oncológica: uma revisão integrativa. *Rev Latinoam Enfermagem*, v. 14, n. 4, julh-ago 2006, p. 614-9.

ZIERLER, S. *et al.* Violence victimization after HIV infection in a US probability sample of adult patients in primary care. *Am J Public Health*, vol. 90, n. 2, 2000, p. 208-15.

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA MATERNIDADE: QUESTÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Márcia Fernandes Silva

Mestranda. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
marciafernandesmf@gmail.com

Millani Souza de Almeida

Mestranda. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
mila.misoual@gmail.com

Isa Maria Nunes

Doutora. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
isamaria.nunes@yahoo.com.br

Mariana Matias Santos

Mestranda. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
mari_britomatias@hormail.com

Enilda Rosendo do Nascimento

Doutora. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
enildarosendo@hotmail.com

Resumo: Concepções sobre a maternidade variam de acordo com o contexto político, social, econômico, cultural e se refletem diretamente na formulação de políticas de saúde, na organização do cuidado às mulheres, e nas experiências das mulheres durante o parto. São, portanto, construções sociais moldadas nas relações de gênero e poder estabelecidas na distinção entre homem e mulher. Trata-se de um artigo de revisão de literatura que pretende discutir as condições históricas que moldaram a maternidade, notadamente a partir do início do século XX, levando as mulheres à adoção de modos de condução dos eventos reprodutivos e a uma reorganização dos serviços de atenção à saúde reprodutiva com implicações para o cuidado. O estudo

ratifica a necessidade de se pensar criticamente sobre a construção social da maternidade e seu impacto sobre o cuidado em saúde para as mulheres. Refletir sobre o cuidado às mulheres a partir das construções de gênero que moldam a maternidade e como estas se reproduzem no cotidiano do cuidado de enfermagem à mulher durante o parto é fundamental para a transformação deste cuidado.

Palavras-chave: Gênero, Mulher, Maternidade, Parto, Cuidados de Enfermagem.

Introdução

As concepções sobre a maternidade apresentam variações ao longo do tempo e das diferentes culturas de acordo com seus contextos político, social e econômico, com reflexos na organização do cuidado em saúde, nas escolhas e vivências da sexualidade e da reprodução. Nesse sentido, entendemos a maternidade como uma construção social moldada nas relações de gênero e poder, estabelecidas na distinção entre homem e mulher nas diferentes sociedades, o que vêm configurando significados sobre feminilidade e maternidade, inclusive no seio de uma mesma cultura.

Podemos exemplificar a importância das concepções sobre feminilidade e seu impacto na formulação da política para saúde que pretendia desenvolver assistência às mulheres, na década de 1970: o Programa de Assistência Materno-infantil (PMI). De saída, a própria denominação do programa afirmava sem rodeios, por meio do conceito “materno-infantil”, a vinculação das mulheres à sua função procriativa. A ideia é ratificada ao longo do texto do documento que indica as ações programáticas restritas às mulheres grávidas, parturientes, no puerpério imediato, a recém-nascidas/os e às crianças.

A ausência de política e ações de saúde voltadas ao planejamento reprodutivo era outra face da questão daquela época, facilitando a vinculação da sexualidade à reprodução.

O conceito de maternidade eletiva, desvinculada da sexualidade e da identidade feminina começa a ser difundida pelo movimento feminista, que emerge no Brasil, na década de 1970. Essa ideia se contrapõe à imagem de maternidade associada à imposição social.

A partir do PMI, o cuidado de enfermagem às mulheres se estrutura em torno do pré-natal, principalmente, e no auxílio ao parto hospitalar, de responsabilidade do pessoal da medicina; os partos domiciliares, até então conduzidos por enfermeiras e parteiras passam a ser desencorajados, e transpostos para os hospitais, onde as mulheres são apartadas de sua família e proibidas de ter alguém de sua confiança ao seu lado.

Assim, este artigo tem por objetivo refletir sobre as construções de gênero que norteiam a maternidade e suas implicações para o cuidado.

Metodologia

Estudo descritivo do tipo revisão de literatura. Trata-se de um recorte da dissertação intitulada “Métodos não farmacológicos como estratégia de

cuidado à mulher com dor no parto”. Realizou-se busca na biblioteca virtual de saúde (BVS) e no Google Acadêmico utilizando as palavras chaves gênero, maternidade e parto. Foram selecionados 13 artigos de forma não sistemática. Utilizaram-se ainda livros que foram citados nestes artigos por serem referência sobre a temática.

A maternidade é uma construção social

A maternidade pensada como um evento biológico e interpretada como decorrência natural do ato sexual e da gravidez reflete as mesmas crenças que orientam as relações de gênero e os valores atribuídos a cada sexo (PORTO, 2011).

Esse modo de pensar está moldado nas relações de gênero e poder estabelecidas na distinção entre homem e mulher e vêm configurando significados sobre ser mulher e sobre maternidade, incidindo na forma de cuidado à saúde das mulheres neste período reprodutivo.

Importante fazer a distinção entre sexo e gênero para em seguida compreender como as relações de gênero e poder estabelecidas. Para Scott (1995), gênero é um termo utilizado para nomear as relações sociais entre os sexos, enfatizando especialmente o aspecto relacional das definições normativas das feminilidades. Indica, portanto, uma rejeição ao determinismo biológico, subentendido na utilização de termos como “sexo” ou “diferença sexual”.

A fisiologia feminina destinada à reprodução da espécie, o papel doméstico, a função da criação de crianças e a psique moldada para a maternidade, subjetividade, são vistas, na maioria dos casos, como naturais (ORTNER, 1979). Essa percepção da feminilidade confere à mulher um status inferior dentro da sociedade, e as mulheres acolhem a maternidade como uma função significativa, omitindo sua subordinação.

A subordinação feminina é constituída ideologicamente e fundamentada pela associação da mulher à natureza, percebida como inferior à cultura, que está para o homem. Essa dicotomia socialmente estruturada separa o mundo em dois campos, reciprocamente exclusivos, para que o ente incluído em um não possa estar simultaneamente incluído no outro, e assim o sujeito que se insere no campo valorizado, que se põe como central, determina a posição do outro sujeito, o seu oposto subordinado (CORREIA, 2015)

Tal relação da mulher com a natureza está fundamentada em 3 aspectos da fisiologia feminina: o corpo da mulher e suas funções de perpetuação da

espécie; o corpo e suas funções delimitando papéis sociais inferiores, já que ligados à natureza; e os papéis tradicionais constituindo a estrutura psíquica tida como mais próxima à natureza.

Entretanto a mulher não está destinada somente à natureza, pois dotada de consciência ela também está comprometida com a construção cultural, esta, evidenciada no fato de a mulher aceitar sua própria desvalorização (ORTNER, 1979).

De acordo com Beauvoir (1980) as estruturas biológicas da mulher expressam as condições singulares que a encerram na sua subjetividade, ou seja, o fato de possuir um útero e ovários resume a mulher à sua função reprodutora, universo particular e doméstico constituiu base para a subordinação da mulher nas sociedades.

A autora afirma que aspectos biológicos do constructo mulher não podem ser negados, entretanto isoladamente estes não explicam a complexidade do ser, nem tão pouco explica a assimetria nas relações sociais e nos papéis estabelecidos para os sexos distintos.

Desde a origem da humanidade, o status biológico permitiu aos homens afirmarem sua soberania sobre as mulheres. Com o patriarcado a condição de subordinação da mulher é mantida através de códigos sociais rigidamente estabelecidos.

O patriarcado é o sistema cujo maior objetivo é o poder, segundo a teoria de mesmo nome a dominação da fêmea pelo macho é a ideologia mais arraigada do nosso sistema. O patriarcado se organiza a partir de normas de conduta para cada sexo baseadas em categorias como: temperamento, função e estatuto. O temperamento consiste em características dadas como biológicas: agressivo, inteligente, forte para os homens e dócil, ignorante e frágil para as mulheres. Reprodução, tarefas domésticas e cuidados aos filhos são funções materna enquanto para os homens produção e ambição. Tais funções designam, por conseguinte o estatuto de superioridade masculina e inferioridade feminina (MILLET, 1975).

Contrariando a crença de que o instinto materno é inerente à mulher busca-se compreender como historicamente corpos grávidos e maternos têm-se constituído como territórios de biopolíticas contemporâneas (MEYER, 2011). Nesse sentido têm-se a clareza de a valoração emocional atribuída à reprodução produz os símbolos e valores que individual e coletivamente atribuímos à realidade e reproduzimos na vida social. Assim o sexo constitui poder e estabelece normas de conduta inscritas nos corpos, regulando o comportamento de mulheres e homens (FOUCAULT, 1982).

Para o mesmo autor a necessidade de constituir corpos dóceis e aptos à reprodução biológica adequados à produção de bens constitui-se em agenciamento sobre pessoas e caracteriza a principal tecnologia de poder no século XIX, sendo a sexualidade um dos mais relevantes. A este agenciamento Foucault deu o nome de biopolítica caracterizada pela ênfase na proteção de vida, na regulação do corpo, na proteção de outras tecnologias pelo Estado.

Entre os anos 60 e 80 a maternidade foi entendida como uma construção histórica, cultural e política resultante das relações de poder e dominação de um sexo sobre o outro. Ora compreendida como um símbolo de um ideal de realização feminina ora como símbolo da opressão das mulheres, ou símbolo de poder das mulheres. (SCAVONE, 2001)

Considerando estas construções sociais mediadas por relações de poder a reprodução podem ser tanto uma expressão de empoderamento e realização, como de impotência e humilhação a depender do contexto em que ocorre (MATTAR, DINIZ; 2012).

A vida das mulheres e sua relação com a maternidade tem sofrido modificações ao longo do tempo determinadas pelas transformações sociais, econômicas e políticas que atuam sobre a sociedade de diversas formas, como nas configurações familiares, relações de gênero, expressão da sexualidade e afetividade. Através dos diversos movimentos de lutas feministas, os direitos da mulher foram sendo incorporados politicamente.

A concepção cartesiana do corpo, como um conjunto de sistemas, com funções específicas e espacialmente definidas, contribui para que os valores dos papéis sexuais sejam transpostos para a atividade reprodutiva. Assim, a representação da mulher está resumida à função biológica projetada em seu corpo, que é visto como máquina, construída de partes isoladas que trabalham autônoma e mecanicamente. (PORTO, 2011)

A função reprodutora, que inclui os papéis domésticos e de cuidado com as crianças, atribuída às mulheres são construções de gênero e poder que vinculam a maternidade a um destino natural da mulher.

Na perspectiva de direitos sexuais e reprodutivos a maternidade voluntária consiste numa escolha baseada na vontade consciente da mulher e parceria. Este direito implica numa escolha livre de constrangimentos biológicos, psicológicos ou sociais bem como no direito de acesso aos meios de contracepção existentes e interrupção da gravidez indesejada (DINIZ, 2000). Assim é possível reconhecer a mulher para além da maternidade, como pessoa dotada de escolha e plena de seus direitos.

A despeito das lutas feministas e conquistas políticas logradas na área do direito sexual e reprodutivo de mulheres o protagonismo feminino sobre sua vida e, especificamente sobre a maternidade está longe do ideal. A gestação e o parto foram expropriados das mulheres pelo poder biomédico e intensa medicalização dos corpos. O poder sobre os corpos femininos é genuinamente androcêntrico, não existe autonomia nas escolhas das mulheres uma vez que as possibilidades são limitadas e cerceadas por tecnologias e assistência especializada no tratando de corpos doentes.

Naturalizações estabelecidas nas diferenças de gênero e de sexualidade se inserem nos corpos e impactam nas relações de cuidado legitimando o exercício de determinadas formas de poder e de autoridade no campo da saúde e das relações de cuidado.

As experiências das mulheres com o parto natural realizado em domicílio, prática utilizada antes da medicalização e institucionalização compulsória da reprodução, têm também o papel de resgatar suas individualidades e leva-las ao exercício de suas alianças de gênero constituindo o saber-poder feminino. Com o processo de medicalização do parto, este foi transformado em saber-poder masculino. A prática da assistência ao parto passou a ser vista como ato privativo do médico o que repercutiu negativamente sobre o processo de cuidar/assistir à mulher, visto que aí se inserem relações de gênero e poder entre profissionais de saúde, majoritariamente masculino, e as mulheres.

A despeito dos movimentos de luta pela qualidade da assistência ao parto e nascimento e pelo entendimento do parto enquanto um evento fisiológico protagonizado pela mulher persiste uma assistência permeada por relações de gênero e poder. A naturalização do sofrimento está presente no cotidiano da assistência ao parto através da naturalização da dor do parto como necessária ou como expiação feminina, negação do direito à acompanhante da escolha da mulher, desrespeito à autonomia, à sua integridade corporal e à sua condição de pessoa.

O significado cultural do sofrimento no parto é diretamente influenciado pelas relações de gênero, e expressam a punição da mulher pela própria experiência da sexualidade, da maternidade e da singularidade feminina. A literatura científica destaca que em países onde a desigualdade de gênero tem força, como o Brasil e outros países latino-americanos, a violência institucional no parto aparece impressa no momento em que a mulher é colocada em posição litotômica, sem seus familiares, vítima de intervenções desnecessárias que geram aumento da dor e ferem sua integridade moral e física (LANSKY, 2015).

O feminismo buscou superar a função reprodutiva atribuída à mulher incorporando a noção de mulher enquanto sujeito de direitos, onde se inclui os direitos sexuais e reprodutivos. Especificamente neste aspecto a luta pela humanização do parto e nascimento, maternidade segura, contracepção e aborto (AQUINO, 2014).

A participação ativa das mulheres durante o parto é fator preponderante para o desenvolvimento da autonomia e dignificação da mulher no seu processo parturitivo (NASCIMENTO, 2002). Dignificar implica em proporcionar o desenvolvimento do amor-próprio, o respeito a si e aos outros e a elevação da autoestima das mulheres. Ações de enfermagem que contribuem para o atendimento das necessidades de saúde das mulheres são chamadas de ações dignificantes de enfermagem e podemos citar: Dirigir-se à mulher pelo nome, vínculo, atendimento individualizado, presença de acompanhantes, competência técnica da enfermeira e ambiente adequado (NASCIMENTO; OLIVA, 2004).

O conjunto de medidas classificadas como “práticas humanizadas” visa desestimular o parto medicalizado, centrado no uso das tecnologias, o que o configura como artificial e muitas vezes, violento. Nessa perspectiva essas medidas promovem o incentivo das práticas e intervenções biomecânicas no trabalho de parto, consideradas como mais adequadas à fisiologia do parto, e, dessa maneira, menos agressivas e mais naturais (TORNQUIST, 2002).

Embora a mulher viva no seu corpo a experiência do trabalho de parto, é do/a profissional a diretriz e pré-estabelecimento de como esse momento acontecerá, determinada por uma assistência essencialmente impessoal. Isto reflete a constituição de espaço simbólicos de poder onde a mulher em trabalho de parto é objetificada. O saber profissional nega a subjetividade, a autonomia e os saberes da mulher parturiente e esta se submete à tecnologia e medicalização em nome da segurança no parto (PEREIRA, 2000).

Assim, pensar o processo parturitivo vivenciado pela mulher passa, necessariamente, pela análise de como é partilhado o poder entre os sexos uma vez que a assimetria de gênero presente nas relações sociais naturaliza e perpetua a condição da mulher na cena do parto e sustenta as relações institucionais de poder.

Considerações Finais

Este estudo ratifica a necessidade de se pensar criticamente sobre a construção social da maternidade e o impacto desse pensamento sob o cuidado em saúde para as mulheres, visto que há relação direta entre o primeiro e o segundo. Tendo em vista os direitos reprodutivos serem também direitos sociais,

intimamente relacionados às mudanças políticas, econômicas e da sociedade, entende-se que a emergência de novas discussões a respeito da prática profissional sob a luz das contribuições feministas gera possibilidade de mudanças tanto na estrutura social como no cuidado para a saúde das mulheres, fortalecendo as práticas de humanização do parto e do nascimento como formas de empoderamento feminino.

Referências:

AQUINO, Estela Mota Lima. Reinventing delivery and childbirth in Brazil: back to the future. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1 p. S8-S10, 2014.

BEAVOUIR, Simone. O segundo sexo: a experiência vivida. Rio de Janeiro: **Editora Nova Fronteira**, 1980.

CORREIA, Victor. A Dicotomia Público-Privado. **Poliética**. São Paulo. v. 3, n. 1, p. 7-44, 2015.

MACHADO, Roberto; FOUCAULT, M. Introdução a Microfísica do poder. In: Foucault, M. **Microfísica do poder**, Rio de Janeiro: Graal. 1982.

MEYER, Dagmar Elisabeth Estermann. Corpo, gênero e maternidade: algumas relações e implicações no cuidado em saúde*. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 1, p. 18-22, 2011.

MATTAR, Laura Davis; DINIZ, Carmen Simone Grilo. Reproductive hierarchies: motherhood and inequalities in women's exercising of human rights. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, p. 107-120, 2012.

MILLET, KATE. "Teoria de la política sexual". In: **Política Sexual**. México, DF, 1975 (publicado originalmente em New York por Avon, em 1971.), p.31 texto disponível em: <http://feminista.wordpress.com/>

ORTNER, S.B. Está a Mulher para o Homem assim como a Natureza para a Cultura? In: ROSALDO MZ, LAMPHERE L. (orgs.). **A Mulher, a Cultura, a Sociedade**. Rio de Janeiro: Paz Terra. 1979. 254p.

PORTO, Dora. O significado da maternidade na construção do feminino: uma crítica bioética à desigualdade de gênero. **Revista Redbioética/UNESCO**, p. 55-65, 2011.

SCOTT, Joan Wallach. Gênero: Uma Categoria Útil para a Análise Histórica. **Educação e Realidade**. Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 1- 35, jul./dez. 1990.

LANSKY, Sônia. **Por um novo modo de nascer no Brasil**. Portal da Saúde/SUS. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm. Acessado em: 03 de janeiro de 2015.

PEREIRA, Wilza Rocha. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. **Texto & contexto enferm**, v. 13, n. 3, p. 391-400, jul./set. 2004.

SCAVONE, Lucila. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. **Cadernos Pagu**, n. 16, p. 137-150, 2001.

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do Parto. **Revista Estudos Feministas**. V. 10, n. 2 p. 483-492, jul./dez. 2002.

NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. **A assistência de enfermagem na perspectiva de gênero: concepções de mulheres em um centro de saúde**. 2000. 223f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

NASCIMENTO, Enilda Rosendo do; OLIVA, Talita Andrade. Indicadores de gênero da assistência de enfermagem às mulheres. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 57, n. 5, p. 565-568, set./out. 2004.

UMA ANÁLISE DO TRATAMENTO DADO À QUESTÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AO PARTO NO BRASIL

Marina Maria Teixeira da Silva
Universidade Federal de Pernambuco
marinamts@gmail.com

Resumo: O presente artigo se propõe a analisar como os documentos de Políticas Públicas de Atenção ao Parto no Brasil enxergaram a questão da violência obstétrica e da má qualidade da assistência nos últimos 30 anos, além de analisar as medidas e ações tomadas para resolução dos problemas identificados pelos próprios programas. O corpus foi composto pelos seguintes documentos: Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programáticas (1985); Programa Humanização do Parto – Humanização no Parto e Nascimento (2002); e o Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha (2011). A análise dos documentos foi pautada principalmente na maneira em que cada um deles traz referências à violência obstétrica e nas medidas propostas para redução dessas situações na rede pública de saúde. Um dos pontos principais encontrados nos resultados foi o descompasso entre o discurso da necessidade de melhorar a qualidade da assistência e as medidas tomadas, que não levam em conta critérios qualitativos e podem não impactar, de fato, na redução do tratamento desumanizado oferecidos às usuárias do sistema público de saúde.

Palavras-chave: Violência Obstétrica, Políticas Públicas, Parto, Saúde da Mulher.

Introdução

Violência Obstétrica é um conceito recente, muito embora se refira a uma situação presente desde o início da hospitalização do parto. Segundo a Defensoria Pública do estado de São Paulo (2013), que se apropriou dos conceitos presentes em leis da Venezuela e Argentina, a Violência Obstétrica

caracteriza-se pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto no Brasil, de acordo com a pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo (VENTURI, G.; BOKANY, V.; DIAS, R, 2010). São ações e omissões da equipe de saúde em um momento de vulnerabilidade do sujeito: intervenções e procedimentos mal indicados, julgamentos morais, ironias, silenciamento, reclusão, negligência médica – associados a uma relação de poder médico-paciente, ou, de uma forma institucional, hospital-paciente.

Na questão da saúde pública, ainda é palpável o pensamento dominante de que o corpo da mulher é defeituoso em relação ao corpo masculino. As práticas em relação à saúde feminina colocam a mulher em posição de submissão, sua escolha não é respeitada e sua agenda não é levada em consideração. A excessiva manipulação do corpo feminino é justificada com base nesse “defeito”, sendo o corpo masculino muito mais protegido de intervenções.

No atendimento ao parto no Brasil isso é muito emblemático. O parto, evento natural da sexualidade da mulher, é transformado em uma cirurgia para se tornar controlado, previsível. Del Priore (1999), em “Viagem pelo imaginário do interior feminino”, comenta como o corpo da mulher sempre é colocado como o lugar do pecado, do conflito, do impuro. Isso é perceptível quando vemos, ainda hoje, que parteiras comumente são associadas à feitiçaria, e ativistas da humanização do parto são referidas, pejorativamente, como “comedoras de placenta”.

Dessa forma, buscamos discutir, neste trabalho, como as políticas públicas de atenção ao parto no país enxergaram a questão da violência obstétrica e da

má qualidade da assistência nos últimos 30 anos, além de analisar as medidas e ações tomadas para resolução dos problemas identificados pelos próprios programas.

Metodologia

Foram selecionados três documentos oficiais do Ministério da Saúde que traziam os conteúdos programáticos das políticas relacionadas à atenção ao parto nas últimas três décadas. Tais documentos foram escolhidos por apresentarem conceitos, objetivos, justificativas e ações programáticas de cada uma das políticas, possibilitando analisá-las individualmente e fazer comparações entre os dados levantados. O recorte de tempo foi definido usando como ponto de partida a implementação da grande primeira política pública federal, o “Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM”, vindo até os dias atuais.

O corpus foi composto pelos seguintes documentos: Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programáticas (1985); Programa Humanização do Parto – Humanização no Parto e Nascimento (2002); e o Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha (2011).

A análise dos documentos foi pautada principalmente na maneira em que cada um deles traz referências à violência obstétrica e nas medidas propostas para redução dessas situações na rede pública de saúde.

Resultados e Discussões

Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programáticas (1985)

As “Bases de Ação programática” do “Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher”, em seu sumário diagnóstico, identificam os maiores problemas que afetam a atenção à saúde da população feminina. Iniciando a lista, encontra-se a baixa cobertura, associada à baixa qualidade, do atendimento:

O acompanhamento pré-natal, de conhecido efeito positivo sobre a mulher e o conceito, tem, na sua baixa cobertura, frequentemente associada à baixa qualidade de atendimento, um grave problema (BRASIL, 1985, p.10).

O segundo item da lista de problemas diz respeito à assistência ao parto. Nesse item, o gestor mostra-se ciente dos problemas que afetam esse atendimento:

A questão da assistência ao parto constitui um ponto crítico da saúde da mulher. E fato corriqueiro em nossas cidades a perambulação das parturientes por diversas maternidades em busca de atendimento para seu parto. Por outro lado, a precária qualidade de assistência, os excessos da medicalização no parto e a crescente elevação das taxas de cesarianas refletem a inadequação da assistência prestada. (BRASIL, 1985, p.10)

O documento ainda cita o alto índice de cirurgias cesarianas como um fator de risco a ser evitado.

Diante desses fatores, o PAISM apresenta dois objetivos programáticos focados nesses problemas:

Aumentar a cobertura e a concentração do atendimento pré-natal, proporcionando iguais oportunidades de utilização desses serviços a toda a população. (BRASIL, 1985, p.16)

Melhorar a qualidade da assistência ao parto, ampliando a cobertura do atendimento prestado por pessoal treinado tanto no sistema formal como no informal (parteiras tradicionais), e diminuindo o número de cesáreas desnecessárias. (BRASIL, 1985, p.17)

Segundo o documento, então, ampliar a cobertura da assistência seria uma ação que poderia afetar na qualidade do atendimento. De fato, a falta de acesso à assistência é uma violência e uma negação de direitos e deve ser combatida. Porém o acesso não garante a qualidade dessa assistência.

Da mesma forma, o treinamento técnico do profissional não parece exercer grande influência em algumas das formas de violência sofridas pelas mulheres. O assédio moral, por exemplo, diz mais respeito a uma cultura de violência institucional do que ao preparo técnico de quem atende.

O texto também não descreve como pretende diminuir a elevada taxa de cesarianas – a não ser que entenda que ela seria causada pelo despreparo dos médicos, enfermeiras e parteiras.

Programa Humanização do Parto – Humanização no Parto e Nascimento (2002)

O “Programa de Humanização do Parto e Nascimento”, conceitualmente, estava alinhado ao discurso do movimento de Humanização do Parto e Nascimento e de acordo com as recomendações da OMS para um parto seguro (OMS, 1996). Na parte inicial do documento “Programa de Humanização do Parto: humanização do pré-natal e Nascimento”, o Ministério da Saúde justifica a criação do programa, citando a necessidade de “reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país”; melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal e ampliar ações anteriores já adotadas (BRASIL, 2002, p.5). Nesse preâmbulo encontra-se também a principal finalidade do programa: a destinação de recursos.

Ao longo da explanação dos objetivos do programa, o Ministério da Saúde traz como uma preocupação e objetivo primordial a necessidade de melhorar a qualidade do atendimento:

assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério” (BRASIL, 2002, p.5).

A justificativa dessa preocupação é a adequação ao que recomenda a humanização do parto e nascimento, que é o acolhimento solidário e ético da mulher e a adoção de medidas e procedimentos benéficos para o acompanhamento do parto. Em um dos pontos de maior adesão do texto programático ao discurso do movimento de humanização do parto, vemos o Ministério tratar de uma questão relacionada às más práticas e à violência obstétrica:

evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2002, p.6).

Essa simbiose de pensamentos pressupõe um consenso nas ações a serem tomadas, mas nesse ponto encontra-se a maior contradição do documento. Apesar de reconhecer a necessidade de melhorar a qualidade do atendimento, as medidas planejadas não são capazes de solucionar as questões identificadas.

As medidas focam na estruturação financeira da rede e na garantia da cobertura, aspectos quantitativos e técnicos, que embora possam de fato melhorar outros resultados da ação do programa, pouco ou nada podem realizar para mudar a questão subjetiva do tratamento dado à gestante na atenção ao parto. São eficientes em garantir que a mulher que antes não tinham atendimento algum, passe a ter o atendimento básico, mas não pode atuar na dimensão da qualidade subjetiva desse atendimento.

Da mesma forma agem os indicadores avaliativos que o programa planeja, ao trazer apenas critérios quantitativos na avaliação das ações.

Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha (2011)

O maior documento analisado nesta pesquisa foi o “Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha”, com 45 páginas. Sua maior extensão deve-se ao fato de o Ministério da Saúde procurar justificar seu conceito, objetivo e ações de maneira mais completa, aproximando-se da Medicina Baseada em Evidências e do discurso acadêmico a respeito da Humanização do Nascimento. Para corroborar seu discurso, dedica um capítulo ao “Programa Nacional de Humanização do SUS” e traz, em um anexo, as “Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento”, resultado da Reunião da OMS e da OPAS em 1985.

Já em sua introdução, o documento deixa clara a necessidade de atuar em relação à qualidade da assistência: “embora o acesso ao pré-natal seja praticamente universal, a qualidade dessa atenção ainda não é satisfatória” (BRASIL, 2011, P.3). A maior cobertura da assistência já era esperada, uma vez que os programas anteriores tinham grande foco na ampliação da cobertura. Ainda assim, pouco fizeram para melhorar o cenário da qualidade do atendimento.

O Manual cita como problemas a serem combatidos a baixa cobertura da rede de exames; a peregrinação das gestantes na busca pelo local do parto; as práticas não baseadas em evidências científicas e a fragilidade da rede no seguimento da mulher e da criança no pós-parto. Para os gestores responsáveis pelo programa, tais problemas surgem da fragmentação das ações do serviço, dos mecanismos de alocação de recursos e das práticas de atenção conservadoras, com excesso de medicalização, intervenções desnecessárias e sem respaldo nas evidências científicas.

Dessa maneira, a “Rede Cegonha” surge com o objetivo de garantir “às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade” (BRASIL, 2011, P.3). Entre suas metas, podemos listar:

ampliação do acesso e da melhoria da qualidade do pré-natal, da vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher no parto, da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses e do acesso às ações de planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011, p.3).

Além disso, a Rede pretende

fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos 24 meses; Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil que garanta acesso, acolhimento e resolutividade e; Reduzir a mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011, p.4).

Uma vez que um dos grandes entraves da atenção à saúde pública foi identificado como a falta de integração entre os serviços, o Ministério da Saúde opta por uma mudança de estratégia, criando a “Rede de Atenção à Saúde” (RAS), através da Portaria/GM no 4279 de 30 de dezembro de 2010. Seu objetivo era propiciar uma integração dos serviços de saúde, criando regiões com uma rede horizontal e integrada. A Rede Cegonha trabalha nesse sentido, com a intenção de “trabalhar regionalmente para a garantia do acesso com qualidade à atenção à saúde materna e infantil” (BRASIL, 2011, p.6).

O Capítulo do documento dedicado a justificar a necessidade de humanizar a atenção ao parto e nascimento começa por mostrar sua inserção dentro da “Política Nacional de Humanização” (PNH) do Ministério da Saúde. Para alcançar os objetivos dessa política, atesta ser necessárias

mudanças simultâneas no modelo de atenção e no modelo de gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde (BRASIL, 2011, p.7).

O documento cita ainda o PNH para explicitar os pontos necessários para alcançar a humanização no atendimento, a saber:

compromisso com a ambiência; melhoria das condições de trabalho e de atendimento; respeito às questões de gênero, etnia, raça,

orientação sexual e às populações específicas; fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional; apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; e compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente (BRASIL, 2011, P. 7. apud BRASIL, 2004).

O documento argumenta ainda usando a conceituação da antropóloga Davis-Floyd (2001) a respeito dos modelos de atenção ao parto. Davis-Floyd resumiu em três os modelos de atenção ao parto existentes na sociedade contemporânea americana: o modelo mais difundido é o tecnocrático – onde há uma clara separação entre corpo e mente e o corpo é visto como uma máquina. Dentro da sociedade ocidental patriarcal, o corpo feminino é constantemente visto como defeituoso, em oposição ao corpo masculino que seria o exemplo de bom funcionamento. Como processo de uma máquina defeituosa, o parto deixa de ser um evento natural para se transformar em evento médico, masculino, controlado: na metáfora de Davis-Floyd, o hospital é uma fábrica, o corpo da mãe a máquina, e o bebê seria o produto. Este modelo encontra-se largamente difundido também na sociedade brasileira, que hoje carrega números altíssimos de cirurgias cesarianas e partos cheios de intervenções médicas desnecessárias e muitas vezes censuradas pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

No segundo modelo, o humanista, há uma conexão entre corpo e mente, o protagonismo feminino é incentivado e a relação médico-paciente é mais próxima e equilibrada. O último modelo, o holístico, enxerga uma unidade entre mente, corpo e espírito – esse modelo aparentemente é o mais distante da realidade contemporânea brasileira.

Para o Ministério da Saúde, o sistema de saúde brasileiro precisa superar o “modelo tecnocrático” em direção a um “modelo humanista” (BRASIL, 2011, p. 7).

Ações propostas pela Rede Cegonha para o componente “Parto e Nascimento”

No componente Parto e Nascimento, a Rede Cegonha destaca algumas ações, sendo a primeira delas dedicada à tentativa de mudança da qualidade da assistência:

Incorporação de boas práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento”, com ênfase na garantia do acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2011, p. 11).

A garantia da presença de uma acompanhante é uma feliz ação da Rede. Pesquisas revelam que permitir a presença de um acompanhante ajuda a elevar os resultados positivos no trabalho de parto e parto (BRUGGEMANN, OSIS, PARPINELLI, 2007). A lei federal no. 11.108/2005 estabelece o direito ao acompanhante de escolha da mulher, mas nem todos os centros de atendimento respeitam a legislação. Ações simples como permitir um acompanhante proporcionam bem estar físico e emocional, diminuem as complicações no parto, reduzem a utilização de ocitocina, analgesias, cesarianas e o tempo de hospitalização da mãe e do bebê. Um dos entraves para a efetivação da lei é a falta de privacidade gerada pela presença de um homem em um ambulatório com várias mulheres em trabalho de parto. Esse problema pode ser facilmente resolvido com algumas soluções inteligentes, como a instalação de biombos ou a divisão de salas. A Rede Cegonha dedica uma boa parte de sua proposta para o cuidado com a ambiência dos locais de atenção ao parto, de maneira que eles permitam a permanência do acompanhante.

Apesar da boa intenção do gestor ao inserir a incorporação das boas práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, não fica claro no texto programático como ela será implantada. Entende-se que, com a mudança na ambiência dos serviços, seja possível proporcionar a livre escolha do acompanhante à mulher, o acesso a medidas não-farmacológicas para dor, como água quente, uso de bolas de bobat, etc. Porém, não há nenhuma espécie fiscalização, avaliação ou pesquisa que possibilite acompanhar essa adoção das boas práticas. O Ministério da Saúde, neste texto, endossa o discurso da medicina baseada em evidências, tenta montar uma estrutura física que possibilite um atendimento mais humanizado, mas deixa o restante a cargo dos gestores e equipe – como se um manual e uma sala diferente fossem capazes de por si só gerarem um tratamento mais humanizado e livre de racismo e sexismo.

A Rede Cegonha aposta ainda na sua segunda grande ação para minimizar os efeitos da violência obstétrica e da iatrogenia:

Fomento à adoção de práticas de gestão que diminuam a dicotomia entre gestão e atenção, promovam a atuação integrada entre os profissionais de saúde e entre esses e os gestores dos serviços de saúde e, em última instância, garantam a integralidade do cuidado com respeito à singularidade do atendimento. Ou seja, (i) realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; (ii) implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; (iii) implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização e; (iv) ambiência adequada dos serviços de saúde que realizam partos, orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (BRASIL, 2011, p. 11-12)

Investir em equipes multiprofissionais na atenção ao parto é certamente uma escolha segura na busca por uma assistência de qualidade. A atuação da/o enfermeira/o obstétrica/o tem se mostrado altamente benéfica nos atendimentos de baixo risco. Frequentemente são feitas associações entre o atendimento desses profissionais e a humanização do nascimento - isso porque as/os enfermeiras/os obstétricas/os tendem a respeitar o caráter fisiológico do parto, além de oferecerem conforto físico não-farmacológico através de técnicas como massagens e relaxamento, posturas variadas, uso de música e práticas alternativas (TUESTA, 2003).

O maior avanço proposto pela Rede Cegonha, sem dúvida, são os Centro de Partos Normais. Preconizados pelo Ministério da Saúde (Portaria 985/99 GM) e recomendados pela OMS (OMS, 1996), essas unidades de atendimento localizam-se fora do centro cirúrgico obstétrico. O atendimento é realizado por enfermeiras/os obstétricas/os e a equipe é formada de maneira multiprofissional. O ambiente é preparado para parecer mais uma casa do que um hospital, e é encorajado que a mulher seja participativa e ativa durante o trabalho de parto - a individualização da mulher é respeitada. O Manual traz todas as orientações para a adequação da ambiência desses espaços.

Apesar das propostas trazerem elementos benéficos no processo de humanizar a assistência ao parto e nascimento, não há um critério avaliativo no Manual para os resultados de ordem subjetiva que possam servir ao replanejamento de ações. A mudança da ambiência surge como uma notícia bem-vinda,

porém mudar a estrutura física não garante a mudança do tratamento dado pela equipe.

O encaminhamento e vinculação da gestante à maternidade é uma ação também importante, pois encerra uma das faces da violência obstétrica, que é a peregrinação da gestante em trabalho de parto atrás de uma vaga para ser atendida.

Considerações finais

Nenhum dos documentos faz referência ao termo “violência obstétrica”, o que era esperado uma vez que o conceito é recente. Contudo todos identificam a existência de ações que podem prejudicar a usuária do serviço: medicalização excessiva, intervenções desnecessárias, alta taxa de cirurgias cesarianas, peregrinações atrás de vaga em maternidade, isolamento da gestante e ausência de medidas de alívio da dor.

A questão da qualidade da assistência e do tratamento é citada várias vezes nos documentos, porém as medidas tomadas não levam em conta critérios qualitativos e podem não impactar, de fato, na redução do tratamento desumanizado oferecidos às usuárias.

Os documentos dos programas, ainda que no discurso problematizem a violência obstétrica e a necessidade de humanização do parto, ainda focam a atenção apenas em aspectos e indicativos técnicos, como a cobertura dos serviços e as taxas de mortalidade e morbidade. Apesar da necessidade de cuidar de perto dessas questões, pela responsabilidade do serviço com a vida das usuárias, faz-se necessário focalizar também os outros problemas identificados, uma vez que eles podem, inclusive, levar ao aumento desses indicadores, se medidas não forem tomadas.

Ainda que os resultados não soem otimistas, convém ressaltar o aspecto ascendente na qualidade das medidas tomadas pelos programas, de maneira a entrever que há um progresso nas ações dos gestores, ainda que lento. É perceptível também nos documentos que há um grande diálogo com as demandas dos movimentos sociais, demonstrando que há uma busca em satisfazer essas necessidades, ainda que esse diálogo ocorra mais no campo teórico do que nas medidas propriamente ditas.

Para que as medidas de fato alcancem os objetivos propostos pelos gestores, é necessário que haja uma avaliação a respeito da percepção das usuárias sobre o atendimento – tanto na etapa de planejamento das medidas, quanto na

fase de revisão das ações. Embora algumas violências obstétricas causem danos físicos às mulheres, na grande maioria das vezes o dano não é visível – e apenas através da escuta dessas mulheres poderá haver um entendimento e a partir disso uma busca por ações que de fato sejam eficientes para reduzir progressivamente a violência no ciclo gravídico-puerperal.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de ação programática**. Brasília, DF, 1985

_____. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto – Humanização no Parto e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília: 2011a

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf> . Acesso em: 16 mar. 2015.

_____. Presidência da República. Diário Oficial da União. Lei Nº 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Presidência da República, 2005.

BRUGGEMANN, O. M., OSIS, M. J. D., PARPINELLI, M.A. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 44-52, fev. 2007.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, vol. 75, Supplement nº 1, pp S5-S23, November 2001.

DEL PRIORE, Mary. Viagem pelo imaginário do interior feminino. **Revista Brasileira de História**. vol. 19 n. 37, São Paulo. Sept. 1999. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26303709>>. Acesso em: 16 mar. 2015.

OMS. **Assistência ao Parto Normal**: Um Guia Prático. 1996. Disponível em: <http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2015.

SÃO PAULO. Defensoria Pública do Estado de São Paulo. **Violência Obstétrica**: você sabe o que é?. 2013. Folder. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/Violencia%20Obstetrica.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2015.

STOLCKE, Verena. “La mujer es puro cuento: la cultura del género”. **Revista Estudos Feministas**. 2004, vol. 12, no. 2 pp. 77-105

TUESTA A. A. Saberes e prática de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. **Cad. Saúde Pública**. 2003; 19(5):1425-36.

VENTURI, G.; BOKANY, V.; DIAS, R. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/Sesc, 2010. Disponível em: <<http://www.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>> Acesso em 19 mai. 2015

CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DE PROGRAMAS E POLÍTICAS PARA MULHERES SOB PERSPECTIVA DE DIREITOS REPRODUTIVOS: ESTUDO REFLEXIVO

Millani Souza de Almeida

Mestranda. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

mila.misoual@gmail.com

Larissa Silva de Abreu Rodrigues

Doutoranda. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

larissagbi@hotmail.com

Amália Nascimento do Sacramento Santos

Doutoranda. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

amaliasacramento@hotmail.com

Isa Maria Nunes

Doutora. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

isamaria.nunes@yahoo.com.br

Enilda Rosendo do Nascimento

Doutora. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

enildarosendo@hotmail.com

Resumo: Os avanços em relação à saúde das mulheres são fruto de conquistas históricas dos movimentos feministas na luta pela cidadania e por melhores condições de vida. Nessa perspectiva, se inserem os direitos reprodutivos imprescindíveis para a autonomia e o empoderamento das mulheres. Este estudo consiste em uma revisão bibliográfica teórico-reflexiva com objetivo de refletir sobre aspectos históricos da construção de programas e políticas brasileiras para mulheres, numa perspectiva de direitos reprodutivos. Os resultados evidenciam o histórico das conquistas de direitos reprodutivos e as contribuições do movimento feminista no âmbito nacional e internacional

traduzidos nos avanços dos programas e das políticas brasileiras, a partir da década de 1980, no entanto verificam-se desafios e lacunas para efetivação dessas políticas.

Palavras-chaves: Direitos reprodutivos, feminismo, políticas públicas.

Introdução

Os avanços em relação à saúde das mulheres são fruto de conquistas históricas dos movimentos feministas na luta pela cidadania e por melhores condições de vida. Nessa perspectiva, se inserem os direitos reprodutivos imprescindíveis para a autonomia e o empoderamento das mulheres.

Os direitos reprodutivos estão fundamentados nos princípios da autonomia e da liberdade reprodutiva e possibilitam às mulheres esse exercício nas questões relacionadas ao seu próprio corpo permitindo-lhes vivenciar a sexualidade dissociada da procriação (SOUZA, 2011). O acesso universal aos serviços de saúde reprodutiva é um dos direitos previstos na Constituição brasileira, cabendo ao Estado disponibilizá-lo, sem distinção de sexo, raça/cor, classe social, origem nacional ou qualquer outra condição. Em específico, a assistência qualificada à reprodução gera grande impacto na saúde e vida das mulheres, favorece o livre exercício da sexualidade e a redução da morbimortalidade (OMS, 2015).

A atenção à saúde da mulher no Brasil deve ser discutida numa perspectiva de direitos e desse modo, a maternidade não é considerada como um destino para mulher, mas uma escolha. Portanto, compreende-se a importância de discutir a construção histórica de ações e políticas à saúde direcionadas às mulheres considerando o protagonismo, a autonomia e as demandas integrais das mesmas. Sendo assim, o presente estudo objetiva refletir sobre aspectos históricos da construção de programas e políticas brasileiras para mulheres, numa perspectiva de direitos reprodutivos.

Metodologia

Trata-se de uma revisão bibliográfica teórico-reflexiva, a partir da análise e discussão de livros, artigos, manuais e dissertações que abordam os temas: Direitos Reprodutivos e Movimentos feministas; Programas e Políticas de Atenção à Mulher Brasileira. Foram selecionados 21 manuscritos sobre o tema de interesse, a partir da base de dados: Scielo, Lílacs e BVS, além da consulta à coletânea impressa do Ministério da Saúde sobre gestão de Políticas Públicas de gênero e raça. Em complementariedade, foram consideradas as experiências acadêmicas e profissionais das autoras.

Resultados e Discussão

Historicamente, a revolução francesa (1789) foi um marco importante na luta pela igualdade ao levantar princípios revolucionários de liberdade, igualdade, fraternidade e justiça social, funcionando como uma onda de ideais libertadores que influenciou diversos movimentos reivindicatórios dos diferentes seguimentos sociais ao redor do mundo (HEILBORN, ARAÚJO e BARRETO, 2010). Em busca do acesso aos direitos até então negados pela sociedade, as mulheres buscaram inserir-se nesse movimento, porém a princípio não tiveram as suas causas assumidas como legítimas.

Em sua obra “O enigma da igualdade”, Joan Scott (2005) discute que embora durante a revolução francesa a idéia de que todos os indivíduos poderiam ser tratados igualmente, inclusive para os propósitos de participação política e representação legal, a “igualdade” que se via na prática era gerida por interesses androcêntricos da época. Para os acontecimentos revolucionários na França de 1789, por exemplo, as diferenças de nascimento, posição e de status social entre homens não eram consideradas, no entanto, diferenças de cor e gênero sim.

Foi a partir do século XIX que as manifestações públicas pela igualdade de direitos entre homens e mulheres, evidenciando a luta pela igualdade de acesso à educação, ao voto e ao mercado de trabalho começaram a emergir. Nesse período, os direitos demandados pelas mulheres começaram a compor a bandeira de luta do então nascente movimento feminista. A partir da segunda metade do século XIX o movimento ganhou uma feição ainda mais política e social, dirigida principalmente pelas mulheres européias e estadunidenses que iniciaram um movimento por seus direitos nesse âmbito (HEILBORN, ARAÚJO e BARRETO, 2010; SILVA, 2015).

As diferenças de posições entre homens e mulheres, que atribuíam a essas um lugar inferior e desvalorizado em relação aos homens, começou a ser questionado pelo Movimento Feminista, que trouxe à pauta as desigualdades de gênero nas diversas esferas da sociedade, a exemplo da educação, envolvimento na organização política, mercado de trabalho, produção de conhecimento científico e saúde.

No campo da atenção à saúde da mulher, o Movimento Feminista, a partir da década de 60, enfatizou a insatisfação do lugar de “reprodutora” como função natural das mulheres, questionando o destino biológico e a construção histórica do lugar social designado para elas, e reivindicando a (re)apropriação

do corpo e o reconhecimento dos problemas das mulheres como questões políticas (SCAVONE, 2004).

No Brasil, o movimento feminista não aconteceu de forma alheia ao contexto mundial. Enquanto movimento, tomou forma no território brasileiro no século XX, durante a luta pelo direito ao voto; mais adiante na ditadura militar (1964-85), muitas mulheres posicionaram-se como esquerdistas na busca por uma sociedade construída democraticamente. A constante transformação política que acontecia na porção ocidental do planeta mostrou força no Brasil nos anos 70, período marcado pela “segunda onda do feminismo”, o que resultou em profundas transformações na vida das brasileiras e crescimento das lutas por direitos reprodutivos (SILVA, 2015).

A Organização das Nações Unidas (ONU) instituiu 1975 como o ano Internacional da Mulher, buscando dar visibilidade ao movimento das mulheres na busca por seus direitos. Em 1983 foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), uma importante conquista no Brasil, fruto da árdua luta pela atuação feminina na política. A luta pelos direitos reprodutivos recebeu atenção por meio da implantação de políticas públicas para a saúde das mulheres, expressadas através do PAISM, o qual propunha o desenvolvimento de ações efetivas para a saúde das mulheres, para além da idade reprodutiva.

Com uma abordagem ampla, o PAISM valoriza todos os períodos da vida da mulher e não apenas o gravídico-puerperal; a integralidade e equidade das ações também é outro ponto de destaque do programa (BRASIL, 2011). Sobre esse avanço, Negrão (2012) comenta que a criação do SUS e a instituição de mecanismos de controle social das políticas de saúde foram e são ferramentas fundamentais para que o movimento de mulheres politize os temas da saúde e dos direitos reprodutivos na agenda dos conselhos de saúde, ampliando o apoio da sociedade em sua defesa.

Outros acontecimentos importantes ligados às lutas e às questões históricas e culturais das mulheres aconteceram ao redor do mundo, a exemplo da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), que resultou no Programa de Ação do Cairo (1994). A CIPD trouxe discussões sobre as desigualdades de gênero, meio ambiente e os Direitos Humanos, e influenciou a Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing no ano seguinte quando acordos estabelecidos foram reafirmados e avançou-se nas definições sobre direitos sexuais e reprodutivos como Direitos Humanos, ressaltando o empoderamento das mulheres sob a perspectiva da equidade de gênero (PORTELLA, 2007).

Sobre a definição de saúde reprodutiva, vale ressaltar seu conceito definido pela Organização Mundial da Saúde, em 1988, e ampliada pela CIPD:

“A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e as suas funções e processos e não de mera ausência de doença ou enfermidade [...] implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo” (NACIONES UNIDAS, 1995, anexo, cap. VII, par. 7.2).

O reconhecimento da saúde sexual e reprodutiva enquanto direito, com foco em seu caráter universal, foi fundamental para a criação e qualificação de políticas públicas que contemplassem as necessidades das mulheres para além do caráter biológico, valorizando também o âmbito político e social. Nesse sentido, documentos sobre a saúde no Brasil reiteram que a prática sexual e a maternidade/paternidade são direitos previstos na constituição e cabe ao Estado a sua garantia, por meio de ações e estratégias, fomentando o compromisso da população com seu exercício de modo responsável e mediante condições saudáveis (BRASIL, 2010).

Posteriormente, novos programas ou estratégias foram criados com vistas a assegurar o acesso universal das mulheres ao cuidado e planejamento reprodutivo, a exemplo do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) instituído no ano 2002, que visa, dentre outros aspectos aumentar a cobertura e a qualidade da atenção às mulheres durante o pré-natal, parto e puerpério em todo o território brasileiro, (NUNES, 2015; BRASIL, 2002; LEAL et al, 2015).

Ao abranger o processo da gestação e do nascimento, o PHPN, centra parte de suas ações em recém-nascidas/os e crianças, deslocando o foco da atenção às mulheres, sendo esta uma crítica importante, do ponto feminista, ao PHPN. Esse reconhecimento, motivou a formulação de uma nova política que ampliasse o escopo do PAISM para questões até então não contempladas, como o interesse na diversidade social e cultural que caracteriza a população brasileira.

Nesse sentido, em 2004, foi formulada a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PNAISM, com objetivos de promover a melhoria

das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro e a todas as mulheres, em todas as fases da vida. Destaca-se também a ampla discussão em torno dos altos índices de mortalidade materna/feminina com vistas à contribuir para sua redução no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie. Além disso, a Política mantém o foco na ampliação e qualificação da atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (CAMPOS, 2009).

Nesse sentido, a PNAISM trouxe a valorização da saúde de outros grupos de mulheres que não haviam sido contemplados no PAISM, como é o caso da saúde das mulheres adolescentes, saúde da mulher na maturidade e velhice de negras, além das especificidades das mulheres lésbicas e transexuais e daquelas em situação de rua; tem a justiça social como um dos princípios norteadores; e aponta a necessidade de articulação com o sistema educacional de modo a formar profissionais sensíveis às questões de gênero e étnicorraciais como fatores qualificadores do cuidado. No contexto nacional, ao longo das décadas, muitas conquistas foram incorporadas à vivência reprodutiva das mulheres com direitos assegurados por lei, a exemplo da Lei do direito ao acompanhante, criada em 2005, que permite a presença de pessoa indicada pela mulher em todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nas organizações de saúde do SUS. Em que pese a sua importância, em nossa experiência, a implementação dessa medida tem gerado conflitos nos serviços de saúde provocados pela falta de estrutura adequada para acolhimento dessas pessoas e pela criação de mal-estar entre profissionais que se sentem, de certo modo, em estado constante de avaliação de sua atuação. Essas questões apontam para necessidades de preparo adequado das organizações de saúde e da urgente mudança de paradigmas do cuidado que leve em conta a participação ativa e autonomia das mulheres durante o parto.

Recentemente, com a implantação dos Centros de Parto Normal vislumbra-se uma alternativa para a efetivação desse novo modelo de atenção às mulheres. A criação desses centros foi reforçada pela estratégia intitulada Rede Cegonha lançada pelo Ministério da Saúde em junho de 2011, fundamentada nos princípios da humanização da assistência e operacionalização do SUS. A Rede visa garantir o direito da mulher a ter assistência de qualidade no parto

e puerpério com acolhimento e resolutividade e também prevê assistência de qualidade a recém-nascidas/os e crianças (BRASIL, 2011).

Ao incluir a assistência às crianças, a Rede Cegonha resgata o conceito de assistência Materno-infantil (PMI) já criticado, desde a década de 1970, pelos movimentos de mulheres, por entender-se que ele reduz a identidade das mulheres à existência de uma criança. No entanto, nem toda a mulher almeja a maternidade e nem sempre sua existência é por ela determinada. Como refere Lemes (2011) “o conceito trazido pela Rede Cegonha é um retrocesso nas políticas com enfoque de gênero, saúde integral da mulher e direitos reprodutivos e sexuais”, numa referência ao PAISM e à PNAISM.

Devido a isso, considerar apenas o binômio mãe-filho, reduzindo a mulher à sua função reprodutiva é um retrocesso há mais 30 anos de lutas, reivindicações e conquistas por parte do movimento feminista em prol da consolidação dessas políticas. Ademais, a idéia de uma cegonha parece infantilizar a mulher, significando a expropriação do corpo e retirando o seu papel de protagonista na cena do parto (LEMES, 2011).

Os princípios que regem a política da Rede Cegonha são redundantes em relação às políticas anteriores, a exemplo da reorganização da assistência visando a redução da mortalidade materna, e a necessidade de adoção do novo paradigma de atenção obstétrica que já estavam incluídos em políticas como o Programa de Humanização no Parto e Nascimento e na PNAISM (SILVA, 2014). A autora acrescenta que “o direito da mulher a ter acompanhante de livre escolha no parto, presente nas diretrizes da Rede, também já havia sido contemplado na lei 11.108 de 2005” (p. 13).

Embora concordemos com a crítica feminista à Rede, entendemos que a criação dos centros de parto normal possibilitou o resgate/emergência do protagonismo das mulheres em suas experiências parturitivas, e conferiu maior autonomia às enfermeiras inseridas no cuidado. Possibilitou, ainda, trazer à público a discussão e a prática do parto natural como escolha das mulheres.

Vale ressaltar que quatro dentre os oito Objetivos do Milênio definidos pela Conferência do Milênio no ano 2000, possuem relação direta com a saúde sexual e reprodutiva: a promoção da igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; a melhoria da saúde materna; o combate ao HIV/Aids, malária e outras doenças (OMS, 2016). Essa meta foi definida para que um conjunto de países, dentre eles o Brasil, pudesse melhorar o cenário do setor saúde em um período de 25 anos, 1995 à 2015.

