

COMPREENSÃO DE GÊNERO E SUAS MANIFESTAÇÕES NO COTIDIANO DE UM SERVIÇO DE SAÚDE

GENDER UNDERSTANDING AND ITS MANIFESTATION IN THE DAILY LIFE OF A HEALTH SERVICE

COMPRESIÓN DE GÉNERO Y SUS MANIFESTACIONES EN EL DÍA A DÍA DE UN SERVICIO DE SALUD

LAURA FERREIRA CORTES¹

LETÍCIA BECKER VIEIRA²

MARIA CELESTE LANDERDAHL³

STELA MARIS DE MELLO PADOIN⁴

As políticas públicas para as mulheres têm abordado gênero como pressuposto fundamental na atenção ao público feminino. Essa pesquisa objetivou analisar como a equipe de enfermagem compreende a temática gênero no cotidiano do serviço de saúde. Desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa, o cenário foi uma Unidade Toco-Ginecológica em hospital de ensino do Rio Grande do Sul, Brasil. A entrevista semi-estruturada e a vinheta foram aplicadas a 13 profissionais de enfermagem, em setembro/outubro de 2009. Da análise de conteúdo temática emergiram categorias: compreensão de gênero por meio das implicações na saúde feminina e limites e possibilidades no cotidiano laboral. Apesar do entendimento acerca de gênero percebe-se que a atuação profissional é centrada em aspectos biológicos, reforçando o caráter limitado das ações em saúde da mulher. Aponta-se a urgência de discussões na academia e no setor saúde com vista a construção de competências alinhadas às políticas públicas.

DESCRIPTORES: Enfermagem; Saúde da mulher; Gênero e saúde; Prática profissional.

Public policies for women have addressed gender as a fundamental assumption in attention to female audience. This research aimed to know how the nursing staff comprises the theme of gender in everyday health service. A qualitative research was developed; the setting was a Gynecological Unit at a teaching hospital in Rio Grande do Sul, Brazil. The semi-structured interview and the vignette were applied to 13 nurses, in September / October 2009. From the analysis of thematic content categories emerged: understanding of gender through the implications for women's health and the limits and possibilities in everyday work. Despite the understanding of gender it is perceived that the professional work is focused on biological aspects, strengthening the limited nature of the actions in women's health. It is pointed out the urgency for discussions in class and in the health sector in order to build skills aligned with public policies.

DESCRIPTORS: Nursing; Woman's Health; Gender and health; Professional practice.

Las políticas públicas para las mujeres han planteado género como conjetura fundamental en la atención al público femenino. Esa investigación planteó analizar cómo el equipo de enfermería comprende el tópico género en el día a día del servicio de salud. Se desarrolló una investigación cualitativa, cuyo escenario fue una Unidad de Toco-Ginecología de un hospital universitario de Rio Grande do Sul, Brasil. La entrevista semiestructurada y la presentación de una viñeta se aplicaron a 13 enfermeras, en septiembre / octubre del 2009. Del análisis de contenido temático surgieron categorías: comprensión de género a través de las implicaciones en la salud femenina y límites y posibilidades en el trabajo cotidiano. A pesar de la comprensión sobre género se percibe que la actuación profesional se centra en aspectos biológicos, fortaleciendo el carácter limitado de las acciones en salud de la mujer. Se destaca la urgencia de los debates en el mundo académico y en el sector de la salud con miras a la construcción de competencias alineadas con las políticas públicas.

DESCRIPTORES: Enfermería; Salud de la mujer; Género y salud; Práctica profesional.

¹ Enfermeira, Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde. Membro do Núcleo de Estudos sobre Mulheres, Gênero e Políticas Públicas do Dep. Enfermagem Universidade Federal de Santa Maria-UFSM — RS. Endereço: Rua Barão do Triunfo, 1623, apto. 102, Centro. CEP: 97015070, Santa Maria-RS. Brasil. E-mail: laurafcortez@hotmail.com

² Enfermeira, Mestranda da Pós-graduação de Enfermagem PPGEnf da Universidade Federal de Santa Maria, bolsista CAPES. Vice-líder do Núcleo de Estudos sobre Mulheres, Gênero e Políticas Públicas do Dep. Enfermagem Universidade Federal de Santa Maria-UFSM — RS. Brasil. E-mail: lebvieira@hotmail.com

³ Enfermeira, Mestre em Enfermagem e professora adjunta da Universidade Federal de Santa Maria —RS. Líder do Núcleo de Estudos sobre Mulheres, Gênero e Políticas Públicas do Dep. Enfermagem Universidade Federal de Santa Maria-UFSM — RS. Brasil. E-mail: mclanderdahl@gmail.com

⁴ Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Docente no Departamento de Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria/RS. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade. Brasil. E-mail: padoinst@smail.ufsm.br

INTRODUÇÃO

Concepções sobre gênero têm sido construídas no campo das ciências sociais devido a sua importância como alicerce cultural das relações de poder existentes na sociedade. Inicialmente, o termo gênero foi utilizado por estudiosos estrangeiros, na década de 60 do século XX. Já no Brasil, a década de 80 representou um marco no início de estudos sobre a temática, e a partir da década de 90 o conceito difundiu-se de forma marcante pelo país, sinalizando para a necessidade de discussão e compreensão do tema na área social, sendo gradativamente introduzido como objeto de pesquisa no meio acadêmico⁽¹⁻²⁾.

