

ALINE RODRIGUES ALVES

**A INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE SEXUAL E
REPRODUTIVA: UM ESTUDO DE CASO SOBRE PROFISSIONAIS DO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CÓRREGO FUNDO-MG**

Dissertação apresentada à
Universidade Federal de Viçosa,
como parte das exigências do
Programa de Pós- Graduação em
Economia Doméstica, para obtenção
do título de *Magister Scientiae*.

VIÇOSA
MINAS GERAIS- BRASIL
2011

**Ficha catalográfica preparada pela Seção de Catalogação e
Classificação da Biblioteca Central da UFV**

T

A474i
2011

Alves, Aline Rodrigues, 1982-

A integridade do cuidado em saúde sexual e reprodutiva :
um estudo de caso sobre profissionais do Programa de
Saúde da Família de Córrego Fundo-MG / Aline Rodrigues
Alves. – Viçosa, MG, 2011.
xii, 123f. : il. ; 29cm.

Inclui apêndice.

Orientador: Maria de Fátima Lopes.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Referências bibliográficas: f. 109-116.

1. Saúde preventiva - Córrego Fundo (MG). 2. Política
de saúde. 3. Mulheres - Comportamento sexual. 4. Programa
de Saúde da Família. I. Universidade Federal de Viçosa.
II.Título.

CDD 22.ed. 362.198098151

ALINE RODRIGUES ALVES

**A INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE SEXUAL E
REPRODUTIVA: UM ESTUDO DE CASO SOBRE PROFISSIONAIS DO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CÓRREGO FUNDO-MG**

Dissertação apresentada à
Universidade Federal de Viçosa,
como parte das exigências do
Programa de Pós- Graduação em
Economia Doméstica, para obtenção
do título de *Magister Scientiae*.

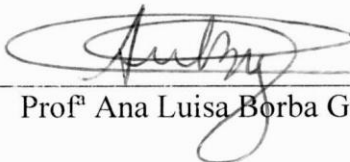
APROVADA: 15 de abril de 2011.



Prof^a Marisa Barletto
Coorientadora



Prof^a Paula Dias Bevilacqua
Coorientadora



Prof^a Ana Luisa Borba Gediel



Prof^a Maria de Fátima Lopes
(Orientadora)

*Para Maria Eduarda, minha menina,
meu anjo... a maior das lições aprendi com você:
nunca desistir de lutar!*

“Há dezenas de anos que nós só falamos de sexo fazendo pose: consciência de desafiar a ordem estabelecida, tom de voz que demonstra saber que se é subversivo, ardor em conjurar o presente e aclamar um futuro para cujo apressamento se pensa contribuir [...] Falar contra os poderes, dizer a verdade e prometer o gozo; vincular a iluminação, a liberação e a multiplicação de volúpias; empregar um discurso onde confluem o ardor do saber, a vontade de mudar a lei e o esperado jardim das delícias... .”

Michael Foucault (1988)

AGRADECIMENTOS

“Tudo posso naquele que me fortalece!”. Foi por acreditar em Deus e em Sua infinita misericórdia que me fortaleci para vencer os obstáculos que se colocaram à minha frente durante este mestrado. Agora, depois de tudo, eu posso reafirmar: “Tudo posso naquele que me fortalece.” E como posso!

Ao meu marido Cláudio, por ter suportado os meses de ausência, ajudando-me a superar todas as dificuldades encontradas, com seu amor, sua paciência e amizade.

À minha família querida: aos meus pais Luiz e Talica, pela educação que me foi dada, por apoiarem os meus projetos e pelas orações; às minhas irmãs Daniela e Jaine, pela força de sempre; e, principalmente, ao meu querido irmão Daniel, que tanto me tem ajudado em Bambuí. Também aos meus cunhados Vando e Pablo e aos meus sobrinhos Luiza, Luiz Gustavo e Helena. Vocês são a minha força e é por vocês que busco a cada dia ser melhor.

À minha orientadora Professora Maria de Fátima Lopes, pela forma como conduziu este trabalho, pela parceria, amizade e pelo carinho que sempre teve comigo.

Às coorientadoras Professoras Marisa Barletto e Paula Bevilacqua, pela disponibilidade, pelo apoio e por terem trabalhado em equipe na confecção deste trabalho.

A todo o pessoal do Núcleo Interdisciplinar de Estudos de Gênero – NIEG, pelos textos cedidos e pela escuta da minha proposta de pesquisa.

A toda a turma do Minter de Bambuí (Lina, Stella, Margarida, Erik, Ronaldo, Márcia, Denis, Mariângela, Arnaldo, Thaís e à pequena Joana), em especial a Vinícius e Helainne, companheiros de viagem; e à Joelma, minha “prima” querida e amiga de todas as horas.

À Izabel de Oliveira, minha conterrânea, pela generosidade, acolhida e amizade durante a estadia em Viçosa e pela solicitude de sempre.

Ao Professor Neimar dos Santos e ao meu colega Erik Dominik, por terem trabalhado no projeto que construiu a parceria entre o nosso campus e a UFV, viabilizando este Curso.

Ao diretor do Instituto Federal Minas Gerais campus Bambuí, Flávio Vasconcelos Godinho, por ter-me liberado para cursar o mestrado.

Ao Professor Ivan Vieira, coordenador do Minter, pela disposição em colaborar com nosso grupo e esclarecer nossas dúvidas.

Ao Nivaldo César da Silveira, Secretário Municipal de Saúde de Córrego Fundo, pela acolhida e abertura para a realização deste trabalho.

A todo o pessoal dos PSFs de Córrego Fundo, pela amizade de sempre, pela forma carinhosa com que me recebeu, pela disponibilidade em participar da minha pesquisa e pelas valiosas informações. A participação de vocês foi muito valiosa para mim.

À Universidade Federal de Viçosa e ao Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica, pela parceria firmada, em especial aos professores que estiveram conosco em Bambuí (Cecom, Neuza, Karla, Norberto, Fátima e Dorinha), por terem acreditado neste projeto e pela oportunidade de estudo.

À Aloísia, secretária do PPGED, pelos serviços prestados.

Enfim, a todos os meus familiares (que são muitos), amigos e pessoas que estiveram comigo e me auxiliaram na construção deste trabalho.

BIOGRAFIA

Nascida aos 23 dias do mês de setembro do ano de 1982, na cidade de Córrego Fundo, Minas Gerais, graduou-se em Enfermagem no ano de 2005, pelo Centro Universitário de Formiga – UNIFOR-MG, na cidade de Formiga, MG. Nessa mesma Instituição, concluiu a Especialização em Gestão da Atenção em Saúde – com ênfase em Saúde da Família, no ano de 2007.

No período de janeiro de 2006 a maio de 2008, trabalhou como enfermeira-coordenadora do Programa de Saúde da Família nas cidades de Córrego Fundo e Formiga.

Em junho de 2008, foi aprovada em concurso para Professora Efetiva do Centro Federal de Educação Tecnológica de Bambuí, hoje Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Minas Gerais Campus Bambuí, onde trabalha como professora da área de Saúde.

Em 2009, foi selecionada para o Programa de Pós-Graduação, em nível de Mestrado, em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa, submetendo-se à defesa da dissertação em 15 de abril de 2011.

SUMÁRIO

	Página
LISTA DE SIGLAS.....	viii
RESUMO	ix
ABSTRACT	xi
1. INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1	6
O PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER; O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: HISTÓRICO, PRINCÍPIOS E IMPLANTAÇÃO NO BRASIL	6
1.1. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil	6
1.2. Antecedentes históricos e implantação do SUS e do PSF no Brasil.....	13
CAPÍTULO 2	25
DIREITOS E SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA	25
2.1. Direitos sexuais e reprodutivos: histórico e conceitos	25
2.2. Saúde sexual e reprodutiva: conceitos e implicações	32
CAPÍTULO 3	36
CORPO, SEXUALIDADE E GÊNERO	36
3.1. A construção cultural do corpo e da sexualidade e a categoria gênero....	36

	Página
CAPÍTULO 4	52
CAMINHOS DA INVESTIGAÇÃO, APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	52
4.1. Caminhos da investigação	52
4.1.1. Caracterização da pesquisa	52
4.1.2. Descrição da unidade empírica de análise	53
4.1.3. Fontes de dados	56
4.1.4. Caracterização social dos profissionais da saúde.....	59
4.2. Apresentação e discussão dos dados	67
4.2.1. A multiplicidade de fatores condicionantes da saúde sexual e reprodutiva.....	68
4.2.2. O reconhecimento do direito ao planejamento familiar é prevalente em meio aos direitos sexuais e reprodutivos	71
4.2.3. Saúde sexual e reprodutiva: o silêncio das mulheres e a dificuldade profissional	74
4.2.4. Sexualidade: uma mistura de sexo, afetividade e possibilidades	80
4.2.5. O corpo: biologia e cultura dão a ele significados	87
4.2.6. A prática profissional: a mulher é o foco da atenção	92
4.2.7. A integralidade no cotidiano do serviço: noções e práticas das profissionais.....	96
4.2.8. A falta de capacitação profissional, o conhecimento técnico insuficiente e a dificuldade para desenvolver ações de saúde	101
5. À GUIA DE CONCLUSÃO	105
REFERÊNCIAS	109
APÊNDICES	117
APÊNDICE I.....	118
APÊNDICE II.....	120
APÊNDICE III	122

LISTA DE SIGLAS

- SUS** - Sistema Único de Saúde
- ONU** - Organização das Nações Unidas
- PSF** - Programa de Saúde da Família
- PAISM** - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
- SIAB** - Sistema de Informação da Atenção Básica
- IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- LOS** - Lei Orgânica da Saúde
- DST** - Doença Sexualmente Transmissível
- PNAISM** - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
- OMS** - Organização Mundial de Saúde
- INPS** - Instituto Nacional da Previdência Social
- PIASS** - Programa de Interiorização das Ações de Saúde
- PREV-SAÚDE** - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
- CONASP** - Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
- AIS** - Ações Integradas de Saúde
- SUDS** - Sistema Único Descentralizado de Saúde
- PACS** - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PAS** - Programa Agentes de Saúde
- ACS** - Agente Comunitário de Saúde
- ESF** - Equipe de Saúde da Família
- CIPD** - Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
- PIB** - Produto Interno Bruto
- CNES** - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

RESUMO

RODRIGUES, Aline Alves, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, abril de 2011. **A integralidade do cuidado em saúde sexual e reprodutiva: um estudo de caso sobre profissionais do Programa de Saúde da Família de Córrego Fundo-MG.** Orientadora: Maria de Fátima Lopes. Coorientadoras: Marisa Barletto e Paula Dias Bevilacqua.

Esta pesquisa é de natureza qualitativa e objetivou, através de um estudo de caso, analisar as noções e práticas de profissionais do Programa de Saúde da Família – PSF a respeito da saúde sexual e reprodutiva, evidenciando em que medida tais noções e práticas se aproximam ou se distanciam do princípio da integralidade do cuidado. Parte-se do ponto de que, embora as políticas públicas preconizem que o atendimento de saúde deva ser feito de forma integral e contemple o indivíduo como um ser holístico, esta prática ainda é um desafio a ser alcançado pelos profissionais de saúde. Os dados da pesquisa foram construídos através de fontes primárias, quais sejam: entrevistas, observação direta e conversas com os profissionais da saúde, além de fontes secundárias: dados do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE e documentos do Ministério da Saúde, que abordavam o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM; o Sistema Único de Saúde – SUS; e o PSF. A pesquisa empírica foi realizada no Município de Córrego Fundo, MG, que tem 5.821 habitantes, entre os meses de agosto e outubro de 2010. Os dados foram analisados à luz das

categorias sexo, sexualidade, corpo e gênero e revelaram que, apesar de as políticas de saúde da mulher e também de saúde da família terem incorporado em seus documentos legais a perspectiva de gênero, o foco principal da atenção à saúde sexual e reprodutiva, nos PSFs pesquisados, está na figura da mulher, o que caracteriza uma situação de exclusão dos homens. Identificou-se que, em se tratando das ações de saúde nos campos sexual e reprodutivo, a equipe multiprofissional reconhece que a integralidade inexistente nas práticas de saúde por ela realizada e que a efetivação desse princípio está longe de ser alcançada. Entre as dificuldades mencionadas para a efetivação da integralidade do cuidado nas práticas de saúde, destacam-se: a falta de tempo hábil para uma abordagem mais ampla sobre as condições de saúde dos indivíduos, devido à burocracia no preenchimento de planilhas e à cobrança por produtividade; a sobrecarga de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde – ACSs; a falta de comprometimento da equipe para resolver os problemas de saúde da população; a não compreensão, por parte dos usuários, sobre a proposta preventiva do PSF; as práticas de saúde voltadas para o curativismo; e a falta de capacitação profissional. Em se tratando da saúde sexual e reprodutiva, as entrevistadas relataram que as principais dificuldades para desenvolver ações nesse campo ocorrem devido à vergonha, ao silêncio das mulheres, à fragilidade do vínculo profissional e também à falta de capacitação profissional para trabalhar essas questões. A partir dos resultados, ressalta-se a urgente necessidade de capacitação e treinamento para as profissionais de saúde envolvidas no processo de cuidar, principalmente para as ACSs. Acredita-se que a proposta de um programa de Educação Permanente possa, de fato, auxiliar as equipes de saúde da família estudadas a compreender e organizar melhor o processo de cuidado, visando à maior resolutividade das ações de saúde, integração profissional e, conseqüentemente, integração das ações de saúde.

ABSTRACT

RODRIGUES, Aline Alves, M. Sc., Universidade Federal de Viçosa, April, 2011.
The comprehensive care in sexual and reproductive health: a case study about the professionals of the Family Health Program in Córrego Fundo-MG. Adviser: Maria de Fátima Lopes. Co-Advisers: Marisa Barletto and Paula Dias Bevilacqua.

This research has a qualitative nature and aimed, through a case study, examining the notions and practices of professionals of Family Health Program - FHP regarding sexual and reproductive health, highlighting the extent to which these notions and practices are approaching or moving away from the principle of comprehensive care. It starts from the point that although public policies advocate that health care should be done comprehensively and addressing the individual as a holistic being, this is still a challenge to be achieved by health professionals. The survey data were constructed through primary sources, which are these: interviews, direct observation and interviews with health professionals, in addition to secondary sources: data from the Information System for Primary Care - SIAB, the Brazilian Institute of Geography and Statistics - IBGE and documents from the Brazilian Health Ministry, that addressed the Program for Integral Attention to Women's Health - PAISM, the Unified Health System - SUS and FHP. The research was conducted in the city of Córrego Fundo-MG, which has 5.821 inhabitants, between the months August to October 2010. The data were analyzed within the following

categories: sex, sexuality, gender and body and revealed that, despite the policies of women's health and family health have also incorporated into their legal documents, the gender perspective, the main focus of attention to sexual and reproductive health, in the PSFs studied, is the figure of the woman, which characterizes a situation of men exclusion. It was also identified that in the field of sexual and reproduction health, the multidisciplinary team recognizes that the comprehensive approach does not exist in the health practices carried out by them, and that the realization of this principle is far from being achieved. Among the difficulties related to effective comprehensive care in health practices, it was mentioned: lack of time for a broader approach on individuals health due to bureaucracy in filling out worksheets and due to charging for productivity; the work overcharge of the Community Health Agents – ACSs; the lack of team commitment for solving the population health problems; a misunderstand by the users about the preventive purpose of PSF; health practices directed to curative actions and the lack of professional training. Regarding to sexual and reproductive health, the interviewees reported that the major difficulties in developing actions in this field are due to shame, the silence of women, the fragility of the professional relationship and due also to the lack of professional training for working on these issues. From these results, we emphasize the urgent need for capacity and training programs for health professionals involved in the care process, especially for the ACSs. We believe that the proposal of a program of continued education can really help the studied family health teams to understand and better organize the care process, aiming at a better resolution of health actions, professional integration and, consequently, the integration of health actions.