Terminado o ano de 2015, os indicadores de saúde revelam que nem todos os objetivos foram efetivamente alcançados (OMS, 2015), e entre os fatores que contribuíram para que o Brasil não alcançasse as metas pactuadas destaca-se a persistente baixa qualidade da assistência pré-natal e ao parto, embora se perceba avanços importantes decorrente de longas caminhadas que tem gerado mudanças na saúde pública brasileira.

Sabe-se que há várias incoerências entre o que está preconizado pelas Políticas Públicas e o que é efetivamente realizado no dia-a-dia do sistema de saúde. É preciso, portanto, entender a origem das distorções e os motivos para o distanciamento entre a proposta e a realidade, resgatando o histórico das políticas de saúde no nosso país e avançando para identificar demandas e necessidades das mulheres, considerando os determinantes sociais e culturais da população e integrando as perspectivas de gênero e a integralidade nas práticas de saúde, para oferecer melhorias na qualidade da atenção à saúde (NUNES, 2015).

Considerações finais

O estudo ratifica que os direitos reprodutivos são também direitos sociais, visto que estão intimamente relacionados às mudanças políticas, econômicas e da sociedade, as quais podem promover a autonomia e possibilitar a tomada de decisão na vida e saúde das mulheres.

O resgate histórico das conquistas de direitos reprodutivos evidencia contribuições do movimento feminista no âmbito nacional e internacional traduzidos nos avanços dos programas e das políticas brasileiras. Entretanto, verificam-se desafios e lacunas para sua operacionalização e efetivação.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.44p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da

Saúde, 2010. 300 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 26)

_____. Ministério da saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2002

_____. **Assistência pré-natal:** manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf>. Acesso em: 07/01/2016.

_____. Lei no 11.108 de 7 de abril de 2005. Garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. [acesso em 03/02/ 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm

_____. Lei no 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do

Sistema Único de Saúde. [acesso em 18/02/2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459 de 24 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. [acesso em 03/02/2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

CAMPOS, Carmem hein; OLIVEIRA, Guacira César de (org.). **Saúde reprodutiva das mulheres:** direitos, desafios e políticas públicas. Brasília: cfemea, 2009.

HEILBORN, Maria Luiza; ARAĐJO, Leila; BARRETO, Andreia (Org.). **Gestão de Políticas Públicas em Gênero e Raça:** Políticas Públicas e gênero. Rio de Janeiro: Cepesc; Brasília: Secretaria de Políticas Para As Mulheres, 2010. 266 p. Módulo 2.

LEAL, Maria do Carmo. THEME-FILHA, Mariza M. MOURA ,Erly C. CECATTI, José G. SANTOS, Leonor M.P. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema

público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.15, n.1, p. 91-104 jan. / mar., 2015.

LEMES, Conceição. Rede Feminista de Saúde Alerta: a Rede Cegonha é retrocesso de 30 anos. 5 abr. 2011. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/entrevistas/rede-feminista-de-saude-rede-cegonha-e-um-retrocesso-de-30-anos-nas-politicas-de-genero-saude-da-mulher-direitos-reprodutivos-e-sexuais.html>>.

NACIONES UNIDAS. *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*: el Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Nueva York: Naciones Unidas, 1995. Disponível em: < http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/572_filename_finalreport_icpd_spa.pdf > Acesso em: 06/01/2016.

NEGRÃO, Télia. Uma Ação Sinérgica por Direitos Reprodutivos: uma história sem fim. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, supl.1, p.164-176, 2012.

NUNES, Bárbara BS. MENDES, Paulo C. Políticas públicas de saúde reprodutiva: contexto histórico e implicações na maternidade em Uberlândia-MG. **Caminhos de Geografia**, Uberlândia, v. 16, n. 53, p. 81–100, Marc, 2015.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2015. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>. Acesso em 10/12/2015.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2016. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/es/>. Acesso em 06/01/2016

PORTELLA, Ana Paula. Direitos reprodutivos e direitos sexuais: impasses e desafios do Movimento Feminista. In: ÁVILA, M.B; GOUVEIA, T., XAVIER, E. (Orgs.). **Reflexões feministas para transformação social**. Recife: SOS Corpo, 2007. p. 96-105.

SCAVONE, Lucila. **Dar a vida e cuidar da vida**: feminismo e ciências. São Paulo: UNESP, 2004. 205 p.

SCOTT J. *The Conundrum of Equality*. Occasional Papers– Princeton, 1999. Traduzido por **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.13, n.1, p.11-30, janeiro-abril/2005.

SILVA, Elaine F. Metodologia feminista e direitos reprodutivos no centro de saúde Santa Rosa, Niterói (RJ). **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 893-903, jul-set 2015.

SILVA, Lorena Santos. **Dignificação, participação e autonomia de mulheres atendidas por enfermeiras em um centro de parto normal**. 2014. 112f. Dissertação (Mestrado em enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador-Ba.

SOUSA, Jussilene Jesus. **Circunstâncias da ocorrência da gravidez não planejada em mulheres usuárias do Programa de Saúde da Família**. 2011. 120f. Dissertação (Mestrado em enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador-Ba.

PERCEÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO À PRÁTICA DO ABORTO

Millani Souza de Almeida

Mestranda. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
mila.misoual@gmail.com

Adriele Souza de Jesus

Enfermeira. Universidade do Estado da Bahia- Guanambi
diiu20@hotmail.com

Pablo Luiz Santos Couto

Mestre. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
pabloluizsc@hotmail.com

Mariana Matias Santos

Mestranda. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
mari_britomatias@hotmail.com

Larissa Silva de Abreu Rodrigues

Doutoranda. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
Universidade do Estado da Bahia- Guanambi
larissagbi@hotmail.com

Resumo: Pesquisa realizada com objetivo de apreender a percepção da equipe de enfermagem em relação à prática do aborto. Trata-se de um recorte de uma pesquisa intitulada “Percepção de profissionais de enfermagem sobre aborto e assistência à mulher no pós-aborto” com abordagem qualitativa, de caráter descritivo realizado com 11 profissionais da equipe de enfermagem que prestam cuidados a mulheres no pós-aborto induzido ou espontâneo. A maioria das (os) participantes era do sexo feminino, com idade entre 27 e 52 anos, predominância de cor autodeclarada parda, de religião católica, com estado civil de casada (o)/união estável e tempo de atuação profissional variando

entre 04 a 28 anos. Os resultados deste artigo apontam para a confirmação de que as profissionais que contribuíram com a pesquisa reforçam em suas falas julgamentos e preconceitos ratificados socialmente. Sugerem-se, estratégias de oficinas e educação continuada que alcancem profissionais de enfermagem, no intuito de conscientizá-las (os) sobre os direitos reprodutivos e de saúde das mulheres.

Palavras chave: Aborto, Saúde da mulher, direitos reprodutivos, enfermagem.

Introdução:

O aborto é um tema que remete a grandes discussões relacionadas a questões sobre a legalização, descriminalização, direito da mulher, direito à vida dentre outras. Ainda no século XXI, o aborto configura-se como um problema de saúde pública e como tema de destaque em debates relacionados à saúde da mulher com enfoque na mortalidade materna gerando polêmicas a partir dos diversos pontos de vista e subversões de caráter pessoal, cultural, religioso e social (DOMINGOS; MERIGHI, 2010).

O termo abortar significa expulsar espontaneamente ou de forma provocada o produto da concepção antes deste encontrar-se viável. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o aborto ocorre de forma precoce a partir da expulsão do concepto com peso inferior a 500g, idade gestacional (IG) menor que 13 semanas, e tardio com IG entre a 13ª e a 22ª semanas de gestação (DOMINGOS; MERIGHI, 2010).

As discussões relacionadas ao aborto estão pautadas, principalmente, na distinção entre aborto seguro e inseguro, pois, podem gerar diferentes repercussões para a saúde das mulheres. No aborto seguro a mulher tem assistência adequada à saúde por uma equipe multiprofissional capacitada para oferecer suporte técnico, emocional e de saúde adequados. Entretanto, também podem ocorrer em instituições clandestinas, com condições insalubres e profissionais que não oferecem o suporte necessário que a mulher e o procedimento requerem. Nestes casos a mulher não possui nenhuma segurança de assistência adequada e por isso, quando acessa ao serviço público, na maioria das vezes, apresenta complicações graves.

De acordo com Góes e Lemos (2010), a condição de ilegalidade do aborto no Brasil não coíbe que um grande número de mulheres cometa esta prática, colocando em risco sua saúde. Nos países com legislação proibitiva ao abortamento, o aborto provocado constitui uma das principais causas de morbimortalidade, pois são realizados em condições insalubres com técnicas inadequadas, gerando graves repercussões para a saúde da mulher, como hemorragias, sepse, peritonite, choque, comprometimentos psicológicos e óbito (DINIZ et al. 2011).

De acordo com Nader et al. (2008), os casos em que o aborto está previsto em lei raramente são praticados, tanto pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde, quanto pelo receio que existe de incriminação e por desconhecimento dos aspectos legais para realização. Ou seja, as mulheres que decidem

realizar o aborto estão duplamente vulneráveis, pois apesar de uma lei restritiva que permite a sua realização em casos extremos, esta não é amplamente divulgada, muito menos devidamente aceita e aplicada nos diversos serviços de saúde. Além disso, as demais mulheres que por motivos outros que não estupro e anencefalia, decidem abortar, estão totalmente desamparadas no que diz respeito aos aspectos sociais, legais e de saúde.

As lutas que objetivam modificações na realidade de mulheres que optam pelo aborto no Brasil têm conseguido alguns avanços, entretanto, diversos extratos da sociedade ainda se opõem, por motivos culturais e religiosos, a descriminalização do aborto. Desse modo, considera-se relevante compreender como as profissionais de enfermagem, fundamentais para a realização de uma assistência digna a estas mulheres, concebem a prática do aborto. Diante disso, estabeleceu-se como objetivo deste trabalho apreender a percepção da equipe de enfermagem em relação à prática do aborto.

Metodologia:

Trata-se de um recorte de uma pesquisa intitulada “Percepção de profissionais de enfermagem sobre aborto e assistência à mulher no pós-aborto” com abordagem qualitativa, de caráter descritivo.

O cenário da pesquisa foi um Hospital de médio porte de um município do interior da Bahia. A produção dos dados empíricos ocorreu no período de março a maio de 2014, quando foi aplicado um roteiro de entrevista semiestruturada com as/os participantes.

Foram entrevistadas/os onze profissionais que compõe a equipe de enfermagem e concordaram em participar da pesquisa de forma voluntária. Como critério de inclusão utilizou-se: ter prestado cuidados/assistência às mulheres no pós-aborto, induzido e/ou espontâneo. Foram excluídas/os profissionais que não havia experienciado a assistência às mulheres no pós-aborto.

As/os participantes foram convidadas/os a contribuir com as entrevistas, e, à medida que algum desistia ou não queria participar, outras/os eram convidadas/dos até que se atingisse a quantidade satisfatória de profissionais, por meio da saturação das entrevistas.

Deste modo, contribuíram 11 profissionais, sendo 10 do sexo feminino e 01 do sexo masculino, dentre as/os quais, 03 possuíam formação de Bacharelado em Enfermagem e 08 em Técnico de Enfermagem, sendo que entre as enfermeiras/os apenas 01 possuía pós-graduação na área de obstetrícia.

Os dados foram analisados pela análise de conteúdo descrita por Bardin e, neste trabalho, se apresenta a categoria que abrange a percepção da equipe de enfermagem em relação à prática do aborto (BARDIN, 2011).

Os nomes das/os participantes da pesquisa foram preservados, para garantir o sigilo e o anonimato, sendo utilizada a categoria profissional de cada um pertencendo seguido da letra alfabeto para identificar as/os enfermeiras/os e uma numeração ascendente para as/os técnicas (Ex: Enf A ou Tec. 01).

Todos os aspectos éticos da Resolução 466/2012, foram obedecidos. A pesquisa obteve a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), CAAE n. 4887513.2.0000.0057, protocolo nº 532.532.

Resultados e discussão:

Sobre a caracterização das (os) participantes da pesquisa, observou-se variação de idade entre 27 e 52 anos, predominância de cor autodeclarada parda em 54,54% (6) das (os) participantes, seguida da cor branca com 36,6% (4) e 9,9% (1) de participantes negras (os). A maioria das (os) entrevistadas (os) era católicas, 63,63% (7), seguidos por protestantes, 27,27% (3) e espírita. 9,9% (1) respectivamente. Com relação ao estado civil, 81,81% (9) das (os) entrevistadas (os) eram casadas (os) ou viviam em união estável e tinham filhos, as (os) demais declararam-se solteiras (os) e sem filhos. O tempo de atuação profissional variou de 04 a 28 anos entre as (os) participantes.

A percepção da equipe de enfermagem em relação à prática do aborto surgiu como categoria, na pesquisa matriz, e constitui em principal resultado do presente recorte. Quando se discute a questão do aborto, as opiniões dos (as) profissionais da área da saúde necessitam ser consideradas, já que as atitudes dos (as) mesmos (as) afetam diretamente a qualidade da assistência, sendo assim estes (as) profissionais têm importante papel no contexto do aborto, seja durante a sua indução nos casos amparados legalmente ou recusando-se a participar fundamentados no recurso legal da objeção de consciência (CACIQUE; PASSINI; OSIS, 2013).

No que diz respeito a ser a favor ou contra a prática do aborto 54,54% dos entrevistados revelaram ser contra, sendo que os outros 45,46% disseram que depende do caso, como estupro, má formação, incompatibilidade de vida extra-uterina ou risco de vida para a mãe, como observado através das seguintes falas:

“Não, a favor do aborto? Não, não sou não. Porque, eu acho que não é legal, é ilegal, não é legal, eu sou a favor do parto, parir.”

(Técnica 1)

“[...] o aborto provocado não. Porque o aborto provocado é um aborto, você está tirando uma vida né, é isso é contra a lei, os princípios, né, isso não é certo, como é que você provoca um aborto, você tira uma vida, ali é um ser humano.” **(Técnica 2)**

“Depende, se for um aborto para um caso de vida que não pode dar seguimento, tipo anencefalia sim, caso contrário não.” **(Enfermeiro B)**

“Depende da situação, quando a mulher é estuprada e engravida e aí? O que fazer?” **(Técnica 4)**

Em estudo realizado por Mercês et al. (2014) em Hospital Municipal de Feira de Santana- BA também foi evidenciado que os entrevistados pertencentes às religiões católica e evangélica, que consideram o aborto como assassinato, se mostraram flexíveis em relação ao aborto dependendo da situação em que a mulher está inserida.

Soares (2003) refere que a abordagem realizada no abortamento é permeada por aspectos morais e religiosos que atrapalham a compreensão sobre o tema, tornando a assistência influenciada pela ideia do aborto como crime, sem alusão aos direitos reprodutivos das mulheres ou questões sociais provenientes da clandestinidade do ato, o que também foi observado nas falas das participantes desse estudo.

“Não, porque só Deus pode tirar uma vida.” **(Técnica 3)**

“Não sou a favor do aborto e sou se o caso já for feto morto, quem comete aborto provocado se auto medicando merece castigo divino, tirou a vida do seu filho, ela pode tirar a vida de outro ser.”

(Técnica 5)

De acordo Mariutti, Almeida e Panobianco (2007), é compreensível que os (as) profissionais sejam mais favoráveis a acompanhar as mulheres com gravidez bem sucedida, no entanto, mesmo aqueles (as) que não são a favor do aborto podem auxiliar aquelas que estão nesta situação e fazendo isso não vão estar cometendo um crime nem provocando aborto.

Para Mortari, Martini e Vargas (2012), trata-se de um ato presente na sociedade, sendo também um tema intermitente e um desafio para a equipe de saúde envolvendo questões de vida ou morte biológica de uma futura pessoa, existencial de sonhos, projetos e aspirações, por consequência dos danos ocasionados pelo aborto clandestino como observado no discurso das (os) participantes:

“[...] você tá tirando uma vida né, é isso é contra a lei, os princípios, né, isso não é certo, como é que você provoca um aborto, você tira uma vida, ali é um ser humano”. **(Técnica 2)**

“[...] na minha opinião o ser que está prestes a vir não tem culpa de nada[...]”.**(Técnica 8)**

Espírito-Santo e Vieira (2007) afirmam que, alguns profissionais pensam no aborto pela perspectiva dos direitos do feto e isto pode influenciar na assistência que dão às mulheres, sendo que seu julgamento parece influenciar sua prática, se não diretamente, na sua relação com a paciente, acreditam também que a forma com que esse atendimento é percebido pela cliente pode gerar consequências negativas, uma vez que dificilmente é possível desvencilhar-se de julgamentos de valor.

O aborto precisa ser tratado com seriedade e enfrenta-lo como uma questão de saúde pública é vê-lo sob o aspecto de assistência de saúde, não como uma ação de infração moral de mulheres levianas (DINIZ, 2007).

É notória, através de algumas falas, a ideia de responsabilidade da mulher sobre poder se prevenir, quando afirmam que as mulheres poderiam evitar uma gravidez indesejada por meio de métodos contraceptivos e planejamento familiar, o que sugere a necessidade ampliar a análise da situação de saúde no contexto da atenção básica, bem como a dificuldade que mulheres, principalmente as de baixa renda e escolaridade, possuem em relação a utilização correta dos métodos disponíveis.

“Não, (silêncio), eu acho que você tem vários meios de se evitar, e não fazer o aborto tem até mulheres que sofreram estupro e são felizes com os filhos, não condeno, não critico, mas tem que evitar, se tá num relacionamento fazer um planejamento, ir no postinho, tomar anticoncepcional, se preparar pra não ter se não quer.”
(Técnica 7)

“Não na minha opinião o ser que está prestes a vir não tem culpa de nada, as mulheres devem se prevenir para que uma gravidez indesejada não aconteça.” **(Técnica 8)**

Bursztyn, Tura e Correa (2009) afirmam que o aborto não pode ser visto como um problema passível de ser extirpado apenas com uma boa prática contraceptiva, uma vez que, existem dificuldades na adaptação aos métodos disponíveis, falha dos métodos comportamentais e de barreira, bem como o uso inadequado de contraceptivos hormonais além de uma pequena probabilidade (1%) de não eficácia do método.

Sabe-se das dificuldades por parte de algumas mulheres na utilização de anticoncepcionais que estão relacionadas à resistência, falta de informação e seus possíveis efeitos adversos. A literatura científica afirma ainda que é perceptível a necessidade de orientação por parte das mulheres acerca do uso de contraceptivos e sexo seguro, uma vez que por mais que estes assuntos sejam vinculados pela mídia e nos serviços de saúde, existem outros aspectos que interagem e interferem na adoção feminina dos métodos como exemplo, dependência financeira e resistência do parceiro (MARIUTTI, FUREGATO, 2010).

Deste modo, ressalta-se que os meios utilizados para evitar uma gravidez não desejada vão além da simples distribuição de métodos contraceptivos, sendo fundamental, portanto, compreender o contexto e as perspectivas das mulheres, para que deste modo, sejam fornecidas informações em saúde suficientes para a adoção de um planejamento reprodutivo fundamentado.

Apesar de o aborto ser uma ocorrência obstétrica comum para as equipes de enfermagem obstétrica, para a mulher e a família independente da gestação ter sido planejada ou não, representa perda acompanhada do sentimento de culpa (GESTEIRA, BARBOSA, ENDO, 2006).

Desse modo, o fato de ser frequente o atendimento às mulheres em situação de pós-aborto no hospital cenário desse estudo pode ter levado os (as) profissionais da equipe de enfermagem a naturalizar e tratar o aborto como problema de rotina, fazendo com que eles (as) não deem a atenção e o apoio necessário a estas clientes. Além disso, apesar do constante contato com essas mulheres, as (os) profissionais de enfermagem ainda não conseguem lidar de forma acolhedora, bem como não se atentam para as outras questões de saúde da mulher que perpassam a ocorrência do aborto, perpetuando deste modo uma assistência pouco acolhedora, com baixa eficiência e eficácia no que diz respeito à atenção a saúde da mulher que aborta.

Considerações finais

Os resultados deste artigo apontam para a confirmação de que as profissionais que contribuíram com a pesquisa reforçam em suas falas julgamentos e preconceitos ratificados socialmente. É possível concluir, também que aspectos morais e doutrinários oriundos das religiões reforçam a ideia de crime e, desse modo, os direitos reprodutivos das mulheres e aspectos sociais que envolvem a clandestinidade da atitude de abortar são debelados.

Assim, as (os) profissionais continuam reproduzindo o discurso culpabilizador ao incriminar a mulher sobre uma prática que extrapola desordens individuais e inclui questões políticas e sociais. A prevenção da gravidez indesejada e do aborto não está apenas nos métodos contraceptivos e no planejamento familiar, e por isso, há necessidade de se ampliar a análise da situação de saúde das mulheres no contexto da atenção básica, suas vulnerabilidades em que pesem suas dificuldades em adquirir e utilizar de modo efetivo os métodos contraceptivos.

Sugerem-se, estratégias de oficinas e educação continuada que alcancem profissionais de enfermagem, no intuito de conscientizá-las (os) sobre os direitos reprodutivos e de saúde das mulheres. Para além, também são necessários outros estudos que investiguem as percepções da equipe multiprofissional de saúde que assistem essas mulheres no intuito de diminuição da estigmatização e discriminação, nos serviços de saúde, das mulheres que abortam.

Referência

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.

BURSZTYN, Ivani; TURA, Luiz Fernando Rangel; CORREA, Jéssica da Silva. Acesso ao aborto seguro: um fator para a promoção da equidade em saúde. **Physis**.vol.19, n.2, pp. 475-487, 2009.

CACIQUE, Denis Barbosa; PASSINI JUNIOR, Renato; OSIS, Maria José Martins Duarte. Opiniões, conhecimento e atitudes de profissionais da saúde sobre o aborto induzido: uma revisão das pesquisas brasileiras publicadas entre 2001 e 2011. **Saude soc.** vol.22, n.3, pp. 916-936, 2013.

DINIZ, Debora. Aborto e saúde pública no Brasil. **Cad. Saúde Pública**.vol.23, n.9, pp. 1992-1993, 2007.

DINIZ, Normélia Maria Freire *et al.* Aborto provocado e violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade pública de Salvador-BA. **Rev. bras. enferm.** vol.64, n.6, pp. 1010-1015, 2011.

DOMINGOS, Selisvane Ribeiro da Fonseca; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. **Esc. Anna Nery**.vol.14, n.1, pp. 177-181, 2010.

GÓES, Fernanda Garcia; LEMOS, Adriana. O que pensa e o que diz o acadêmico de enfermagem sobre o aborto provocado. **Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental.** vol.2, n.2, pp:913-921, 2010 abr/jun.

ESPÍRITO-SANTO, Patrícia Franco do; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Percepções sobre o aborto: um estudo com profissionais de saúde. **Ver. Enferm. UFPE.** vol, n.2, pp:213-19, 2007 out./dez.

GESTEIRA, Solange Maria dos Anjos; BARBOSA, Vera Lúcia; ENDO, Paulo César. O luto no processo de aborto provocado. **Acta paul. enferm.**vol.19, n.4, pp. 462-467, 2006.

MARIUTTI, Mariana Gondim; ALMEIDA, Ana Maria de; PANOBIANCO, Marislei Sanches. O cuidado de enfermagem de acordo com as mulheres em situação de abortamento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**.vol.15, n.1, pp. 20-26, 2007.

MARIUTTI, Mariana Gondim; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. Fatores protetores e de risco para depressão da mulher após o aborto. **Rev. bras. enferm.**vol.63, n.2, pp. 183-189, 2010.

MERCES, Magno Conceição das *et al.* Percepção da enfermagem no cuidar às mulheres em processo de abortamento em hospital de referência no interior da Bahia. **Rev. Enf. Bras.** vol. 13, n. 1, pp. 11-17, 2014.

MORTARI, Carmen Luiza Hoffmann; MARTINI, Jussara Gue; VARGAS, Myriam Aldana. Representações de enfermeiras sobre o cuidado com mulheres em situação de aborto inseguro. **Rev. esc. enferm. USP**.vol.46, n.4, pp. 914-921, 2012.

NADER, Priscilla Rocha Araujo et al. Aspectos sociodemográficos e reprodutivos do aborto induzido de mulheres internadas em uma maternidade do Município da Serra, ES. **Esc. Anna Nery**.vol.12, n.4, pp. 699-705, 2008.

SOARES, Gilberta Santos. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. **Cad. Saúde Pública**. vol.19, suppl.2, pp. S399-S406, 2003.

FAMÍLIA E CONTRACEPÇÃO NOS ITINERÁRIOS DE MULHERES JOVENS DA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE

Nathália Diórgenes Ferreira Lima

Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFPE

Resumo: O presente artigo tem como objetivo refletir sobre contextos familiares e trajetórias contraceptivas de jovens mulheres que realizaram pelo menos um abortamento ilegal. Essa reflexão integra a pesquisa de mestrado intitulada “Era meu corpo, era meu momento, era minha vida”: uma análise dos itinerários abortivos de mulheres jovens da Região Metropolitana do Recife-PE, desenvolvida entre 2012 e 2014. Para tal, foram entrevistadas nove jovens com idades entre 19 e 28 anos, sendo quatro de classes populares e cinco de classe média, residentes em diferentes localidades da cidade do Recife. Encontra-se um cenário complexo, formado por contextos familiares que não reconhecem a sexualidade das jovens e trajetórias contraceptivas marcadas pelo uso descontínuo e equivocado dos métodos contraceptivos.
Palavras-chave: Juventude; contracepção; família; aborto.

Introdução:

O aborto voluntário no Brasil é crime. O Código Penal, datado de 1940, prevê apenas dois permissivos: o aborto necessário (se não há outro meio de salvar a vida da gestante) e o aborto no caso de gravidez resultante de estupro. Recentemente, a liberação do aborto em caso de anencefalia fetal incorporou o rol dos permissivos no Brasil. A despeito da criminalização do aborto, estima-se que uma em cada cinco mulheres fará um aborto até completar quarenta anos. Esse dado é da Pesquisa Nacional do Aborto (DINIZ & MEDEIROS, 2010), que aponta também para a maior incidência de aborto entre mulheres jovens (18 a 29 anos) e de baixa escolaridade, das quais abortam utilizando misoprostol.

A experiência do aborto vivida pelas mulheres é um momento complexo, permeado de nuances, medos e dificuldades. O aborto é um episódio da vida reprodutiva das mulheres que as sensibilizam profundamente. A decisão é sempre difícil e permanece nas trajetórias de vida e na memória das mulheres (BAJOS & FERRAND, 2002). O aborto é um momento mobilizante na vida das mulheres, no qual o desejo ou não de ser mãe, a situação conjugal, os seus projetos de vida se inter cruzam, moldando e permeando todo o processo de aborto. Ademais, a decisão pela interrupção da gravidez ocorre em um contexto de ilegalidade, que traz à tona as desigualdades sociais do país e os meios para infringir a lei serão mais ou menos fáceis e/ou seguros, dependendo da situação de classe das mulheres que precisam realizar um aborto (HEILBORN et al., 2012).