Neste sentido, as questões de gênero são consideradas elementos construídos social e historicamente, sendo constitutivos das relações sociais entre homens e mulheres. O gênero delimita campos de atuação para cada sexo, dá suporte à elaboração de leis e suas formas de aplicação. É alimentado e construído com base em símbolos, normas e instituições que definem modelos de feminilidade e masculinidade, bem como padrões de comportamento aceitáveis ou não para homens e mulheres⁽³⁾. Apreende-se, a partir deste aparato teórico que, ser mulher não é apenas diferente de ser homem, também implica em desigualdade de direitos, inferioridade e opressão.

Na área da saúde feminina, conquistas e avanços impulsionam políticas públicas para as mulheres, que visam superar a visão biologicista de abordagem à mulher, direcionando para a necessidade de considerar as questões de gênero e outros fatores como condicionantes da vida e saúde das mulheres, bem como constituintes no processo saúde — doença. Nessa direção, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em 2000, afirmou que comportamentos de homens e mulheres baseados em padrões hegemônicos de masculinidade e de feminilidade são produtores de sofrimento, adoecimento e morte. No entanto, para as mulheres, esses problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho, sobrecarga

de atividades domésticas e ainda por variáveis como etnia, raça, geração e situação de pobreza⁽⁴⁾.

Com o enfoque de gênero, foi elaborada, em 2004, pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), visando promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras. Possível mediante a garantia de direitos legalmente construídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro⁽⁴⁾. Essas questões estão, também, compreendidas no II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (II PNPM), elaborado, em 2008, pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SEPM), referência máxima para efetivação dos direitos das mulheres brasileiras, o qual recomenda recorte e transversalidade de gênero a todas as políticas públicas no Brasil⁽⁵⁾.

Para tanto, há o reconhecimento da necessidade de consolidar a compreensão das relações desiguais de gênero como um dos fatores determinantes da saúde das mulheres brasileiras; evidenciando-se, assim, a importância de as questões de gênero serem reconhecidas e abordadas pelos profissionais de saúde no intuito de serem englobadas como condicionantes de saúde. Entende-se, com isso, que a atenção à saúde das mulheres deve ser permeada pela concretização de práticas resolutivas, que contemplem o contexto em que as necessidades femininas são geradas, como também as especificidades do ciclo vital feminino. Nessa perspectiva, o cuidado deve considerar “a influência das relações de gênero no processo de saúde e de adoecimento das mulheres”^(6:155).

As relações de gênero estão presentes em diversas situações cotidianas dos serviços de saúde e existem situações nas quais os profissionais atuam exclusivamente voltados aos aspectos biológicos, não considerando o contexto social e cultural das usuárias dos serviços de saúde. Aponta-se a prática profissional com usuárias que tem doenças sexualmente transmissíveis (DST), quando, muitas vezes, o

profissional não está habilitado e sensibilizado para atuar com questões íntimas e complexas, tais como o contexto de surgimento da doença e a compreensão da relação mulher-parceiro, permeando as questões de gênero⁽⁷⁾. Isto contribui para reforçar um sistema patriarcal, de opressão feminina, fortalecendo os entraves para se desenvolver uma assistência integral e humanizada conforme é preconizado pela PNAISM⁽⁴⁾.

Nesse contexto, surgem questionamentos sobre o preparo dos profissionais da área da saúde, para considerar as desigualdades de gênero na atenção ao público feminino. Verifica-se, que a maioria das equipes de saúde dos serviços “ora constroem espaços de transformação social, ora mantêm a ordem institucional, reproduzindo desigualdades de classe e de gênero na relação profissional-cliente”^(8:347). Assim, tendo em vista que o contexto de iniquidades sociais é subsidiado pelas relações de poder, bem como sua repercussão na saúde das mulheres, faz-se necessário ampliar a visão e a compreensão de gênero, dos profissionais de saúde, em especial os de enfermagem.

Nessa perspectiva, este artigo apresenta um recorte de pesquisa, a qual teve como objetivo analisar como a equipe de enfermagem compreende a temática gênero no cotidiano do serviço de saúde.

MÉTODO

Estudo qualitativo, o qual teve como cenário a Unidade Toco-Ginecológica de um hospital de ensino do interior do Rio Grande do Sul, no Brasil. O uso da abordagem qualitativa justifica-se por esta permitir a busca do universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações⁽⁹⁾.

Constituíram-se como sujeitos do estudo, 13 profissionais, membros da equipe de enfermagem atuantes na Unidade Toco-ginecológica do referido hospital, os quais foram escolhidos de forma aleatória, conforme aceitação e disponibilidade. Esta Unidade é considerada referência em atendimento de

alta-complexidade para a região central do estado. Foram entrevistadas seis enfermeiras, seis técnicas e uma auxiliar de enfermagem. Para a composição do grupo elegeu-se o seguinte critério: trabalhar na Unidade Tocoginecológica diretamente com as mulheres e seus familiares há, no mínimo, 120 horas. A escolha dos sujeitos da pesquisa deve-se ao fato de estarem em contato direto com mulheres de diferentes faixas etárias e de diversos contextos sócio-culturais. O tamanho amostral foi definido pela convergência aos achados e objetivo proposto no presente estudo⁽¹⁰⁾.