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho teve sua origem nas incursões disciplinares do Curso de Mestrado, que acabaram por despertar uma série de discussões acerca da importância de se pensar e estudar a família e o seu “*ethos privado*”¹, suas subjetividades, sentimentos e intimidades. O estudo das perspectivas de gênero, do corpo e da sexualidade levou a pesquisadora a uma reflexão sobre sua prática profissional, em que, na condição de enfermeira-coordenadora de Programa de Saúde da Família – PSF, organizava, em conjunto com a equipe de profissionais, ações de saúde e também as executava. Só então pode perceber que as ações direcionadas para a promoção da saúde sexual e reprodutiva por realizadas ela não eram de fato integrais. Essas considerações são possíveis, uma vez que, ao fazer essa reflexão, concluiu que as práticas de saúde executadas eram essencialmente pautadas no determinismo biológico.

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, o PSF, atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família, tem-se tornado espaço privilegiado para a efetivação da integralidade nas ações de saúde, haja vista que não só o indivíduo, mas a família, deve constituir-se como o grande foco do cuidado. A integralidade é um conceito bastante polissêmico, mas de forma geral defende que o

¹ De acordo com Duarte (2005, p. 138), nessa expressão incluem-se “todos os valores, sentimentos e comportamentos relacionados ao prazer corporal, à satisfação moral, à reprodução sexual e à conjugabilidade e, também, a própria constituição da vida familiar”.

cuidado em saúde se dê de forma humanizada e que as necessidades dos indivíduos possam ser tratadas de forma mais abrangente.

Pressupôs-se, dessa forma, que a discussão sobre a atenção à saúde nos campos sexual e reprodutivo, abarcando o conceito de integralidade, seja relevante, no sentido de proporcionar aos profissionais que atuam nessa área, uma reflexão sobre as dimensões instrumentais técnicas e até mesmo subjetivas, envolvendo o cuidado em saúde.

Nessa perspectiva, elegeram-se o PSF como lugar de observação e análise dos elementos que potencialmente constituem a integralidade e a saúde sexual e reprodutiva como temática deste estudo. O PSF, além de ser um programa criado para o cuidado das famílias, é o cenário onde se desenvolve a maioria das ações básicas de saúde. A saúde sexual e reprodutiva, por sua vez, está relacionada à formação estrutural e social das famílias, pois trata das questões inerentes à concepção e contracepção dos filhos, do abortamento, das doenças ligadas aos aparelhos reprodutivos de mulheres e homens e, entre outras, da sexualidade propriamente dita.

O problema central desta pesquisa fundamentou-se nas noções e práticas de profissionais da área da saúde, mais especificamente os que atuam no PSF, a respeito do tema “Saúde sexual e reprodutiva”. Os documentos do Ministério da Saúde que regulam o SUS preconizam que os cuidados com a saúde devam ser desenvolvidos de forma integral e que a perspectiva de gênero também deva ser contemplada no desenvolvimento dessas ações, principalmente em se tratando da saúde sexual e reprodutiva. Dentro dessa problemática, levanta-se o seguinte questionamento: considerando a forma como foram histórica e socialmente estruturadas, em que medida as noções dos profissionais acerca da saúde sexual e reprodutiva são traduzidas em ações que contribuiriam para a efetivação da integralidade do cuidado e da perspectiva de gênero?

Torna-se pertinente levantar tal questionamento, uma vez que existe uma série de fatores que se constituem como obstáculos para o cumprimento da integralidade nas ações de saúde sexual e reprodutiva, por exemplo: a influência do modelo biomédico nas práticas profissionais; a dificuldade para abordar assuntos íntimos; a prática médica individualizada; os programas de saúde centrados somente nas mulheres; e a não incorporação da perspectiva de gênero nas ações de saúde.

Há que se considerar também que, atualmente, as políticas sobre saúde sexual e reprodutiva propõem a incorporação do princípio da integralidade e da perspectiva de gênero nas práticas profissionais. No entanto, ainda existe uma tendência dos profissionais da saúde em reduzir o corpo e a sexualidade ao campo biológico e ao corpo das mulheres. De acordo com Coelho *et al.* (2009), investigações científicas com profissionais que atuam no campo da saúde da mulher vêm identificando obstáculos para a construção da integralidade do cuidado. As equipes multiprofissionais desenvolvem, sobretudo, ações de caráter biológico dirigidas à saúde sexual e reprodutiva, mantendo-se fora das discussões e das práticas de saúde, outros problemas que os sujeitos vivenciam em relação à sua sexualidade. Nessa mesma linha, Trindade e Ferreira (2008) afirmam que a área da saúde ainda carrega forte influência do modelo biomédico, em que os profissionais baseiam suas práticas em uma dimensão essencialmente biológica. A visão médica para caracterizar as doenças e chegar a uma intervenção adequada ainda permanece forte e majoritária na atenção às questões inerentes à saúde sexual.

Outro obstáculo que se coloca diante desses profissionais no desenvolvimento de ações no campo da saúde sexual e reprodutiva é o fato de que, além de se depararem com as questões biológicas e médicas concernentes ao corpo, eles se defrontam com questões que os sujeitos trazem em suas subjetividades, como a sexualidade e o corpo na sua integralidade. Por se tratar de assuntos do pertencimento do “*ethos* privado”, pode-se pressupor que há uma grande dificuldade para se “penetrar” nesse campo.

Para o cumprimento do princípio da integralidade, pressupõe-se que as práticas de saúde devam abranger o indivíduo, considerando o meio social em que vive, sua cultura, as percepções que esse indivíduo traz sobre o sexo, a sexualidade e o corpo. Nesse sentido, Silva e Ribeiro (2008) ressaltam que o atendimento à saúde da mulher se dá de forma individualizada, nas consultas ginecológicas, a partir da demanda espontânea de cada paciente, em que, na maioria significativa das vezes, as ações se restringem ao campo delimitado da doença e, ou, da restauração do funcionamento dos órgãos. Todavia, essas autoras salientam que não se pode reduzir as ações de saúde apenas à medicalização; ao contrário, essas práticas devem abranger também as percepções do corpo, o prazer/desprazer, os valores afetivos e a responsabilização por si e por outros.

É de grande relevância enfatizar que os programas e as políticas de saúde voltadas para a atenção da saúde sexual e reprodutiva norteiam-se pela integralidade do cuidado. Entretanto, os profissionais acabam direcionando suas ações para a saúde reprodutiva da mulher, excluindo outros grupos que também seriam potenciais usuários desses programas. Nesse sentido, a exclusão do homem reafirma ainda mais a noção de que só a mulher é responsável pela reprodução e pelo cuidado com a saúde. Siqueira *et al.* (2001 *apud* TONELI; VAVASSORI, 2004) corroboram essa ideia ao destacarem que, no caso da saúde sexual e reprodutiva, os programas continuam maciçamente centrados nas mulheres, dificultando a discussão de questões sobre a sexualidade e o gênero. Dessa forma, apesar de as políticas de saúde sexual e reprodutiva terem incorporado em seus textos a perspectiva de gênero, tal incorporação ainda não se deu de forma concreta nas práticas de saúde.

Nesse mesmo contexto, Souza (2005), em seu estudo sobre saúde sexual e reprodutiva, descreveu que as principais falhas identificadas nas ações desenvolvidas pelos órgãos de saúde foram: a não incorporação da perspectiva de gênero, a abordagem superficial dos assuntos referentes à sexualidade e o não atendimento a grupos particulares de usuários como homens adultos e adolescentes.

Diante dessas considerações, pode-se perceber que o alcance da integralidade não é uma meta fácil de ser atingida por aqueles que desenvolvem ações na área da saúde. Considerando ainda que a integralidade contempla o sujeito em todos os aspectos do seu ciclo de vida e valoriza também as suas dimensões sociais, partiu-se para uma investigação científica, que buscou responder através de evidências empíricas em que medida as práticas de saúde conseguem se aproximar da integralidade, enfatizando as estratégias utilizadas para seu alcance e quanto se tem alcançado, apesar de os obstáculos que se impõem diante das práticas profissionais. Para isso, buscou-se também: analisar documentos e políticas de saúde que foram publicados pelo Ministério da Saúde com a temática da saúde sexual e reprodutiva, enfatizando como foram construídos nesses textos os conceitos de gênero, mulher e família; buscou-se, ainda, estabelecer relação dialógica entre o que é recomendado nesses documentos a respeito do cumprimento da integralidade e o que de fato é incorporado nas práticas dos profissionais de saúde e, por fim, analisar em que medida as práticas de saúde se aproximam ou se distanciam da integralidade e da efetivação da perspectiva de gênero.

O trabalho foi estruturado em quatro capítulos. Considerando o tema estudado, o primeiro capítulo consiste na análise de documentos elaborados e publicados pelo Ministério da Saúde, quais sejam: o documento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, a Lei 8080 – Lei Orgânica da Saúde – LOS, que estabelece os princípios e diretrizes do SUS e os documentos que embasaram a criação e funcionamento do Programa de Saúde da Família – PSF, a fim de localizar e entender como os conceitos de família, mulher e gênero são apresentados nesses textos, bem como o que é recomendado aos profissionais do SUS em relação ao cumprimento da integralidade do cuidado.

Já o segundo capítulo apresenta uma abordagem da construção histórica e social dos direitos sexuais e reprodutivos e dos termos saúde sexual e saúde reprodutiva, bem como discutir a importância de alguns movimentos sociais na luta pela construção desses direitos.

O terceiro capítulo traz uma discussão teórica sobre as categorias de análise elegidas para o estudo. Dessa forma, apresenta a história do corpo e da sexualidade com o intuito de mostrar que a biologia por si só não é suficiente para explicar as diferenças sociais entre os sexos. Por fim, contempla a noção de gênero como instrumento político e analítico para se pensarem as diferenças entre os sexos.

O quarto e último capítulo foi dividido em duas partes, em que a primeira buscou descrever os caminhos da investigação, e a segunda parte apresenta e discute as categorias temáticas construídas através das entrevistas e observação diretas.

Diante disso, acredita-se na relevância deste tema para o estudo e na pertinência dele no Mestrado em Economia Doméstica, por ser este um Programa que se dedica ao estudo da família, de seus processos econômicos e simbólicos e das suas relações de interação com os demais sistemas públicos da sociedade.

CAPÍTULO 1

O PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER; O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: HISTÓRICO, PRINCÍPIOS E IMPLANTAÇÃO NO BRASIL

1.1. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil

A temática deste estudo se desenha sobre a Saúde Sexual e Reprodutiva, o que justifica a descrição e análise do PAISM, pois esse foi o programa pioneiro na implementação de ações de saúde nos campos sexual e reprodutivo voltadas para as mulheres.

A participação das mulheres foi decisiva para as diversas conquistas no setor saúde e também no sentido de promover a igualdade entre homens e mulheres. Para compreender o papel das mulheres nessa luta, retomaram-se as décadas de 1960 a 1980, épocas marcadas pela participação do movimento feminista na construção de políticas públicas de saúde.

De acordo com documento do Ministério da Saúde intitulado “Saúde da Mulher: um diálogo aberto e participativo” do ano de 2010, já na década de 1960 havia a preocupação das mulheres com o controle do número de filhos que queriam ter. Lutavam para ter mais autonomia e pela liberdade de poder decidir sobre suas vidas reprodutivas. Nessa mesma década, a pílula anticoncepcional foi criada, e

concomitante a esse evento o governo adotou políticas para o controle da natalidade baseadas nos moldes dos países ricos, especialmente os Estados Unidos. No entanto, como não havia um sistema público de saúde, as instituições destinadas a esse cuidado não tinham seu foco na saúde; o foco estava voltado para a distribuição indiscriminada de contraceptivos e em algumas práticas de esterilização definitiva, como a laqueadura.

Foi nesse contexto que a luta das mulheres pela saúde e pelo reconhecimento de seus direitos ganhou força e rumo. O Movimento Feminista ganhou expressividade e passou a reclamar por demandas mais ajustadas às reais necessidades das mulheres, decorrentes das mudanças sociais em virtude da incorporação da mulher na força de trabalho e da maior autonomia que vinham conquistando. O Movimento Feminista foi um dos mais importantes movimentos populares pela luta em favor dos direitos de cidadania. Esse movimento começou a articular-se na década de 1960, período marcado pelo governo militar e forte fechamento político, e ganhou força nas décadas de 1970 e 1980, período em que o país vivenciou a transição democrática (SOARES, 1994).

O texto do documento de 2010 ressalta que, nessa época em todo o mundo, surgiam novos padrões de comportamento sexual e uma tendência a desvincular a maternidade do desejo e da vida sexual. Por isso, a maternidade colocava-se diante das mulheres como opção e não mais como “destino”. As décadas de 1970 e 1980 foram marcadas como um período de grande efervescência no Brasil, com intensa atuação de movimentos sociais e da sociedade civil em geral, os quais lutavam pelo restabelecimento da democracia (OSIS, 2010).

Emerge então dos Departamentos de Medicina Preventiva de algumas universidades brasileiras o movimento pela Reforma Sanitária. Caracterizado por ser um movimento crítico oriundo da movimentação desses espaços acadêmicos na direção de um estreitamento de relações entre academia, grupos organizados da sociedade civil e serviços de saúde, esse movimento afigurou-se, por meio da interação desses atores sociais, como um campo de luta que buscava espaço para a constituição de novas teorias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, introduzindo uma nova ideia, na qual o resultado final era entendido como a melhoria das condições de vida da população (BRASIL, 2007).

Diante disso, na década de 1970 começou a surgir um novo momento do movimento feminista no Brasil, o qual defendia o planejamento familiar com mais autonomia e liberdade para as pessoas. No entanto, o país atravessou essa década sem nenhuma política definitiva para a saúde reprodutiva, vindo esta a se consolidar somente na década seguinte, com a criação do PAISM. De grande importância política, o Movimento Feminista constituído por mulheres da sociedade civil e intelectuais passou a questionar os alicerces culturais, em que se assentava a desvalorização do feminino, expressa em leis e práticas, e chamava atenção para o fato de que, ao longo da história, a hierarquia e a desigualdade permearam as relações de gênero, constituindo elemento fundamental na organização do poder e nos sistemas de valores que fundamentavam os conceitos de masculino e feminino em nossa sociedade (LYRA, 1997).

O movimento feminista foi bastante relevante, devido ao impacto que gerou sobre a produção do conhecimento científico voltado para a mulher. De acordo com Lyra (1997, p. 28), “a produção teórica e política do feminismo é múltipla e alberga diferentes tendências e transformações sociais”. Uma grande conquista desses movimentos, principalmente do Feminista, foi a criação de uma política pública de saúde voltada para o atendimento das mulheres – o PAISM, no ano de 1984, norteado pelos princípios de universalidade e integralidade, que no ano de 1990 tomaram forma legal com a criação do SUS.

Esse programa foi construído com base nas reivindicações do movimento feminista, solicitando que a saúde da mulher passasse a ser tratada de forma integral. A integralidade seria uma forma de romper com a visão tradicional que reduzia a saúde da mulher às questões reprodutivas. Esse programa trazia muitas inovações para as mulheres, pois, ao centrar suas ações sob a perspectiva da integralidade, as mulheres passariam a ser contempladas em todas as faixas etárias, em todos os ciclos de vida, em todos os seus papéis na sociedade e, naturalmente, em todos os seus problemas e necessidades de saúde (BRASIL, 2010).

De acordo com Corrêa e Ávila (2003), a noção “saúde integral da mulher” foi o conceito utilizado para articular os aspectos relacionados à reprodução biológica e social. Segundo essas autoras, a “saúde da mulher” surgiu “como uma estratégia objetiva para traduzir, em termos de debate público e propostas políticas, o lema feminista da década de 1970: ‘Nosso corpo nos pertence’”. Esse lema expressava o desejo das mulheres pela autonomia e liberdade de decidir sobre suas próprias vidas

sexual e reprodutiva, em oposição às políticas de controle demográfico e de controle da natalidade que o governo impunha na época.