Os itinerários abortivos se configuram como todo o percurso das jovens para concretização do aborto. Isso inclui a desconfiança da gravidez imprevista, a confirmação e o processo de decisão. Estes são considerados os pontos de partidas dos itinerários. Pontos estes em que as jovens se deparam com uma série de negociações necessárias e um conjunto intenso de sentimentos envolvidos. A decisão de prosseguir ou não com a gravidez é um momento no qual se articulam os contextos imediatos e mediatos das jovens, a relação familiar e a trajetória contraceptiva destas.

Assim, o presente artigo pretende lançar um olhar sobre o contexto familiar e as experiências contraceptivas de jovens que realizaram aborto, que nos permite lança luz sobre alguns pontos de partidas dessas gravidezes não planejadas. A compreensão sobre os processos familiares e o uso dos métodos contraceptivos aponta para a complexidade e para o aspecto relacional da prática do aborto.

Metodologia

O presente artigo é parte da pesquisa de mestrado intitulada “Era meu corpo, era meu momento, era minha vida”: uma análise dos itinerários abortivos de mulheres jovens da Região Metropolitana do Recife”, desenvolvida entre 2012 e 2014. A pesquisa teve por objetivo geral analisar como as desigualdades de classe e raça configuram os itinerários abortivos de mulheres jovens da Região Metropolitana do Recife-PE. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de inspiração feminista (DENZIN & LINCOLN, 2006; OLESEN, 2006), na qual foram entrevistadas 8 mulheres jovens de classes médias e classes populares, brancas e negras: Olga, Alice, Sofia, Maria, Flora, Marlene, Tainá e Nega.

As preocupações éticas foram centrais em todo o processo de pesquisa. Para além da ética prescritiva, na qual a pesquisa está circunscrita, houve profundo respeito com as jovens participantes da pesquisa. O local e hora foram escolhidos por elas para garantir o conforto e segurança no momento da entrevista. Sabe-se que o debate sobre aborto é delicado e a entrevista pode ser um momento de mobilização de sentimentos difíceis. Dessa forma, estive sensível ao menor sinal de incômodo.

Resultados e discussão

Diferentemente do que paira sobre o imaginário social, a família não é um espaço de harmonia, no qual se materializam sentimentos de amor e de afeto simplesmente. Amor e afeto são emoções que podem existir no meio familiar, porém de modo extremamente complexo e mesclado com autoridade, hierarquia e, por vezes, violência. A família não é uma instituição natural e imutável, como nos lembra Cristina Bruschini (1993), apresentando modelos diversos nos diferentes contextos históricos.

Segundo Cynthia Sarti (2011), a família se configura como um universo moral. Um espaço que se organiza por meio da hierarquia, autoridade, reciprocidade e afeto, no qual se produzem e reproduzem valores, princípios, normas e disciplinas. Esse sistema simbólico é condensado por uma moral que rege os comportamentos dos membros da família. Parry Scott (2005) indica a impossibilidade de relacionar às famílias uma única moral, pois, as famílias são diferentes entre si e mutáveis. Um elemento importante que constrói moralidades diferentes para diferentes famílias é a classe e a raça. As famílias pobres e de classe média não se constituem da mesma forma e não reproduzem os mesmos

valores. Um exemplo é a exclusão das mulheres do mundo do trabalho, restrita ao lar e aos cuidados domésticos, presente entre as famílias de classe média. Tal fato não ocorre nas famílias negras e pobres, nas quais as mulheres sempre trabalhavam como quitadeiras ou empregadas domésticas, contribuindo no rendimento familiar tanto quanto o homem. Entretanto, o fato de também de serem provedoras no meio familiar não significa um compartilhamento igualitário da autoridade entre a figura do pai e da mãe.

Cristina Bruschini (1993) elucida que a transmissão de hábitos, ideias, costumes, valores e padrões de comportamentos faz parte da função ideológica da família, juntamente com a função de socialização primária das crianças, pois se configura como núcleo de procriação. A família é também uma esfera relevante para a reprodução da vida social, pois, é entre a família que acontece o trabalho reprodutivo.

A família é uma instituição que apresenta uma multiplicidade de modelos, que se configura ao mesmo tempo como um espaço do acolhimento, da confiança e do afeto, mas também como um espaço de reprodução de desigualdade, de conflitos, divergências e violências. A família pode também ser o espaço do medo e da não confiança, no qual falta diálogo necessário entre pais, mães, filhos e filhas. Um espaço em que alguns assuntos são permitidos e outros não. Em paralelo, a família ainda é um dos mais importantes núcleos para a organização da vida de jovens.

A dimensão religiosa tem um espaço importante na família de metade das jovens. Nega, Tainá, Maria e Marlene relataram que a família foi o espaço de socialização religiosa, a partir dela foram transmitidos princípios do cristianismo. Hoje, Maria, Marlene se consideram sem religião. Tainá se reivindica budista e Nega permanece espírita. Olga, Sofia, Flora e Alice não tiveram uma educação religiosa por parte da família e se consideram ateias ou sem religião.

As jovens relataram escassos diálogos com a família no que concerne a sexo e prevenção. De modo geral, esse é um assunto proibido, velado, principalmente porque o exercício da sexualidade das jovens não é reconhecido. Apenas Tainá e Nega se referiram a conversas sobre sexo e prevenção com a família. As demais jovens relataram ausência ou superficialidade no diálogo sobre sexo e prevenção.

Foi assim... Foi mais de contar experiências... assim... de contar que eu não era mais virgem. E a gente ter uma conversa assim... mas como é que tá acontecendo...ela, mais como é que tá acontecendo?

Você tá usando camisinha..você não...Ai eu respondo sim. É só isso... aí “tenha cuidado pra você não ficar desprevenida, tenha cuidado, tenha precaução...essas coisas assim (Sofia, 19 anos, classes médias, branca, namorando, um aborto).

As orientações que dá na verdade, não é cultura, né? Assim, família “olhe, cuidado”. Não é aquela de chegar ter aquela dialogo, dizer “olhe, pode acontecer isso, é melhor você se prevenir isso e isso”. É só mais... como é? Tisc! O termo... de... não lembro agora. É um alerta, mas não é dialogo sobre o assunto. Não tem nenhum (Maria, 25 anos, classes populares, negra, solteira, um aborto).

[...] não, não. Minha mãe é muito fechada pra isso (Flora, 28 anos, classes médias, branca, solteira, um aborto, uma gravidez tubária).

[...] vê só, na adolescência, né, existia um diálogo. Mas um diálogo muito truncado. Acho que pela influencia mesmo da religião, minha mãe sendo muito religiosa e meu pai muito machista. Então, meu, meu pai nunca entrou em detalhes, minha mãe tinha um diálogo, mas muito... com muita timidez, uma coisa muito truncada. Não era uma coisa aberta, “vamo sentar para conversa sobre sexo”. Era uma coisa muito básica: “cuidado pra não engravidar” Pronto (Marlene, 26 anos, classes populares, negra, noiva, um aborto).

Como é possível observar nas falas acima, há um grande desconforto por parte da família de conversar com as jovens sobre sexo e prevenção. Estes ainda são temas tabus no meio familiar. O início da vida sexual das jovens acontece sem conversas francas e profundas, sem orientações por parte das pessoas nas quais as jovens confiam e com as quais convivem com mais intensidade. O caso de Alice chama bastante atenção. Ela relata que nunca teve orientação sobre prevenção por parte da família. Porém, todo o seu processo de aborto, as duas vezes, teve a família como principal ator na rede de apoio. Dessa forma, há um discurso do cuidado, por meio da intimidação.

Entretanto, a dificuldade de diálogo sobre sexo não está presente apenas na família. Diversas instituições sociais – como a Igreja, escola e os serviços de saúde pública têm visões moralistas que restringem a discussão sobre sexo e prevenção a informações desconectas e esporádicas. Apenas Tainá e Sofia relataram de forma consistente que receberam informações sobre prevenção em algum serviço de saúde. O pai de Tainá é médico, iniciando a discussão sobre prevenção com a filha desde cedo. Nega afirmou que no posto de saúde

teve orientação sobre prevenção, mas apenas depois da sua primeira gestação. Maria relata que também teve orientação em um serviço de saúde particular e que se sentiu informada nessa orientação.

[...] não, que eu lembre... não, na verdade, eu soube, porque assim, minha primei...quando eu passei a ter relações sexuais, eu fui na médica e ela me deu orientações, o que seria mais adequado pra mim, no caso, ele indicou a injeção, porque é só uma vez, porque quando você é jovem não tem aquela (...) eu passei um bom tempo usando anticoncepcional, quando eu tinha um parceiro fixo (Maria, 25 anos, classes populares, negra, solteira, um aborto).

As orientações recebidas por Olga, Alice e Marlene foram escassas e descontínuas, nas quais os/as profissionais não demonstraram preocupações em sugerir um método contraceptivo adequado a cada estilo de vida. Flora recebeu orientações apenas na sua segunda gravidez. Precisou fazer uma cirurgia, pois, se tratava de uma gravidez tubária. Nesse momento, recebeu informações sobre métodos contraceptivos em um serviço público da cidade do Recife.

[...] não, quando eu fui à ginecologista a única orientação foi...não passou, assim, na verdade, não fez nenhuma pergunta a mim, tipo, de como seria minha vida sexual, etc., não. “To querendo usar algum anticoncepcional”, “use esse”. Não me dei. Ai voltei lá, ai me passou outro. Eu não me dei (Olga, 23 anos, classe média, branca, solteira, um aborto).

[...] rapaz, eu acredito que eu recebi, quando eu procurei a ajuda pra fazer o abortamento (Marlene, 26 anos, classes populares, negra, noiva, um aborto).

Os relatos das jovens denunciam as escassas orientações sobre sexo e prevenção que receberam, principalmente informações sobre métodos contraceptivos mais adequados a seus estilos de vida. Natalie Bajos & Michele Ferrand (2002) apontam para a falta de reconhecimento da sexualidade das jovens pela família como um fator importante numa gravidez imprevista. O valor da virgindade, apesar de sofrer modificações nas últimas décadas, ainda persiste sendo reproduzido pelas famílias. Estas não abordam questões como sexo e prevenção

com filhas e filhos, principalmente com as filhas, sobre as quais a imposição da castidade recai com mais força.

As jovens da pesquisa em questão tiveram sua primeira relação sexual entre os 13 e 18 anos. A contracepção não era inexistente entre a maioria das jovens. A prevenção acontecia de alguma forma. A gravidez imprevista se deu a partir de uma falha contraceptiva, exceto Nega. Ela afirmou que não se prevenia antes da primeira gravidez.

[...] aí depois, que eu engravidei que eu vim me preveni, porque antes eu era doída e não me prevenia não (Nega, 26 anos, classes populares, negra, solteira, dois abortos, um natimorto, uma filha).

[...] eu tomo anticoncepcional injetável, mas antes de tudo eu uso camisinha (...).E ai eu tava bêbada e transei sem camisinha (Flora, 28 anos, classes médias, branca, solteira, um aborto, uma gravidez tubária).

[...] eu tava numa calourada da universidade, certo? E assim, nós bebemos muito e toda aquela coisa, num sei o quê, eu fui pra casa dele, e terminou de não, não, a gente não se prevenir. Foi doídera mesmo, doídera! Eu tinha... eu era muito jovem. Muito (enfática) jovem! Eu acho que eu tinha 20 anos. Não era nem 21, acho que era 20 anos ainda. E assim, muita, assim, por inconsequência mesmo. Agora, posteriormente eu procurei a primeira farmácia na esquina da casa dele e nós dois compramos a pílula do dia seguinte (Marlene, 26 anos, classes populares, negra, noiva, um aborto).

[...] eu... desconfiei... na verdade, eu sabia que eu tinha feito sexo sem preservativo com um cara, que era um cara que eu tava só ficando, na época. Acho que foi a segunda vez que a gente ficou, terceira vez. E aí a gente não tinha, a gente resolveu fazer sexo sem preservativo e eu tomei uma pílula do dia seguinte (pausa). E eu me fudi (Tainá, 28 anos, classes médias, negra, solteira, um aborto).

[...] tipo, rolou um sexo casual com um amigo. E... foi uma vez só, a gente se preveniu, usou camisinha, o... o... os mé...o método normal, a gente usou camisinha, na minha concepção, nada de errado, assim (Olga, 23 anos, classes médias, branca, solteira, um aborto). Aí na segunda vez também. Esquecia um dia, esquecia dois dias, ai eu pegava, esquecia dois dias ai pensando que... aé eu tomava dois de uma vez quando eu esquecia pensando que ia fazer efeito

(Alice, 23 anos, classes populares, negra, casada, dois abortos, um filho).

É assim... no... no começo que eu parei de colocar o anel a gente fazia muito assim, tipo sem camisinha mas ele...gozava fora, sabe?(Sofia, 19 anos, classes médias, branca, namorando, um aborto).

É porque eu tomava realmente é... anticoncepcional. Só que eu precisei parar porque eu tinha cisto nos seios. Quer dizer, tenho, né? Ai o médico recomendou a parar de tomar o anticoncepcional. Ai foi nesse processo, como já vinha um bom tempo que eu não usava camisinha. Ai a gente tinha relações, sempre que tinha sem preservativo. Ai eu tomava pílula do dia seguinte. Acho que o organismo se acostumou porque é método falho como todos os outros, né? (Maria, 23 anos, classes populares, negra, solteira, um aborto).

A contracepção é comprometida por diversos fatores, tais como: a mudança de método, o uso irregular, a pílula do dia seguinte, o uso de álcool e possivelmente a utilização ou o armazenamento incorreto da camisinha, que aumenta as possibilidades de danos ao preservativo na hora do uso. Elaine Brandão (2009) indica que a contracepção juvenil se constitui como um desafio, pois como estando no âmbito da sexualidade, é configurada por meio de classe, raça e gênero, que dificultam e/ou facilitam o acesso aos métodos contraceptivos e sua assimilação no cotidiano juvenil. Segundo a autora, há uma diversidade de razões alegadas pelas/os jovens para justificar as irregularidades, interrupções ou troca de métodos contraceptivos. Estas variam desde a falta de uma rotina sexual, o que pressupõe um não uso rotineiro de alguns métodos até a falha do método em si.

O contexto família emerge como um elemento importante, pois, algumas jovens temem que suas famílias descubram que já iniciaram a vida sexual. Isso compromete a procura pelos métodos nos serviços de saúde, bem como a gestão da contracepção dentro de casa, pois muitos jovens residem com a família (BRANDÃO, 2009). Tal fato demonstra que o ambiente familiar não é o locus privilegiado para ter acesso a informações sobre sexo e prevenção, constatado também por Flávia Rieth (2002).

A gestão da vida sexual e reprodutiva em todas as fases da vida “não se trata de uma experiência linear, racional, facilmente administrável; ao contrário, envolve emoções, desejos, determinação e relação de poder entre os gêneros”

(BRANDÃO, 2009, p. 1070). As situações nas quais as jovens engravidaram são diversas, porém ressaltamos a recorrência do fracasso contraceptivo da pílula do dia seguinte: três jovens engravidaram fazendo uso da pílula. Sofia e Maria estavam em processo de mudança e interrupção do método contraceptivo. No caso de Maria, soma-se o fato de o seu companheiro não gostar de usar o preservativo – camisinha.

[...] assim, no meu antigo relacionamento, houve uma época que eu preferia usar, por questões de segurança. Não só em termos de gravidez, mas por DSTs, enfim, todas as questões. Mas, ele não queria. Ai nesse, discussão, né? assim, eu acabava cedendo (Maria, 23 anos, classes populares, negra, solteira, um aborto).

A falta de autonomia e poder de negociação da prevenção com o parceiro também é relatada por Nega.

[...] não, ele disse que não, que não queria, que não gostava aí eu queria ficar com ele, aí aceitei (Nega, 26 anos, classes populares, negra, solteira, dois abortos, um natimorto, uma filha).

As duas únicas jovens que relataram a vivência desse tipo de situação são negras e de classes populares. Maria, com escolaridade mais alta. Nega estudou até a oitava série e recebe menos que um salário mínimo por mês. Esse fato corrobora com dados da pesquisa GRAVAD¹ (HEILBORN et al., 2006), que indica a maior probabilidade de gravidezes entre as mulheres de classes populares com baixa escolaridade, pertencentes a contextos de maior submissão aos parceiros. Esse elemento me reporta a Saffioti (1992; 2004), que contribuiu para compreender a simbiose entre classe, raça e gênero que constituem diferentes contextos para as jovens. O patriarcado lança mão de diversas estratégias para perpetuar as desigualdades entre homens e mulheres, incluindo a restrição da sua autonomia reprodutiva.

1 A pesquisa GRAVAD – *Gravidez na adolescência: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil*, investigou um universo de 4.634 pessoas de ambos os sexos, entre 18 a 24 anos e 123 entrevistas em profundidade, em três capitais do Brasil: Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador. Os resultados foram compilados no livro “O aprendizado da sexualidade” (HEILBORN et al., 2006).

Segundo Maria Luiza Heilborn (2012), o exercício da sexualidade na juventude se caracteriza pelo aprendizado gradual das regras que organizam os relacionamentos entre os casais heterossexuais, como as posições diferenciadas no campo da fecundidade, na divisão do trabalho reprodutivo. Nesse contexto, as desigualdades de gênero se exercem de maneira mais contundente na capacidade reprodutiva das jovens, favorecendo a supremacia masculina. As jovens têm pouca autonomia diante do parceiro. Se estes se negam a usar preservativo, geralmente essa vontade é acatada. Os parceiros não são implicados na contracepção.

Considerações finais

As análises aqui empreendidas permite compreender que os diferentes contextos familiares e o acesso às informações e aos contraceptivos. No âmbito familiar as jovens não dispõem de orientação sobre sexo e sexualidade, há uma intimidação e uma preocupação da família sobre gravidez não planejada, porém é um cuidado que se dá via intimidação ou de maneira superficial. Não são escassos os casos em que a família desconhece que a jovem iniciou sua vida sexual. A negação da sexualidade de jovens mulheres não inibe a prática sexual, apenas relega às jovens a uma iniciação sexual desinformada e tênue.

Ademais, o acesso a informações sobre métodos contraceptivos também está comprometido em outros espaços, como igreja, escola e serviços de saúde. Em geral, as jovens receberam alguma orientação depois da situação de gravidez ou abortamento. Ou seja, a falta de reconhecimento da sexualidade das jovens perpassa diversas esferas sociais. O acesso precário a informações também compromete a utilização dos métodos contraceptivos, pois nem sempre as jovens sabem qual o método mais adequado para seu organismo e estilo de vida. As jovens desta pesquisa alegaram estar usando pelo menos algum método contraceptivo no momento em que se descobriram grávidas. Os métodos falharam pela descontinuidade da utilização e pelo uso equivocado.

Ressalto ainda que a juventude é um período da vida em que as normas de gênero, sexo e sexualidade estão sendo aprendidas. Segundo Teresita de Barbieri (1993), nas diversas etapas do ciclo de vida, as hierarquias de gênero têm mais ou menos força e intensidade normativa. Como a reprodução é um elemento importante na perspectiva de gênero, as etapas da vida em que homens e mulheres possuem maior capacidade reprodutiva se configuram

como peças-chave, segunda a autora, para a compreensão do modo como se exerce o poder e as representações imaginárias que respaldam tal exercício.

No aprendizado da sexualidade, as mulheres jovens precisam enfrentar os contextos familiares precários, dificuldades ao acesso de informações e métodos contraceptivos e as dificuldades de negociar o método com o parceiro. Essa situação reflete a necessidade de políticas de planejamento reprodutivo para a juventude, em especial para mulheres jovens, afim de garantir uma livre vivência da sexualidade e de sua capacidade reprodutiva.

Referências:

BAJOS, N; FERRAND, M. (Orgs). **De la contraception à l'avortement**: sociologie des grossesses non prévues. Paris: Inserm, 2002.

DINIZ, D; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Vol. 15. Rio de Janeiro, 2010.

HEILBORN, M.L et al. Itinerários abortivos em contextos de clandestinidade na cidade do Rio de Janeiro – Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 7, Rio de Janeiro, 2012.

_____. **O aprendizado da sexualidade**: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz, 2006.

DENZIN, N. & LINCOLN, Y. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. & LINCOLN, Y. (Orgs). **O planejamento da pesquisa qualitativa**: teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed, 2006.

OLESEN, V. **Os feminismos e a pesquisa qualitativa neste novo milênio**. In: DENZIN, N. & LINCOLN, Y. (Orgs). **O planejamento da pesquisa qualitativa**: teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BRUSCHINI, C. Teoria Crítica da Família. In: AZEVEDO, M.A, GUERRA, V. N. A. (orgs). **Infância e Violência doméstica**: Fronteiras do Conhecimento. São Paulo: Cortez Ed., 1993.

SARTI, C. A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres. 7ª edição. São Paulo: Cortez, 2011.

SCOTT, P. Família, moralidade e as novas leis. In: ÁVILA, M. B.; PORTELLA, A. P.; FERREIRA, V. (Orgs.). **Novas legalidades e democratização da vida social: família, sexualidade e aborto**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BRANDÃO, E. R. Desafios da contracepção juvenil: intersecções entre gênero, sexualidade e saúde. **Ciência Saúde Coletiva**. Vol. 14, nº 4, p. 1063-1071, 2009.

RIETH, F. A iniciação sexual na juventude de mulheres e homens. **Horizontes antropológicos**. Vol. 18, nº 17, p. 77-91, 2002.

SAFFIOTI, H. "Rearticulando Gênero e Classe". In COSTA, A. a e BRUSCHINI, C. (org.). **Uma questão de Gênero**. São Paulo: Rosa dos Tempos e Fundação Carlos Chagas. 1992.

_____. **Não há revolução sem teoria**. Brasil Urgente. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, p. 95-139, 2004.

BARBIERI, T de. Sobre a categoria de gênero: uma introdução teórico-metodológica. **Cadernos do SOS Corpo**. Recife, 1993.

ACOLHIMENTO À MULHER NO TRABALHO DE PARTO, PARTO E NASCIMENTO HUMANIZADO: PRODUÇÃO CIENTÍFICA DE ENFERMAGEM

Neilde Lima Ribeiro
Hospital Inácia Pinto dos Santos
neildelima2@hotmail.com

Iêda Jesus Soares
Universidade Federal da Bahia
iedasoares93@hotmail.com

Luciano Marques dos Santos
Universidade Estadual de Feira de Santana
lucmarxenfo@yahoo.com.br

Solange Maria dos Anjos Gesteira
Universidade Federal da Bahia
solange.gesteira@hotmail.com

Mariza Silva Almeida
Universidade Federal da Bahia
marizaal@yahoo.com.br

Resumo: O modelo humanizado privilegia o bem-estar da mulher e recém-nascido; considera seus processos fisiológicos, psicológicos e socioculturais, faz uso da tecnologia de forma apropriada e acompanha continuamente o processo de parturição. Trata-se de estudo exploratório de abordagem qualitativa, objetivando analisar a produção científica em livros, artigos e periódicos online de enfermagem, sobre o acolhimento à mulher no processo do parto e nascimento humanizados na última década. Para isso utilizou-se um formulário semi-estruturado com dados de identificação dos periódicos, sendo encontrados 33 estudos, desses, apenas 13 abordavam o tema. Para

interpretar os dados utilizamos o método de análise de conteúdo, emergindo quatro categorias: Reflexos positivos da humanização e do uso de tecnologias leves; A escuta qualificada e suas implicações; O conhecimento científico e o bom senso na tomada de decisão; Autonomia e autodeterminação possível. Considerando os reflexos positivos da humanização e do uso de tecnologias leves, os profissionais de saúde entendem este modelo de atenção, porém na prática dos serviços esse não ocorre efetivamente. Humanizar também é evitar as práticas intervencionistas. Estudos demonstram que a mudança comportamental profissional e o envolvimento da equipe multiprofissional são necessários e devem estar associados ao conhecimento científico e a tomada de decisão para a organização do atendimento, que prioriza a classificação de risco, autonomia e a auto determinação. Esse atendimento deve respeitar e possibilitar às mulheres serem protagonistas no processo parturitivo. Faz-se necessário portanto, o desenvolvimento de mais pesquisas que possam repensar e contribuir para o cuidado à mulher em suas particularidades e diversidades.

Palavras-chave: humanização, acolhimento, classificação de risco, Enfermagem Obstétrica.

Introdução

O acolhimento é um conceito imbricado no grande princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) de acesso universal, seja às unidades e serviços (garantia do cuidado), à qualidade da assistência que significa escuta ativa, vínculo, responsabilização, resolutividade e à continuidade do cuidado. Expressa-se como a construção de uma diretriz política e operacional que visa a responder à necessidade dos(as) usuários(as) e a garantir o acesso ao cuidado em saúde. O acolhimento traduz-se em uma atitude de inclusão e de postura ética, com a finalidade de garantir o acesso aos serviços de saúde, mediante uma atenção integral e de qualidade (BRASIL, 2014a).

Para a concretização do acolhimento pleno, o Ministério da Saúde recomenda a disponibilização da melhor tecnologia em saúde, a garantia ao acesso à informação correta e com linguagem adequada, que resulte na elevação da qualidade da assistência à mulher no pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2014a).

De modo específico, nas Maternidades este conceito se concretiza na missão de vaga sempre, considerando-se que a gestante em trabalho de parto ou com queixas/ intercorrências se constituem como urgência, com demanda de atenção imediata. Além disso, traduz-se em oferta de atenção qualificada com tecnologia apropriada para a gestante em trabalho de parto e para o(a) recém-nascido(a). Significa, portanto, continuidade do cuidado, com transferência responsável, quando necessário bem como, manutenção do cuidado após a alta da Maternidade, que implica no compromisso com a alta assegurando agendamento da consulta na Atenção Básica (BRASIL, 2014a).

Considerando a necessidade do acolhimento pleno, a partir de 2000, foi introduzida na política pública federal a proposta de humanização da assistência, seguida da criação, em 2003, da Política Nacional de Humanização da Atenção (PNH) e da gestão no SUS, que associado a reformas ao longo dos anos, visa a melhoria nos diversos níveis de atenção à saúde.

Sabe-se que um SUS humanizado é aquele que reconhece o (a) outro (a) como legítimo (a) cidadão (ã) de direitos, valorizando os diferentes sujeitos desse processo de produção de saúde: usuário (a), trabalhador (a) e gestor (a). Para isso, essa política é norteada por valores como a autonomia e o protagonismo das pessoas envolvidas, associada à co-responsabilidade entre esses (as), com o estabelecimento de vínculos solidários, construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2008).

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM n.o 569, de 1/6/2000, está estruturada nos princípios de que toda gestante tem direito: ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; a informação/orientação a garantia de acesso à Maternidade em que será atendida no momento do parto; de assistência ao parto e ao puerpério de forma humanizada e segura, estendida ao (a) recém-nascido (a) (BRASIL, 2002).