Os aspectos éticos que envolvem investigação com seres humanos (Brasil, 1996) foram respeitados durante todo o trâmite da pesquisa e o projeto obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM (27/06/2009), sob parecer nº. 0119.0.243.000-09. Os 13 sujeitos aceitaram participar da pesquisa após o entendimento e concordância da exposição das questões éticas, sendo apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido. Na sequência foi realizada a produção dos dados, em dias aleatórios e nos três turnos de trabalho, no período de setembro a outubro de 2009. Foi realizado contato prévio com os respondentes, a fim de que fosse agendada data e hora para a aplicação do instrumento de obtenção de informações. Para manutenção do sigilo foi utilizado um código com letra E (entrevistado) e numeral ordinário em ordem crescente.

Para a produção dos dados foi utilizada como técnica de coleta a entrevista semi-estruturada e um instrumento em forma de vinheta, que consiste em uma descrição curta e compacta de uma situação ou um breve evento, real ou fictício, na qual os respondentes são solicitados a reagir. É estruturada visando extrair informações sobre percepções, para chamar a atenção, passar uma mensagem, produzir sensações e detectar comportamentos, atitudes, opiniões e conhecimentos dos sujeitos acerca do fenômeno investigado⁽¹¹⁾.

A aplicação da vinheta, a qual foi elaborada com fragmentos da Política Nacional de Atenção Integral à

Saúde da Mulher⁽⁴⁾, bem como do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres⁽⁵⁾, ocorreu à medida que as participantes eram questionadas acerca dos enunciados apresentados, direcionando para o objetivo da pesquisa.

A entrevista semi-estruturada foi composta por seis questões que versavam sobre o tema. Foi aplicada de forma concomitante à vinheta, possibilitando complementação das técnicas, uma vez que as informações da primeira se integravam às da segunda. A técnica de coleta de dados foi avaliada e validada por docentes doutores, especialistas em metodologia da pesquisa e na temática saúde da mulher; e testada com profissionais de outro setor do hospital, mostrando-se adequada aos objetivos propostos.

Os dados obtidos foram transcritos para posterior análise temática, que se constituiu de três etapas: ordenação, classificação dos dados e análise final⁽⁹⁾. Foram identificadas as idéias centrais e aspectos relevantes acerca da compreensão de gênero e suas manifestações no cotidiano do serviço, no intuito de construir categorias empíricas. Para análise final, foi articulado o material estruturado ao referencial teórico, visando à identificação do conteúdo subjacente ao manifestado, na tentativa de responder às questões da pesquisa com base no objetivo.

Realizou-se a composição das categorias temáticas, das quais destacaram-se três categorias: ser homem e ser mulher para a equipe de enfermagem; compreensão de gênero por meio das implicações na saúde feminina e limites e possibilidades no cotidiano laboral. Abordaremos neste espaço as duas últimas categorias.

RESULTADOS

Compreensão de gênero por meio das implicações na saúde feminina

As relações desiguais entre os sexos ocasionam agravos à saúde física e mental, doenças do trabalho

e vulnerabilidade social às mulheres, produzindo assim, um processo saúde-doença diferenciado. Dessa forma, mulheres e homens estão expostos a variados tipos e graus de risco de sofrimento, adoecimento e morte, em função da organização social das relações de gênero⁽⁴⁾. Nesta perspectiva, a maioria das respondentes, por meio de reflexão, estimulada pelos enunciados da vinheta, reconhecem que as desigualdades podem influenciar na saúde das mulheres. *Elas adoecem mais. É tudo fruto assim do homem que domina as mulheres, da opressão. E isso vem de uma questão cultural, uma desigualdade de anos anteriores entre homens e mulheres. Elas estão adoecendo mais pela vida que estão levando e pela discriminação ainda, porque a mulher é muito discriminada. Dependendo do trabalho que ela exerce ela ganha menos que o homem. Isso ainda existe* (E-3).

Entende-se, assim, que o trabalho, a submissão e a sobrecarga feminina influenciam significativamente no processo de adoecimento das mulheres. “No Brasil, a responsabilidade pelo trabalho doméstico ainda é cultural e socialmente atribuída, quase que exclusivamente, às mulheres, que devem desempenhar essas tarefas apenas porque são mulheres”^(12:287). Evidencia-se, assim, um ideal de mulher que está aliado ao imaginário da sociedade.

Este entendimento é condizente com as recomendações da PNAISM que preconizam ações de saúde que englobem a perspectiva de gênero, ou seja, que considerem o impacto que as relações desiguais de poder entre homens e mulheres proporcionam à saúde feminina; causando, por sua vez, aumento de vulnerabilidade ao adoecimento⁽⁴⁾. *Uma sobrecarga de atividades é um stress. E eu vejo que, às vezes, até nós assim; como nós mulheres temos duas, três jornadas de trabalho. Tem a jornada do trabalho no hospital, a jornada de casa. Então, elas ficam com uma sobrecarga* (E-3). *As mulheres que a gente tem aqui no hospital, geralmente a maioria já tem filhos, marido, às vezes o marido trabalha, exige muitas coisas delas, exige tempo, exige que tudo esteja limpo, que tenha comida, que tenha roupa lavada. Então, pra mulher que trabalha, essas exigências são muito mais. E isso acar-*

reta doenças, estresse, o câncer de mama, às vezes é gerado pelo estresse também, e outros tipos. Tem homens que às vezes tem a mulher, mas também têm outras fora. E aí essa mulher vai pegar as doenças que ele vai trazer (E-6).