Como o país vivenciava um período de fechamento político naquela década, a expressão “saúde da mulher” era, pois, uma palavra de ordem radical para o seu tempo, e o Movimento Feminista mostrava sua “ousadia” quando reivindicava, no plano político, a discriminação e legalização do aborto e o acesso aos métodos contraceptivos. No plano do atendimento médico, as reivindicações eram por melhorias na qualidade na atenção pré-natal e no parto, pela mudança na qualidade da relação médico-paciente e pelo acesso à informação sobre anatomia e procedimentos médicos (CORRÊA; ÁVILA, 2003).

Nesse caso, é inquestionável a contribuição do Movimento Feminista brasileiro na formulação das políticas públicas que se destinaram à mulher. Esse movimento possuía uma expressão política forte, e através de vários embates políticos as mulheres conseguiram avançar não só nas questões de saúde, mas também na busca pela igualdade de gênero. Segundo documento do Ministério da Saúde sobre Saúde da Mulher (2010), gênero pode ser entendido como um conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher. Essa categoria permite uma leitura crítica e reflexiva a respeito das históricas desigualdades entre homens e mulheres, entendendo que esse tipo de desigualdade gera uma cultura de desequilíbrios que se reflete nas leis e nas práticas sociais, aprofundando outras desigualdades fundadas em discriminação de classes, raça, etnia, idade e, ao mesmo tempo, afeta e fragiliza as mulheres.

Com a criação do PAISM, o “conceito de atenção integral à saúde da mulher redimensiona o significado do corpo feminino no contexto social, expressando uma mudança de posição das mulheres”. Ao situar a reprodução como evento mais amplo que vai além das dimensões do corpo anatomofisiológico, o programa busca romper com a lógica que há muito tempo norteou as intervenções sobre o corpo das mulheres (OSIS, 2010).

A referida autora ainda destaca que o movimento defendia que a atenção integral abarcasse também os contextos social, psicológico e emocional das mulheres atendidas. De forma objetiva, que o médico, ao prestar assistência, entendesse a mulher como um ser completo, que possui emoções e que se insere em um contexto socioeconômico e não somente como um corpo. No entanto, para alguns críticos a exclusão do homem comprometia não apenas a integralidade e universalidade

propostas pelo Programa, mas reafirmava o papel da mulher como grande responsável por regular o processo reprodutivo.

O PAISM procurou contemplar também outros aspectos da saúde sexual e reprodutiva: o planejamento familiar; a assistência clínico-ginecológica voltada para o aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e puerpério; a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; o controle das doenças sexualmente transmissíveis – DSTs, do câncer cervicouterino e mamário; e a assistência para concepção e contracepção, além das questões concernentes à esfera da sexualidade (OSIS, 2010).

Impulsionado pelo Movimento da Reforma Sanitária e pelo Movimento Feminista, o governo brasileiro passou, então, a criar políticas públicas de saúde no campo sexual e reprodutivo. Nesse contexto, houve maior liberdade de decisão das mulheres nos assuntos da reprodução e da sexualidade, o que funcionou como alavancas para pressionar diversas mudanças, como novos códigos legais, a produção de saber sobre o corpo feminino e a instalação de novos serviços de assistência à saúde (SILVA; RIBEIRO, 2008).

No que se refere à definição sobre saúde da mulher, encontram-se na literatura definições variadas. Há concepções mais restritas que abordam apenas aspectos da biologia e anatomia do corpo feminino. Nessa concepção, o corpo da mulher é visto apenas na sua função reprodutiva, e a maternidade torna-se seu principal atributo, a saúde da mulher limita-se à saúde materna ou à ausência de enfermidade associada ao processo de reprodução biológica. Nesse caso estão excluídos os direitos sexuais e as questões de gênero. Nas concepções mais abrangentes, além do corpo biológico, são contempladas as dimensões dos direitos humanos e as questões relacionadas à cidadania (COELHO, 2003 *apud* BRASIL, 2009).

Essa mudança de concepção resulta da soma entre os interesses e as concepções originárias tanto do Movimento da Reforma Sanitária quanto do Movimento Feminista, os quais reivindicaram a criação de políticas públicas voltadas para a mulher que de fato rompessem com o reducionismo biológico e reprodutivista que sempre permearam as ações vigentes até então.

Um aspecto de destaque presente na proposta do PAISM consistia na presença da prática educativa como parte das ações de saúde e também na viabilização de uma rede básica de serviços através de sua integração, regionalização

e hierarquização. No entanto, o processo de implementação do PAISM apresenta algumas especificidades nas décadas de 1980 e 1990, sendo influenciado pelas características da nova política de saúde SUS, pelo processo de municipalização e, principalmente, pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia da saúde da família (BRASIL, 2009).

No sentido de avançar a proposta inicial do PAISM, o Ministério da Saúde lançou em 2004 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher-PNAISM, política que, além das especificidades reprodutivas, buscou incluir a perspectiva de gênero no cuidado à saúde da mulher. Tomando como base a integralidade e a promoção da saúde, o PNAISM busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, dando ênfase à melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Incluem-se também a prevenção e o tratamento de mulheres HIV positivas e com AIDS, bem como mulheres portadoras de doenças cronicodegenerativas e do câncer ginecológico (BRASIL, 2008).

Apesar, no entanto, de o PNAISM ter avançado em relação ao PAISM, ao incluir em seus documentos a perspectiva de gênero, as ações de saúde ainda continuam centradas no corpo biológico da mulher e em sua capacidade reprodutiva. Mattos (2006) corrobora essa ideia ao afirmar que é inegável a contribuição do PAISM em relação aos avanços na integralidade da assistência, mas, devido ao fato de essa política de saúde ter assumido a forma de um programa, a perspectiva da integralidade teve que ser bastante delimitada.

O Programa ocupou-se dos problemas de saúde da mulher diretamente ligados à fisiologia. Diante disso, as eventuais especificidades do adoecimento feminino, produzidas não apenas pela dimensão biológica, mas também pelas dimensões culturalmente ligadas ao gênero, não puderam ser abordadas adequadamente. E isso segue como um grande desafio de outras políticas que almejam a construção de uma assistência integral.

Nas instruções técnicas e operacionais do PNAISM, fica afirmado que a elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, objetivando alcançar todos os aspectos da saúde da mulher (BRASIL, 2009).

Diante dos princípios e diretrizes que norteiam essa política, entende-se que a saúde deve ser trabalhada levando em consideração uma série de fatores que desencadeiam o aparecimento de doenças, como as relações sociais e familiares, as condições socioambientais, as relações de gênero, entre outros. O indivíduo deve ser pensado em sua integralidade e as ações para promoção da saúde e prevenção de agravos devem também se pautar nesse princípio. O corpo feminino é o lugar da reprodução, mas, para se cumprir a integralidade, as ações de saúde precisam avançar os limites do que é biológico. Dessa forma, o entendimento que os profissionais da saúde têm sobre outras dimensões que estão vinculadas à saúde sexual e reprodutiva, como o corpo, a sexualidade e o gênero, pode representar um diferencial nos resultados a serem obtidos com as práticas de saúde.

Nesse sentido, o PSF constituiu-se como grande facilitador dessas práticas, pois, além de desenvolver ações básicas, prioriza ações que promovem e protegem a saúde, mediante atividades educativas. Diante disso, torna-se altamente relevante destacar que, ao implementar ações de saúde sexual e reprodutiva, o PSF encontra na figura da mulher o maior elo entre os programas de saúde e a família.

Apesar da inserção da mulher no mercado de trabalho, Bruschini (2007) assevera que a vivência do trabalho para as mulheres implica sempre combinação das esferas produtivas e a família, e nem sempre essas mulheres conseguem fazer isso de forma articulada. Ainda têm ficado a cargo das mulheres as tarefas domésticas, como cuidar dos próprios filhos e, ou, dos filhos dos vizinhos e executar tarefas para si e também para outros moradores.

Segundo Bruschini (Idem), os companheiros partilham com as mulheres os encargos domésticos apenas em atividades específicas, como as de manutenção ou conserto, de maneira eventual e a título de ajuda ou cooperação. Sorj (2004 *apud* BRUSCHINI, 2007) mostra que os homens se envolvem, preferencialmente, em atividades interativas, como cuidar dos filhos, naquelas que envolvem interseção entre o espaço público e o privado, como fazer as compras da casa, em oposição às tarefas manuais ou rotineiras, como lavar roupa ou limpar a casa.

A figura feminina emerge, então, e se consolida como aquela que possui a responsabilidade pelo cuidado de suas famílias. De acordo com documento da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (2008), elas são as que mais frequentam os serviços de saúde, buscando atendimento para si, para seus filhos, familiares, pessoas idosas, deficientes, vizinhos e amigos. Há que se atentar ainda

que, conforme consta no Documento do II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (2008, p. 71),

As mulheres constituem a maioria da população brasileira, e as principais usuárias do SUS. Conformam, portanto, um segmento social fundamental para as políticas de saúde não apenas pela sua importância numérica, mas, especialmente, porque neste campo as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam num forte impacto nas condições de saúde destas últimas, sendo as questões de gênero um dos determinantes de saúde a ser considerado na formulação das políticas públicas.

Nesse sentido, o documento sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2009, p. 9) apregoa que:

No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico. Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos.

Diante disso, um dos grandes desafios para o SUS é reconhecer, incorporar e difundir entre seus trabalhadores a concepção das relações de gênero e suas implicações nas condições de saúde das pessoas, em todas as práticas assistenciais, gerenciais e administrativas.

O PAISM e o SUS foram “gestados” em épocas iguais e, por isso, alguns princípios e diretrizes são comuns a essas duas políticas públicas, como a integralidade, a universalidade e a equidade. Os idealizadores dos dois programas compartilhavam as mesmas opiniões: a criação de uma política pública, em que todos os cidadãos pudessem ter acesso sem discriminação de qualquer natureza e, sobretudo, que pensasse no indivíduo como um todo e não apenas como um corpo doente. A seguir, apresenta-se um breve histórico sobre a evolução das políticas públicas de saúde no Brasil e sobre a criação do SUS, seus princípios e diretrizes.

1.2. Antecedentes históricos e implantação do SUS e do PSF no Brasil

O setor de saúde pública no Brasil tem sua trajetória marcada por mudanças e avanços, tanto no que se refere à gestão quanto à organização da assistência prestada. Sinal desses avanços foi a criação e implantação do SUS em 1990, instituído pela Lei

8080 – LOS (OLIVEIRA; LYRA, 2008). Aqui, buscou-se apresentar uma breve abordagem da construção histórica e social do SUS e do PSF; para isso, remontou-se às décadas de 1970 e 1980 como pontos de partida, a fim de propiciar melhor entendimento a respeito dos eventos sociais que envolveram a criação do novo sistema de saúde.

As décadas de 1970 e 1980 foram marcadas por grandes embates políticos e sociais, especialmente no que concerne ao setor de saúde. Aliaram-se ao Movimento pela Reforma Sanitária movimentos de outros segmentos da sociedade, como centros sindicais, movimentos populares de saúde e alguns parlamentares, na busca por melhores condições de vida e saúde para a população (CALEMAN *et al.*, 1998). Em outros lugares no mundo, vários acontecimentos históricos e sociais também contribuíram para a mudança dos cenários mundial e nacional do setor de saúde pública.

Um dos eventos mais importantes foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), na cidade de Alma-Ata, no ano de 1978, expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham no campo da saúde e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo (MENDES, 2004).

Essa autora ainda pontua que um dos maiores avanços com a realização dessa Conferência foi a incorporação do conceito ampliado de saúde elaborado pela Organização Mundial de Saúde – OMS. A saúde passou a ser compreendida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade. Ficou estabelecido que a saúde é também um direito humano fundamental e que a “consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde”.

Baseado na Declaração de Alma-Ata em relação os Cuidados Primários em Saúde e no Documento da OMS sobre Saúde para Todos, aconteceu em Ottawa, no Canadá, em 1986, a Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, quando foram listados as condições e recursos fundamentais para sua promoção, ressaltando a importância da equidade. Essa conferência foi, antes de tudo, uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, contribuindo para se

atingir um dos propósitos firmados em Alma-Ata: Saúde para Todos no Ano 2000 (BRASIL, 2002).

No Brasil, entretanto, para certos setores da sociedade o acesso ao setor de saúde estava fortemente relacionado ao exercício do trabalho, sobretudo do trabalho urbano, pois o acesso era restrito àquelas pessoas que contribuía com o Instituto Nacional da Previdência Social – INPS . Isso significava colocar fora do acesso aos serviços médicos a maior parte da população brasileira: as crianças, as donas de casa, os jovens não empregados, os idosos sem aposentadoria, os subempregados da economia informal e os desempregados (CALEMAN *et al.*, 1988).

O Movimento pela Reforma Sanitária propunha a construção de uma nova política de saúde que fosse de fato democrática e considerava que princípios como a descentralização, a universalização e a unificação eram elementos essenciais para a reforma do setor. Várias propostas de implantação de uma política de saúde com essas características foram implantadas, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, no ano de 1976; o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – PREV-SAÚDE, em 1980; o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária – CONASP, em 1982; e as Ações Integradas de Saúde – AIS, em 1983, procurando integrar ações curativas e preventivas ao mesmo tempo (CALEMAN *et al.*, 1988). No entanto, não se deve inferir que essas propostas fracassaram no intuito de implantar o novo sistema de saúde. Elas se constituem em formulações prévias e tentativas de adequação para se chegar ao SUS.

Buscando espaço maior para discussão das temáticas relacionadas ao novo sistema de saúde, os responsáveis pelo Movimento da Reforma Sanitária organizaram a VIII Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986. O evento reuniu, pela primeira vez, mais de quatro mil pessoas, das quais 50% eram usuários da saúde. Entre as ideias defendidas nessa conferência, destacam-se a ampliação do conceito de saúde, a afirmação da saúde como direito e a instituição de um novo sistema público de saúde, orientado pelos princípios da universalização, da integralidade e da descentralização e que houvesse a participação popular (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

Continuando na linha evolutiva das políticas de saúde, um ano depois da VIII Conferência houve a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, com o propósito de consolidar as AIS e como estratégia que antecede a criação do SUS. Esse programa herdou das AIS algumas diretrizes, como a

universalização, a equidade no acesso, a integralidade dos cuidados e a regionalização e descentralização dos serviços de saúde. Essa transição das AIS para o SUDS, bem como a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorreram concomitantemente com a eleição da Assembleia Nacional Constituinte em 1986 e com a promulgação da nova Constituição em 1988. As diretrizes da VIII Conferência ganharam forma de lei nesta Constituição, e o SUS foi regulamentado pela Lei Orgânica de Saúde 8.080, de 19 de setembro de 1990 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

A percepção social da saúde como direito de cidadania só se consolida na década de 1980, com a promulgação do artigo 196 da Constituição Federal. Na nova Constituição, a saúde passou a ser garantida como um direito de todos, cabendo ao Estado promover medidas para promovê-la a todos os povos, como pode ser comprovado mediante a leitura do texto constitucional no capítulo VIII da Ordem Social e a seção II referente à Saúde, no artigo 196:

A saúde é um direito de todos e um dever do estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Pode-se afirmar que a incorporação da saúde como direito pela Constituição Federal foi uma das grandes conquistas do movimento pela Reforma Sanitária, pois o modelo de saúde vigente até então era excludente e inacessível para muitos segmentos sociais que não podiam contribuir com a previdência social. No entanto, esse é um dos grandes desafios dos governos brasileiros, pois ao observar o cenário atual do setor de saúde, é possível afirmar que esta, como direito de todos, ainda está longe de ser alcançada. Campos (2003) ressalta em seu estudo que, apesar dos avanços que experimentou a saúde nas últimas décadas, ainda persiste no país um grave problema sanitário, a falta de acesso à atenção à saúde, sendo esse quadro incompatível com o direito constitucional.