Em obstetrícia, o acolhimento na porta de entrada dos hospitais e das Maternidades assume peculiaridades próprias diante das necessidades e demandas relacionadas ao processo gravídico. O desconhecimento e os mitos que rodeiam a gestação, o parto e o nascimento levam, muitas vezes, à insegurança e à preocupação da mulher e de seus familiares. A falta de informação clara e objetiva, mesmo quando a gestante é acompanhada no pré-natal, é um dos fatores que faz com que ela procure os serviços de urgência e Maternidades com frequência, em falso trabalho de parto (BRASIL, 2014b).

Nesse aspecto, o acolhimento da mulher e do seu (sua) acompanhante tem função fundamental na construção de um vínculo de confiança com os (as) profissionais e com os serviços de saúde, favorecendo o protagonismo da mulher, especialmente no momento do parto. Para organização desse atendimento conta-se, na atualidade, com uma ferramenta que é o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR). Esse modo de acolher conduz o (a) profissional de saúde a tomada de decisões, a partir de uma escuta qualificada, associada ao julgamento clínico embasado em protocolo fundamentado cientificamente (BRASIL, 2014b).

Considerando a necessidade permanente de mudança no modo de cuidar e assistir as mulheres, associada às experiências profissionais vivenciadas em uma Maternidade pública do interior da Bahia, que inclui a postura profissional no atendimento às gestantes, muitas vezes contrariando o modelo de assistência preconizado pelo Ministério da Saúde; a estrutura física inadequada para receber o (a) acompanhante e que limitam a privacidade da mulher no trabalho de parto, parto e nascimento, associada a falta de recursos materiais para o uso das tecnologias leves no cuidado, fatos estes que limitam a assistência de forma mais humanizada, Esses elementos juntos a observação de melhorias na assistência, nos estimulou para o desenvolvimento do presente estudo, por acreditarmos que nos possibilitará a apreensão das ações/atividades da Enfermagem com vistas a humanização do cuidado à mulher.

Tal interesse foi reforçado no curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, após os momentos de discussões sobre a situação da atenção à Saúde da Mulher no ciclo gravídico puerperal; suas respectivas Políticas Públicas de Saúde, concomitante ao desenvolvimento das práticas nos serviços.

Face a essas considerações sobre acolhimento e humanização e a necessidade de apropriar os (as) profissionais de saúde de conhecimentos científicos para melhor direcionar suas ações, passamos a nos questionar: o que a enfermagem tem produzido sobre o acolhimento à mulher no trabalho de parto, parto e nascimento de modo humanizado nos últimos 10 anos? Teve como objeto a produção científica de enfermagem sobre acolhimento à mulher no trabalho de parto, parto e nascimento de modo humanizado nos últimos dez anos, para responder a esse questionamento esse estudo teve o objetivo de analisar a produção científica de enfermagem sobre acolhimento à mulher no trabalho de parto, parto e nascimento de modo humanizado nos últimos dez anos.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de caráter exploratório com a abordagem qualitativa.

Com o intuito de responder ao nosso problema de pesquisa escolhemos os estudos publicados nos periódicos de Enfermagem nos últimos dez anos – maio de 2005 a julho de 2014.

Para obtenção dos materiais em estudo, utilizamos a literatura da EEUFBA e por meio de bibliotecas virtuais, utilizando os seguintes descritores: humanização, acolhimento, classificação de risco, e enfermagem obstétrica, onde foram encontrados 33 dentre esses, apenas 13 abordavam o tema em questão.

De posse dessas fontes utilizamos como instrumento, um formulário semi-estruturado com dados de identificação das publicações, como: título do trabalho, nome dos (as) autores (as), área, ano de publicação, tipo de produção, descritores utilizados.

Os dados foram analisados pelo método de Análise de conteúdo, modalidade temática norteadada por Bardin (2011).

A análise do material empírico foi precedida de leitura exaustiva do material selecionado, estabelecimento das unidades de significados, e em seguida das pré-categorias até as categorias finais.

Resultados e discussão

No levantamento bibliográfico sobre a produção científica de enfermagem sobre o acolhimento à mulher no trabalho de parto, parto e nascimento humanizado e, após atendimento aos critérios de inclusão, identificamos um total de 12 artigos e uma dissertação, todos na área de enfermagem, dos anos de 2005 a 2013.

Da análise da produção científica de enfermagem selecionada emergiram quatro categorias empíricas: Reflexos positivos da humanização e do uso de tecnologias leves; A escuta qualificada e suas implicações; O conhecimento científico e o bom senso na tomada de decisão; Autonomia e autodeterminação possível.

- Reflexos positivos da humanização e do uso de tecnologias leves;

A humanização do atendimento é hoje um tema frequente nos serviços de saúde, nos textos oficiais e nas publicações, por se fundamentar no respeito e na valorização da pessoa humana e constituir-se em um processo que visa à transformação da cultura institucional, por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à saúde e de gestão dos serviços (RIOS, 2009).

Tal assertiva é confirmada no registro a seguir ao afirmar que,

[...] os profissionais foram compreendendo o trabalho de parto e parto humanizado como um conjunto de medidas [...] colocando a mulher como protagonista da situação, respeitando seus desejos e preferências, [...] Um ambiente acolhedor [...], ao se diminuir as práticas intervencionistas, da presença do acompanhante como um direito e um bem para a mulher [...] necessita envolver também familiares e profissionais de saúde [...] que estimulem a prestar uma assistência humanizada à população (MABUCHI; FUSTINONI, 2008)

Nesse contexto da humanização, onde são utilizadas as tecnologias leves no cuidado, a Organização Mundial de Saúde também defende que o banho, o incentivo a posições diferentes, a liberdade de movimento, as técnicas para alívio de dor, a presença do acompanhante, a ambiência e a individualidade estão

entre as práticas que devem ser estimuladas no trabalho de parto e nascimento (BRASIL, 2001a).

[...] as ações de apoio físico desenvolvidas pelos acompanhantes, como o auxílio na deambulação, a realização de massagem, exercícios de respiração e o auxílio no banho de aspersão, são métodos não farmacológicos de alívio da dor que possuem benefícios reconhecidos pelas evidências científicas e que, quando usados em conjunto, auxiliam na redução da dor, da ansiedade e do estresse durante o processo de parturição (FRUTUOSO; BRUGGEMA, 2013)

- A escuta qualificada e suas implicações

A humanização da assistência é de extrema importância para garantir que um momento especial, como o parto, seja vivenciado de forma positiva e enriquecedora. Resgatar o contato humano, ouvir, acolher, explicar, criar vínculo são quesitos indispensáveis no cuidado, considerando que,

[...] a aquisição de atitudes de aceitação, empatia, confiança e ausência de julgamento por parte da equipe, é fundamental na constituição de um atendimento mais humanizado, resolutivo e acolhedor (PORCIUNCULA, 2009)

Moraes (2013) considera que,

a escuta qualificada permite que o outro expresse seu universo com todas suas demandas e peculiaridades, e ouvi-lo com atenção e desvelo, transcende o simples ato de ouvir [...] uma conversa que flui em dois sentidos, o do usuário e o do profissional [...] emergem as dúvidas e as solicitações, os problemas e as soluções, as orientações e as condutas, a interação e o vínculo.

- O conhecimento científico e o bom senso na tomada de decisão

A atenção humanizada deve envolver elementos relacionados a conhecimentos, práticas e atitudes referentes à promoção do parto e nascimento saudáveis, bem como a prevenção de morbi-mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2001b). Para isso deve-se contar com o conhecimento científico sem deixar de valorizar o bom senso, considerando que,

a humanização da assistência também passa pela aprendizagem das diferentes concepções, valores e práticas culturais associadas ao parto e nascimento [...] Com mais acesso as informações será possível desenvolver uma atitude mais flexível e tolerante às diferenças, com comunicação mais efetiva entre profissionais e usuários, buscando atender às necessidades das mães e famílias (MERIGHI, GUALDA, 2009)

Para que se humanize a assistência, Rossi e Lima (2005) apontam o surgimento do acolhimento,

[...] como um dispositivo para a concretização da atenção humanizada, preocupando-se com os indivíduos em suas particularidades e demonstrando real interesse pelo momento particular que os mesmos estão vivenciando.

De modo complementar, o Ministério da Saúde recomenda o acolhimento como uma ação técnico-assistencial, que pressupõe mudanças na relação profissional-usuário (a). Assim a classificação de risco alia-se a esse dispositivo promovendo uma ordenação das necessidades de saúde dos (as) usuários (as), diferenciando-se do conceito de triagem, visto que todos (as) os (as) usuários (as) são atendidos (as) (BRASIL, 2004 b).

Pereira (2014) assegura que,

[...] a priorização dos atendimentos baseada em critérios de risco obstétrico possibilita a melhoria da organização do setor de admissão da maternidade e da resolubilidade dos cuidados nas emergências obstétricas.

- Autonomia e autodeterminação possível

Souza e Lopes (2003) consideram que o acolhimento deve configurar-se como um processo de estímulo à autonomia do (a) usuário (a) quanto ao seu cuidado, com a finalidade de auxiliar o mesmo no desenvolvimento de uma consciência cidadã.

Mabuchi e Fustinoni (2008) acrescentam que,

o confronto proporcionado pelas crenças e valores, em diferentes esferas, não permite à pessoa o exercício da dúvida e da fala que dá origem à submissão presente no parto. As mulheres desconhecem como funcionam seus corpos, seus direitos e os limites vivenciados nesse momento, reforçando a dependência de outro indivíduo, representado pelo profissional de saúde.

As atitudes e atenção dos membros da equipe em relação à mulher devem buscar a valorização e o fortalecimento da sua dignidade, aumentando a sua autoestima e encorajando-a a participar no planejamento do seu cuidado (BRASIL, 2014b), deve levar em consideração que,

a autonomia da parturiente é de grande valor. Para a efetivação do parto humanizado, para isso é necessário que os profissionais da saúde reconheçam-na como sujeitos ativos no processo e acolham-na pautados pela escuta ativa e pela possibilidade de proporcionar um espaço para o diálogo (FERREIRA et al, 2013)

Segundo Lunardi (1998), a responsabilização não implica necessariamente que o (a) profissional se coloque como responsável pelo (a) usuário (a), pelas suas ações e decisões. A partir do momento em que esse (a) tem condições de responsabilizar-se, de ter autonomia e de auto determinar-se deve fazê-lo.

Considerações finais

O objetivo principal da assistência materna de qualidade é favorecer experiência positiva para a mulher e sua família; preservar a sua saúde física e emocional, prevenir complicações e responder às situações de risco e vulnerabilidade. O modelo do cuidado humanizado em obstetrícia objetiva consolidar a assistência à mulher de forma positiva e enriquecedora, resgatando o contato humano, acolhendo-a, criando vínculo e confiança entre esses (as) profissionais, usuárias e família e trazer resolutividade às suas demandas.

Os reflexos positivos da humanização e do uso de tecnologias leves, indicam que os (as) profissionais de saúde entendem este modelo de atenção, seu significado e seus benefícios, e a importância de se reconhecer os diferentes valores culturais, crenças, necessidades e expectativas em relação ao parto e nascimento. Deixam evidente que a assistência baseada no atendimento

humanizado na prática dos serviços de saúde não ocorre de modo efetivo, sendo necessário que tais práticas sejam baseadas em evidências científicas, num ambiente acolhedor, com estrutura adequada, buscando resolver às demandas e necessidades da saúde de cada mulher.

Para esse entendimento, o uso de tecnologias leves, para as quais a Enfermagem desempenha papel fundamental, tem destaque: 1) a autonomia da mulher; 2) a presença do acompanhante de sua escolha; 3) os métodos não farmacológicos no alívio da dor; 4) a ambiência e 5) a individualidade.

Sabe-se que, humanizar também é evitar as práticas intervencionistas, e neste contexto os estudos demonstraram que mudanças de comportamento dos (das) profissionais são necessárias e, nesse aspecto, mais uma vez a Enfermagem dá a sua contribuição nesta mudança.

Mesmo sabendo que é imprescindível o estímulo a amamentação na primeira meia hora após o parto e o contato pele a pele entre a mãe e o filho (a), essa prática é dificultada pela falta de incentivo da equipe de saúde, ou em decorrência da necessidade de cuidados especiais do(a) recém-nascido(a) ou da genitora.

Fica explícito que o (a) acompanhante no trabalho de parto, parto e nascimento, configura-se como capaz de ampliar as possibilidades da mulher de participar ativamente em suas decisões de saúde, minimizando os sentimentos de medo, angústia e insegurança, permitindo-lhe visualizar a parturição de forma mais segura e protegida. Apesar dessa clareza, esse direito ainda não é atendido em muitas instituições, o que viola a autonomia e a capacidade de escolha das mulheres.

Além do mais, faz-se necessário que haja mudança de comportamento por parte dos (as) profissionais que atendem às mulheres e de atitudes que demonstrem aceitação, empatia e ausência de julgamento. Tais comportamentos contribuem para criar um estado de confiança entre as usuárias e os (as) profissionais de saúde, principalmente se for associado ao hábito de ouvir com atenção acompanhado do uso de uma linguagem clara, acessível que esclareça suas dúvidas e seus questionamentos.

Ao proporcionar uma assistência integral essa deve estar associada ao conhecimento científico e a tomada de decisão para a organização do atendimento, que priorize a classificação de risco, deixando evidente que o atendimento no ACCR deve ser realizado por profissional habilitado (a) para a tomada de decisão eficaz e segura.

A autonomia e autodeterminação devem ser respeitadas possibilitando as mulheres serem protagonistas no processo do parto e nascimento, valorizando suas escolhas e vontades. Nesse aspecto, os (as) profissionais de saúde devem reconhecê-las como sujeitos ativos e encorajando-as a participar no planejamento do seu cuidado, não deixando que a supremacia, a imposição, a repressão, as normas rígidas e os protocolos criem barreiras entre a usuária e o (a) profissional.

Dentre as limitações para a análise de produção científica de Enfermagem, destacamos a dificuldade de localizar trabalhos em relação ao tema e em específico na área de Enfermagem e na obstetrícia, e acreditamos que essa pouca produção, resulte de ser esse um tema recente.

Faz-se necessário, a disseminação de informações que levem à reflexão sobre o cuidado específico, que valorize a centralidade da usuária no processo parturitivo. Sugerimos que a Enfermagem desenvolva mais pesquisas relacionadas à assistência à mulher e seus avanços, de modo que, possa apresentar à comunidade científica a participação efetiva da (o) Enfermeira (o) e a necessidade de que esse cuidado específico se desenvolva de modo integral e coeso entre equipe multiprofissional.

Referências

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4ª edição. Lisboa: Edições 70, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**: informações para gestores e técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. **Manual PNHAH**: Programa Nacional de Humanização da assistência hospitalar. Brasília, 2001b.

_____. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Programa Humanização do Parto**: Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. 1aed. Serie B. Textos básicos em Saúde. Brasília, 2004 b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento/Ministério da Saúde**. Universidade Estadual do Ceará – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. (Caderno Humaniza SUS; v.4).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

FERREIRA, A. G. N.; RIBEIRO, M. M.; DIAS, L. K. S.; FERREIRA, J. G. N.; RIBEIRO, M. A.; XIMENES NETO, F. R. G. Humanização do parto e nascimento: acolher a parturiente na perspectiva dialógica de Paulo Freire. Revista de Enfermagem UFPE On Line, Recife, v. 7, n. 5, p. 1398-1405, maio, 2013. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/5642>>. Acesso em: 19 fev. 2015.

FRUTUOSO, L. D.; BRUGGEMANN, O. M. **Conhecimento sobre a Lei 11.108/2005 e a experiência dos acompanhantes junto à mulher no centro obstétrico**. Texto contexto - enferm. [online]. 2013, vol.22, n.4, pp. 909-917. ISSN 0104-0707. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/06.pdf>>. Acesso em: 06 fev. 2015.

LUNARDI V. Bioética aplicada a assistência de enfermagem. Rev Bras Enferm 1998; 51(4): 655-64.

MABUCHI, A. dos S.; FUSTINONI, S. M. **O significado dado pelo profissional de saúde para trabalho de parto e parto humanizado**. Acta paul. enferm. [online]. 2008, vol.21, n.3, pp. 420-426. ISSN 1982-0194. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt_06.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2015.

MERIGHI, M. A. B.; GUALDA, D. M. R. O cuidado à saúde materna no Brasil e o resgate do ensino de obstetrias para assistência ao parto. **Revista Latino-americana**

de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 265-270, mar./abr. 2009. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 12 mar. 2015.

MORAES, J. C. de. Formação e Competências para classificação de risco em obstetrícia. 2013.137. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/3371>>. Acesso em: 25 mar. 2015.

PEREIRA, A. L. de F.; LIMA, A. E. F. Acolhimento com classificação de risco em uma maternidade pública. Revista de Enfermagem UFPE On Line, Recife, v. 8, supl.1, p. 2309-15, jul., 2014. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/5642>>. Acesso em: 19 fev. 2015.

PORCIUNCULA, M. B. **Acolhimento com Classificação de Risco em um Centro Obstétrico: a ótica dos profissionais da saúde**. Porto Alegre. 2009. Trabalho Acadêmico (Curso de Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Enfermagem. 2009. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/24331>>. Acesso em: 26 fev. 2015.

RIOS, C. I. **Caminhos na humanização na saúde: prática e reflexão**. São Paulo: Áurea, 2009.

ROSSI, F. R.; LIMA, M. A. D. da S. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. Revista Brasileira de Enfermagem, Porto Alegre, v. 58, n.3, p. 305 a 310, maio/jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n3/a10v58n3.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

SOUZA, A. C. de; LOPES, M. J. M. Acolhimento: responsabilidade de quem? Um relato de experiência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 24, n.1, p.8-13, abr. 2003. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/23507>. Acesso em: 12 mar. 2015.

ABORTO: ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA CONTROVÉRSIA ENTRE GRUPOS SOCIAIS FEMINISTAS E PRÓ-VIDAS

Priscilla Braga Beltrame¹
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)
priscilla.beltrame.ufpe@gmail.com

Lady Selma Ferreira Albernaz²
Universidade Federal de Pernambuco (PPGA/UFPE).

Resumo: O embate entre os grupos sociais feministas e pró-vidas são fundamentais para a compreensão da controvérsia a respeito da legislação referente ao aborto. Neste artigo abordamos o processo histórico de construção e consolidação desses movimentos que atuam no espaço público empreendendo ações no sentido de defenderem suas distintas propostas de descriminalização ou criminalização total dos permissivos para a realização do aborto. Com este objetivo abordamos o atual cenário da legislação referente ao aborto no mundo e especificamente no Brasil, e no segundo momento, analisamos a história dos movimentos sociais citados e sua relação com a bandeira da descriminalização/criminalização do aborto no contexto internacional e local. Este trabalho é um dos resultados da pesquisa de mestrado em antropologia em fase de finalização: “Aborto: as contradições das feminilidades” (2016). A análise se baseia na perspectiva feminista no sentido de articular a busca pelo conhecimento acadêmico com uma postura política no sentido de luta pela construção de uma sociedade mais igualitária entre os gêneros.
Palavras-chave: aborto, feminismos, pró-vidas.

1 Graduada em Ciências Sociais e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Antropologia (PPGA), ambos da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

2 Graduada em Engenharia de Pesca pela Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE), graduada em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), mestre Antropologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), doutora em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e pós-doutora no Instituto Superior de Ciência do Trabalho e da Empresa (ISCTE). Atualmente é professora do Programa de Pós-Graduação de Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco (PPGA/UFPE).

Introdução

O artigo apresentado é uma síntese de um dos resultados da pesquisa de mestrado realizada pela autora no Programa de Pós-Graduação em Antropologia (PPGA) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) “Aborto: as contradições das feminilidades” (2016). Entre os temas abordados na dissertação citada, a respeito do debate público no que diz respeito a legislação sobre o aborto, a compreensão do embate realizado entre os grupos sociais feministas e pró-vidas é central. A proposta deste artigo é sintetizar de que forma se constroi historicamente esse embate cultural entre os dois grupos sociais.

É fundamental destacar desde o início da escrita que a base teórica tanto da dissertação, quanto deste artigo se filia fundamentalmente às teorias feministas. Dessa forma, é importante por questões éticas, ressaltar de qual local a pesquisadora parte para realizar esta análise. Nesse sentido, o estudo tem como justificativa contribuir para o campo de estudos, tanto pelos possíveis impactos práticos que este trabalho - conjuntamente com outros sobre o aborto inseguro - pode vir a ter na luta pela promoção dos direitos das mulheres, então essa é uma contribuição partindo do ponto de vista do problema social; quanto, por contribuir para o estado da arte na antropologia feminista, especificamente levantando a história cultural desses dois movimentos de importante compreensão para o entendimento da atual controvérsia a respeito da legislação sobre o aborto.

Metodologia

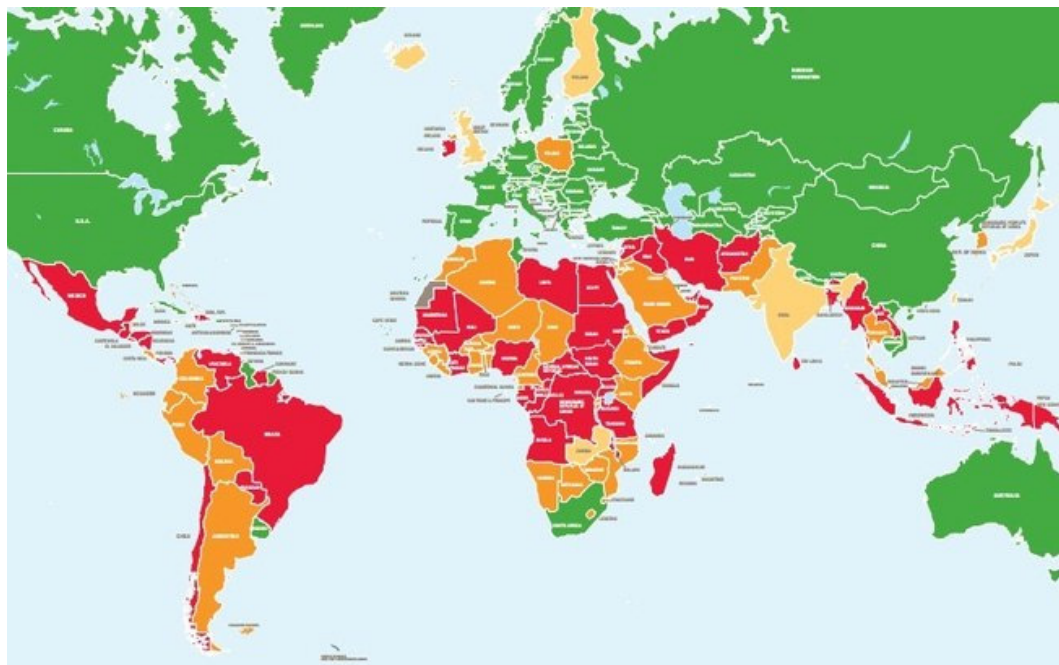
O artigo apresentado é um dos resultados da pesquisa de mestrado da autora. Nele realizamos um reescrita mais enxuta da análise realizada sobre a história dos grupos sociais feministas e pró-vidas e suas relações com as discussões a respeito da legislação referente ao aborto. Para a escrita dessa análise foi realizada uma revisão bibliográfica de referências importantes para a compreensão da história desses movimentos. De ambos os lados temos as falas dos(as) próprios(as) atores sociais que integram esses grupos, como eles percebem a ação de seus grupos, quais argumentos mais acionados e como este debate se desenrola ao longo da história.

Resultados e Discussão

1. O contexto sócio-cultural atual da legislação referente ao aborto: Breve panorama

Em nossa cultura Ocidental observamos a partir da década de 1970 que a maioria dos países desenvolvidos ampliaram consideravelmente os permissivos legais para a realização do aborto, sendo o principal argumento elencado por esses países os direitos humanos das mulheres (DEL, RE, 2009). Podemos dizer que uma das principais influências nesta onda de descriminalização do aborto em muitos países ocidentais foram as organizações de mulheres em grupos feministas que passaram a ter bastante influência e a exercer pressão sob os Estados (Sarmiento, D., 2006; Paixão, I., 2006; Del Re, A., 2009) associada à ascensão de novos valores sociais, neste caso, no que diz respeito aos direitos fundamentais da mulher, baseado tanto no processo de emancipação da mulher, quanto no avanço da laicização dos Estados. Nos países em que o aborto é descriminalizado tem prevalecido a ideia nas decisões dos Tribunais Constitucionais de que a vida do nascituro é protegida pela Constituição, entretanto, não com a mesma intensidade do que a vida de pessoas humanas já nascidas (Sarmiento, D., 2006).

As legislações a respeito do aborto no mundo são acompanhadas pela entidade americana *Center For Reproductive Rights* há 20 anos, desde que o primeiro mapa-relatório foi publicado em 1994, trinta países legalizaram o procedimento ou ampliaram os permissivos para a IVG. O mapa abaixo foi publicado pela entidade em 2014:



(Fonte: <http://worldabortionlaws.com/map/>)

Legendas:

- Países que permitem o aborto
- Países nos quais o aborto é permitido apenas quando a gravidez coloca a vida da mulher em risco em razão de alguma doença pré-existente
- Países nos quais o aborto é permitido à mulher que comprovar situação de extrema pobreza
- O aborto é criminalizado

Como podemos perceber no mapa, o aborto é descriminalizado em 61 países, e ele tende a ser criminalizado na grande maioria dos casos nos países em desenvolvimento. O Brasil é um dos 66 países latino-americanos, africanos, asiáticos e árabes que consideram a IVG crime na grande maioria dos casos, havendo exceções em apenas três tipos de gestações: resultante de violência sexual, que ofereça risco de morte a mulher, e de fetos anencéfalos. E ainda de acordo com o relatório citado, há 22 milhões de mulheres no mundo que realizam o aborto inseguro. A cada ano, 47 mil mulheres morrem e 5 milhões de mulheres ficam com sequelas pelo procedimento ter sido realizado de forma insegura. E fundamentalmente, 98% dessas mortes e sequelas ocorrem nos países nos quais a IVG é considerada crime¹. Deixando claro os problemas de saúde pública associados à criminalização do aborto tão recorrentemente acionados no debate público sobre o tema no lado dos grupos sociais feministas.

Nos países nos quais os permissivos para a realização do aborto foram ampliados, não há consenso a esse respeito, havendo pressão de grupos sócias contrários a descriminalização, como o movimento pró-vida. Ademais, há uma quantidade considerável de países em que a legislação sobre o aborto é considerada excessivamente restritiva e há pressões dos movimentos feministas no sentido da ampliação e dos movimentos pró-vida no sentido da ampliação da restrição a esses permissivos. Podemos dizer que o embate de ideias sobre o aborto entre os movimentos pró-vidas e feministas são um dos elementos centrais para a compreensão da controvérsia sobre o aborto. Vamos abordar as histórias desses dois grupos sociais².