As participantes deste estudo demonstram o entendimento sobre a existência da sobrecarga delegada às mulheres, pois a elas são atribuídas várias jornadas de trabalho a citar: o trabalho doméstico, trabalho remunerado, o cuidado com os filhos, o papel de esposa, entre outros. É apontado que este contexto aumenta a vulnerabilidade ao adoecimento feminino. Percebe-se também que as respondentes se incluem nas falas, já que são mulheres cuidando de mulheres.

As respondentes pouco percebem, no entanto, que aliada a esta sobrecarga de trabalho existe a sobrecarga psicológica, que tem como substrato as questões de gênero, uma vez que a mulher é condicionada culturalmente a assumir diversos papéis o que é socialmente naturalizado. Sendo assim, além dessa sobrecarga física e de trabalho, encontra-se implícita a sobrecarga social, psicológica, o que pode também acarretar danos na saúde das mulheres.

As falas ainda expressam a postura machista de alguns homens, pois condicionados a serem “machos” necessitam provar suas masculinidades e, muitas vezes, para isso, carecem de relacionamentos extraconjugais, o que também é apontado como formas de proporcionar o adoecimento feminino, sendo citado o exemplo das doenças sexualmente transmissíveis.

Os depoimentos revelam, também, situações em que as relações de gênero desiguais resultam em estresse, agravos na saúde física, atos violentos, entre outros. Assim, além da sobrecarga de trabalho causada pelas atribuições culturalmente impostas para as mulheres, existem outras condições adversas no âmbito doméstico, como a legitimação da força bruta para o controle e subjugação das mulheres. Então, existe a possibilidade de que a ameaça, a violência física, sexual, moral e psíquica sejam utilizadas contra elas, justificando-se historicamente como forma autêntica de tentar disciplinar as mulheres⁽¹²⁾.

Estes tipos de violência possuem como substrato a construção cultural do ser homem e do ser mulher, uma vez que o homem aprende socialmente que é superior, sendo a mulher sua propriedade. Compreende-se, assim, que o feminino é tido como inferior na medida em que as mulheres ocupam posições secundárias e subalternas em relação aos homens. Com isso, fica evidente que todas as atividades afeitas ao feminino não tem valor, fato que desautoriza e desvaloriza as mulheres. Além de representar, para muitas, fragilidade e despreparo para a vida pública⁽¹³⁾. *A maioria das mulheres que a gente atende, são mulheres pobres, que dependem dos maridos, no caso, muitas gravidezes, muitas vezes, mulheres que apanham em casa sabe? Elas se sujeitam a isso por dependerem deles (E-1). Algumas mulheres reclamam: ah, o meu marido bebeu uma noite inteira, bateu em mim. Coisas que tu vê. A gente já teve inclusive uma paciente que chegou aqui ganhando o nenê, porque ela tinha sido espancada. Aí tu imaginas o quê que vai causar na cabeça dessa mulher, não é? (E-7).*

A agressão que é apontada pelas profissionais de saúde do estudo é considerada como “comportamento rotineiro”^(12:188) nas relações de femininos e masculinos; perpetradas pelos companheiros, pais ou empregadores sobre as mulheres, independente de seu meio socioeconômico e cultural. Tal problema ocasiona patologias que, de acordo com o discurso das respondentes, “arrastam as mulheres ao poço fundo da depressão”^(12:188). A violência configura-se um problema de saúde pública, uma vez que acarreta várias consequências para a saúde de indivíduos e coletivos. Nas falas a seguir as respondentes exemplificam situações de violência às mulheres atendidas na Unidade. *Ela não vai fazer aquela quarentena, aqueles 30 dias do pós-parto. Ela vai chegar em casa, elas contam pra nós, o marido já quer transar. Ele quer transar, e ela vai ter que transar, porque se ela não transar ele disse que vai lá fora procurar outra mulher. E aí ela tem medo de perder esse parceiro, e ela vai ceder. Elas dizem pra nós: eu chego em casa, eu estou nas panelas cozinhando e ele tem tesão, e ele fica me cercando. Eu tenho que colocar meus filhos a brin-*

car lá fora, pra terminar a história. Porque eles são homens guiados a instintos (E-3).

As falas são permeadas pela formação de posições de opressão masculina, nas quais a mulher desempenha papel de mero objeto sexual; submissa à vontade e aos desejos do homem, mesmo quando em condições em que sua saúde encontra-se fragilizada, especificamente no puerpério.

Entende-se que os indivíduos são acometidos pela violência no seu dia-a-dia nas suas diversas formas. A violência se transforma em uma das principais causas de adoecimento físico e psíquico que, de modo geral, acontece lentamente, em espaços privados, protegidos, chamados de “lares”. Neste sentido, a violência pode ser considerada como um fator de risco de doenças e eventos prejudiciais à saúde. Além de provocar lesões físicas imediatas e sofrimento psicológico, a violência aumenta o risco de prejuízos futuros à saúde da mulher⁽¹⁴⁾. Para minimizar os efeitos desse problema, é necessária uma abordagem criteriosa, integral, considerando a singularidade de cada sujeito.