Outro artigo da Constituição que merece destaque é o 198. Dispõe sobre o novo sistema de saúde dos brasileiros, o SUS, e traça algumas diretrizes sobre o seu funcionamento, afirmando que as ações e os serviços públicos de saúde passariam a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada e constituiriam um sistema único:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I- Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II-Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III-Participação da comunidade.

Parágrafo único- o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

De acordo com Campos (2003), o fato de o texto constitucional trazer o conceito de atendimento integral atrelado à prevenção evidencia uma forte conotação política e foi também uma forma de resgatar a enorme dívida do sistema de saúde com o povo brasileiro, em que as ações preventivas eram pouco privilegiadas. O texto buscou também enfatizar a mudança de modelo assistencial sugerida pelo SUS, com práticas de saúde capazes de integrar a cura e a promoção da saúde.

A Constituição expressa claramente a preocupação dos reformistas em criar um sistema de saúde que fosse voltado para as necessidades da população, em que esta tivesse direito de participar na construção desse novo sistema. Entretanto, o governo Collor vetou vários artigos da Lei 8080, entre eles o que garantia o direito de participação popular nas decisões e gerenciamento do setor de saúde. Isso provocou a reação de reformistas e de outros segmentos da sociedade, culminando com a promulgação da Lei 8.142, de 1990.

Atualmente, a participação popular na gestão do SUS é garantida por intermédio da referida lei, através de instâncias colegiadas: os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde e as Conferências que são realizadas a cada quatro anos, também nos três níveis de governo. Esses foram os espaços criados para que os usuários do sistema possam dar suas opiniões e contribuições na construção e gestão do SUS.

A Lei 8080/1990 foi criada para estruturar o modelo operacional do SUS, propondo as bases e diretrizes para sua organização e para seu funcionamento. A fim de normatizar a operacionalização do sistema em todo o território nacional, a referida lei apresenta os princípios doutrinários e organizativos que regem o funcionamento do SUS. Entre os princípios doutrinários estão: a universalidade, a equidade e a integralidade das ações e serviços. A universalidade garante o direito de acesso de todo cidadão a qualquer serviço público de saúde; a equidade visa garantir a igualdade de todas as pessoas perante o sistema, sem levar em consideração raça,

sexo e classe social; a integralidade é um dos princípios mais importantes, pois reconhece que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade e as ações de saúde deverão ser desenvolvidas considerando os indivíduos em sua totalidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

Já os princípios organizativos tratam do funcionamento do sistema propondo a regionalização, a hierarquização, a resolubilidade, a descentralização e a participação da comunidade. Através dos princípios de regionalização e hierarquização, é conferido aos municípios maior autonomia nos processos de gerenciamento das ações de saúde. A resolubilidade é a exigência de que os serviços de saúde consigam resolver os problemas de saúde dos indivíduos. A descentralização com ênfase nos municípios permitiu que estes planejassem a saúde com base em seus perfis epidemiológicos. A participação da comunidade é a garantia constitucional de que a população poderá participar do planejamento das ações de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

Ressalta-se também que, com a criação de um sistema unificado, criou-se, por conseguinte, a possibilidade de superação do modelo de saúde vigente até então, modelo esse marcado pela dicotomia entre saúde pública e atenção médica curativa. O SUS representa assim uma ruptura com o antigo modelo, procurando integrar a medicina preventiva e curativa (LUZ, 1991).

A hierarquização traz à tona a discussão sobre os cuidados médicos ditos primários como prioridade absoluta para a maioria da população-alvo das instituições públicas de saúde, em oposição aos cuidados ditos terciários. Com isso, o sistema de saúde brasileiro ficou dividido em três níveis distintos, de acordo com a complexidade: atenção primária, secundária e terciária. Nesse sentido, o PSF cenário onde se desenvolveu este estudo enquadra-se na atenção primária e está descrito posteriormente.

Cabe aqui destacar que o princípio da integralidade foi eleito como o grande eixo sobre o qual se desenvolveu a análise de dados deste estudo. De acordo com a Lei 8080/90, capítulo II – Dos princípios e diretrizes, o conceito de integralidade aparece da seguinte forma: “integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.

Os documentos publicados pelo Ministério da Saúde trazem o conceito de integralidade de forma bastante diversa, o que comprova ser este um termo bastante polissêmico. A integralidade aparece relacionada à assistência, ao cuidado do indivíduo em todos os seus ciclos vitais e também relacionada ao modo como os profissionais da saúde deverão cuidar dos seus pacientes, abarcando não só os aspectos biológicos, mas também os sociais, culturais e econômicos.

Podem-se perceber nos documentos ministeriais duas vertentes do princípio da integralidade. Quando voltada para a assistência, a integralidade constitui-se em conjunto articulado e contínuo de ações e serviços que não devem ser desenvolvidos de forma fragmentada. Já quando se refere ao cuidado, a integralidade é utilizada para salientar a importância de uma visão holística dos profissionais enquanto cuidadores. Presume-se que a saúde deva ser tratada em todas as dimensões: biológicas, sociais, psicológicas e até mesmo espirituais, sem fragmentações do sujeito. Campos (2003, p. 577) argumenta que esse modelo de abordagem do indivíduo baseia-se na teoria holística, integral, na qual “o homem é um ser indivisível e não pode ser explicado pelos seus componentes físico, psicológico ou social, considerados separadamente”.

Sendo assim, em oposição ao sistema fragmentário que procurava ver o sujeito em partes, a integralidade contribui para a reorientação do modelo assistencial, à medida que orienta uma intervenção integral sobre a saúde dos indivíduos. A aplicação desse princípio busca maior abrangência das necessidades dos sujeitos. Dessa forma, o PSF, ao eleger a família e não somente o indivíduo como foco do cuidado, busca pôr em prática o princípio da integralidade. Entende-se por abordagem integral das famílias a abordagem integral das pessoas, compreendendo-as em seus contextos socioeconômico e cultural. Assistir com integralidade inclui, entre outras coisas, conceber o ser humano como sujeito social capaz de traçar projetos próprios de desenvolvimento (BRASIL, 2008).

O Ministério da Saúde sugere no Guia Prático do PSF que os profissionais pensem a família em seu espaço social, compreendendo que é nesse espaço que ocorrem as interações e os conflitos. Dessa forma, a construção de ambientes mais saudáveis no espaço familiar envolve, além da tecnologia médica, o reconhecimento das potencialidades terapêuticas presentes nas relações familiares. “Os conflitos, as interações e as desagregações fazem parte do universo simbólico e particular da família, com intervenções diretas na saúde de seus membros” (BRASIL, 2001).

Há, no entanto, que se considerar que o fato de essa política ter elegido a família como foco da atenção não significa que a integralidade do cuidado seja alcançada. Para que a integralidade seja um fato, as ações dos profissionais precisam ser também integrais (BRASIL, 2001).

Um dos obstáculos que se apresentavam para a efetivação da integralidade nas práticas de saúde era o modelo de atenção vigente – centrado na doença e na sua cura. Dessa forma, o modelo da Atenção Básica foi implantado com o objetivo de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o antigo modelo. Este se pautava especialmente na assistência à demanda espontânea, em um constante ciclo de acúmulo de doença, de consultas médicas, medicalização e alívio sintomático de enfermidades. O PSF surge então como uma estratégia para a reordenação desse modelo, e, nesse sentido, o programa prioriza ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas assistidas, de forma integral e contínua, de acordo com os princípios do SUS, tendo a família como foco principal do cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

No cenário internacional, alguns órgãos políticos e sociais já atentavam para a necessidade da criação de políticas públicas dirigidas às famílias. Um exemplo foi a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada na cidade do Cairo em 1994. Essa conferência propôs um Plano de Ação validado por 179 países, no qual a família é assinalada enfaticamente como unidade básica da sociedade e por isso deveria ser fortalecida. Os objetivos traçados em relação à família requeriam, entre outros, a elaboração de políticas e leis que a apoiassem e contribuíssem para sua estabilidade (RIBEIRO, 2004).

Para a referida autora, os programas de inserção da família nos cenários das políticas públicas e de saúde brasileiras ganharam impulso na década de 1980. Essa inserção foi fruto de interesses diversos, como os da sociedade civil, do Estado e de organismos internacionais.

Uma indagação útil nesse momento seria entender quais foram as motivações histórico- políticas que impulsionaram a inclusão das famílias na agenda das políticas públicas, em especial na atenção básica.

De acordo com o documento do Ministério da Saúde intitulado “Saúde da família: panorama, avaliação e desafios” (2005, p.16), a eleição da família como foco de atenção do PSF se deu por três motivos:

(1)os reais objetos da atenção à saúde das ESF se orientam pela Promoção da Saúde. Promover a saúde em um campo multidisciplinar e multissetorial, no qual a família desempenha papel fundamental para a construção de hábitos saudáveis; (2) a nossa sociedade é organizada mantendo como célula central a família, compreendendo toda a complexidade e diversidade em que as famílias contemporâneas se constituem. O núcleo familiar funciona como tradutor de toda uma dinâmica social, microrreproduzindo conflitos, dificuldades, necessidades e outras questões que afetam o equilíbrio do processo saúde e doença; (3) o restabelecimento da saúde e sua manutenção se dão por meio do cuidado e a família é prioritariamente provedora de cuidados.

Em contraposição ao PAISM, em que o foco da atenção era somente na mulher, o PSF, ao incluir a família como centro do cuidado, avança no sentido de mudança do modelo assistencial e também no sentido da integralidade. De acordo com Pinheiro e Mattos (2006, p. 93), é essa centralidade na família, a qual “passa a ser objeto de atuação dos profissionais e gestores dos serviços, que tem na associação indivíduo/espço/domicílio, a ideia que melhor retrata o contexto sócio-histórico em que os indivíduos estão inseridos”.

Nesse sentido, o que se destaca nessa estratégia é a mudança do objeto de atuação dos atores envolvidos com a saúde. Ao deslocar o foco de sua atenção procurando centralizar as ações não só no indivíduo, mas também na família, além de contribuir para uma reorientação do modelo de saúde, o programa busca cumprir a integralidade, abordando o indivíduo de forma mais ampliada.

De acordo com Vasconcelos (1999), um dos debates políticos importantes que polarizou os profissionais envolvidos no processo de mudança do setor de saúde nas décadas de 1980 e 1990 foi sobre qual modelo de atenção primária à saúde deveria ser implantando no Brasil. De um lado, havia a proposta do médico da família, que trazia como consequência uma centralização do serviço na figura do médico; de outro lado, havia a proposta trazida das experiências alternativas de saúde comunitária, gestadas na Igreja Católica e possuíam estreita relação com os movimentos sociais emergentes. Essas experiências se baseavam no trabalho de equipe e na relação educativa com a população e caracterizavam-se ainda pela falta de recursos materiais e pela criatividade no uso de recursos locais, no que eram criticadas como se propusessem uma adaptação barata e sem qualidade da medicina para os pobres.

A família ressurgiu então no debate político brasileiro durante os anos de 1990, trazida em parte pelo problema da criminalidade de crianças e adolescentes que viviam nas ruas e de epidemias de dengue e cólera. Esses acontecimentos

evidenciaram as limitações dos serviços de saúde existentes, principalmente em se tratando da implementação de ações de promoção da saúde mais integradas ao cotidiano da população (VASCONCELOS, 1999).

Diante desse quadro de limitações do sistema de saúde brasileiro, expandiu-se em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS. O Programa tem sua história iniciada no Ceará em 1987, no novo governo estadual eleito pelo povo e da ocorrência de uma seca de grandes proporções. O programa pioneiro surgiu em 1987, quando o governo cearense recrutou 6.000 mulheres pobres, conhecidas e respeitadas pela comunidade, remunerando-as com um salário mínimo para trabalharem como agentes de saúde. Em um treinamento de três dias, elas seriam capacitadas por um profissional de saúde, que se tornaria responsável pela sua supervisão, em atividades pontuais de atenção primária relacionadas a gestantes e a crianças, como: incentivar o aleitamento materno, levar crianças para vacinação e encaminhar gestantes ao pré-natal, além de cuidados de higiene com as crianças. Devido aos resultados altamente positivos e também a melhoras nos indicadores de mortalidade infantil, o governo do Ceará instituiu o Programa Agentes de Saúde – PAS, que se tornou o programa pioneiro no Brasil (CORREIA, 2008).

Baseado nessa experiência, o PACS foi criado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de expandir a ideia de focar a família como unidade do cuidado dentro do contexto das práticas de saúde. O PACS também lançou a noção de saúde preventiva e da integração da comunidade com o Agente Comunitário de Saúde – ACS. Pode-se, por isso, afirmar que esse programa é um antecessor do PSF (VIANA; DAL POZ, 2005).

Já no ano de 1993 o Ministério da Saúde, em atenção aos secretários municipais de saúde, organizou uma reunião sobre o tema “Saúde da Família”, a fim de elaborar estratégias para operacionalizar a rede básica de saúde, que se encontrava em expansão desde a implantação do PACS. O PSF constituiu-se como processo de reforma incremental do SUS e recebeu a missão de estruturar a organização dos serviços públicos de atenção básica no Brasil.

O ano de 1994 foi eleito pela Organização das Nações Unidas como o “Ano Internacional da Família” e constituiu-se como o marco histórico brasileiro de oficialização das famílias na agenda pública e política com a implantação do Programa de Saúde da Família (RIBEIRO, 2004).

Inicialmente, quando implantado em 1994, o PSF foi concebido como um programa e no ano de 1997 passou a ser defendido pelo Ministério da Saúde como

uma estratégia, em que ficou estabelecido, em vez de PSF, em Estratégia de Saúde da Família, uma vez que suas especificidades fogem da concepção usual de outros programas criados pelo Ministério. Segundo Lima (2005), o PSF passou a ser entendido como uma estratégia, pois o seu modo de organização não consiste em realizar ações programáticas e pontuais e muito menos se caracteriza como um projeto-piloto alternativo do SUS.

O PSF é tido como uma estratégia que visa reorganizar o modelo da prática assistencial – até então centrada no hospital e no curativismo – para a prática preventiva (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997). Entretanto, apesar da mudança de nomenclatura, optou-se por conservar PSF, devido à maior familiaridade das pessoas com esse termo.

De acordo com um estudo feito pelo Ministério da Saúde, que avaliou a implementação do PSF em 10 grandes centros urbanos (2002) no desenvolvimento de suas atividades, as Equipes de Saúde da Família – ESFs devem conhecer as famílias do território de abrangência; identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade; elaborar um plano e uma programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença; desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e, ainda, prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade, no âmbito da Atenção Básica.

Quanto à operacionalização do PSF, este é orientado pela lógica territorial², pelo contato direto com as famílias e pela criação de vínculos que desenvolvam entre os profissionais e os usuários a corresponsabilidade pelo cuidado, a participação na elaboração e desenvolvimento das ações (BRASIL, 2002).

O vínculo que se estabelece entre o PSF e a comunidade é construído principalmente pelo trabalho do ACS, que tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde por meio de visitas domiciliares e ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade. Os ACSs deverão residir na área de abrangência do PSF, pois se acredita que a vivência diária desse com a população propiciasse o desenvolvimento

² “O espaço-território, muito além de um simples recorte político-operacional do sistema de saúde, é o *locus* onde se verifica a interação população-serviços no nível local. Caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço singulares, com problemas e necessidades de saúde determinados, os quais, para sua resolução, devem ser compreendidos e visualizados espacialmente por profissionais e gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde” (GONDIM *et al.*, 2008, p. 2).

de habilidades que lhes possibilitassem identificar os problemas de saúde das famílias por eles acompanhadas. O fato de o ACS ser um membro da comunidade facilita também a leitura e o entendimento dos códigos, da cultura e da linguagem da população. Dessa forma, o agente é o principal ator na construção do vínculo entre o PSF e a comunidade, pois conhece melhor que qualquer outro membro da ESF as reais necessidades de saúde da população.

As visitas domiciliares de médicos, enfermeiros e auxiliares são realizadas somente em situações especiais identificadas pelos agentes, como nos casos de idosos em situação de abandono e, ou, com dificuldade motora, acamados e com feridas, visitas de puerpério, entre outras (BRASIL, 2009).