2. Movimentos Feministas

O movimento feminista surge como movimento de massas a partir da segunda metade do século XIX, em grande medida com a luta pela sufrágio para as mulheres, mas suas raízes são mais antigas em nossa cultura. Por exemplo, podemos citar mulheres que resistiram aos padrões estabelecidos, podendo ser pensadas enquanto mulheres precursoras do que seria o movimento feminista: Safo, Christine de Pisan, Ann Hutchinson, Olympe de Gouges, Mary Wollstonecraft, Jeanne Derion, Flora Tristan (Alves, B.; Pitanguy, J., 1985).

Os movimentos feministas adquirem caráter de massa a partir da segunda metade do século XIX, para algumas pesquisadoras esse é a primeira fase do movimento feminista, neste período a principal reivindicação do movimento era o sufrágio das mulheres (Fougeyrollas-Schwebel, D., 2009; Alves, B., Pitanguy, J., 1985). Este primeiro momento do feminismo teve como base principal a ampliação da noção de cidadania para às mulheres, tendo como eixo central das reivindicações, o direito ao voto.

A partir da segunda metade do século XX, tem início a segunda fase do movimento feminista, que além das reivindicações parcialmente conquistadas anteriormente, relacionadas a extensão às mulheres dos direitos políticos, trabalhistas e civis, são incorporadas outras demandas. Podemos dizer que, de forma geral, essas novas reivindicações se pautavam pela identificação e combate às origens das desigualdades entre homens e mulheres (Fougeyrollas-Schwebel, D., 2009; Alves, B., Pitanguy, J., 1985)

A luta pela descriminlização/legalização do aborto é uma das bandeiras principais dos movimentos feministas, ela começa a ser sustentada de forma pelos movimentos a partir da década de 1970, de uma forma geral. Os principais

argumentos acionados nesse sentido se referem, em primeiro lugar, à autonomia reprodutiva das mulheres, expressa no slogan “Nosso corpo nos pertence”; e em segundo, à clandestinidade do aborto enquanto um problema de saúde pública (Del Re, A., 2009).

Os movimentos feministas no Brasil começam a se organizar e se consolidar a partir da década de 1970, de uma forma geral com reivindicações vinculadas a segunda fase do movimento dialogando também com o contexto local. Dessa forma, podemos perceber que no país, por um lado, o movimento teve algumas características dos movimentos surgidos nos Estados Unidos e na Europa; e por outro, se articulando na luta contra a ditadura militar com outros movimentos sociais defensores da abertura democrática e da anistia. Na luta contra o regime militar, os movimentos feministas estabeleceram uma relação bastante delicada com alguns setores da igreja católica, que igualmente defendiam a anistia e a abertura política, entretanto iam de encontro as ideias dos movimentos feministas no que diz respeito à autonomia reprodutiva das mulheres, especialmente no que se refere a luta pelo direito ao aborto no Brasil (Soares, V., 1994; Sarti, C., 2004). Dessa forma, durante este período não há uma bandeira unânime de luta pela descriminalização do aborto, a luta pela descriminalização o aborto como uma das principais bandeiras dos grupos feministas defendida de forma unânime pode ser considerada relativamente recente que ganhou força e se consolidou a partir da década de 1990.

Os principais argumentos utilizados pelos movimentos feministas são relacionado aos direitos sociais. A partir da década de 1990 os movimentos feministas passam a argumentar que a excessiva criminalização do aborto no país, não reduz a sua incidência e ainda aumenta as taxas de mortalidade materna, sendo portanto considerado enquanto um problema de saúde pública. O outro argumento também utilizado pelos movimentos feministas para a reivindicação da ampliação dos permissivos legais para a interrupção voluntária da gravidez são relacionados aos direitos individuais, nesse sentido a criminalização do aborto feriria o princípio democrático do direito aplicado ao corpo, baseados nas ideias de autonomia e liberdade do liberalismo, a criminalização do aborto impossibilitaria a autonomia reprodutiva das mulheres e a dissociação entre sexualidade e reprodução (Scavone, L., 2003).

3. Movimentos Pró-vidas

A história dos movimentos pró-vidas - como um grupo social formado principalmente por religiosos, mas ao mesmo tempo, independentes do cristianismo

- é bem recente e remete ao início do processo de descriminalização do aborto nos países ocidentais e à pressão para a ampliação dos permissivos legais nos países nos quais o procedimento ainda é criminalizado (Cassidy, K., 1995; Grant, S., 1991). Podemos dizer que, da mesma forma que podemos perceber claramente ao longo da história uma tradição feminista, podemos igualmente identificar uma tradição dos movimentos pró-vidas. Então, podemos datar o movimento feminista como um movimento consolidado a partir da segunda metade do século XIX (Alves, B.; Pitanguy, J., 1985) e os movimentos pró-vidas a partir da segunda metade do século XX (Cassidy, K., 1995; Grant, G., 1991).

O tratamento hegemonicamente conferido ao aborto pelas religiões cristãs possuem forte influência na composição dos argumentos dos movimentos pró-vidas em favor da criminalização do aborto, inclusive o argumento principal acionado por estes grupos – de que a vida humana começa na fecundação do óvulo – é o mesmo acionado pelas religiões cristãs.

A Igreja Católica é uma das instituições mais duradouras nas culturas ocidentais que enfatizaram o dito caráter negativo do aborto ao longo da história, entretanto na história dessa religião, o tema do aborto nem sempre foi tratado da mesma forma, sendo um assunto de divergências e polêmicas. Dessa forma, podemos dizer que a luta contra o aborto motivada pela defesa da vida do feto, é um argumento bastante recente levando-se em consideração a tradição cristã (Hurst, J., 2006; Aguirre, L., 2006; Cassidy, K., 1995).

É importante ressaltar que a abordagem da Igreja Católica a respeito do aborto - durante toda a sua história - sempre teve uma conotação negativa, sendo considerado pecado; o que varia consideravelmente durante essa história, é o motivo pelo qual o aborto é considerado pecado, a gravidade do pecado e a punição considerada adequada. A questão central é que durante a maior parte da história, o aborto não era condenado prioritariamente pela defesa da vida do feto, mas pela relação que se fazia entre o aborto e uma vida sexual considerada pecaminosa (Hurst, J., 2006).

Na história das ideias da religião católica Hurst (2006) indica que até 1750 o debate a respeito do aborto se dava em torno do questionamento de qual o momento em que o feto se transforma em ser humano, ou seja, a partir de que momento o feto passa a possuir uma alma racional. Por um lado, os adeptos da hominização imediata, defendiam que desde o momento da concepção do feto possuía uma alma; e por outro, os adeptos da hominização posterior, maioria durante esse período, defendiam que a transformação do feto em ser humano se dava em algum momento no decorrer da gestação. Para Santo Agostinho:

“A grande questão relativa à alma não pode ser decidida apressadamente, por meio de um julgamento precipitado e incontestado; a lei não dá base para que o ato (de aborto) seja considerado homicídio, pois ainda não é possível afirmar a existência de alma viva num corpo desprovido de sensação quando ele ainda não se formou em carne e não foi, portanto, dotado de sentido.” (Santo Agostinho, apud, Hurst, J., p.18, 2000)

É durante o período moderno – datado por Hurst (2000) a partir dos anos de 1750 – que os atuais argumentos hegemônicos da Igreja Católica referentes ao aborto começam a ser desenvolvidos. Eles se baseiam fundamentalmente na aceitação da tese da hominização imediata do feto e em consequência o aborto passa ser considerado como grave pecado e por isso ser punido com a excomunhão. É a partir desse período que o aborto passa a ter a maior carga negativa que já teve em toda a história da religião católica.

Os marcos que podem ser citados neste sentido são: em primeiro lugar, a publicação da *Apostolicae Sedis* em 1869 por Pio IX; e em segundo, a publicação em 1917 do novo Código de Direito Canônico. Ambos os documentos defendem a tese da hominização imediata com todas as consequências já citadas para o tratamento conferido ao aborto (Hurst, J., 2000). Atualmente, o aborto é tratado pela Igreja Católica como um gravíssimo pecado, considerado homicídio contra o feto e penalizado com excomunhão de todas as pessoas envolvidas. E ainda neste sentido, podemos citar um acontecimento recente bastante relevante, ao meu ver, no sentido de uma tentativa de redução da conotação negativa conferida ao aborto: a declaração do papa Francisco no ano de 2015 - em celebração ao ano do Jubileu – de que as pessoas excomulgadas por praticarem ou participarem de alguma forma de um aborto poderiam ser perdoadas por um padre local, não havendo, durante esse período, a necessidade de recorrer a um bispo para se confessar e pedir perdão.³

Na tradição secular da religião cristã, o catolicismo exerce bastante influência na fundação dos movimentos pró-vidas, ademais podemos dizer que a visão hegemônica do protestantismo também influencia bastante no cenário de pressão social pela criminalização do aborto (Duarte, T., 2011). De acordo com Pe Luiz Pérez Aguirre (2006), essa tradição não teria dado a mesma ênfase do que o catolicismo no debate sobre o aborto. Inicialmente Lutero e Calvino teriam opinião muito semelhante à da tradição cristã católica referente ao aborto, considerando-o um grave pecado. Atualmente, a grande maioria das Igrejas

Protestantes mantêm uma visão bastante próxima da Igreja Católica do aborto enquanto homicídio contra o feto (Aguirre, L., 2006).

Os grupos pró-vidas são movimentos de âmbito internacional que iniciam a sua ação organizada durante a década de 1970 como uma força social contrária ao processo de descriminalização do aborto nos países ocidentais. A principal bandeira que unifica o grupo social é a luta pela criminalização do aborto em quaisquer circunstâncias.

O principal argumento desses movimentos sociais é a defesa da vida do embrião e para tal se baseiam tanto nas idéias dominantes do cristianismo de hominização imediata do feto, quanto em estudos sobre embriologia e genética humanas, articulando argumentos religiosos, morais e filosóficos. 4 Por um lado, a relação dos movimentos pró-vidas com as religiões é muito próxima ao ponto de autores como o historiador católico Cassidy (1995) e o militante pró-vida Grant (1991) a considerar a tradição cristã como a própria tradição dos movimentos pró-vidas. A relação é clara na citação abaixo retirada de um dos estudos de Cassidy:

“To conclude, it is clear that the pro-life movement has deep roots in the past, reaching back several millennia at least. There indeed existed a tradition which graded the protection accorded a fetus according to its stage of development, but that tradition rested on a view of fetal life no longer supportable in the light of the medical discoveries made by the early 19th century. The changes in the laws of Church and state in the 19th century represent a development, not a repudiation of that tradition. To deny this is of necessity to ignore the statements made by those effecting the change and to give credence instead to theories which attempt to place the full weight for these changes on discreditable motives. Such motives no doubt existed, but to make them the whole of the story is bad history. The pro-life movement should not look upon the years before the 1960s as some sort of pro-life golden age: it was not.” (Cassidy, K., p.378, 1995)

Por outro lado, o movimento pró-vida não pode ser confundido com um movimento unicamente cristão como também fica claro na citação de Cassidy abaixo:

“Characteristically they stress the role of religion in the pro-life movement and often see it as a creation of the Catholic Church. These works tend to downplay or ignore the religious and political diversity of the movement, finding in it a single set of motives and a membership derived from a limited range of groups.” (Cassidy, K., p.3, 1995)

No Brasil os movimentos pró-vidas começaram a aparecer na cena política na década de 1980 (Vieira, H., [?]) no contexto político de implementação de políticas públicas e programas de saúde voltados para a saúde da mulher com base na discussão de seus direitos reprodutivos, da formação de serviços de assistência ao aborto previsto em lei em alguns hospitais públicos do país e da discussão sobre o aborto na Assembléia Nacional Constituinte. Durante esse período da década de 1980 há uma intensificação do debate político a respeito do aborto (Rocha, M., 2005), e da mesma forma que os movimentos pró-vidas surgem na França e nos Estados Unidos durante esses períodos de intenso debate, esses movimentos também surgem no Brasil (Vieira, H., [?]).

Conclusões

Concluimos que o embate entre os movimentos feministas e pró-vidas no que diz respeito a legislação referente ao aborto possui raízes em uma longa história que tem como base da divergência o que se considera ser ou não direito da mulher. Nesse embate podemos perceber que umas das questões centrais é: a mulher tem o direito a sua vida, saúde e liberdade democrática quando decide que não quer ser mãe? Os dois grupos defendem bandeiras completamente opostas neste sentido.

Referências

ALVES, Branca Moreira; PITANGUY, Jacqueline (1985). **O que é feminismo**. São Paulo: Abril Cultural; Brasiliense.

CASSIDY, Keith (1995). “The historical roots of the pro-life movement: assessing the pro-choice account”. II: Life and Learning, V, pp. 350-385.

CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS (2015). The world's abortion laws. Disponível em <<http://worldabortionlaws.com>>; Acesso em: dezembro de 2015.

DA ROCHA, Maria Isabel Baltar (2005). "Discussões políticas e decisões no parlamento". In: ÁVILA, Maria Betânia; PORTELLA, Ana Paula; FERREIRA, Verônica (orgs). In: **Novas legalidades e democratização da vida social: família, sexualidade e aborto**. Rio de Janeiro: Garamond, pp. 135-220.

DEL RE, Alisa ([2000] 2009). "Aborto e contracepção". In: HIRATA, Helena; LABORIE, Françoise; DOARÉ, Hélène; SENOTIER, Danièle (orgs). **Dicionário crítico do feminismo**. São Paulo: Ed. UNESP, pp. 21-30.

DUARTE, Tatiane dos Santos (2011). "**A casa dos ímpios se desfará, mas a tenda dos retos florescerá**": a participação da Frente Parlamentar Evangélica no legislativo brasileiro. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade de Brasília – Brasília.

FOUGEYROLLAS-SCHWEBEL, Dominique ([2000] 2009). "Movimentos feministas". In: HIRATA, Helena; LABORIE, Françoise; DOARÉ, Hélène; SENOTIER, Danièle (orgs). **Dicionário crítico do feminismo**. São Paulo: Ed. UNESP, pp. 144-148.

GRANT, George (1991). **Third time around**. Brentwood – Tennessee: Wolgemuth & Hyatt; Publishers, Inc.

GRANT, George (1991). **Third time around**. Brentwood – Tennessee: Wolgemuth & Hyatt; Publishers, Inc.

HURST, Jane (2000). **Uma história não contada: a história das ideias sobre o aborto na Igreja Católica**. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir.

PAIXÃO, Ivan (2006). "Aborto: aspectos da legislação brasileira". In: CAVALCANTI, Alcilene; XAVIER, Dulce (orgs). **Em defesa da vida: aborto e direitos humanos**. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, pp. 197-212.

SARMENTO, Daniel (2006). "Legalização do aborto e constituição". In: CAVALCANTI, Alcilene; XAVIER, Dulce (orgs). **Em defesa da vida: aborto e direitos humanos**. São Paulo: Católicas Pelo Direito de Decidir, pp. 111-168.

SARTI, Cynthia (2004). "O feminismo brasileiro desde os anos 70: revisitando uma trajetória". II: Revista Estudos Feministas, 12(2), pp. 35-50.

SCAVONE, Lucila (2003). "O aborto pelas lentes da sociologia". In: SCAVONE, Lucila. **Dar a vida e cuidar da vida**. São Paulo: Ed. UNESP, pp. 102-125.

SOARES, Vera (1994). "Movimentos feministas: paradigmas e desafios". II: Revista Estudos Feministas, 2(11), pp. 11-24.

VIEIRA, Humberto (2015). Movimentos pró-vida brasileiros. Disponível em <<http://www.providafamilia.org/movimentos.htm>>; Acesso em: maio de 2015.

MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DE GÊNERO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DE MACEIÓ.

Rachel Alves Silva
rachel.alves@outlook.com

Telma Low Silva Junqueira

Julia Soares de Souza

Débora Lima de Mendonça

Maria Eduarda Silveira Souza Ferro.
Universidade Federal de Alagoas

Resumo: Este trabalho trará os resultados parciais de um eixo específico da pesquisa intitulada “Gênero e violência contra as mulheres no contexto da atenção básica em saúde de Maceió/AL”. O trabalho precípua deste eixo foi o levantamento bibliográfico da produção acadêmica brasileira que se tangencia com a temática.

Introdução

A violência contra as mulheres (VCM) é um fenômeno globalizado que é produzido e reproduzido na interface de gênero, raça/etnia e classe. A VCM é possibilitada pela ordem patriarcal que guarda consigo a crença de que homens possuem o direito de dominar e controlar as mulheres, fazendo-se valer, inclusive, da violência para este fim. Assim, a lógica patriarcal legitima a desigualdade entre os gêneros.

Há muitos(as) teóricos(as) que analisam essas desigualdades, trazendo conceitos e questões relevantes que nos ajudam a pensar e entender a complexidade da VCM. Bourdieu (1999), por exemplo, vem discorrer acerca da “dominação simbólica” sobre todo o tecido social, corpos e mentes, discursos e práticas sociais e institucionais; (des)historiciza diferenças e naturaliza desigualdades entre homens e mulheres. Para Bourdieu, a dominação masculina estrutura a percepção e a organização concreta e simbólica de toda a vida social.

Scott (1995), em seu artigo “Gênero: uma categoria útil de análise histórica”, contribui elaborando um sistema para definir o conceito de gênero, levando em conta suas três principais características: dimensão relacional, construção social das diferenças percebidas entre os sexos e campo primordial onde o poder se articula. Para isto, a autora fundamenta-se numa leitura genealógica, situa-se dentro do contexto histórico e oferece o seu uso como categoria analítica e instrumento metodológico para a compreensão de como, ao longo do tempo, se produziram e legitimaram as construções de saberes e poderes sobre as diferenças sexuais. Esta relação será bastante explorada por Scott, pois, entende-se que é uma questão central na conceituação de gênero. Segundo Scott (1995), gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder.

Neste íterim, a noção de poder de Foucault (1981) – poder in fluxo (aquele que não é fixo, retido ou localizado numa só pessoa ou instituição; elaborando-se num “campo de forças” múltiplas), vai desconstruir e repensar as premissas universais que hierarquizam os gêneros alicerçados na diferença biológica. Através deste ângulo, é possível questionar as associações binárias que relacionam poder e dominação ao masculino e submissão ao feminino.

A VCM não é um fenômeno que ocorre com as mesmas peculiaridades em torno do mundo. Naturalmente, a cultura patriarcal é o veículo útil às agressões sofridas pelas mulheres; no entanto, nem todos os homens utilizam os privilégios sociais do mesmo modo, assim como, nem todas as mulheres irão responder igualmente a esta dominação. As singularidades das pessoas envolvidas e os

seus protagonismos irão diferenciar as vivências. Contudo, para a apreensão do fenômeno, é importante captar os aspectos que fundamentam a VCM.

Apesar de caracterizar-se como um problema relevante, a VCM passou a ser mais discutida no Brasil depois da criação da Lei 11.340/2006 – Lei Maria da Penha. Desde então, este fenômeno passou a ser tipificado como crime do *modus operandi* específico, com punições também específicas. De acordo com esta legislação, as violências podem ser físicas, sexuais, patrimoniais, morais e psicológicas, ocorrendo, várias vezes, a superposição de violências.

A criação da Maria da Penha teve importância no cenário nacional para viabilizar o debate sobre a violência contra as mulheres. Pois, apesar de ser um grande problema, ainda não há um lugar social, um campo específico de saberes que permita intervenções com a finalidade de lidar com as consequências diretas e indiretas da VCM na vida e na saúde das mulheres.

Apesar da magnitude das estatísticas, as quais traduzem em números as agressões sofridas por mulheres, o alcance das políticas públicas ainda é pequeno. O fenômeno tende a ser invisibilizado, tendo poucos espaços sociais para debate. No âmbito da saúde, as notificações decorrentes da VCM não retratam com fidedignidade a realidade.

Os serviços básicos de saúde são importantes na identificação do problema, porque possuem, em teoria, aparato e contato com mulheres que facilitam no reconhecimento e acolhimento das mulheres; podendo, inclusive, evitar a exposição destas vítimas a uma ocorrência ainda mais grave.

Com o olhar mais crítico, é possível pensar no feminismo como um mecanismo político de imensurável contribuição aos mais variados contextos em que as mulheres estão inseridas. O movimento feminista trouxe o apelo de que o “pessoal é político” e, assim, cobrou responsabilidades do Estado e da sociedade para o enfrentamento à violência e o respeito à dignidade humana de uma vida sem violências. Lentamente, o Brasil tem adquirido a consciência da necessidade de pensar e construir programas, normas técnicas, qualificar profissionais da saúde e políticas públicas que viabilizem as garantias constitucionais das mulheres.

Deste modo, cresce o reconhecimento da legitimidade social das pautas feministas que, de diferentes modos e com o intuito de abraçar às pluralidades de mulheres, reivindicam ganhos em direitos sociais já garantidos juridicamente e ameaçados pela cultura patriarcal em voga. Contudo, as dicotomias cristalizadas social e culturalmente refletem grandes desafios, nos mais variados âmbitos, que necessitam do entrelaçamento de muitos saberes – político, filosófico,

social, saúde, jurídico, etc. – para inaugurar um tempo em que as garantias sejam efetivadas e impactem na qualidade de vida e saúde das mulheres.

Oliveira et. al. (2012) preconiza que se a atenção básica é porta de entrada do SUS, será também o nível mais próximo da vida concreta dos(as) usuários e usuárias de saúde, possibilitando um enfoque nas estratégias de promoção e prevenção em saúde e afastando-se de uma concepção biológica e curativa de doença. Por sua vez, a atenção básica tem papel central na prevenção e enfrentamento da VCM, visto que esta é um determinante que influencia diretamente no processo de saúde e de doença das mulheres, acarretando consequências físicas e psicológicas que, por vezes, ainda passam despercebidas pelos serviços de saúde.

A compreensão dos significados de gênero propõe muito mais que o limite às diferenças biológicas; ela indica as construções sociais fomentadoras das desigualdades de poder que alicerçam a submissão feminina como o modelo possível de exercer a feminilidade em oposição à dominação masculina.

Segundo o Mapa da Violência (2015), Alagoas é considerado o 4º Estado que mais mata mulheres e Maceió a 2ª capital que mais feminicídio comete. O documento situa ainda o Brasil como o 5º país, de 84 países no mundo, que mais mata mulheres. Maceió tem a marca de 9,8 homicídios por 100 mil mulheres, a maior taxa de feminicídio do país. No outro extremo, São Paulo e Rio de Janeiro são as capitais com menores taxas (WAISELFIS, 2015).

De acordo com o documento elaborado pela Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (Flacso), com o apoio da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, o aumento foi de 92,5%, praticamente dobrando em dez anos (2003-2013). No ano de 2003, o estado apresentava um índice perto da média nacional, 4,5 assassinatos por 100 mil mulheres. A capital do estado, Maceió, encabeça - ao lado de Vitória (ES), João Pessoa (PB) e Fortaleza (CE) - a lista de capitais com as taxas mais elevadas no ano de 2013, acima de 10 homicídios por 100 mil mulheres. Esses números ajudaram a manter o índice em Alagoas alto.

Diante destes panoramas, este artigo trará um recorte da pesquisa, em andamento, do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), denominada “Gênero e violência contra as mulheres no contexto da Atenção Básica em Saúde de Maceió/AL”, vinculada ao Instituto de Psicologia, na Universidade Federal de Alagoas. Este recorte, especificamente, é parte de um dos planos de trabalho da pesquisa, a qual objetiva tecer reflexões, analisar os sentidos produzidos para gênero e violência contra as mulheres na saúde.

Metodologia

A pesquisa iniciou-se pelo levantamento bibliográfico utilizando três bases de dados: Portal da CAPES, Scielo e Biblioteca Virtual em Saúde. Consideraram-se as publicações referentes ao período de 2006 (ano de publicação da Lei Nº 11.340 de 07 de agosto de 2006 – Lei Maria da Penha) a 2014. Foram utilizados os descritores “violência contra as mulheres e saúde” e “violência de gênero e saúde”.

A princípio, foi construído um mapa para organização dos primeiros dados produzidos na pesquisa. Intencionamos categorizar as informações a partir dos critérios já descritos no projeto e estudos, elaborando um recorte nas informações a partir de: título, nome e sobrenome dos/as autores/as, ano de publicação, área do conhecimento, tipo de produção, idioma, nome do periódico, cidade e estado de publicação do documento, cidade e estado da realização da pesquisa, instituição realizadora do trabalho, palavras-chaves e resumo. Terminada esta primeira etapa, lemos os artigos levantados com o objetivo de identificar e conhecer, para posteriormente analisar, como os conceitos de violência contra as mulheres, violência de gênero e saúde eram construídos nestas produções.

No portal da CAPES, foram encontrados 373 documentos: artigos, dissertações e teses. Com base nos critérios de inclusão, consideramos os trabalhos na língua portuguesa. Desconsideramos os estudos sem tradução, os estudos que abordavam a realidade de outros países, os que apareciam repetidos na pesquisa, os que não estavam disponíveis integralmente, os que não eram disponibilizados gratuitamente e os que se distanciavam do objeto de estudo desta pesquisa. Restaram 59 trabalhos que foram organizados em um mapa e categorizados a partir do conceito de VCM, gênero e saúde.

No portal da Scielo a pesquisa produziu 151 artigos. Os mapas foram construídos com 42 artigos que foram lidos e organizados obedecendo a mesma metodologia e critérios de exclusão dos outros levantamentos.

Em relação à base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde, os mesmos critérios foram utilizados. Assim, encontrou-se 121 artigos e, após a leitura exploratória – que, de acordo com Gil (2002), consiste em uma leitura do material para averiguar em que medida a obra consultada interessa à pesquisa – foram selecionados 86 deste total.

A leitura analítica foi feita posteriormente com a finalidade de sumariar o material encontrado em um mapa do Excel, que identificou os conceitos de violência contra a mulher e de gênero os quais cada um trazia.

No presente momento, o grupo de pesquisa integra-se na leitura interpretativa e construção de mapas dialógicos, que possibilitará conferir significados mais amplos aos resultados obtidos com a leitura analítica. Conforme Gil (2002), neste momento, além dos dados obtidos, há uma ligação com os conhecimentos já alcançados anteriormente pelos(as) pesquisadores(as).

Resultados e Discussão

Embora a pesquisa ainda esteja em processo de finalização, pudemos visualizar e analisar de forma geral o que se tem produzido academicamente acerca de violência contra as mulheres no âmbito da saúde.

Através das leituras, pudemos notar que a violência contra as mulheres, nos documentos selecionados, é comumente denominada como violência de gênero e a agressão física e sexual é mais explorada que as outras formas de violência. A Lei Maria da Penha – marco da abertura do debate da VCM no Brasil – não pretende somente atuar no âmbito jurídico, mas ser útil à construção de políticas públicas que envolvam segurança pública, saúde, assistência social e educação.

Ademais, nota-se que as reflexões acerca da posição social da mulher ainda são pobremente contextualizadas sem recortes específicos como de raça/etnia, classe social, orientação sexual, geração, condições físicas e outras especificidades que pluralizam e distinguem as mulheres.

Os efeitos da violência contra as mulheres não se restringem ao campo da saúde, entretanto, afeta significativamente este setor já que muitas vítimas adoecem e guardam sequelas permanentes decorrentes das violências.