Além disso, o papel social de rainha do lar é demonstrado quando a entrevistada exemplifica sobre o comportamento de uma mulher mastectomizada e que mesmo internada, comandava os afazeres domésticos do hospital. *Teve uma situação que ela ligava pra casa e tinha que dizer o que o marido tinha que fazer em casa, estava aqui internada, doente, refazendo cirurgia e tinha que ligar para casa para dizer: tu fazes isso hoje. Tu não deixas o Fulaninho sair tal hora. Tu tens que deixar o Fulaninho no colégio tal hora. Não esquece que a hora do almoço é meio dia. Então além de estar aqui, passando tudo aquilo ali de ter tirado uma mama, de ter que estar psicologicamente se aceitando, tinha que estar comandando a casa daqui de dentro do hospital ainda* (E-6).

Este depoimento caracteriza a compreensão abrangente por parte de algumas profissionais entrevistadas sobre o impacto das questões de gênero na saúde das mulheres. Revelando a naturalização do comportamento por parte da mulher internada. Assim, os papéis assumidos pelas mulheres são condi-

cionados a elas, uma vez que entendem como intrínsecos da condição feminina⁽¹²⁾.

Além disso, fica evidente na maioria dos discursos, que a submissão das mulheres atendidas na unidade em relação aos seus companheiros, deve-se, principalmente, à condição de dependência econômica e financeira da mulher, uma vez que, condicionada ao âmbito doméstico e ao cuidado da família, geralmente esta mulher não trabalha fora, perdendo assim, a oportunidade de obter sua própria remuneração e autonomia financeira. *Tem mulheres que ficam com o seu companheiro porque se ficarem sozinhas são muito mais discriminadas do que se ficarem lá com um homem que bebe; bate nelas; mas que ainda traz o sustento para seus filhos, coisa que elas não têm condições. Ela se submete aquilo ali por medo. E elas adoecem mais* (E-3). *O que a gente observa é que existe uma submissão em relação ao companheiro pelo fato de a maioria das mulheres aqui serem dependentes dos maridos ainda* (E-8).

Neste sentido, pode-se inferir que a mulher do século XXI, apesar de batalhadora e decidida; ainda conserva marcas arraigadas de seu passado, nem tão distante assim. Apresenta-se, ainda, submissa social e financeiramente e, à mercê de explorações e humilhações em âmbito político e cultural⁽¹⁵⁾.

Diante de situações e doenças demonstram uma noção biologicista do processo saúde-doença, desconsiderando as desigualdades sociais como determinantes de saúde. *Pra falar bem a verdade eu não percebo. Eu sei que existe essa desigualdade, só que eu não vejo isso no meu dia-a-dia. E eu acho que o que pode impactar no caso nas condições de saúde da mulher, eu acho é o psicológico* (E-10). *Não sei de onde tiraram esse dado que as mulheres são mais frágeis, mas eu não acredito muito nisso, porque tu vê, tem muita mulher doente, mas tem também bastante homem doente. Nas patologias tipo problemas cardíacos é muito mais comum nos homens do que nas mulheres. Agora em doenças mais relacionadas ao sexo, tipo mama, ovário, essas coisas tem mais nas mulheres por quê? Até pela, pela vida normal. Falando do aparelho reprodutor acho que as mulheres adoecem mais* (E-8).

Compreende-se ainda que os perfis femininos e masculinos construídos socialmente permeiam o entendimento das profissionais sobre as implicações de gênero para a saúde feminina. Dessa forma, pode-se inferir que a maior parte dos sujeitos do estudo reconhece a vulnerabilidade feminina frente ao adoecimento, embora existam profissionais que denotam ao adoecimento das mulheres, questões meramente biológicas reforçando o modelo biomédico ainda vigente nos serviços de saúde.

Limites e possibilidades no cotidiano laboral

A atuação profissional das entrevistadas frente às desigualdades de gênero manifestadas no cotidiano dos serviços é apresentada nos discursos por meio de limites e possibilidades para o alcance de uma prática profissional comprometida com as mulheres para além dos aspectos meramente biológicos.

As falas revelam que o modelo tradicional ainda orienta o cotidiano de práticas dos sujeitos participantes do estudo no atendimento às mulheres da maternidade em questão, uma vez que existe dificuldade em considerar as especificidades femininas no seu cotidiano de cuidado. Nesta perspectiva, a maioria das participantes do estudo não tem conhecimento sobre as ações preconizadas pela PNAISM. *Eu não leio muito a respeito. O que eu to te falando aqui são coisas bem básicas, bem superficiais que a gente escuta aqui e ali* (E-4). *Não conheço a Política. Não cheguei a ler* (E-13).

Apesar da existência de um entendimento acerca da temática gênero, percebe-se que a atuação profissional é centrada em aspectos biológicos reforçando o caráter limitado das ações em saúde da mulher, o que expressa a influência do modelo médico hegemônico. A interferência deste modelo, por vezes, não possibilita o envolvimento do profissional com o usuário, separando físico e emoção⁽¹⁶⁾. Essa postura dificulta o exercício de um atendimento integral às mulheres, tendo em vista que a incorporação da perspectiva de gênero amplia a definição de saúde da mulher.