Quanto à composição, as ESFs são formadas por, no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Isso as classifica em um modelo multiprofissional, o que não é garantia de que esses profissionais trabalhem de forma multidisciplinar. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, sendo recomendado que cada ESF assista de 600 a 1.000 famílias, o que corresponde a uma variação de 2.400 a 4.500 habitantes (BRASIL, 2002).

Diante disso, esses profissionais constituíram os objetos de estudo deste trabalho, em especial os ACS, tendo em vista que o contato deles com a população se dava de forma mais intensa e frequente, em relação aos outros profissionais da equipe.

O foco de trabalho dessas equipes deve estar em ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde da população adscrita. O trabalho desenvolvido no PSF é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e destes com o saber popular do ACS (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2004).

Segundo Ronzani e Silva (2008), o PSF é uma estratégia que vem se estendendo por todo o território nacional desde a sua criação; entretanto, o crescimento do número de equipes não implica, necessariamente, alteração real das tradicionais formas de atenção à saúde ou uma estratégia de promoção de equidade e integralidade.

CAPÍTULO 2

DIREITOS E SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

2.1. Direitos sexuais e reprodutivos: histórico e conceitos

A discussão sobre o direito e a saúde sexual e saúde reprodutiva é parte constitutiva de um debate mais amplo sobre os Direitos Humanos fundamentais instalado nas sociedades modernas, por meio de leis internacionais e nacionais, normas, institutos jurídicos, medidas administrativas e judiciais.

A saúde sexual e reprodutiva passou a fazer parte das políticas públicas de saúde, inicialmente não como um direito geral, mas como um ponto específico no âmbito dessas políticas. Os direitos e a saúde sexual e reprodutiva são conceitos desenvolvidos recentemente e representam uma conquista histórica, fruto da luta pela cidadania e pelos direitos humanos e ambientais (CORRÊA; ÁVILA, 2003).

As questões relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos fazem parte da temática mais ampla dos Direitos Humanos e também fazem alusão às questões da cidadania moderna, pensadas a partir dos princípios do Iluminismo do século XVIII. Já neste século o economista e pastor da Igreja Anglicana, Thomas Malthus (1766-1834), apresentou uma tendência bastante pessimista em relação ao crescimento desenfreado da população. Malthus afirmava que a população tendia a crescer mais rápido do que os meios de subsistência e por isso seria necessário criar medidas de controle da natalidade. O pastor não separava a atividade sexual da reprodução e era

contra os métodos contraceptivos e o aborto e, ainda, pontuava que o casamento tardio e a abstinência sexual dos não casados seriam as únicas formas aceitáveis de controlar a natalidade (CORRÊA *et al.*, 2003)

Como previa Malthus em relação ao aumento demográfico, as décadas de 1950 e 1960 de fato foram marcadas pelo maior crescimento populacional de toda a história da humanidade. Com esse acontecimento alguns demógrafos defendiam a criação de políticas demográficas que reduzissem a fecundidade, ainda que de forma coercitiva. E é nesse cenário de alto crescimento demográfico que a ONU organizou as primeiras Conferências Internacionais de População e Desenvolvimento, para discutir estratégias e políticas voltadas para a reprodução.

Na segunda metade do século XX aconteceram cinco importantes Conferências Mundiais sobre População. A primeira foi em Roma no ano de 1954, seguida por Belgrado em 1965, Bucareste em 1974, México em 1984 e Cairo em 1994. Em todas essas conferências a preocupação entre o crescimento da população *versus* o desenvolvimento sempre esteve presente nas pautas de discussões. Em Roma, os países desenvolvidos defendiam a ideia de que o alto crescimento populacional poderia representar um entrave para o desenvolvimento econômico. Em Belgrado, iniciou-se a discussão sobre os métodos contraceptivos e a legalização do aborto, já em Bucareste os países de Terceiro Mundo se aliaram na defesa de teses natalistas, alegando que o crescimento populacional seria um sinal de afirmação nacional, em que o controle de natalidade e a adoção de medidas para o seu controle seria uma intromissão dos países ricos sobre a soberania dos países pobres (CORRÊA *et al.*, 2003)

Dez anos depois, os referidos autores relatam que as preocupações com o crescimento desenfreado da população ainda permanecia na pauta dessas conferências. No México em 1984, a pauta oficial se baseou na defesa da estabilização da população mundial dentro do mais rápido período possível, de maneira a contribuir para a melhora do padrão de vida dos países em desenvolvimento. Contudo, o debate sobre população e desenvolvimento se tornou ainda mais complexo, quando nos anos de 1970 os temas mulher, meio ambiente e direitos humanos também passaram a pautar as discussões sobre população.

À luz da II Conferência Internacional de Direitos Humanos realizada em Viena no ano de 1993, foi realizada na cidade do Cairo, em 1994, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD). Nessa conferência,

ênfatizou-se que os direitos das mulheres são direitos humanos e que, portanto, deviam estar incluídos na agenda das políticas desses direitos.

A Conferência do Cairo avançou bastante, em se tratando da mudança do enfoque puramente econômico e político dado ao “problema populacional”, ao destacar que as questões relacionadas à reprodução deveriam também fazer parte dos Direitos Humanos. Estabeleceu ainda como enfoque central, além das questões populacionais, o direito de cada indivíduo a uma saúde sexual e reprodutiva plena em todas as fases da vida e a garantia de acesso aos meios para exercer tal direito (SILVA; RIBEIRO, 2008).

O Programa de Ação da CIPD do Cairo foi resultado de um consenso assinado por 179 países e propiciou uma mudança fundamental de paradigmas das políticas populacionais para a defesa das premissas de direitos humanos, bem-estar social, igualdade de gênero e do planejamento familiar para as questões da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos. O conceito de direitos reprodutivos foi amplamente debatido nessa conferência, e de acordo com o que fora discutido esses direitos devem ser pautados no reconhecimento do direito básico de que tanto os casais quanto os indivíduos solteiros possuem livre decisão sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos, bem como no direito de ter informações sobre o planejamento familiar e gozar de uma vida sexual livre de discriminação e violência. O documento do Cairo foi o primeiro texto adotado internacionalmente, em que ficou registrada a expressão “direitos reprodutivos” (CORRÊA; ÁVILA, 2003). Os direitos reprodutivos foram reconhecidos como parte dos direitos humanos básicos, e pressupõe-se que, sendo um direito, cabe aos Estados o provimento de políticas e recursos que os garantam a toda a população.

De acordo com Corrêa *et al.* (2003), a Conferência do Cairo estabeleceu acordos internacionais que foram aceitos por quase duas centenas de países. Esses acordos foram assumidos e ampliados na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada na cidade de Beijing, em 1995. Essa conferência revelou a distância das mulheres dos espaços de poder e sugeriu a inclusão da perspectiva de gênero como forma de superação dos desequilíbrios mundiais. O conceito de direitos sexuais e reprodutivos formulados em Beijing busca superar as desigualdades de gênero:

Os direitos humanos das mulheres incluem seu direito de controle e decisão, de forma livre e responsável, sobre questões relacionadas a sexualidade, incluindo-se a saúde sexual e reprodutiva, livre de coerção,

discriminação e violência. A igualdade entre homens e mulheres no que diz respeito à relação sexual e reprodução, incluindo-se o respeito à integridade, requer respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades pelos comportamentos sexuais e suas consequências (Plataforma de Ação, parágrafo 96 *apud* CORRÊA *et al.*, 2003, p. 9).

Ao reconhecer que homens e mulheres são igualmente responsáveis pelos aspectos ligados à reprodução e à vida sexual, essa conferência avança em relação a todas às outras. No entanto, Corrêa (2004) salienta que essa legitimação dos direitos humanos das mulheres não foi acompanhada ao longo desses anos por um avanço semântico equivalente, no que se refere aos direitos humanos no campo da chamada diversidade sexual. Em outras palavras, dos direitos civis, políticos e econômicos de homossexuais, lésbicas, bissexuais, transexuais, transgêneros e de trabalhadores e trabalhadoras do sexo.

O documento elaborado pelo Ministério da Saúde (2006, p. 6), que trata dos “Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais”, corrobora a afirmativa de Corrêa sobre a legitimação dos direitos da mulher ao pontuar que “na sociedade em que vivemos as questões relativas à anticoncepção são tradicionalmente vistas como de responsabilidade exclusiva das mulheres”. Essa realidade desencadeia desigualdades de gênero, refletindo negativamente sobre as condições de saúde das mulheres, que acabam sobrecarregadas com as funções sociais de ser mãe, somadas às funções no trabalho e na comunidade. Diante disso, o Ministério propõe aos profissionais de saúde que, ao desenvolverem ações de saúde sobre o planejamento familiar, que busquem criar/incentivar parcerias igualitárias entre os parceiros e o compartilhamento de responsabilidades, através da inclusão dos homens nas questões da reprodução e da vida sexual.

O acesso à contracepção caracterizou-se como uma das principais reivindicações do movimento de mulheres no campo dos direitos reprodutivos e direitos sexuais, durante a década de 1960. Assim, as questões relativas à vivência de uma sexualidade plena e livre de riscos, ao controle do próprio corpo e ao direito de decidir sobre como e quando ter filhos constituíram-se em temas centrais de reflexão desse grupo (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2008).

Como havia sido comentado no Capítulo 1, as décadas de 1970 e 1980 foram marcadas por diversas lutas sociais em busca de melhores condições de saúde para as mulheres. No Brasil, a atuação de grupos autônomos, organizações não governamentais e governamentais de mulheres foi decisiva para a definição de uma

posição de respeito à cidadania da mulher. Diante das reivindicações de diversos movimentos sociais, principalmente o feminista, os direitos reprodutivos passaram a fazer parte dos centros de debate que visavam criar a nova Constituição Brasileira.

Dessa forma, no final dos anos de 1980 o direito ao planejamento familiar foi consagrado através da Constituição Federal de 1988, no parágrafo 7º do artigo 226, disposto no capítulo Da Família, da Criança, do Adolescente e do Idoso. O texto constitucional apresenta diversas diretrizes para o planejamento familiar, entre as quais podem ser citadas a liberdade de decisão do casal e a responsabilidade do Estado em prover recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, sem coerção por parte de instituições oficiais e privadas (BRASIL, 1988).

Conforme apontado por Alves (2004), o importante a ser observado é que a discussão sobre planejamento familiar saiu do nível coletivo/macro/social para o nível particular/micro/individual. Além disso, o debate saiu das áreas econômicas e ideológicas para a área da saúde e do enfoque controlismo *versus* natalismo para o enfoque dos direitos humanos.

Se considerar um panorama global, observa-se que desde 1994 o Brasil viveu diferentes momentos políticos e econômicos que têm afetado as políticas de saúde, mas, de modo geral, pode-se dizer que um evidente avanço aconteceu desde a consolidação do SUS, principalmente no que se refere à descentralização, à participação e aos programas de atenção primária da saúde, que incluem a saúde sexual e reprodutiva (DIAZ *et al.*, 2004).

Além do PAISM, uma das conquistas recentes no campo da saúde sexual e reprodutiva foi a sanção da Lei 9.263, em 12 de janeiro de 1996. Essa lei regulamenta a questão do Planejamento Familiar no Brasil e atualmente é colocada em prática através da Política Nacional de Planejamento Familiar, a qual estabelece um conjunto de ações de regulação da fecundidade, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

O planejamento familiar deve ser trabalhado dentro de uma perspectiva de atendimento global e integral à saúde e inclui atividades básicas como assistência à concepção e contracepção, o atendimento pré-natal, a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato, o controle de doenças sexualmente transmissíveis e o controle e prevenção do câncer cervicouterino, de mama e de pênis (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2008).

De acordo com o texto da Lei 9.263, artigo 4º, “o planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade” (BRASIL, 1996). Entretanto, apesar desses avanços nas políticas de saúde sexual e reprodutiva, o estudo de Alves (2004) demonstra que muitas das concepções corretas firmadas na legislação e nos planos governamentais ficam apenas no papel ou possuem aplicação bastante limitada.

Quanto ao conceito de direitos sexuais, sua formulação inicial se deu na década de 1990, no âmbito dos movimentos gay e lésbico europeu e norteamericano, sincronizado com alguns segmentos do movimento feminista, os quais consideram a sexualidade como domínio fundamental para compreender e transformar a desigualdade de gênero. Esses movimentos lutavam contra a hegemonia do modelo heterossexual imposto, como se esse fosse o único modo normal de se vivenciar a sexualidade (CORRÊA; ÁVILA, 2003).

As referidas autoras asseveram que, em grande medida, os esforços no sentido de clarificar e refinar os conteúdos dos direitos sexuais chamam atenção para o fato de que, ao contrário dos direitos reprodutivos que surgiram e amadureceram no campo feminista, o refinamento dos direitos sexuais exigiu o envolvimento de outros atores e perspectivas, como lésbicas, gays, travestis, transgêneros, trabalhadores do sexo, homossexuais, bissexuais, entre outros.

Essa exigência tornou essa tarefa bastante complexa. Uma das dificuldades de compreender as diferenças conceituais e políticas entre direitos sexuais e reprodutivos, de acordo com Corrêa (2004), vem da persistência no campo político propriamente dito, de uma divisão artificial e perversa de trabalho e de interesses. Por um lado, as feministas tratam de direitos reprodutivos; por outro, os gays, as lésbicas tratam de direitos sexuais. Essa divisão tem dificultado o debate e o avanço conceitual em relação aos dois conceitos.

De acordo com Corrêa *et al.* (2003), o tema dos direitos sexuais traz à cena as questões da sexualidade e abre a possibilidade de separar o sexo da reprodução. Além disso, emergiram também as questões da sexualidade individual e das possibilidades da sexualidade não heterossexual.

Jeffrey Weeks (2007) explica que a heterossexualidade remonta ao século XX e foi o termo utilizado para designar o padrão normal do comportamento sexual. A invenção dessa terminologia marcou um estágio crucial na delimitação e definição

modernas da sexualidade e desde então se tornou o quadro de referência que é tomado como dado para o modo que pensamos. No entanto, há que se atentar que atualmente existem formas bastante diferentes de se expressar a sexualidade, e essas precisam ser respeitadas e valorizadas.

Corrêa (2004) pontua que desde 1996, quando se deu a legitimação dos direitos sexuais, eles têm sido predominantemente aplicados associadamente aos direitos reprodutivos, ou seja, como um instrumento político para tratar de questões da reprodução e não exatamente para assegurar prerrogativas no campo das sexualidades. Sobretudo, o termo direitos sexuais tem sido utilizado com base na sua aceção heterossexual e, em geral, sob o manto mais aceitável (e bem comportado) da saúde.

O Ministério da Saúde, em cartilha sobre os “Direitos Sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais” do ano de 2006, p. 4, procura em seu texto valorizar e respeitar as diversas formas de expressão da sexualidade ao definir que os direitos sexuais deverão compreender o “direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições e com respeito pleno pelo corpo do(a) parceiro(a)”. Ainda reforça o direito que cada indivíduo tem de expressar livremente sua orientação sexual, qualquer que seja e o direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa ou falsas crenças. Todavia, segundo Corrêa e Ávila (2003) o uso da terminologia saúde da mulher tem sido empregado no Brasil desde 1984 para designar o conceito de direitos reprodutivos. Isso se deu quando um grupo de feministas brasileiras retornou do I Encontro Internacional de Saúde da Mulher realizado em Amsterdã, onde o termo “direitos reprodutivos” foi introduzido por feministas norteamericanas. Elas acreditavam que a introdução desse termo favoreceria um consenso global de que esse era um conceito mais completo e adequado do que simplesmente “saúde da mulher”.