Se a VCM é influenciada por fatores sociais, ambientais, políticos, econômicos e culturais, há que se pensar nas diversas posições que as mulheres ocupam nestes contextos, com a finalidade de preconizar estratégias que alcancem as singularidades das mulheres.

Os estudos existentes sobre a violência contra as mulheres fazem mais que levantar dados e características deste fenômeno: abrem perspectivas de enfrentamento social e estatal que viabilizam a garantia do direito fundamental à vida, sem o qual nenhum outro é possível. A sociedade civil, o Estado, os movimentos sociais e os aparatos jurídicos carecem de funcionamento sincrônico que produza alternativas eficazes contra a VCM; que garantam a dignidade da vida, em curso, das mulheres.

Conclusão

As situações de violência contra as mulheres estão exigindo cada vez mais estudos e reflexões de cunho teórico e prático que possibilitem compreensões deste complexo fenômeno. Nesta pesquisa, propusemo-nos a construir uma dimensão possível para o olhar e a compreensão dos sentidos da violência contra as mulheres e seus enfiamentos no âmbito da saúde.

Para tanto, a reflexão e problematização sobre as concepções de gênero são importantes para delinear a compreensão dos posicionamentos socialmente impostos aos gêneros, os quais perpetuam a lógica patriarcal e alimentam a submissão feminina, elementos fundamentais na legitimização social da VCM.

Referências

MINAYO, Maria. Cecília. *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cadernos PAGU*, Campinas, v. 16, p. 115-136, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n16/n16a07>>.pdf. Acesso em: 16 abr. 2016.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani e ALMEIDA, Suely Souza de. *Violência de gênero: poder e impotência*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. (2001) *Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero*. Cadernos Pagu,16, p.115-136, 2001.

SCHRAIBER, Lilia. *Violência contra as mulheres e políticas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços de saúde?* *Revista USP*. São Paulo, n. 51, p. 104-113, set./nov., 2001.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*. Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul/dez, 1995. Disponível em: <<http://moodle.stoa.usp.br/mod/resource/view.php?id=39565>> Acesso em 16 abr. 2016.

SPINK, Mary Jane. *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/w9q43/pdf/spink-9788579820465.pdf>> Acesso em 16 abr. 2016.

SPINK, Mary Jane. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. Biblioteca Virtual de Ciências Humanas do Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://maryjanespink.blogspot.com.br/2013/11/versao-virtual-do-livro-praticas.html>>. Acesso em: 17 Abr. 2016.

BOURDIEU, Pierre. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil. p. 28-36, 1999.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal. P. 67-81. 1981.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

GIL, Antônio Carlos. *Como classificar as pesquisas? Como elaborar projetos de pesquisa*. – 4. Ed.-São Paulo: Atlas, 2002. p.42-77

DIAS, Maria Berenice. *A Lei Maria da Penha na Justiça – A efetividade da Lei 11.340/2006 de combate à violência doméstica e familiar contra a mulher*. Rio de Janeiro: Ed – Revista dos Tribunais, 2008, p. 16-20, 2008.

BRASIL, Comunicação Social – Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres – SPM. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/noticias/aparecida-goncalves-debate-mapa-da-violencia-em-maceio-al>>. Acesso em 28 de Abr. de 2016.

WASELFISZ, Julio Jacobo. *Mapa da Violência 2015, Homicídios de mulheres no Brasil*. p. 21-23. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf> . Acesso em: 28 de abr. de 2016.

PROGRAMAS NACIONAIS DE PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NO CONTEXTO DA SAÚDE: UMA ANÁLISE DOS SENTIDOS PRODUZIDOS

Rafael Lima Fernandes
rafael.fernandes@jp.ufal.br

Hansmile Douglas Silva Santos

Jhéssyka Thayná Simões Lopes

Kellyane Pereira Santos

Telma Low Silva Junqueira.
Universidade Federal de Alagoas

Resumo: O presente trabalho se situa no marco do Ano I de uma pesquisa de iniciação científica intitulada “Gênero e violência contra as mulheres no contexto da atenção básica em saúde de Maceió/AL”. Nele serão discutidos os resultados parciais relacionados ao eixo “Programas de prevenção e enfrentamento da violência contra as mulheres no contexto da saúde”, que teve como objetivo identificar e analisar os principais Programas Nacionais de prevenção e enfrentamento da violência contra as mulheres (VCM). Para isso, foi realizado um levantamento de documentos de domínio público que discutissem a violência contra as mulheres no âmbito da saúde. Tais documentos foram sistematizados e organizados em mapas dialógicos que serviram como base para a análise dos sentidos produzidos, de acordo com o referencial das Práticas Discursivas e Produções de Sentidos na interface com a perspectiva feminista de gênero. Os resultados parciais chamam atenção para o fato de que a maioria dos documentos ainda parece caracterizar, principalmente, a saúde da mulher no âmbito da dimensão biológica/organicista, muitas vezes desconsiderando as dimensões política e social ou colocando-as em segundo

plano. Dessa forma, a VCM ainda não parece ser reconhecida como um problema de saúde pública que afeta diretamente o processo de saúde e de doença das mulheres e de seus familiares.

Palavras-chave: Gênero, Violência contra as mulheres, Atenção Básica.

Introdução

A violência contra as mulheres (VCM) é um problema amplo e ao mesmo tempo silencioso, presente no interior das famílias e no cotidiano da sociedade, muitas vezes invisibilizado por uma estrutura que naturaliza as práticas de violência e culpabiliza as próprias vítimas pela violência sofrida. Tal violência, que pode ser tipificada de diversas formas (doméstica, psicológica, física, moral, patrimonial, sexual, tráfico de mulheres, etc.), atinge mulheres de diferentes classes sociais, origens, idades, regiões, raças/etnias, estados civis, escolaridades e orientações sexuais. (BRASIL, 2011). Os dados alarmantes ilustram um quadro que há muito tempo tem chamado atenção do movimento de mulheres e movimento feminista, sendo pauta constante nas reivindicações junto ao Estado. De acordo com o Mapa da Violência 2015 – Homicídio de Mulheres no Brasil (WASELFISZ, 2015) –, o Estado de Alagoas e a cidade de Maceió lideram o ranking dos 14 estados e capitais que mais matam mulheres no Brasil. Alagoas é considerado o 4º Estado que mais mata mulheres e Maceió a 2ª capital que mais feminicídio comete.

Saffioti (2001) caracteriza a VCM como sendo fruto da sociedade patriarcal, onde os homens detêm o privilégio de determinar a conduta das categorias sociais nomeadas, podendo dessa forma punir aquilo que se lhes apresenta como desvio e recebendo legitimação ou, pelo menos, tolerância da sociedade para isto. Porém, a mesma estrutura que produz relações desiguais de poder também abre espaço para “a operação de esquemas cognitivos capazes de tornar transparente a tela que o androcentrismo interpõe entre a sociedade e as mulheres” (p. 119). Dessa forma, milhões de mulheres têm, ao longo dos anos, contraposto essa lógica, caracterizando o movimento feminista como um dos mais importantes movimentos sociais da história. A partir da articulação entre teoria-prática, característica marcante no feminismo, gênero vem sendo pensado tanto como categoria histórica (substantiva) quanto como categoria analítica (adjetiva). Joan Scott (1995) nos apresenta, então, gênero como uma disputa de poderes entre as diferenças sexuais, um espaço onde se constrói uma hierarquia através dos significados culturais dados a essas diferenças, ou seja, um espaço de constante disputa.

Diante deste panorama, faz-se necessário pensar a problemática da violência a partir de diversas perspectivas, de modo que pesquisadoras e pesquisadores brasileiros/os da área da saúde têm identificado cada vez mais a necessidade dos serviços de saúde se qualificarem a fim de oferecerem uma assistência e acolhimento mais específico, humanizado e integrado às mulheres em situação de violência (SCHREIBER, 2001), com destaque para a Atenção Básica em Saúde.

Para Oliveira *et al.* (2012), a atenção básica, sendo a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), é o nível mais próximo da vida concreta das pessoas usuárias, possibilitando um enfoque nas estratégias de promoção e prevenção em saúde e afastando-se de uma concepção biológica e curativa de doença.

Dessa forma, procura descolar o enfoque da entidade doença dos indivíduos para os processos de adoecer das pessoas e coletividades ao se debruçar para os possíveis riscos e vulnerabilidades inerentes em tais processos e propiciar formas de promoção e prevenção à saúde dentro de seus contextos de vida sócio-histórico-comunitários. (OLIVEIRA *et al.*; 2012, p. 77)

Assim, a atenção básica possui lugar relevante na prevenção e enfrentamento da VCM, visto que esta é um determinante que influencia diretamente no processo saúde/doença das mulheres, de seus filhos, filhas e demais familiares, acarretando consequências físicas e psicológicas que, por vezes, passam despercebidas pelos serviços de saúde. Portanto, estudos sobre a interface entre VCM e saúde mostram-se importantes no sentido de produzirem reflexões acerca do acolhimento, assistência e do lugar dos serviços de saúde no enfrentamento a esse tipo de violência.

Segundo o Ministério da Saúde, na cartilha Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual (2011), as diversas categorias profissionais ainda apresentam resistência em abordar situações de VCM e em lidar com pessoas vitimizadas no âmbito do sistema de saúde, demonstrando necessidade de maior preparo dessas/es profissionais. A orientação lançada no Protocolo da Atenção Básica que trata da saúde das mulheres (2015) ressalta a importância das/os profissionais na escuta e acolhimento das mulheres vítimas de violência, bem como no respeito do tempo necessário a essas mulheres “para tomar decisões sobre seu itinerário terapêutico e para construir em conjunto seu plano de cuidados, caso ela queira” (p. 170).

Sendo a VCM uma realidade social, que se afirma e reafirma no cotidiano, o campo de estudo das *Práticas Discursivas e Produções de Sentidos*, na interface com a perspectiva feminista de gênero, podem nos oferecer subsídios para uma análise dessa problemática. Spink (2013) define práticas discursivas como “linguagem em ação, ou seja, as maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas”. (p. 26) Estes sentidos se constroem coletivamente a partir das relações cotidianas – historicamente datadas e contextualizadas culturalmente – à medida que os sujeitos nomeiam as situações e fenômenos que os cercam.

Coerentes com a perspectiva psicossocial, propomos aqui que a produção de sentido não é uma atividade cognitiva intraindividual, nem pura e simples reprodução de modelos predeterminados. Ela é uma prática social, dialógica, que implica a linguagem em uso. A produção de sentido é tomada, portanto, como um fenômeno socio-lingüístico – uma vez que o uso da linguagem sustenta as práticas sociais geradoras de sentido – e busca entender tanto as práticas discursivas que atravessam o cotidiano (narrativas, argumentações e conversas, por exemplo), como os repertórios utilizados nessas produções discursivas (SPINK, 2013, p. 22-23).

Repertórios linguísticos, são todos os termos, palavras, figuras de linguagem e descrições que são utilizados nas construções discursivas, em determinado tempo e em determinado local. Ao analisarmos os repertórios linguísticos utilizados no cotidiano para se falar sobre as coisas, temos uma dimensão de como tais coisas são construídas e quais os sentidos evocados através dessa construção. Dessa forma, na pesquisa aqui apresentada, utilizamos documentos de domínio público como meio de visibilização dos repertórios linguísticos utilizados para se falar sobre gênero, saúde, mulher, violência contra as mulheres, interseccionalidade, etc.

[Os documentos de domínio público] Podem refletir a transformações lentas em posições e posturas institucionais assumidas pelos aparelhos simbólicos que permeiam o dia a dia ou, no âmbito das redes sociais, pelos agrupamentos e coletivos que dão forma ao informal, refletindo o ir e vir de versões circulantes assumidas ou advogadas. (SPINK, 2013, p. 112)

Os resultados, ainda parciais, apresentados neste artigo se situam no marco do Ano I de um dos eixos da pesquisa de iniciação científica, ainda em andamento, intitulada “Gênero e violência contra as mulheres no contexto da atenção básica em saúde de Maceió/AL”. Construída por estudantes de graduação do curso de psicologia e enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, tal pesquisa tem como objetivo analisar programas, projetos e ações desenvolvidas no contexto da atenção básica em Saúde, do município de Maceió/AL, que promovem a prevenção e o enfrentamento da violência contra as mulheres. Quanto ao eixo específico aqui apresentado, intitulado “Programas de prevenção e enfrentamento da violência contra as mulheres no contexto da atenção básica”, objetivamos identificar e analisar, a partir da perspectiva feminista de gênero (orientada pela concepção de gênero enquanto categoria de análise, tal como apresentado por Joan Scott) e das Práticas Discursivas e produções de sentidos, os Programas Nacionais de prevenção e enfrentamento da violência contra as mulheres no contexto da saúde. Analisando assim, os sentidos produzidos para o conceito de gênero e de violência contra as mulheres e as estratégias apresentadas nesses documentos.

Metodologia

Iniciamos a pesquisa pela fase de identificação dos programas nacionais de prevenção e enfrentamento da VCM no contexto da saúde. Nesta etapa, foram consultados por meio virtual os *sites* de entidades nacionais que produzem e/ou estão envolvidas em programas de enfrentamento da VCM no contexto específico da saúde, sendo estas o Ministério da Saúde e a Secretaria Nacional de Política para as Mulheres (SPM). Foram identificados dezesseis (16) documentos que tratavam direta ou indiretamente da VCM e tinham relação com a saúde, sendo quinze (15) do Ministério da Saúde e um (1) da SPM conforme indica o Quadro 1.

Quadro 1: Documentos nacionais identificados na primeira etapa

Título do Documento	Órgão Responsável
Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência doméstica e sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde.	Ministério da Saúde
Atenção integral para mulheres em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes	Ministério da Saúde
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	Ministério da Saúde
Caderneta da gestante	Ministério da Saúde
Instrutivo – Notificação de violência doméstica, sexual e outras violências	Ministério da Saúde
Mulheres lésbicas e bissexuais: direitos, saúde e participação social	Ministério da Saúde
Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua	Ministério da Saúde
Política Nacional de Promoção à Saúde	Ministério da Saúde
Política Nacional de Atenção Básica	Ministério da Saúde
Política Nacional de Atenção Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais	Ministério da Saúde
Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes	Ministério da Saúde
Saúde, migração, tráfico e violência contra as mulheres: o que o SUS precisa saber	Ministério da Saúde
Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço	Ministério da Saúde
Protocolo da atenção básica: saúde das mulheres	Ministério da Saúde
Atenção integral à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais – relatório de oficina	Ministério da Saúde
Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres	SPM

Fonte: produção própria.

A etapa seguinte se referiu à leitura e organização dos documentos identificados e a criação de um mapa que sistematizava os principais elementos contidos nos documentos de acordo com categorias definidas entre as/os participantes da pesquisa e que permitiam visualizar o documento de maneira mais fluida e dinâmica: (1) Nome do documento; (2) Tipo de documento; (3) Número e ano; (4) Responsável; (5) Sumário; (6) Número de páginas; (7) Objetivo(s); (8) Princípios; (9) Diretrizes; (10) Enfoque em gênero? (Sim ou Não); (11) Segmentos de mulheres representadas; (12) Ênfase em saúde? (Sim ou Não); (13) Movimentos e articulações? (Sim ou Não); (14) Interseccionalidade: Raça/

Etnia; (15) Interseccionalidade: Geração; (16) Interseccionalidade: Orientação sexual; (17) Interseccionalidade: Identidade de gênero; (18) Interseccionalidade: Território; (19) Interseccionalidade: Outros; (20) Tipos de violências; (21) Principais eixos estruturantes acerca da violência: Prevenção; (22) Principais eixos estruturantes acerca da violência: Assistência; (23) Principais eixos estruturantes acerca da violência: Enfrentamento; (24) Principais eixos estruturantes acerca da violência: Outros; (25) Direitos sexuais e reprodutivos; (26) Responsável pelo preenchimento.

Após a elaboração do primeiro mapa, identificamos que, embora alguns documentos citassem VCM e/ou estivessem ligados ao contexto da saúde, nem sempre isso se fazia de maneira central e, nem todos os documentos pensavam a categoria gênero a partir daquela que guiava nossa pesquisa. Por isso, antes da etapa de construção dos mapas dialógicos, foi necessária uma seleção desses documentos, sendo escolhidos aqueles que possuíam maior relevância para a pesquisa, por darem um destaque importante à discussão da VCM no contexto da saúde, respondendo aos objetivos da pesquisa e, mais especificamente, aos objetivos do eixo específico em questão. Para a etapa posterior, então, foram mapeados oito (8) documentos que atenderam aos critérios acima descritos, apresentados no Quadro 2.

Quadro 2: Documentos selecionados para análise.

Título do Documento	Órgão Responsável
Atenção integral para mulheres em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes	Ministério da Saúde
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	Ministério da Saúde
Instrutivo – Notificação de violência doméstica, sexual e outras violências	Ministério da Saúde
Política Nacional de Atenção Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais	Ministério da Saúde
Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes	Ministério da Saúde
Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço	Ministério da Saúde
Protocolo da atenção básica: saúde das mulheres	Ministério da Saúde
Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres	SPM

Fonte: produção própria.

Com os documentos devidamente selecionados, foi iniciada, propriamente, a etapa de análise, que consistiu na construção de mapas dialógicos, nos permitindo uma visualização melhor dos documentos e dos repertórios utilizados para falar de gênero e VCM. De acordo com Spink (2010), esses instrumentos nos permitem enxergar o processo de interanimação e nos sensibilizam para a existência de múltiplas modalidades de diálogos, sendo uma poderosa ferramenta para a análise de sentidos.

O primeiro mapa foi o de transcrição sequencial, onde identificamos quais as categorias apresentadas pelos documentos durante o decorrer do texto. Depois de mapeadas as categorias, isolamos os trechos que traziam categorias pertinentes à nossa pesquisa (que se relacionavam à gênero e à VCM), num segundo mapa dialógico, onde pudemos visualizar, por categoria, quais os repertórios utilizados nos diferentes documentos.

Resultados e discussão

Embora o ano I da pesquisa ainda esteja em processo de finalização, a partir da pesquisa documental, da organização dos documentos e da elaboração dos mapas dialógicos, pudemos visualizar e analisar de forma geral o que se tem disponibilizado virtualmente, em âmbito nacional, acerca de políticas e programas voltados para prevenção e enfrentamento da VCM em interface com a saúde e de como a categoria “mulher” e a categoria “gênero” têm sido pensadas e relacionadas com outros marcadores sociais.

Quando relacionamos os documentos com o conceito de gênero proposto por Joan Scott, quatro (4) documentos parecem não considerar as relações de poder desigual exercidas no cotidiano, construindo o sujeito mulher a partir, prioritariamente, da dimensão biológica/organicista, cujo enfoque se refere ao período da maternidade/puerpério e nos cuidados ginecológicos, são eles: *Caderneta da gestante*, *Política Nacional de Atenção Básica*, *Política Nacional de Promoção de Saúde* e *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua*. Segundo nossa concepção e baseados nessa visão mais geral dos documentos, estes parecem desconsiderar as opressões e relações desiguais impostas à mulher no contexto de uma sociedade ainda predominantemente patriarcal e as consequências disso, principalmente no que diz respeito à violência no âmbito das relações afetivo-sexuais. Isso pode incidir, inclusive, na construção de ações voltadas para a promoção da saúde das mulheres que se distanciam do cotidiano dessas mulheres, visto que não consideram

as desigualdades às quais elas estão “imersas” e que afetam diretamente em seu processo saúde-doença e também no de seus filhos e filhas, família etc. Medeiros (2010) ressalta que os discursos apresentados dentro da esfera das políticas públicas em saúde para a mulher apresentam-se como produtores de sujeitos, tornando a mulher um objeto de saber-poder, construído não só pela ciência, mas também pela multiplicidade de outros campos (econômico, político etc.) e suas articulações.

Outra importante consideração diz respeito à interseccionalidade entre gênero e outros marcadores sociais. Para Debert e Gregori (2008), as identidades não são fixas e se dão num constante processo de espelhamento e contraste (o que é igual a mim e o que não é). Portanto, é um importante recurso estratégico e político considerar as relações entre gênero e outras categorias como raça, classe, orientação sexual, território, geração, identidade de gênero etc. Observamos que a maioria dos documentos identificados parece não dar conta da complexidade e pluralidade das mulheres. Pensar a mulher como sujeito descontextualizado é desconsiderar uma série de desigualdades entre as maneiras como a violência se apresenta para as mulheres negras, as mulheres lésbicas, as mulheres do campo, as adolescentes, as idosas, as transexuais, as travestis, as mulheres com deficiência, as mulheres em situação carcerária etc. Embora alguns documentos sejam específicos para determinada população (como a *Política Nacional de Atenção Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*), a maioria dos documentos ou continua engessando um modelo único e universal de mulher ou cita essas diferenças de maneira superficial, não propondo nenhuma medida específica que contemple a multiplicidade dessas identidades e que aponte para o fato de que essas diferenças, no marco de uma sociedade patriarcal, racista, classista, heteronormativa e adultocêntrica, tendem a produzir desigualdades que se expressam por meio de violências, como a violência contra as mulheres negras, por exemplo.

Tivemos a impressão, através da leitura desses documentos, que a saúde parece ainda não visualizar a VCM como uma questão que incide no processo saúde-doença, de modo que os serviços de saúde podem deixar de assumir de fato, suas responsabilidades na rede de prevenção, assistência, combate e enfrentamento à VCM. Os documentos, em sua maioria focam na notificação compulsória e no atendimento em casos de estupro (nesse caso levando em conta fundamentalmente a dimensão biológica/organicista), sem dimensionar os aspectos sociais, históricos, simbólicos e morais que estão entrelaçados na construção das violências. Segundo Minayo (2006), o reconhecimento da

violência como uma questão de saúde pública ainda se dá de maneira lenta e fragmentada no Brasil. No que diz respeito à VCM, ela diz que as ações ocorrem mais pela participação do movimento de mulheres e feministas, ao exigirem que a violência contra as mulheres seja pautada no setor de saúde, sendo a construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM, 2004), um marco importante no reconhecimento das questões de gênero para além da concepção biológica/organicista/reprodutiva.

Conclusão

Embora existam vários documentos, programas e projetos dentro do campo da saúde das mulheres, as ações voltadas para esse público muitas vezes (re) produzem um modelo de mulher universal, descontextualizado e principalmente biológico/organicista. Os discursos apresentados nesses documentos trazem consequências no cotidiano dos serviços de saúde e na prática das/os profissionais, que não parecem reconhecer a VCM como um problema de saúde que interfere diretamente no processo saúde/doença das mulheres e de seus familiares.

Embora a discussão da VCM esteja presente em alguns documentos, ela ainda parece se dar de maneira secundária e superficial, com poucas ações voltadas para o enfrentamento e prevenção da VCM e para o acolhimento de mulheres que foram vítimas da violência. Consideramos, portanto, relevante que esses e outros documentos construam e entendam a mulher como sujeito biopsicossocial, complexo e contextualizado, a fim de avançarmos na construção e desenvolvimento de políticas públicas que dêem conta da pluralidade das mulheres, com base na perspectiva feminista de gênero.

Referências

BRASIL. *Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes*. Brasília, 2011.

BRASIL. *Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres*. Brasília, 2011.

BRASIL. *Protocolos da Atenção Básica saúde das mulheres*. Brasília, 2015

DEBERT, Guita Grin; GREGORI, Maria Filomena. Violência e gênero: novas propostas, velhos dilemas. *Revista brasileira de ciências sociais*. São Paulo, v. 23, n. 66, p. 165-211, fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S0102-69092008000100011> Acesso em 03 abr. 2016.

MEDEIROS, Patrícia Flores de; GUARESCHI, Neuza Maria. Saúde da mulher: efeitos de gênero para as políticas públicas. In: GUARESCHI, Neuza Maria (Org.). *Psicologia, formação, políticas e produção em saúde*. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2010.

MINAYO, Maria Cecília. *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

SAFFIOTI, Heleieth. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cadernos PAGU*, Campinas, v. 16, p. 115-136, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n16/n16a07.pdf>> Acesso em: 03 abr. 2016.

SCHRAIBER, Lilia. Violência contra as mulheres e políticas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços de saúde? *Revista USP*. São Paulo, n. 51, p. 104-113, set./nov. 2001.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*. Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul/dez, 1995. Disponível em: <<http://moodle.stoa.usp.br/mod/resource/view.php?id=39565>> Acesso em 02 abr. 2016.

SPINK, Mary Jane; MEDRADO, Benedito. Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, Mary Jane (Org.) *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano*. Edição virtual. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013, p. 22-41. Disponível em: <http://www.bvce.org/DownloadArquivo.asp?Arquivo=SPINK_Praticas_discursivas_e_producao_FINAL_CAPA_NOVAc.pdf> Acesso em: 03 abr. 2016.

SPINK, Peter. Análise de documentos de domínio público. In: SPINK, Mary Jane (Org.) *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano*. Edição virtual. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013, p. 100-126. Disponível em: <http://www.bvce.org/DownloadArquivo.asp?Arquivo=SPINK_Praticas_discursivas_e_producao_FINAL_CAPA_NOVAc.pdf> Acesso em: 25 abr. 2016.

SPINK, Mary Jane. *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/w9q43/pdf/spink-9788579820465.pdf>> Acesso em 03 abr. 2016.

OLIVEIRA, Pedro Renan; PEQUENO, Mayrá Lobato; RIBEIRO, Flávia. Psicologia e a estratégia saúde da família: o apoio como ferramenta de reformulação das práticas de cuidado em saúde. In: BARBOSA, Rubenilda Maria (Org.) *Pesquisas e intervenções psicossociais*. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2012, p. 71 – 94.

WAISELFISZ, Julio Jacobo. Mapa da Violência 2015. Homicídios de Mulheres no Brasil. Brasília: OPAS/OMS, SPM, FLACSO, 2015.

ASPECTOS EPISTEMOLÓGICOS DO CUIDADO NA SAÚDE MENTAL: O EXEMPLO DE MULHERES CUIDADORAS DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL, ATENDIDAS POR UM CAPS DA REGIÃO METROPOLITANA DE RECIFE.

Rayanne Monique do Nascimento
rayannemoni@gmail.com

Mirella de Lucena Mota
mirelladelucena@gmail.com

Jorge Lyra
jorglyra@gmail.com

Jorge Luiz da Silva.
jorgew.lds@gmail.com

Resumo

Este artigo tem por objetivo refletir sobre os aspectos epistemológicos que envolvem a questão do cuidado à saúde mental de mulheres que são atendidas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da região metropolitana do Recife, a partir de uma experiência de pesquisa com mulheres, mais especificamente mães e/ou responsáveis pelo cuidado de pessoas com transtorno mental usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II. É fruto das discussões realizadas pelo Núcleo Feminista de Pesquisas em Gênero e Masculinidades – GEMA e configura-se como um estudo de natureza qualitativa, baseado na perspectiva construcionista, que contou com revisão de literatura e observação participativa realizada no Grupo Família do CAPS em questão, onde as participantes, sendo todas mulheres, tinham algum familiar que é usuário/a do serviço. Como resultado é possível perceber a importância da oferta de cuidado a mulheres/mães cuidadoras de pessoas com transtorno mental pelos serviços de saúde, especialmente na RAPS, assim como a necessidade de que se amplie o debate e se problematize qual a direção que as práticas de

cuidado na saúde mental têm conseguido tomar na busca por relacionar a ação de “cuidar” às questões de gênero, levando também em consideração a perspectiva dos ideais e pressupostos do Movimento de Reforma Psiquiátrica. Palavras-chave: Saúde Mental, Mulheres, cuidado, CAPS, RAPS.