Pode-se afirmar que a atuação profissional é diretamente influenciada pelo modelo biomédico vigente na formação dos profissionais de saúde, uma vez que, conforme, os cursos de formação na área da saúde, especialmente de enfermagem, são tradicionalmente baseados neste modelo. E, apesar da crescente expansão na produção acadêmica acerca do tema gênero e compreensão de fenômenos sociais, isto não se viabiliza do mesmo modo nos currículos dos cursos de formação e pós-graduação na área da saúde. Por sua vez, estes desconsideram as questões de gênero, bem como têm se articulado em torno de uma definição limitada de saúde da mulher, enfocada como fenômeno essencialmente biológico^(2,17).

Dessa forma, entende-se que existe uma compreensão sobre a temática gênero, porém, essa é limitada, expressando a visão restrita, de algumas profissionais, sobre os reais determinantes de saúde e a influência destes no processo saúde-doença das mulheres atendidas. Compreende-se que este fato deva-se também ao modelo biomédico ainda vigente no setor saúde que, por sua essência curativa e biologicista, atua centrado no profissional médico e na medicalização dos indivíduos. Assim, questões afeitas à esfera cultural e social não dizem respeito à área da saúde. Portanto, poucas profissionais entrevistadas reconhecem a vigência da prática biologicista no serviço, bem como entendimento de que as questões de gênero são determinantes no processo saúde-doença. *Os fatores de adoecimento de ordem biológica são mais cuidados, mais observados. As ações relacionadas à prevenção do câncer de mama, de câncer de colo de útero são mais enfatizadas. Mas as questões sociais, de discriminação, de violência, isso aí, já é mais subjetivo, é mais difícil de mudar, porque envolvem fatores sociais, de educação. As pessoas geralmente enxergam muito a parte biológica, e essa parte de cidadania, de direitos, acaba ficando mais esquecida. Mas eu acho que uma complementa a outra* (E-11).

Ainda acerca das limitações vivenciadas no cotidiano do serviço, as falas evidenciam o tipo de encaminhamento profissional dado a determinadas

situações, o qual denota o não envolvimento com o contexto vivido pela usuária do serviço. *Olha, normalmente a gente procura não se envolver muito nessa parte aí, mas quando acontece uma coisa muito gritante, a gente encaminha ela e o filho pro conselho tutelar, ou tem trabalho psicológico aqui* (E-8). *Às vezes a gente vê que aquilo ali está prejudicando no sentido psicológico. A gente também procura conversar, se elas falam os assuntos pra gente não é? Mas mais é a psicóloga, a gente passa diretamente pra psicóloga* (E-7).

Pode-se perceber, por meio das falas em situações cotidianas que exigem uma visão abrangente por parte das profissionais, que a responsabilidade e atuação é delegada para outros profissionais, isentando-se, muitas vezes, de desenvolver um cuidado integral. Entende-se que a atenção integral à saúde das mulheres deve ser permeada pela concretização de práticas resolutivas, que englobem o contexto em que as necessidades femininas são geradas, como também as especificidades do ciclo vital. Nessa perspectiva, infere-se que o cuidado deve incluir o acolhimento, escuta sensível das demandas das mulheres, considerando as influências das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento das mulheres⁽⁶⁾.

Dessa forma, compreende-se que as entrevistadas, embora parecendo sensíveis ao reconhecimento de determinantes socioculturais no processo saúde-doença, pouco se mobilizam no intuito de alterar a realidade perante necessidades mais imediatas, nem buscam a ampliação de suas ações.

Os discursos revelam também a existência de dificuldades e limitações no serviço hospitalar, como justificativa para não abordar as questões afeitas às desigualdades de gênero: número insuficiente de profissionais na equipe, inadequação estrutural da unidade às demandas das usuárias, período insuficiente de internação, justificando-se nas falas a restrição do atendimento às demandas biológicas. *Uma das coisas que dificulta é o número de pessoal. Então esse atendimento acaba ficando restrito. É aquela atividade mais técnica e*

aquilo que realmente está precisando no momento (E-11). *A gente orienta, de acordo com o que ela também deseje não é? Porque isso são questões sociais, educacionais, socioeconômicas, são vários fatores envolvidos, não vai ser em poucos dias de internação que nós vamos conseguir que essa pessoa mude alguma coisa não é?* (E-9).

Observa-se a compreensão limitada sobre a atuação da maioria das profissionais. Está implícita na fala a redução da situação à simples orientação, ao contrário de pressupostos políticos, os quais recomendam uma mudança de postura profissional. Posturas essas isentas de julgamento sobre a vida das mulheres atendidas, mediadas por ações educativas, na perspectiva de empoderamento feminino por meio do conhecimento dos seus direitos e estímulo à cidadania, bem como ao controle social. Esta postura por parte das profissionais deve ser também alimentada por modelos que possam gerar reflexões e transformações no pensar e ser mulher das usuárias do serviço.