A proposta dos grupos de mulheres era avançar até uma nova conceitualização das questões ligadas à saúde das mulheres, em que a mulher fosse colocada no centro e que fosse reconhecida como “sujeito” e não como “objeto” dos programas. Propunha ainda que as políticas de saúde reprodutiva deviam ter como meta o bem-estar das pessoas e o melhoramento de sua qualidade de vida, e que os problemas de saúde deviam ser entendidos no contexto dos direitos das pessoas a decidir, de maneira livre e informada, sobre quantos filhos desejam ter. No Brasil, os movimentos de mulheres tiveram atuação fundamental ao longo dos anos de 1980,

lutando pelos direitos das mulheres pela justiça social e pela democracia, incorporando como prioritários na sua agenda o tema da saúde da mulher e dos direitos reprodutivos. (DIAZ *et al.*, 2004)

Os referidos autores, contudo, pontuam que, para os Estados que ratificaram os documentos oriundos das conferências anteriormente citadas pudessem implementar políticas públicas de promoção e atenção a saúde sexual e saúde reprodutiva, muitos esforços foram e continuam sendo lançados cotidianamente pela gestão pública e pela sociedade civil organizada.

A fusão entre os direitos reprodutivos e a saúde reprodutiva, embora muito habitual, é problemática. Essa interpretação pode, em certa medida, “diluir o significado do direito como prerrogativa de autonomia e liberdade dos sujeitos humanos nas esferas da sexualidade e da reprodução” (CORRÊA; ÁVILA, 2003, p. 29). Mas essas autoras pontuam que o vínculo entre direitos e saúde tem méritos inequívocos, pois um sistema público de saúde universal e gratuito como o SUS constitui um dos pilares inegociáveis do “ambiente favorável” para a promoção da igualdade e do exercício pleno dos direitos reprodutivos e sexuais.

2.2. Saúde sexual e reprodutiva: conceitos e implicações

A saúde sexual e a saúde reprodutiva ocupam lugar importante na construção da igualdade de gênero e na construção de autonomia de homens e mulheres para a vivência da sexualidade livre de preconceitos. Ao falar de livre exercício da sexualidade, entende-se que as pessoas possuem o direito de obter informações e condições que lhes proporcionem tomar decisões e assumir as responsabilidades pelas suas escolhas.

Corrêa *et al.* (2003) pontuam que, apesar de usarmos os termos saúde sexual e reprodutiva juntos, é preciso ficar claro que se trata de duas dimensões diferentes, pois a atividade sexual não implica necessariamente reprodução. Esta, por sua vez, geralmente envolve a atividade sexual, mas com as novas tecnologias de fertilização *in vitro* a reprodução pode acontecer sem que haja intercuro sexual.

De acordo com Corrêa e Ávila (2003), a noção de saúde reprodutiva aparece pela primeira vez na década de 1980, no âmbito da Organização Mundial de Saúde. A formulação dessa noção visava ampliar a perspectiva convencional do controle demográfico e do planejamento familiar. Já o conceito de saúde sexual foi formulado

na década de 1990, sob o impacto da pandemia de HIV/ AIDS. Ambas as definições foram debatidas e consagradas nos programas de ação das conferências do Cairo e de Beijing.

O conceito de saúde reprodutiva formulado durante a Conferência do Cairo definiu novos paradigmas, pois introduziu no debate sobre saúde a questão da integralidade. Trata-se de um conceito bastante abrangente que engloba aspectos relacionados à vida sexual, aos direitos reprodutivos, à assistência à saúde e à saúde sexual.

[...] A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória e tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Implícito nessa última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de ter acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, bem como métodos de regulação da fecundidade, que não sejam contrários a lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que dêem à mulher condições de atravessar, com segurança, a gestação e o parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva. Isso inclui também a saúde sexual, cuja finalidade é a intensificação das relações vitais e pessoais e não simples aconselhamento e assistência relativos à reprodução e a doenças sexualmente transmissíveis (CIPD, Programa de Ação, parágrafo 7.2 *apud* CORRÊA; ÁVILA, 2003, p. 65).

O conceito de saúde reprodutiva apresentado nessa definição busca romper com a noção fixa de que a reprodução seja tratada e entendida como um dever ou um destino feminino e passa a situá-la como um direito, ao definir que as pessoas são livres para escolher se querem ou não ter filhos. Corrêa *et al.* (2003) salientam que essa concepção de saúde reprodutiva dá um passo à frente, ao incorporar explicitamente os homens na dimensão reprodutiva e incluir a noção de saúde sexual.

A relação dos homens ante à sexualidade e à reprodução está inscrita em um padrão de relações sociais baseado na desigualdade de gênero, e a alteração desse padrão significa ruptura com a ordem patriarcal instituída pelos próprios homens. Esse modelo, conforme aponta Ávila (2003), é marcado pela hegemonia dos homens e distancia-os dos cuidados paternos, libera-os da responsabilidade com a prevenção de uma gravidez e, ainda, das doenças sexualmente transmissíveis. Dessa maneira, o conceito de saúde reprodutiva formulado no Cairo procura, de certa forma, alterar

esse modelo, em que a responsabilidade pela concepção, contracepção e prevenção das DSTs seja igualmente compartilhada por homens e mulheres.

O fato de a Conferência do Cairo ter colocado a autonomia sexual da mulher no centro das propostas de saúde reprodutiva representa, de acordo com Vilella (2000), um avanço na conquista da cidadania das mulheres. Todavia, a autora chama atenção sobre como a incorporação dessa autonomia feminina se consolida nas práticas de saúde. A referida autora ainda aponta para a necessidade de desvincular o conceito de saúde reprodutiva da saúde sexual, pois o que de fato está em jogo ao fazer essa desvinculação é a possibilidade de o desfrute da vida sexual ser assumido como um direito das mulheres, mesmo que elas não optem por serem mães.

De acordo com Hera (1999 *apud* CORREA *et al.*, 2003, p. 9), a saúde sexual deve ser compreendida como a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade. A saúde sexual deve possibilitar ao indivíduo experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na autoestima. Ainda preza pelo valor à vida, pelas relações pessoais e pela expressão da identidade própria da pessoa. “Ela é enriquecedora, inclui o prazer, estimula a determinação pessoal, a comunicação e as relações”.

Segundo Vilella (2000), quando a saúde sexual busca incluir o exercício livre da sexualidade como elemento fundamental de autonomia feminina, ela procura relacionar as mulheres não como objetos das práticas de saúde, mas como sujeitos físicos e sociais.

Apesar dos avanços internacionais e dos esforços do movimento de mulheres e feminista no sentido de adequar a legislação e as políticas nacionais aos acordos do Cairo e de Beijing e do reconhecido avanço ocorrido nos campos da saúde sexual e reprodutiva no Brasil desde o PAISM, de acordo com documento da Rede Feminista de Saúde (2008) as mulheres brasileiras continuam sofrendo discriminação e são vítimas de processos de exclusão nos serviços de saúde, que persistem com ações de saúde fragmentadas e inacessíveis para alguns grupos de mulheres. O acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, com atendimento integral e humanizado, infelizmente não está disponível ainda para todas as mulheres, sendo isso um exemplo claro das desigualdades sociais e iniquidades de gênero. Assim, o entendimento que os profissionais possuem sobre outras dimensões que estão vinculadas à saúde sexual e reprodutiva pode representar um diferencial nos resultados a serem obtidos com as práticas de saúde. Dimensões essas que devem

compreender, entre outras coisas, a sexualidade, o corpo, o sexo e o gênero. No entanto, essas dimensões devem ser pensadas como construções históricas e sociais.

Diaz *et al.* (2004), desse modo, apontam que essas ações deveriam incluir o reconhecimento do impacto que a subordinação das mulheres tem sobre a saúde e buscar meios para romper com essa situação. Além disso, o modelo de oferta de ações que se têm atualmente é totalmente medicalizado e medicalocêntrico, o que reforça ainda mais os esquemas de dominação sobre as mulheres e muitas vezes as mantêm alienadas dos seus corpos e de suas necessidades como sujeitos sociais. Considera-se, portanto, que trabalhar a saúde desses corpos desvinculada das construções sociais que fazem parte pode, de fato, dificultar a efetivação da integralidade.

Por fim, vale ressaltar que, para o exercício efetivo dos direitos e da saúde sexual e reprodutiva, é necessária uma transformação da lógica, na qual está baseado o sentido das leis que dizem respeito ao exercício da reprodução e das relações amorosas e sexuais. Uma transformação capaz de deslocar o princípio lógico da reprodução e do controle para o princípio da cidadania e da liberdade. Para Ávila (2003), políticas públicas dirigidas ao campo sexual e reprodutivo devem ser formuladas e executadas levando em conta as desigualdades de gênero e as impactos que esse tipo de desigualdade pode ter sobre a saúde das pessoas.

CAPÍTULO 3

CORPO, SEXUALIDADE E GÊNERO

3.1. A construção cultural do corpo e da sexualidade e a categoria gênero

A história do corpo, bem como da descoberta dos sexos, é extremamente importante para compreender as concepções e noções que foram formadas pelos discursos médico, filosófico e antropológico a respeito do corpo, da sexualidade e de gênero. É importante também para uma ampliação das concepções que se constroem em torno desses temas, os quais, muitas vezes, eram e continuam sendo compreendidos dentro de um universo estreitamente biológico.

De acordo com Laqueur (2001), no final do século XVIII ainda prevalecia a noção galênica do corpo e do modelo de sexo único. Nessa concepção, o sexo masculino era definido como o modelo perfeito, a partir do qual o corpo feminino fora descrito. A mulher era considerada um homem virado para dentro; a vagina era vista como um pênis interno, os lábios como o prepúcio, o útero como o escroto e os ovários como os testículos.

Já por volta de 1800 o antropólogo Jacques Louis Moreau contestou essa definição galênica do corpo, afirmando que “não só os sexos eram diferentes, mas os corpos femininos eram diferentes em todo aspecto concebível do corpo e da alma, em todo aspecto físico e moral”. Durante grande parte do século XVII, “ser homem ou ser mulher era manter uma posição social, assumir um papel cultural, e não

pertencer organicamente a um sexo ou a outro” (LAQUEUR, 2001). A diferença entre o masculino e o feminino era enfatizada, mas não se pautava no conhecimento da diferença anatômica; o sexo era então uma categoria sociológica.

No final do século XVIII houve um clamor para que os anatomistas e cientistas da época encontrassem as diferenças corporais exatas. Passou-se, então, ao estudo de uma anatomia descritiva que de fato diferenciasse o corpo masculino e o corpo feminino. Entretanto, foi somente no início do século XIX que o modelo dos dois sexos foi elaborado. As diferenças entre homens e mulheres passaram a ser impressas nos corpos, e isso determinava os lugares e funções que ambos desempenhariam na sociedade. Aquele autor relata que os órgãos reprodutivos femininos passaram a receber nomes diferentes dos órgãos masculinos. Todavia, as técnicas utilizadas para essa diferenciação eram fundamentadas na análise anatômica comparada ao corpo masculino, o modelo ideal.

Martins (2004) corrobora a ideia de Laqueur ao afirmar que, nos séculos XVIII e XIX, os anatomistas descreveram cada detalhe do corpo com a finalidade de encontrar evidências da diferença sexual. Utilizando o método comparativo, os anatomistas estabeleciam comparações de tamanho, forma, volume e peso, pois acreditavam que o sexo não estava restrito aos órgãos sexuais; ele também estava vinculado a outras estruturas anatômicas e bioquímicas do corpo.

A descoberta das diferenças sexuais pelas ciências biológicas contribuiu para a reabilitação de um órgão exclusivo das mulheres que acabou se tornando um verdadeiro objeto do discurso médico: o útero. Os anatomistas da época acreditavam que “as mulheres deviam seu temperamento aos seus órgãos reprodutivos, especialmente ao útero”. E esse órgão, por sua vez, ligou a mulher a um importante papel social: o de ser mãe. Entretanto, o útero também era visto como fonte de doenças e de exaltação sexual. O aparelho reprodutivo, em especial, passou a ter significado relevante: “fundamentar e justificar as desigualdades de gênero na vida pública e privada” (MARTINS, 2004).

Nos séculos XVIII e XIX, as mulheres e a sexualidade foram objetos de uma vasta produção discursiva; os cientistas e homens cultos da época preocupavam-se em entender a especificidade feminina e sua natureza. Essa produção buscava formular discursos a respeito das relações sociais entre homens e mulheres, o que passou a definir os papéis sociais. Ser homem ou ser mulher passou a ser uma determinação física, condicionada pelas diferenças dos corpos (MARTINS, 2004).

Essa nova forma de interpretar o corpo, conforme aponta Laqueur (2001), não foi consequência somente do conhecimento científico, a epistemologia e a política também exerceram forte influência. A explicação epistemológica procura desmistificar as noções que se formaram em torno do corpo, onde todas as semelhanças entre os corpos estavam confirmadas a um único plano: a natureza. Dessa forma, as diferenças sexuais eram explicadas pela ciência e fundamentavam o sexo. A explicação política revela que havia intermináveis lutas pelo poder e posição na esfera pública durante os séculos XVIII e XIX, e isso influenciou sobremaneira a interpretação do corpo, em que a anatomia sexual distinta era utilizada para apoiar ou negar todas as formas de reivindicações em uma variedade de contextos sociais, econômicos, políticos, culturais ou eróticos.

Nesse sentido, Laqueur assevera que só houve interesse em distinguir os dois sexos, quando as diferenças entre eles se tornaram politicamente importantes. Até meados de 1759, havia apenas uma estrutura básica do corpo humano: a masculina, por isso, quando as diferenças foram descobertas, elas já eram, na própria forma de sua representação, profundamente marcadas pela política de poder do gênero. Dessa forma, o sexo foi usado como o termo para designar as diferenças anatômicas entre homens e mulheres. Entretanto, o trabalho de Laqueur demonstra também que os significados associados a essas diferenças são históricos e sociais. Para descrever a diferença social entre homens e mulheres, surgiu o termo gênero (WEEKS, 2007).

O instrumento utilizado pela medicina e política da época para diferenciar o sexo masculino do feminino foi a biologia. Entretanto, procurar a solução na anatomia e fisiologia talvez seja o caminho mais fácil e evidente de se chegar à diferença entre os sexos, mas os significados atribuídos a cada sexo se constroem na e pela cultura. É comum no campo da medicina que a busca pelas diferenças entre homens e mulheres sejam baseadas fundamentalmente nas explicações biológicas, pois é com base em dados científicos que a medicina se fundamenta enquanto campo do saber.

Segundo Weeks (2007), embora o corpo biológico seja o lugar da sexualidade e estabelece os limites do que é sexualmente possível, a sexualidade é mais que simplesmente o corpo. Nesse sentido, a sexualidade e o corpo se constituem das crenças, ideologias e imaginações dos indivíduos. Entretanto, persiste a suposição de que a biologia ainda está presente na raiz de todas as coisas.

Nesse sentido, Goellner (2003) alerta que a biologia, assim como a cultura, é importante para entender as concepções sobre o corpo, entretanto não é somente pela biologia que o corpo deva ser explicado. Goellner expressa assim a necessidade de se romper com o olhar naturalista sobre o qual muitas vezes o corpo é observado, explicado, classificado e tratado. Ao desnaturalizar o corpo, também está se reafirmando que ele é fruto de uma construção histórica.

Já no início do século passado o antropólogo francês Marcel Mauss, no ano de 1935, em sua obra “As Técnicas Corporais”³, já alertava sobre a importância de se estudar a influência que a cultura exerce sobre o corpo. Dessa forma, Mauss buscou mostrar em seu estudo que a biologia por si só não é suficiente para explicar o corpo, pois este também é fruto do meio social e da história. Com ênfase na construção de técnicas, o autor analisa diferentes maneiras de se viver de estabelecer regras e condutas representadas pelo corpo.

Mauss salienta ainda que o conjunto de hábitos, costumes, crenças e tradições que caracterizam uma cultura também se referem ao corpo. Assim, há uma construção cultural do corpo, com valorização de certos atributos e comportamentos em detrimento de outros, fazendo que haja um corpo típico para cada sociedade. Esse corpo, que pode variar de acordo com o contexto histórico e cultural, é adquirido pelos membros da sociedade por meio da “imitação prestigiosa”, em que os indivíduos imitam atos, comportamentos e corpos que obtiveram êxito. Ainda que o ato seja exclusivamente biológico e concernente ao corpo, segundo Mauss ele impõe-se de fora.