Introdução

A busca pelo conhecimento científico tem propiciado ao longo dos séculos uma gama de teorias e conceitos que legitimam e fundamentam os saberes sobre os fenômenos que vivenciamos. A discussão acerca do que vem a ser epistemologia, conforme Francelin (2005), não é fácil, pois remonta aos gregos e à própria etimologia da palavra. Mas tal dificuldade é positiva, na medida em que possibilita o desenvolvimento de epistemologias diversas e ricas em suas concepções, assim, não se deve procurar eleger um tipo ideal ou a melhor epistemologia, e sim oferecer subsídios para a formulação de novas discussões acerca do caráter complexo, na contemporaneidade, das epistemologias.

Para Silva (2008), o questionamento sobre o querer da ciência ou de sua utilidade é algo que pode servir como uma diretriz epistemológica considerável para os dias atuais e que, em tempos passados, não se questionava, pois o que era posto em dúvida eram os métodos da ciência. E, nesse sentido, quando se tomava a ciência como verdade, a epistemologia seria “encarregada de traçar essa linha divisória entre o dentro (ciência) e o fora (não-ciência)”.

Diante desta discussão, Japiassu (1977) ressalta a importância de se pensar uma epistemologia que possibilite dar respostas e que, mesmo que não as dê, possa ressaltar uma ciência em expansão interdisciplinar e metodológica, uma vez que a própria epistemologia, como disciplina, carrega em si mesma um caráter interdisciplinar que se direciona para a complexidade.

Tendo como definição o campo de estudos da Saúde Mental e compreendendo o objeto de estudo como a relação entre teoria, método e a população de estudo, este artigo tem, assim, por objetivo, refletir sobre os aspectos epistemológicos que envolvem a questão do cuidado à saúde mental de mulheres que são atendidas na Rede de Atenção Psicossocial da região metropolitana do Recife, mais especificamente mães e/ou responsáveis pelo cuidado de pessoas com transtorno mental usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II.

Metodologia

Este artigo é fruto das pesquisas realizadas pelo Núcleo Feminista de Pesquisas em Gênero e Masculinidades – GEMA. Iniciou-se a partir da experiência da disciplina de prática de pesquisa na graduação em Psicologia da UFPE, que contou com colaboração e orientação de alunas e professores da Pós-Graduação em Psicologia da UFPE.

É um estudo de natureza qualitativa que contou com revisão de literatura e observação no cotidiano, realizada de forma participativa, no ano de 2015, no grupo família de um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II, da Região Metropolitana de Recife, todas as participantes foram mulheres que tinham algum familiar que era usuário do serviço.

A técnica de observar envolve ver, ouvir, prestar atenção a algo que estamos querendo entender. Segundo Breakwell et al (p. 136, 2010) a observação pode revelar o que fazem as pessoas, como elas o fazem e como isso é influenciado pelo observador e, por sua vez, tem influência sobre o ambiente social dentro do qual têm lugar suas ações. A observação realizada foi participante, pois, entende-se que quem observa sempre parte de um lócus que direciona essa observação, e esse lugar que ocupamos é de observadores.

Assim, foram realizadas observações participantes durante 5 encontros, sendo semanalmente nas quintas-feiras, onde no primeiro encontro, antes de iniciarem as atividades de pesquisa as participantes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As observações apoiaram-se no roteiro previamente elaborado, sendo composto pelos seguintes tópicos: interação familiar com facilitador do grupo; chegada de um novo integrante no grupo família; composição do grupo; demanda de fala e o que a família espera do Grupo Família.

A análise deste conjunto de dados foi dividida por meio da análise de conteúdo (BARDIN, 2007) com o auxílio da abordagem psicossocial, de base construcionista, sendo uma forma de conseguir identificar os sentidos e significados na diversidade de amostragens presentes.

Resultados e Discussão

A Reforma Psiquiátrica e o corte epistemológico

A loucura sempre esteve presente na história da humanidade, o sujeito tido como “louco” foi percebido de diferentes formas em cada época, mesmo antes

de ser diagnosticado e “tratado” pela medicina. Na Antiguidade, existia uma crença de que a loucura era uma manifestação dos deuses; na Idade Média, essa manifestação ganha um peso fortemente moral e a loucura passa a ser entendida como decorrente de uma possessão demoníaca; e na Idade Moderna surgem os hospitais gerais, estes são estabelecidos como espaços de internamento de toda a população marginalizada e excluída socialmente, não apenas dos loucos (CRUZ, 2010).

No século XX, na Itália, iniciou-se um movimento de crítica às instituições psiquiátricas e suas formas de tratamento, até então não se discutia sequer a noção de cuidado. A Reforma Psiquiátrica surge, impulsionada pelas ideias do psiquiatra Franco Basaglia, como um movimento social que mobilizou diferentes setores da sociedade de maneira intersetorial.

Basaglia, criador da Psiquiatria Democrática, tinha formação de base marxista, com referencia principalmente nos estudos de Gramsci, e inovou ao articular fortemente seus estudos com o que se tinha de mais novo em seu tempo, tanto no que se refere às teorias quanto às novas experiências psiquiátricas. Para ele, a doença mental não deveria ser negada, como na antipsiquiatria, mas também não poderia ser o centro da atenção, a doença faz parte do processo, ela não pode se sobrepor às relações sociais de produção e reprodução da cultura e das interconexões constituídas entre os usuários dos serviços e os profissionais que cuidam destes. Negar o transtorno mental ou tomá-lo como único componente a ter intervenções não propõe um cuidado com o sujeito, que acaba por ter sua história de vida ignorada, como se tivesse uma subjetividade e identidade própria e generalizada e não as diversas dimensões do “humano”, que é singular e particular.

Diante de tal movimento social, na medida em que se questiona a doença, também se passa a questionar a clínica, a qual “deve ser desconstruída, transformada em sua estrutura, pois a relação a ser estabelecida não é com a doença, mas com o sujeito da experiência” (AMARANTE, 2009, p. 6). E, nesse sentido, aproximar-se do sujeito requiritava uma diferenciação no modelo de assistência, para considerar as dimensões do sujeito era necessária uma intervenção direta com o usuário no sentido de estabelecer relações de cuidado, anteriormente impensáveis. O vínculo profissional-paciente passa a ser priorizado e para tal era preciso que houvesse uma reestruturação profunda do ponto de vista da clínica e o desprendimento das instituições.

O processo de desinstitucionalização influenciou vários países pelo mundo, inclusive o Brasil, que foi palco de inúmeras discussões, encontros de

trabalhadores em saúde mental e conferências de saúde, as quais deram início ao movimento de Reforma Psiquiátrica no país, gerando lutas e abrindo possibilidades de se pensar na “desconstrução” do “modelo psiquiátrico asilar”, e na implantação de novos serviços substitutivos em saúde mental. Assim, começou-se a se pensar na criação e implementação de novos dispositivos, leis e mecanismos na tentativa de humanizar o tratamento e nessa medida, começa a se pensar em cuidado.

Cuidado: etimologia e aspectos filosóficos

O termo cuidado tem um caráter polissêmico, é comumente usado como substantivo, adjetivo e interjeição, e tem sido um conceito trabalhado por diversas disciplinas, tendo se dispersado em vários campos do saber. (MONTENEGRO, 2001).

Figueiredo (2008) ressalta que atividades de cuidar são partes obrigatórias das práticas de profissionais de saúde e educação, como também de todos os seres humanos que se relacionam em sociedade. O autor faz uma relação do cuidado com os procedimentos de salvação ou “rituais de passagem”, como batizados, casamentos, festas de aniversário e cita também os procedimentos denominados como tratamento, diante dos quais a ciência e as técnicas conduzem os dispositivos de “cura” e do estabelecimento/restabelecimento da saúde.

Para além dos rituais e das prescrições de tratamento, Figueiredo (2008, p. 133) fala que existe um “conjunto de procedimentos de puro cuidado”. E esta dimensão, chamada pelo autor de *ética*, refere-se às várias outras práticas de cuidado que não objetivam a salvação da alma, nem tampouco o bem-estar do indivíduo, mas sim em proporcionar para este mesmo indivíduo a possibilidade de “fazer sentido” de sua vida e existência, desde o nascimento até a sua morte.

Partindo de Foucault, Pedrosa (2006), entende o cuidado como elemento constitutivo do sujeito. Para Foucault o cuidado em si traria a ideia de um exercício filosófico do cuidado da pessoa que se volta para si mesma, que gerencia seu próprio cuidado, enquanto também uma dimensão emocional e intelectual. Tal conhecimento surge na Antiguidade sendo praticado pelos filósofos gregos, como também pelos ascetas e espartanos. Seria o cuidado enquanto algo bom para a alma e para o povo. E, assim, o cuidado também seria instrumento de poder, no sentido de governamentalidade.

Neste sentido mais amplo da ação de cuidar, na qual o poder aparece como potencia do cuidado, aparece também como abordagem filosófica o

cuidado com o mundo, explorado por Hanna Arendt. O cuidado é problematizado como instrumento de responsabilidade pelo mundo e como resposta política, sendo preciso então uma política que fosse capaz de cuidar do mundo. Arendt entende que a existência humana tem significado pela vida pública e a ação humana torna-se realizada através da ação política. (PEDROSA, 2006).

O cuidado na saúde mental e as relações de gênero

Na saúde mental, com a mudança epistemológica oriunda do processo de desinstitucionalização no movimento de Reforma Psiquiátrica passa-se a se pensar no cuidado como forma de levar às pessoas com transtornos mentais um tratamento humanizado que tenha por central a dimensão ética com o humano. Tal como ressalta Silva (2008), compreendendo o sujeito como potência de criação, que tem, por excelência, a capacidade de movimento e devir, a ética deve prevalecer como possibilidade de conhecimento e ao invés da busca por verdades é necessário objetivar a utilidade da ciência.

Para Castañon (2009, p.27), com base nos estudos de Amatuzzi (1989), o ser humano não seria o resultante, mas sim o “iniciante de uma série de coisas”, sendo essencial se compreender o sentido da existência. Dessa forma, as dualidades presentes na leitura do ser humano, oriundas do método experimental, tais como: causa-efeito, antecedente-consequente, parte-todo; não são satisfatórias, pois não consideram a questão do sentido, que exige o conhecimento da realidade do ser humano em seu presente.

Ao sujeito louco não era permitido questionar ou buscar este sentido, uma vez que o mesmo, preso em instituições, ficava limitado em sua própria existência, à condição de doente mental. Ainda hoje, com a progressiva implementação do processo de desinstitucionalização e o deslocamento do cuidado em saúde mental no âmbito do território, a pessoa com transtorno mental sofre com os resquícios do paradigma biomédico. Pois, muito embora os ideais da Reforma Psiquiátrica tenham avançado e criado um modelo de atenção psicossocial, com ideias como: a clínica ampliada, o projeto terapêutico singular e a reabilitação psicossocial; a reforma, originária na luta dos trabalhadores de saúde, não recebeu legitimidade ampla da sociedade, para a qual o sujeito com transtorno, o louco, ainda é refém de sua própria condição, sendo reduzido a uma concepção de um sujeito genérico, sem ser afetado pelos marcadores sociais que o atravessam, por exemplo: relações de gênero, idade/ geração, sexualidade, raça/etnia entre outros, o qual deve ser tutelado, não sendo capaz de exercer o cuidado de si e nem com o mundo.

Neste sentido, além da limitação pela existência do transtorno, existem outros aspectos que surgem como limitadores da ação de cuidado. Dentre estes, tem-se as questões referentes às relações de gênero, que se articulam à ação de cuidado diferentemente, e na saúde mental tais questões persistem repercutindo e produzindo desigualdades. É necessário problematizar e pensar como as relações de gênero articulam-se no campo da saúde mental e como o cuidado em saúde é ofertado às mulheres e aos homens cotidianamente nos serviços da RAPS.

A noção de cuidado associa-se às mulheres de forma silenciosa e até mesmo natural, devido aos inúmeros lugares que as mulheres ocupam e às atividades que desempenham na sociedade como mães, trabalhadoras, educadoras e cuidadoras. O Relatório Sobre a Saúde Mental no Mundo produzido em 2001 pela Organização Pan-Americana da Saúde em parceria com Organização Mundial de Saúde/ONU aponta que as mulheres correm maior risco de acometimento de transtornos mentais do que os homens, fato este que pode ser pensado a partir da compreensão de que as mulheres vivenciam, no cotidiano, situações correntes de violação de direitos, violência doméstica e sexual, não igualdade de salários etc. Mas o lugar de “cuidadora familiar” predomina num contexto de dupla jornada de trabalho, no qual a organização da casa e a educação dos filhos são atribuídas às mulheres (SANTOS, 2009).

Na Atenção Primária em Saúde, componente essencial da Rede de Atenção Psicossocial, a saúde materno-infantil tem prioridade de atendimento e também de ações e intervenções de Programas, o que, para Franchi e Longhi (2005), torna as Unidades de Saúde da Família em “lugares de mulheres” e, assim, o cuidado em saúde transforma-se em “assunto de mulheres”. A figura da mulher-mãe se constituiu como ação disciplinadora da lógica médica, sendo a mulher a responsável pela ação cuidadora.

Desta forma, é importante indagar como vem sendo ofertado o cuidado às mulheres na saúde, considerando-se as demandas de saúde mental no contexto das relações de gênero. É mais do que necessário refletir sobre as práticas desenvolvidas no âmbito do que se preconiza o Movimento de Reforma Psiquiátrica de questionamento da clínica tradicional e ampliação do olhar dos sujeitos na perspectiva da clínica ampliada. A qual, para Política Nacional de Humanização se estabelece como “uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença” (BRASIL, 2013, p. 10).

Contextualização da pesquisa de campo

Antes de expor a análise é importante considerar o contexto no qual o material discursivo foi produzido e suas peculiaridades. O grupo de familiares do CAPS é composto por mães e filhas de usuários do serviço. Esse grupo tem por objetivo fazer com que o familiar cuidador possa desabafar, falar de suas angústias, mas principalmente falar de si mesmo e do seu cuidado.

Esse é um grupo aberto, não existe número definido de participantes, porém existe um controle de frequência. Embora varie a cada encontro, pode-se dizer que participam, com certa frequência, familiares de 10 usuários. Os encontros aconteciam semanalmente, nas quintas-feiras à tarde, sendo coordenados por uma psicopedagoga, funcionária do CAPS, e por uma das autoras desse trabalho, estagiária de Psicologia.

O procedimento de análise das práticas discursivas foi realizado a partir dos repertórios linguísticos das participantes, considerando o contexto de observação participante e assim, de interação face a face (SPINK, 2013).

Neste sentido apontaremos no tópico a seguir as realidades vividas por mulheres que são atendidas no Grupo Família em um CAPS II da região metropolitana do Recife.

Focalizando o lugar da mulher no cuidado do filho: entre a culpabilização e a obrigação.

Percebemos que a característica marcante no grupo é o fato de que todas as cuidadoras são mulheres, sendo um grupo exclusivamente feminino, porém não fechado para os cuidadores homens que queiram participar. Sendo assim, qualquer familiar, que exerça o papel de cuidador da pessoa com algum transtorno mental, que frequente o CAPS, pode fazer parte do grupo. Mas, ainda na sociedade em que vivemos, machista e patriarcal, a mulher que participa do Grupo Família no CAPS é a provedora principal do cuidado. Segundo Rosa (2003), há uma feminização do encargo de assistir à pessoa com transtorno mental, ficando claro que o provimento do cuidado é uma questão de gênero.

Essas mulheres apresentam uma tendência à culpabilização e responsabilização pelo adoecimento do filho, algumas mães acreditam que é culpa delas o filho estar adoecido. Assim, no grupo, comumente era relatado uma culpa e, devido a esta, as mães sentem que é sua obrigação o papel de cuidadora.

Nesse contexto, a facilitadora do grupo família reflete junto às mães, desperta e discute com elas, para que percebam que não existe culpa por parte dessas mulheres e que elas não devem ficar atribuindo essa responsabilidade para si. Juntas, mulheres e facilitadoras pensam outros caminhos não só para contribuir com as experiências dos filhos, mas também e principalmente para alcançar apoio mútuo entre o grupo. Assim, a realização de dinâmicas era um recurso utilizado para contribuir com a valorização dessas mulheres, tanto na valorização do corpo, como no crescimento financeiro, através do artesanato, assim como preconiza a Política de Saúde Mental de incentivo a práticas de economia solidária.

As participantes mostram bastante aproximação com a facilitadora do grupo, elas a consideram como sendo: *“uma pessoa maravilhosa, se não fosse ela eu não sei o que faria.”* *“eu só fazia chorar, antes de entrar no grupo.”* *“depois que conheci a doutora, aprendi a me amar...”* *“depois que a doutora me ensinou as técnicas de relaxamento, quando eu sinto dor, faço os exercícios que ela ensinou e a dor passa rápido...”*

Elas confiam muito na facilitadora, afirmam que não querem perdê-la, mas ao mesmo tempo, por ser um grupo com mulheres mais idosas, possuem uma maior experiência no cuidado do filho com transtorno mental e estão abertas a compartilhar vivências e dividir o que é bom e necessário não só para elas singularmente, mas para todas, num senso coletivo de solidariedade mútua.

Elas não pensam em prender a profissional para elas. Muitas afirmam *“... a doutora não pode sair do CAPS, mas se for pro bem dela, vai vim outra doutora boa também, acho que a próxima doutora vai ser você...”* Elas prezam pelo sucesso da facilitadora, mesmo que seja fora do CAPS. Diferentemente das mães mais novas que estão iniciando no processo do cuidado de uma pessoa que está com um transtorno que possui sintomas agressivos, que agridem essa cuidadora e ainda não tem experiência em saber lidar com isso, assim como em situações que repercutem na vida social e financeira.

Dentro do grupo, as mães se reconhecem como participantes do processo, elas não centram o saber na figura da facilitadora, não ficam esperando que ela intervenha em alguma coisa, mas elas mesmas fazem intervenções quando sentem necessidade, ficando claro que todas se ajudam e a profissional que acolhe está ali para refletir junto com elas e não para elas.

Dentro e fora do grupo ocorreram várias intervenções entre as mulheres/mães, e geralmente as que estão há mais tempo, fazem esse trabalho. Fora do grupo, elas convidam as mães “novatas” para fazerem parte do grupo e

discutem sobre o sofrimento que estão passando, sempre com palavras positivas e de conforto, do tipo: *“não se preocupe, vai ficar tudo bem...”*, *“agora você vai vê que as coisas vão mudar”*, *“vamos ser feliz!”*.

Identificamos também que a família aparece necessitando de cuidados como orientação quanto ao diagnóstico, de ajuda financeira, entre outras necessidades para que sua saúde mental não seja afetada.

Muitas mães relatam que sofreram ou sofrem sobrecargas por terem que deixar de trabalhar para cuidar da pessoa doente e acabam sofrendo em forma de doença física ou emocional, em razão dos sintomas da doença do familiar, tendo sua vida social posta em segundo plano. Relatam que as pessoas que as cercam não compreendem os sintomas e tendem a se afastar como forma de se proteger de algo que até então é desconhecido e embebido de senso comum, acreditam que de alguma forma as pessoas “loucas” farão algum mal. Isso fica claro na fala de uma mãe quando diz *“... não somos mais convidados para as reuniões familiares.”*, *“... as pessoas se escondem de mim quando vou no mercadinho...”* *“queria poder ouvir o que as pessoas comentam sobre mim e minha filha, elas têm medo que a gente faça uma visita...”*.

Com o acompanhamento e o cuidado no Grupo de Família é percebido que as internações psiquiátricas se tornam menos frequentes, posto que as situações de crise são comunicadas e discutidas entre a equipe técnica e os familiares, fortalecendo o compromisso da família com o projeto terapêutico do usuário, que preconiza as decisões, como a internação do usuário, sejam antes discutidas e avaliadas com a equipe do CAPS.

Vale ressaltar que a família participando do cuidado em saúde mental, tanto dentro do CAPS, quanto fora dele, influencia em novas possibilidades de atendimento e numa maior autonomia do sujeito. Cuidar de quem cuida é indispensável! A participação dessa família que cuida é muito importante para o tratamento, sem a mesma, esse acompanhamento não funciona corretamente e o/a usuário/a fica mais propício/a ao adoecimento, assim, é muito importante que os serviços de saúde ofereçam práticas de cuidado para essas mulheres cuidadoras. Como aponta Mielke (2010), é de total importância promover espaços de atenção e cuidado à família nos serviços substitutivos de saúde mental, inserindo-a no processo de reabilitação, corresponsabilizando-a pelo cuidado de seu familiar e dando visibilidade à sua ação cuidadora.

As famílias reconhecem a importância do CAPS na Reforma Psiquiátrica, fica claro quando elas falam: *“o que seria de nós sem o CAPS?”*, *“se não fosse o CAPS, eu não sei o que seria de mim”*, *“meu filho melhorou muito depois que*

entrou aqui...”, “meu filho já ficou internado milhões de vezes, eu sofria muito, agora posso respirar sossegada, porque ele vem pra cá”. Nessas falas, percebe-se o quanto é importante para essas mães a existência do CAPS como um dispositivo de cuidado e suporte ao sofrimento vivido por essas mulheres, tanto pela inserção dos/as filhos/as como também das mesmas terem um espaço de fala e de cuidado.

Conclusões

Refletir sobre o cuidado a saúde mental ofertado na RAPS as mulheres requer uma compreensão dos aspectos epistemológicos que orientam a concepção de cuidado em saúde mental que se tem hoje no Brasil. O estabelecimento da Reforma Psiquiátrica e o progressivo deslocamento do cuidado no âmbito do território com o processo de desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental, que durante anos foram hospitalizadas no modelo biomédico, centrado nas intervenções medicamentosas e nas técnicas de contenção dos aspectos biológicos da condição da loucura, representou uma mudança de paradigmas a respeito da atenção que se dava a saúde mental dos sujeitos.

A lógica do cuidado perpassa questões individuais e coletivas, tanto em relação do sujeito para consigo mesmo como para com o mundo e se estabelece na área de saúde como mecanismo de tratamento. Mas tal cuidado, na atenção primária em saúde, ganha características próprias, inseridas no âmbito da cultura e do social de forma também a diferenciar relações de gênero.

Pensar e problematizar tais questões remete a uma concepção epistemológica que dialoga com a complexidade das trocas e relações que os sujeitos criam ao passo que constroem suas próprias subjetividades, e, diante disso, para a Psicologia é difícil mensurar processos psicológicos. A história da própria Psicologia e a indagação de sua cientificidade surge como dúvida diante dos paradigmas que constituem a ciência moderna que se baseia na lógica matemática de experimentação e de métodos quantificáveis.

Assim também a compreensão epistemológica desperta a necessidade de aprofundar e questionar as compreensões e métodos que definem o saber da ciência no campo da saúde mental, no sentido de direcionamento a partir do momento de corte epistemológico com o processo de desinstitucionalização no âmbito da Reforma Psiquiátrica, que vai contra o modelo hospitalocêntrico e preconiza um novo modelo de atenção com a construção de novas sociabilidades que dialoguem com as singularidades dos sujeitos com transtornos mentais.

A ética se faz presente como aspecto direcionador da lógica do cuidado e deve ser priorizada em todas suas dimensões, o cuidado como essência do humano também deve ser questionado, principalmente quando se lida com sujeitos que, no âmbito das políticas públicas, embora sejam delimitados como sujeitos de direitos, como é o caso das pessoas com transtorno mental, são limitados diante da noção de tutela e da concepção que teriam de sujeitos genérico e universal, quando na verdade se diferenciam no âmbito da classe, do gênero, da cultura e de tantas outras formas de existência.

Referências Bibliográficas

AMARANTE, P. D. C. A. Reforma psiquiátrica e epistemologia. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, p. 34-41, 2011.

BALLARIN, M. L. G. S.; FERIGATO, S. H.; CARVALHO, F. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. **O Mundo da Saúde**, v.34, n.4, p.444-50, 2010.

BARDIN, Lawrence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1997. 176 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental em Dados – 10**, ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: < <https://saudeecosol.files.wordpress.com/2012/03/saude-mental-em-dados-10-ms.pdf>>. Acesso em: 13 de maio de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **HumaizaSUS: Política Nacional de Humanização – PNH**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 11 p. Folheto. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 15 de maio de 2015.

BREAKWELL, G. et al. **Métodos de pesquisa em psicologia**. Tradução Felipe Rangel Elizalde. 3 ed, Porto Alegre, Artmed, 2010.

CASTAÑON, G. Psicologia como Ciência Moderna: vetos históricos e status atual. **Temas em Psicologia**. v. 17, nº 1, pp. 17-36. 2009.

CRUZ, M.K.S. **A Reforma Psiquiátrica e o Paradoxal Manicômio Judiciário**. 2010.

FIGUEIREDO, L. C. M. **As Diversas Fases do Cuidar**: novos ensaios de psicanálise contemporânea. São Paulo: Escuta, 2009.

FRANCELIN, M. M. Abordagens em epistemologia: Bachelard, Morin e a epistemologia da complexidade. **Transinformação**, Campinas, v. 17, n. 2, p. 71-74, 2005.

FRANCH, M; LONGHI, M. Gênero e Geração na Sala de Espera: um estudo sobre jovens no programa de Saúde da Família em Recife. In: ALVIM, R; QUEIROZ, T; FERREIRA JÚNIOR, E. (orgs). **Jovens & Juventudes**. João Pessoa: Editora Universitária – PPGC /UFPB, 2005.

JAPIASSU, H. P. **Introdução à epistemologia da psicologia**. Rio de Janeiro: Imago, 1934, F. Alves, 202 p.

MIELKE FB, KOHLRAUSCH E, OLSCHOWSKY A, SCHNEIDER JF. **A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão**. Rev. Eletr. Enf. 2010 out/dez;12(4):761-5. Disponível em: < https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/v12n4a23.htm>. Acesso em: 20 jan 2015.

MONTENEGRO, T. **O cuidado e a formação moral na educação infantil**. São Paulo: EDUC/FAPESP, 2001.

PEDROSA, C. H. **Cuidar? Sim; olhar de gênero? Não**: os sentidos do cuidado no CAPS em documentos técnicos do Ministério da Saúde. 2006. 200 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

QUEIROZ, Danielle Teixeira et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 276-283, 2007.

ROSA, L. **Transtorno Mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JÚNIOR, B.; Amarante, P. (Orgs.). **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

SANTOS, A. M. C. C. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1177-1182, 2009.

SILVA, J. S. Psicologia e epistemologia: por uma perspectiva ética de potencialização da vida. **Alethéia** 27 (1), p. 222-232, jan /jun 2008.

SPINK, M. J. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. (online). Edição virtual, 2013.