Entende-se que para ampliar as ações e incorporar a perspectiva de gênero na atenção à saúde da mulher devam-se proporcionar qualificações para a equipe de enfermagem e de saúde, que abordem estudos, debates, reflexões acerca da PNAISM, do Plano de Políticas para as Mulheres, Lei Maria da Penha, Lei do Planejamento Familiar, controle social, dentre outros instrumentos que possam contribuir para o desenvolvimento de uma prática profissional comprometida com a integralidade das pessoas, considerando o contexto em que vivem e se relacionam.

As profissionais reconhecem a existência das desigualdades nas relações de gênero, porém demonstram não se sentir capazes ou suficientemente organizadas para mudar a realidade. Dessa forma, não se mobilizam como equipe para buscar respostas mais resolutivas às necessidades de saúde das mulheres. Ao mesmo tempo, relações desiguais são percebidas na vida das mulheres, mas as profissionais as mantêm veladas, sobressaindo-se à atenção para a dimensão biológica e tecnicista, o que supre parcialmente as necessidades das mulheres, desvinculando-se do contexto

em que estão inseridas⁽⁶⁾. Portanto faz-se necessária uma discussão acerca do papel da mulher e é preciso um estímulo a uma mentalidade mais igualitária nas relações entre homem e mulher⁽¹⁸⁾.

Em contraponto, outros discursos revelam a possibilidade de intervenção em situações que denotam submissão feminina. Na fala a seguir evidencia-se o papel do profissional de saúde como mediador de possíveis reflexões acerca da vida e condição feminina; também da importância deste como educador na perspectiva de cidadania, proporcionando às usuárias, meios para que possam conhecer seus direitos, a fim de desvincular-se de relações opressoras. *Quando tu presencias situações em que a mulher está sendo oprimida, eu acho que algumas pessoas interferem, outras ficam quietas não é? Mas, eu acho que na medida do possível tu tens que, não explicitamente, mas colocar algumas questões para pessoa refletir: aquilo ali, até que ponto vale à pena? O quê que ela tem de direitos também; eu acho que isso aí é importante* (E-11).

De acordo com os discursos a principal possibilidade apontada para desconstrução das relações desiguais entre homens e mulheres é sair da opressão e buscar os seus direitos. O que vai ao encontro da PNAISM que busca consolidar os avanços no campo dos direitos femininos e diretrizes para qualidade da atenção. Preconiza atitudes e comportamentos do profissional que contribuam para reforçar o caráter da saúde como direito, provendo as mulheres de informações e conhecimento em relação ao seu corpo e suas condições de vida que lhe permitam fazer escolhas adequadas em cada momento de sua vida⁽⁴⁾.

O aumento do poder e da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos bem como de grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, discriminação e dominação social é considerado um processo de empoderamento⁽¹⁹⁾. Logo, esse é fundamental para que se efetive uma assistência de qualidade e condizente com as necessidades dos envolvidos.

Na perspectiva de empoderamento, a visão da maioria das participantes do estudo demonstra compreensão abrangente acerca da superação das relações desiguais entre homens e mulheres, sugerindo subsídios para que o segmento feminino conquiste sua autonomia e possa se libertar do sistema opressor masculino. *Tem que ter condições de trabalho para as mães, para os pais; creches, pra essas mães deixarem os filhos. Cursos, habilitações pra que elas consigam trabalhar, porque no momento que a mulher tiver condições financeiras, socioeconômicas, culturais, abrirem a cabeça delas, que tiverem uma visão maior que daquela sua casa, do seu fogão, que se unirem com outras, elas deixarão de ser prisioneiras dos seus companheiros, e elas vão pra luta. Pra poderem orientar os filhos pra serem cidadãos melhores, elas terão uma vida melhor; só que pra isso elas têm que ter um poder aquisitivo* (E-3). *Por que elas sofrem nas mãos dos maridos? Porque elas dependem financeiramente deles, e aí, o problema vem. Aí ela tem que se submeter fazer o que o cara quer a hora que quer* (E-8).

As falas exprimem o entendimento de que a superação das desigualdades integra vários setores sociais. A educação e a superação da cultura opressora são alternativas apontadas para a conquista de autonomia feminina, uma vez que oportunizariam trabalho e fontes geradoras de renda para as mulheres. Para tanto as profissionais de saúde apontam que as mulheres devem se instrumentalizar, a fim de adquirir conhecimento. Além disso, entendem que são necessárias condições para que possam desenvolver atividades que proporcionem meios para conquistar sua independência financeira, a citar, creches para os filhos, acesso a cursos profissionalizantes, entre outros.

É fundamental perceber também que, existe um entendimento por parte de algumas profissionais que no momento em que as mulheres adquirirem condições de igualdade no mundo do trabalho elas ampliarão suas visões de mundo, libertar-se-ão da opressão e submissão a elas imposta socialmente. Assim, vislumbram essa busca feminina como uma possibilidade da mulher adquirir seu espaço e direito

na sociedade bem como proporcionar a educação dos filhos na perspectiva da cidadania.

Ao mesmo tempo, alguns discursos revelam que a luta por direitos iguais e de autonomia para as mulheres depende delas, no entanto, o profissional de saúde é apontado como responsável por orientá-las sobre seus direitos; estimulá-las à reflexão; propor alternativas de não aceitação à submissão aos companheiros. *A questão de cidadania, então, estar resgatando esses temas junto na questão de educação em saúde; eu acho que isso aí facilita; mostrar que existem outras possibilidades pras mulheres. Assim, quando tu vê situação de violência, por exemplo, quais os caminhos que ela pode tomar: o da não aceitação, por exemplo. Agora a decisão não cabe a mim não é? Mas fazer com que ela conheça, saiba que existem saídas. Acho que é uma função do profissional de saúde também* (E-11).