Afirmado, pois, o valor crucial para as ciências humanas de um estudo sobre a maneira pela qual cada sociedade impõe ao indivíduo um uso rigorosamente determinado de seu corpo, Mauss atesta que “é por intermédio da educação das necessidades e das atividades corporais que a estrutura social imprime sua marca nos indivíduos”. Dessa forma, fica clara a importância da valorização da cultura e dos aspectos sociais para o estudo e noções que se têm sobre o corpo.

O corpo é, nesse sentido, muito mais que uma simples matéria que nos torna presentes no mundo. O corpo é provisório, sujeito às inúmeras intervenções e ao

³ O termo “Técnicas Corporais” foi utilizado por Mauss no ano de 1935 para explicar a “maneira como os homens, sociedade por sociedade e de maneira tradicional, sabem servir-se de seus corpos”. A técnica deve se caracterizar por um ato tradicional eficaz, pois não há técnica e tampouco a transmissão dela se não há tradição (MAUSS, 1974).

desenvolvimento científico e tecnológico de cada cultura, bem como suas leis e seus códigos morais (GOELLNER, 2003). Assim como Mauss, a referida autora aponta para outras dimensões que não somente a biológica, que também são capazes de agregar significados ao corpo, ao afirmar que:

Mais do que um conjunto de músculos, ossos, vísceras, reflexos e sensações, o corpo é também a roupa e os acessórios que o adornam, as intervenções que nele se operam, a imagem que dele se reproduz, as máquinas que nele se acoplam, os sentidos que nele se incorporam, os silêncios que por ele falam, os vestígios que nele se exibem, a educação de seus gestos. Portanto, não são as semelhanças biológicas que o definem mas, fundamentalmente, os significados culturais e sociais que a ele se atribuem (GOELLNER, 2003, p. 29).

Vale ressaltar ainda que, ao valorizar a dimensão cultural do corpo, não se está negando a sua materialidade biológica, contudo não é somente pela biologia que o corpo deve ser explicado e pensado. Louro (2007) explica que os corpos são significados pela cultura e são continuamente por ela alterados. A medicina, as aparelhagens para corrigir as anatomias defeituosas, as medicações e classificações dos segmentos corporais, de acordo com a teoria foucaultiana, compõem um conjunto de saberes e práticas que exercem certo poder sobre o disciplinamento dos corpos.

A partir disso, ao analisar as práticas médicas que se estabelecem nas sociedades modernas, pode-se perceber também essa relação de poder. O discurso médico controla e disciplina corpos, através de prescrições sobre o comportamento sexual seguro capaz de evitar doenças e sobre o planejamento familiar, interferindo muitas vezes na livre decisão dos indivíduos sobre a prática sexual e a decisão de ter ou não filhos. Ainda, conforme aponta Heilborn (2002), as estratégias de intervenção sobre o sexo em sua maioria não levam em conta a especificidade dos contextos culturais dos sujeitos. Dessa forma, as práticas educativas de saúde frequentemente tomam a perspectiva de que a transmissão de informação por si só é suficiente para promover ações relacionadas à saúde sexual e reprodutiva.

O estudo sobre o tema da sexualidade passou por distintas posições teóricas, metodológicas e políticas. Foucault (1988), o grande historiador da sexualidade, chama atenção para a importância de se pensar a sexualidade como uma construção social e histórica e não simplesmente como uma espécie de dado da natureza. A história da sexualidade é uma história de discursos através dos quais a sexualidade é

construída como um corpo de conhecimentos, que modela as formas como pensamos e conhecemos o corpo.

Nesse sentido, aquele autor descreve que os discursos que se instauraram em torno do sexo e da sexualidade demonstravam a ordem social que o sexo representava. Vários campos do conhecimento, como a medicina e a religião, criaram estratégias para saber como as pessoas vivenciavam sua sexualidade, a fim de estabelecer sobre elas o poder. A esse dispositivo Foucault (1988) denominou saber-poder. O autor rejeita o que na Europa se chamou de hipótese repressiva no início do século XVII, época em que o continente europeu enfrentava forte período de repressão. A hipótese repressiva sugeria haver forte repressão ao sexo e a ordem social que ele representava. Pelo contrário, Foucault afirma ter havido enorme incitação ao discurso do sexo, e, quanto mais o sexo era incitado ao discurso, maior era o poder que essas instituições exerciam sobre as pessoas e, conseqüentemente, maior também era o controle sobre os corpos, uma espécie de “biopoder”. Constituiu-se, assim, uma aparelhagem para reproduzir discursos sobre o sexo, não somente ampliando o domínio do que se podia dizer sobre ele, mas os seres humanos foram obrigados a estendê-lo cada vez mais.

Diante de tais reflexões, a tese de Foucault sobre a sexualidade nos ajuda a pensar na relação que se estabeleceu entre o discurso médico e o disciplinamento dos corpos: o “biopoder”. Concretamente, o poder sobre a vida desenvolveu-se a partir do século XVII, em duas formas principais que se constituem em dois polos de desenvolvimento:

O primeiro a ser formado centrou-se no *corpo como máquina*, no seu adestramento, na ampliação das aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos, tudo isso caracterizado por procedimentos de poder que caracterizam as disciplinas: anatomopolítica do corpo humano. O segundo polo se formou pela metade do século XVIII e centrou-se no *corpo espécie*, no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar; tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e controles reguladores: uma biopolítica da população (FOUCAULT, 1998, p. 151-152).

A organização do poder sobre a vida se desenvolveu em torno desses dois polos, e a instalação dessa tecnologia anatômica e biológica caracteriza, segundo Foucault, um poder cuja função mais elevada é investir sobre a vida. O autor ainda

salienta que o domínio e consciência do corpo só puderam ser adquiridos pelo efeito do investimento do corpo pelo poder. Historicamente, “os sujeitos tornam-se conscientes de seus corpos na medida em que há um investimento disciplinar sobre eles”.

Nesse contexto, a medicina tornou-se um campo de saber e de poder determinante, pois atuou intensamente na construção e manutenção de representações sobre a sexualidade, sobre os papéis masculinos e femininos e sua relação com a reprodução. Não apenas sobre o corpo da mulher, mas também sobre o corpo social – aqui entendido como população em geral – sobre homens, crianças e idosos, que passaram a ser foco de cuidados médicos, demarcando um processo denominado de medicalização (PEREIRA, 2008).

Foucault assevera que no século XVIII houve a necessidade de regular o sexo por meio de discursos úteis e públicos. O autor acrescenta que uma das grandes novidades de se exercer o poder no século XVIII foi o surgimento da população como problema econômico e político: os governos perceberam que, no lugar de “lidar somente com sujeitos, precisavam também lidar com uma população, com seus fenômenos específicos e suas variáveis próprias: natalidade, morbidade, esperança de vida, fecundidade, estado de saúde, incidência das doenças, forma de alimentação e hábitat”.

Weeks (2007), a partir da obra de Foucault (1988), pontua que a sexualidade deve ser entendida como um dispositivo histórico que se desenvolveu em um aparato também histórico e faz parte de uma rede complexa de regulação social que organizava e modelava os corpos e os comportamentos individuais.

Como medidas para regular os corpos, havia no século XVIII uma literatura de preceitos, pareceres, observações e advertências médicas, a fim de controlar a sexualidade e exercer o poder sobre os corpos, bem como uma série de normas a respeito das práticas sexuais. De acordo com Martins (2004), até meados desse mesmo século os médicos ainda prescreviam terapias apoiadas no corpo e na moralidade, as quais associavam purgantes, dietas alimentares e banhos para tratamentos de natureza moral, como proibições de leituras de romances, bebidas alcoólicas e alguns alimentos que excitavam o sangue.

Os tratados de higiene sobre as transformações físicas ocorridas no corpo das jovens descreviam, segundo aquela autora, as alterações drásticas que podiam comprometer a mente e o comportamento. Dessa forma, é possível perceber como a

medicina se preocupava com as alterações que as transformações físicas poderiam ocasionar na sexualidade e temiam os males que ela poderia desencadear.

De acordo com Weeks (2007), à medida que a sociedade se preocupava com a uniformidade moral, com a prosperidade econômica e com a higiene e saúde, intensificava-se também a preocupação com as vidas dos seus cidadãos, com o disciplinamento dos corpos e com as vidas sexuais dos indivíduos. Isso deu lugar a métodos de controle de naturezas diversas do comportamento sexual.

Muitos discursos sobre o sexo durante o século XIX e a primeira metade do século XX visam aprimorar os indivíduos na arte de controlar seus desejos sexuais, direcionando-os para a reprodução no interior de uma relação heterossexual. Os argumentos utilizados referem-se fundamentalmente à saúde física e moral, que advém de um controle efetivo dos impulsos sexuais, havendo distinção entre os preceitos médicos e pedagógicos sobre o sexo direcionados a homens e mulheres (PEREIRA, 2008).

Tomando como base a reprodução, a ciência médica fez derivar uma série de concepções sobre o corpo, a alma e o caráter das mulheres, relacionada ao exercício da maternidade. Nesse sentido, a importância da reprodução como produto da relação sexual veio sendo construída não apenas pelos discursos sobre a mulher, mas também pelo discurso sobre o sexo (VILLELA; ARILHA, 2003).

Segundo Foucault (1988), o sexo ao longo do século XIX desenvolveu-se em torno de duas vertentes; a primeira trata da biologia da reprodução desenvolvida continuamente, segundo uma normatividade científica; e a segunda trata da medicina do sexo, obediente a regras de origens diversas.

No final do século XIX, a sexologia encarregou-se de definir o sexo. Este era entendido como um fenômeno natural, expressando assim as necessidades fundamentais do corpo. No entanto, há uma vasta literatura sugerindo que a sexualidade é na verdade uma construção social e histórica. As bases que a sustentavam estavam nas possibilidades do corpo, todavia o sentido e o peso que a ela atribuímos são modelados por situações sociais concretas (WEEKS, 2007).

A abordagem biológica e reprodutiva da sexualidade sustentada por preceitos religiosos também determinou, dentro desse modelo de controle e opressão, a normalização e regulação dos comportamentos do ser humano nesse campo e, portanto, determinou padrões de normalidade e, conseqüentemente, de anormalidade. Dessa maneira, fica claro por que todo comportamento e prática sexual que não

fossem para reprodução passaram a ser considerados anormais ou, até recentemente sob o ponto de vista médico, como um desvio, uma patologia, como no caso de relações sexuais entre pessoas de mesmo sexo (FOUCAULT, 1998).

Mesmo tendo vinculado o sexo à reprodução, os biólogos e anatomistas temiam, no entanto, a sexualidade feminina, pois, ao mesmo tempo que acreditavam ser o útero um órgão divino, julgavam que dele advinham todas as doenças e a ele se atribuía também a “natureza nervosa da mulher”. As mulheres que não conseguiram controlar seus desejos e se entregavam a uma vida desregrada eram classificadas como doentes. Portanto, ao negarem a sexualidade feminina os médicos acreditavam suprimir os desejos sexuais em favor da função maior que era a de ser mãe e esposa. Diante da negação da sexualidade feminina, criava-se então uma imagem moralmente superior da mulher, em que seu corpo era educado para cumprir as funções sociais do casamento, da maternidade e da educação dos filhos (MARTINS, 2004).

Ademais, Foucault (1998) assevera que outras formas de vivenciar a sexualidade fora da norma heterossexual e que não tivessem fins reprodutivos foram classificadas como perversidade⁴. Através dessa prática, multiplicaram-se as condenações judiciais das perversões menores, e a irregularidade sexual foi atrelada à doença mental. Em todas as fases do ciclo de vida foi definida uma norma do desenvolvimento sexual e categorizados todos os desvios possíveis: a sodomia, o homossexualismo, o sexo das crianças, a bestialidade e outros.

As definições, convenções, crenças, identidades e comportamentos sexuais que se têm atualmente sobre a sexualidade não são resultados de uma simples evolução ou um fenômeno natural. Essas definições têm sido modeladas no interior de determinadas relações de poder: nas relações entre homens e mulheres, nas quais a sexualidade feminina foi definida em relação à sexualidade masculina; e nas relações de poder entre a Igreja e o Estado, os quais têm mostrado um contínuo interesse no modo como nos comportamos ou pensamos. É interessante destacar que nos últimos dois séculos a medicina, as escolas e outras entidades sociais tiveram também grande influência na composição de regras que ditassem os comportamentos sexuais, bem como na prescrição de formas adequadas para regular a atividade corporal (WEEKS, 2007).

⁴ Sobre as classificações das “sexualidades anormais”, ver Foucault (1998) – Implantação Perversa em História da Sexualidade I – a vontade de saber.

Teresa de Lauretis (1994), feminista italiana, historiadora e crítica de cinema, salienta em sua obra “Tecnologia de Gênero” que os discursos sobre a sexualidade implementados pela pedagogia, medicina, demografia e economia se ancoraram ou se apoiaram nas instituições do Estado e se consolidaram especialmente na família: serviram para disseminar e “implantar”, empregando o sugestivo termo de Foucault, aquelas figuras e modos de conhecimento em cada indivíduo, família e instituição.

Ao analisar a obra de Foucault, é possível constatar que desde a Idade Média já existia uma enorme preocupação do Estado e da Igreja em controlar o comportamento sexual dos indivíduos segundo uma normalidade. Entretanto, tais preocupações não são exclusivas dessa época, pois nos anos de 1940 havia uma preocupação urgente com as vantagens do controle da natalidade, a fim de assegurar papéis apropriados para homens e mulheres na família.

A construção e vivência da sexualidade e da reprodução sempre foram reprimidas, controladas e cercadas de mitos, tabus e preconceitos. Além disso, essa mesma construção fundamentada em bases biológicas com foco na preservação da espécie e sustentada por doutrinas religiosas determinou, ao longo de nossa história, que a sexualidade fosse compreendida como um evento meramente reprodutivo (DIAZ *et al.*, 2004).

Essa concepção baseada na diferenciação biológica dos sexos masculino e feminino determinou não somente os papéis sociais masculinos e femininos, mas um controle e opressão maior sobre a mulher, seu corpo e sua sexualidade. Dessa forma, coube à mulher assumir todas as tarefas vinculadas à reprodução, que vão além dos eventos biológicos de gestação e amamentação, ou seja, ela teve que assumir os afazeres da casa e seus correlatos mais o cuidado dos filhos. Essa construção social dos papéis da mulher e do homem em nossa sociedade acarretou as desigualdades e iniquidades de gênero, significando menos poder e oportunidades para a mulher, inclusive deixando-a fora da participação no mundo público (DIAZ *et al.*, 2004).

Para o senso comum, parece óbvio que as condutas femininas e masculinas sejam resultados da naturalidade biológica existentes em seus corpos, devido à posição que a mulher ocupa no processo reprodutivo, e essa posição se caracterizaria por suas atitudes de fragilidade. Em contraposição, espera-se, de modo geral, que ao sexo masculino sejam associados os papéis da esfera pública, devido à sua força e virilidade (HEILBORN, 2002).

A maciça entrada das mulheres no mercado de trabalho e o advento da pílula anticoncepcional nos anos de 1960 permitiram, entretanto, a mulher separar a atividade sexual da reprodução, e o fato de poder ter relações sexuais sem o risco de engravidar contribuiu para a maior liberdade das mulheres. Diante disso, tendo sido quebrada a relação linear entre sexo e reprodução e o modo de estar no mundo, é colocado à prova o papel da biologia *versus* o papel das forças culturais e políticas na determinação de comportamentos sexuais. Todavia, embora esses acontecimentos representem um avanço para as mulheres, principalmente em relação à reprodução, as desigualdades de gênero ainda permanecem (VILLELA; ARILHA, 2003).