Tendo em vista a superação das desigualdades de gênero no cotidiano de práticas das profissionais de enfermagem da maternidade em questão, entende-se que é necessário, ainda, o empoderamento das profissionais envolvidas uma vez que, são mulheres cuidando de mulheres e que necessitam sentirem-se sujeitos capazes de mudança no contexto em que trabalham e se relacionam. Para tanto, são necessárias reflexões e instrumentalizações, com intuito de promover a melhoria e qualidade de adequação da assistência prestada às necessidades das mulheres atendidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maioria dos profissionais participantes do estudo reconhece a vulnerabilidade feminina frente ao adoecimento, embora existam profissionais que denotam ao adoecimento das mulheres, questões meramente biológicas reforçando o modelo biomédico ainda vigente nos serviços de saúde, uma vez que, existe dificuldade em considerar as especificidades femininas e as questões de gênero no seu cotidiano de cuidado.

A atuação profissional das entrevistadas frente às desigualdades de gênero manifestadas no cotidia-

no dos serviços é apresentada nos discursos por meio de limites e possibilidades para o alcance de uma prática profissional comprometida com a saúde das mulheres. As principais dificuldades observadas nos discursos são: modelo biomédico, caráter limitado das ações em saúde a mulher e desconhecimento da Política Nacional. Como principal possibilidade para desconstruir as relações desiguais entre homens e mulheres é apontada a autonomia feminina.

Compreende-se que as entrevistadas, embora parecendo sensíveis às necessidades de englobar determinantes de vida para além do biológico, carecem, por vezes, de mobilização no intuito de alterar a realidade perante necessidades mais imediatas, nem buscam a ampliação de suas ações. Além disso, a insuficiente ou inexistente compreensão sobre a terminologia gênero sinaliza para limitações na compreensão das ações preconizadas pela PNAISM. Isto pode representar um entrave na implementação e desenvolvimento de uma assistência de qualidade ao seguimento feminino.

Assinala-se, assim, a urgência de discussões na academia e no setor saúde acerca da temática em questão, como também o entendimento de suas repercussões na saúde das mulheres brasileiras, uma vez que a PNAISM apresenta suas ações embasadas na perspectiva de gênero. Acredita-se que, repensar as práticas do trabalho de enfermagem, a fim de ampliar os debates para a construção de competências alinhadas às políticas públicas possa contribuir com práticas apoiadas em direitos humanos e de cidadania, garantindo assim um atendimento humano e integral às mulheres usuárias dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Saffiotti HIB. Gênero, patriarcado, violência. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004. (Coleção Brasil Urgente).
2. Meyer DEE. Gênero: re-construir modos de pensar, ensinar e fazer em saúde e enfermagem. In:

- Creutzberg M, Funck L, Kruse MHL, Mancia JR, organizadores. ABEn Livro-Temas do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2005 [citado 2010 maio 11]; Disponível em: <http://bstorm.com.br/enfermagem>.
3. Scott, J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. Recife: SOS Corpo; 1989.
 4. Ministério da Saúde (BR). 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; 2004.
 5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
 6. Coelho EAC, Silva CTO, Oliveira JF, Almeida MS. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009; 13(1):154-60.
 7. Araujo LM, Progianni JM, Vargens OMC. A Consulta de enfermagem ginecológica e a redução da violência de gênero. *Rev Enferm UERJ*. 2004; 12(3):328-31.
 8. Coelho EAC. Gênero, saúde e enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2005; 58(3):345-8.
 9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento em pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2007.
 10. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(1):17-27.
 11. Polit DF, Hungler BP. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed; 2004.
 12. Porto D. Trabalho doméstico e emprego doméstico: atribuições de gênero marcadas pela desigualdade. *Bioética*. 2008; 16(2):287-303.
 13. Cabral FB, Ressel LB, Landerdahl MC. Consulta de enfermagem: estratégia de abordagem à gestante na perspectiva de gênero. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2005; 9(3):459-65.
 14. Oliveira NE, Jorge MSB. Violência contra a mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental. *Rev Rene*. 2007; 8(2):93-100.
 15. Padoin SMM, Schaurich D. Do Cuidado da mulher: questões de gênero e sua incorporação no contexto do HIV/AIDS. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2004; 8(1):101-8.
 16. Capra F. O ponto de mutação. São Paulo: Cultrix; 1982.
 17. Schirmer J. Formação de recursos humanos versus o direito das mulheres à atenção qualificada na saúde reprodutiva. *Rev Gaúcha Enferm*. 2006; 27(3):331-5.
 18. Carvalho CML, Galvão MTG. Sentimentos de culpa atribuídos por mulheres com aids face a sua doença. *Rev Rene*. 2010; 11(2):103-11.
 19. Vasconcelos EM. O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias. Rio de Janeiro: Paulus; 2004.

RECEBIDO: 19/07/2010

ACEITO: 10/09/2010