Segundo Martins (2004), as mudanças hierárquicas entre homens e mulheres para as diferenças físicas irredutíveis assumiram significados políticos importantes na reorganização das relações de gênero. Para os intelectuais que defendiam a causa das mulheres, as desigualdades se originavam na própria sociedade, na falta de oportunidades iguais para ambos os sexos. Para os intelectuais que procuravam justificar a ordem social fundada nas desigualdades de gênero, a questão não se colocava na sociedade, mas nas leis da natureza: as mulheres eram sensíveis e mais sujeitas aos imperativos da sua natureza sexual.

A referida autora descreve que durante o século XVIII a sexualidade feminina deveria ser voltada apenas para a reprodução. Com isso, a descoberta da sexualidade das mulheres alavancou o debate a respeito do papel da mulher na sociedade e nas justificativas das reivindicações feministas de autonomia e direitos políticos. Com a proliferação dos estudos do sexo e da sexualidade, o gênero tornou-se uma palavra particularmente útil, pois ele oferece um meio de distinguir a prática sexual dos papéis sexuais consignados às mulheres e aos homens.

A sexualização do corpo feminino tem sido, com efeito, uma das figuras ou objetos de conhecimento favoritos nos discursos da ciência médica, religião, arte, literatura, cultura popular, e assim por diante.

A partir de Foucault, surgiram vários estudos abordando a sexualização do corpo feminino, entretanto a conexão entre mulher e sexualidade e a identificação do sexual com o corpo feminino já há muito vêm sendo uma das preocupações centrais da crítica feminista e do movimento de mulheres, independentemente de Foucault. A teoria de Foucault não consegue explicar e não chega a tecnologia do gênero, pois em sua obra a sexualidade não é entendida como “gendrada”, como tendo uma forma

masculina e outra feminina, e sim idêntica para todos e, conseqüentemente, masculina (LAURETIS, 1994).

É nesse contexto que algumas feministas se viram diante do desafio de demonstrar que as características anatômicas e fisiológicas não são suficientes para explicar as diferenças e as desigualdades entre os sexos e os papéis sociais atribuídos ao homem e à mulher, até então baseados na biologia dos corpos. O que algumas delas passaram a argumentar é o fato de as características femininas e masculinas serem representadas como mais ou menos valorizadas e os métodos utilizados para se reconhecer e distinguir feminino de masculino.

De acordo com Teresa de Lauretis (1994, p. 206), “o conceito de gênero como diferença sexual tem servido de base e sustentação para as intervenções feministas na arena do conhecimento formal e abstrato, nas epistemologias e campos cognitivos definidos pelas ciências físicas e sociais e pelas ciências humanas ou humanidades”. Mas o conceito de gênero como diferença sexual e seus conceitos derivados – a cultura da mulher, a maternidade, a escrita feminina, a feminilidade, entre outros – acabaram por se tornar uma limitação como que uma deficiência do pensamento feminista.

Com sua ênfase no sexual, a diferença sexual é antes de tudo a diferença entre a mulher e o homem, o feminino e o masculino; e mesmo os conceitos mais abstratos de diferenças sexuais derivados não da biologia ou da socialização, mas da significação e de efeitos discursivos (e a ênfase aqui é menos no sexual e mais nas diferenças), acabam sendo, em última análise, uma diferença da mulher em relação ao homem, ou seja, a própria diferença no homem (LAURETIS, 1994).

A primeira limitação do conceito de diferença sexual, de acordo com Lauretis, é que ele confina o pensamento crítico feminista ao arcabouço conceitual de uma oposição universal do sexo (a mulher como diferença do homem, com ambos universalizados: ou a mulher como diferença pura e simples e, portanto, igualmente universalizada), o que torna muito difícil, se não impossível, articular as diferenças entre mulheres e Mulher, isto é, as diferenças entre as mulheres ou, talvez mais exatamente, as diferenças nas mulheres.

Diante disso, a partir da década de 1970 um grupo de estudiosas anglo-saxãs começou a utilizar o termo *gender*, em português – gênero – como ferramenta política e pedagógica que permitisse pensar as relações entre os sexos (MEYER, 2003).

Meyer ainda pontua que o termo gênero apresenta uma série de controvérsias em sua definição, todavia elas convergem em um ponto: pretendia-se com o conceito de gênero romper a equação na qual a colagem de determinado gênero a um sexo anatômico que lhe seria naturalmente correspondente resultava em diferenças inatas e essenciais, para argumentar que diferenças e desigualdades entre mulheres e homens eram social e culturalmente construídas e não biologicamente determinadas. No entanto, o conceito de gênero e suas relações sofreram modificações e ressignificados por algumas feministas, como pode ser evidenciado no trabalho da historiadora Joan Scott.

O termo começou a ser utilizado por algumas feministas num sentido mais literal, como uma maneira de se referir à organização social da relação entre os sexos. Na sua utilização mais recente, gênero foi primariamente utilizado entre feministas americanas que insistiam no caráter fundamentalmente social das diferenças fundadas sobre o sexo. Desse modo, a palavra indicava uma rejeição ao determinismo biológico que estava oculto no uso dos termos sexo ou diferença sexual (SCOTT, 1990).

Essa mesma autora salienta, assim, que as estudiosas feministas expandiram seus estudos sobre a mulher, acreditando que esse tipo de estudo iria igualmente impor um reexame crítico das premissas e dos critérios dos trabalhos científicos existentes até então. Acreditavam que ao incluir as mulheres na história estariam alargando as noções tradicionais daquilo que é historicamente importante para incluir tanto as experiências pessoais e subjetivas quanto as atividades públicas e políticas. O emprego do termo gênero implicou uma nova história das mulheres, e a maneira pela qual essa nova história incluiria a experiência das mulheres dependia da maneira na qual o gênero podia ser utilizado como categoria de análise.

O uso do termo gênero, no entanto, teve duas vertentes diferentes: uma mais teórica e outra mais descritiva das relações entre os sexos. Scott pontua que as tentativas de teorização do gênero não conseguiram sair dos moldes tradicionais das ciências sociais, pois utilizam formulações provadas para explicações causais universais, portanto possuem caráter limitado, porque fazem generalizações demasiadamente simples e impedem uma análise que possa de fato levar à transformação. O uso do termo gênero de forma descritiva também é problemático, pois se refere somente à existência de fenômenos ou descrevem a realidade sem interpretá-la.

De forma descritiva, o uso do termo gênero rejeita explicitamente as explicações biológicas que vêm oferecendo subsídio para explicar as diferenças entre os sexos que resultam em diversas formas de subordinação da mulher em relação ao homem. Dessa forma, o gênero pressupõe que as diferenças entre os significados de ser homem ou ser mulher são construções sociais.

Com o aumento dos estudos sobre o sexo e a sexualidade, o gênero tornou-se termo bastante útil, pois, de acordo com Scott (1990, p. 7), seu uso oferece meios de distinguir a prática sexual das funções sociais consignadas a mulheres e homens. O uso de gênero enfatiza “todo um sistema de relações de poder que pode incluir o sexo, mas ele não é diretamente determinado pelo sexo, nem determina diretamente a sexualidade”. A autora acentua a necessidade de se ultrapassar o uso descritivo do termo, buscando sua utilização para embasar formulações teóricas e analíticas.

No seu uso descritivo, o gênero é então um conceito associado ao estudo das coisas relativas às mulheres. Dessa forma, ele não tem forças suficientes para embasar análises mais profundas, questionar e mudar os paradigmas históricos existentes.

Diante disso, de acordo com Scott (1990) as historiadoras feministas reuniram esforços no sentido de empregar teorias que pudessem dar conta das transformações históricas e remeteram as análises de gênero a três posições teóricas. A primeira empenha-se a explicar as origens do patriarcado, colocando sua atenção sobre a subordinação das mulheres, e encontraram sua explicação na necessidade masculina de dominar as mulheres. A segunda possui ligação com as tradições marxistas e busca um compromisso com as críticas feministas. A terceira dividia-se entre o pós-estruturalismo francês e as teorias de relação do objeto e se inspirava na psicanálise para explicar a produção e reprodução da identidade de gênero.

Todas essas teorias impedem, segundo Scott, uma análise mais aprofundada das diferenças e limitam o conceito de gênero a uma oposição binária entre o masculino e o feminino, como se fosse essa a única relação possível entre homem e mulher, e ainda o coloca como um aspecto permanente da condição humana. O desafio das novas pesquisas é, então, eliminar essa noção fixa e descobrir a natureza do debate ou da repressão que produzem a aparência de uma permanência eterna no binarismo.

As preocupações teóricas relativas ao gênero como categoria de análise só surgiram no final do século XX, quando algumas feministas contemporâneas

reivindicavam certo espaço de definição e insistiam sobre a inadequação das teorias existentes até então para explicarem as desigualdades persistentes entre mulheres e homens.

Scott faz uma reflexão sobre as pesquisas que envolvem as ciências sociais e humanas no sentido de que, ao realizar uma pesquisa, deve-se perguntar mais vezes como as coisas se passaram e descobrir por que elas se passaram de uma ou outra forma. A pesquisa deve abarcar não uma causa geral e universal, mas deve buscar uma explicação significativa para os fatos sociais.

Diante disso, a autora propõe então seu conceito de gênero, o qual perpassa duas proposições: a primeira diz que “o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos”, e a segunda diz que “o gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder”.

Explicitando melhor esse conceito, ao entender gênero como elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, Scott pressupõe que o gênero seja constituído de quatro elementos: o primeiro são os símbolos culturalmente disponíveis que evocam representações simbólicas como Eva e Maria, por exemplo; o segundo diz respeito aos conceitos normativos que põem em evidência as interpretações do sentido dos símbolos, que se esforçam para limitar e conter suas possibilidades metafóricas; o terceiro aspecto trata da inclusão de uma noção de política, bem como uma referência às instituições e à organização social. Com isso, pretende-se desenvolver uma visão ampliada das relações que inclua não somente o parentesco, mas também o mercado de trabalho e a educação; o quarto aspecto diz respeito à identidade subjetiva, em que a autora sugere que os pesquisadores devam antes de tudo examinar as maneiras pelas quais as identidades de gênero são realmente construídas e relacionar seus achados com toda uma série de atividades, organizações e representações sociais. Scott, ao definir gênero nessa primeira parte, afirma que nenhum desses quatro elementos pode operar sem os outros, no entanto eles não operam simultaneamente.

Na segunda parte do conceito, gênero é definido como uma primeira maneira de dar significado às relações de poder. Com isso, Scott (1990, p. 14) afirma que o gênero é “um primeiro campo no seio do qual, ou por meio do qual, o poder é articulado”. Esse poder deve ser entendido como constelações dispersas de relações desiguais, constituídas pelos discursos no campo de força social.

Entende-se que, ao elaborar esse conceito, Scott propõe uma quebra de paradigmas e deixa a possibilidade para vários campos do conhecimento adotarem essa teoria, sobretudo em estudos que envolvam o estudo do corpo e da sexualidade, pois muitos estudos sinalizam que as práticas de saúde continuam centradas no aspecto biológico, o que contribui ainda mais para aumentar as desigualdades de gênero. No entanto, Scott afirma que o uso do termo gênero, sem uma mudança de perspectiva teórica, faz que as pesquisas continuem a estudar “as coisas relativas às mulheres” de forma descritiva, sem questionar por que as relações entre homens e mulheres estão construídas como estão, como funcionam e como se transformam.

Weeks (2007) assevera que o termo gênero refere-se à construção social do sexo e foi produzido com a ideia de discriminar o nível anatomofisiológico da esfera social/cultural. Em outras palavras, essa categoria analítica problematiza, entre outras coisas, a distinção entre a dimensão biológica e a social. O uso do conceito pressupõe, portanto, que tanto homens quanto mulheres são produtos da sociedade. Seus comportamentos e pensamentos não são derivados de uma natureza biológica. Sexo é atributo biológico e a diferença biológica é apenas o ponto de partida para a construção social do que é ser homem ou ser mulher. Dessa forma, gênero pode ser entendido como um instrumento, uma lente de aumento que facilita a percepção das desigualdades sociais e econômicas entre mulheres e entre homens, devido à discriminação histórica contra as mulheres. Oferece ainda possibilidades mais amplas de estudo sobre a mulher, percebendo-a em sua dimensão relacional com os homens e o poder. Com o uso desse instrumento, pode-se analisar o fenômeno da discriminação sexual e suas imbricações relativas à classe social, às questões étnico-raciais, intergeracionais e de orientação sexual (SÃO PAULO, 2004).

Diante disso, gênero foi uma das categorias analíticas eleitas para subsidiar as análises deste estudo, na perspectiva de que seu uso nos permita pensar nas diferenças entre os sexos, e como essas diferenças poderão impactar na saúde das mulheres e dos homens.

CAPÍTULO 4

CAMINHOS DA INVESTIGAÇÃO, APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

4.1. Caminhos da investigação

4.1.1. Caracterização da pesquisa

Neste trabalho realizou-se um estudo de natureza qualitativa que, de acordo com Minayo e Sanches (1993, p. 244), é um tipo de abordagem metodológica que “permite uma aproximação fundamental e de intimidade entre o sujeito e o objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza. Ela se volta com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas”. Minayo e Sanches chamam a atenção para os diferentes olhares que o pesquisador deve ter em relação ao objeto pesquisado, ao concluírem que, ao utilizar a metodologia qualitativa, o pesquisador não deve reduzir a compreensão do outro e da realidade a uma compreensão introspectiva de si mesmo.

Trata-se de um estudo de caso sobre profissionais do PSF de uma cidade do interior de Minas Gerais – Córrego Fundo – que objetivou analisar as noções e práticas desses profissionais acerca da saúde sexual e reprodutiva, evidenciando em que medida essas noções e práticas se aproximam ou se distanciam da integralidade do cuidado. Conforme apontado por Robert Yin (1994, p. 76), o estudo de caso “permite

ao pesquisador o conhecimento de fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos preservando visão completa e as características significativas de eventos da realidade”. O objeto deste tipo de estudo constitui-se de uma análise profunda e exaustiva de um ou poucos objetos, de maneira que se permita o seu amplo e detalhado conhecimento.

4.1.2. Descrição da unidade empírica de análise

O estudo foi desenvolvido em uma cidade de pequeno porte do Centro-Oeste mineiro: Córrego Fundo. A cidade emancipou-se do Município de Formiga no ano de 1995, estando na data da pesquisa com 15 anos de emancipação política e o PSF com seis anos de implantação. Além das singularidades da criação dessa política pública e ainda por se tratar de uma implantação recente, acredita-se ser essa uma oportunidade ímpar para estudo.

A fim de obter dados sobre o local do estudo, procurou-se, através de informações do IBGE e do SIAB, realizar uma caracterização sociodemográfica do município, a qual está descrita a seguir.

Córrego Fundo situa-se às margens da Rodovia MG-050, na altura do km 212, e faz limite com os Municípios de Arcos, Formiga e Pains. Possui uma população estimada de 5.821 habitantes e uma área física de 101,11 km², de acordo com dados do IBGE (2010).

A economia do município baseia-se, principalmente, na queima e beneficiamento da cal, sendo um dos principais polos no circuito da produção de cal em Minas Gerais. Em segundo lugar, vem a extração da pedra calcária, seguida da agropecuária, do comércio e do serviço público municipal. O PIB *per capita* de acordo com dados do IBGE (2010) é de 13.926,77 (treze mil novecentos e vinte e seis reais e setenta e sete centavos), valor alto se comparado ao de municípios do mesmo porte, em Minas Gerais, e até mesmo em outras regiões brasileiras.

Antes de emancipar-se, Córrego Fundo era dividido em três grandes bairros: Córrego Fundo de Cima, Córrego Fundo de Baixo e Córrego Fundo do Meio. Córrego Fundo de Cima e Córrego Fundo de Baixo são separados por uma rodovia estadual, e há uma distância de aproximadamente 6 km entre um bairro e outro, conforme pode ser visto na Figura 1.

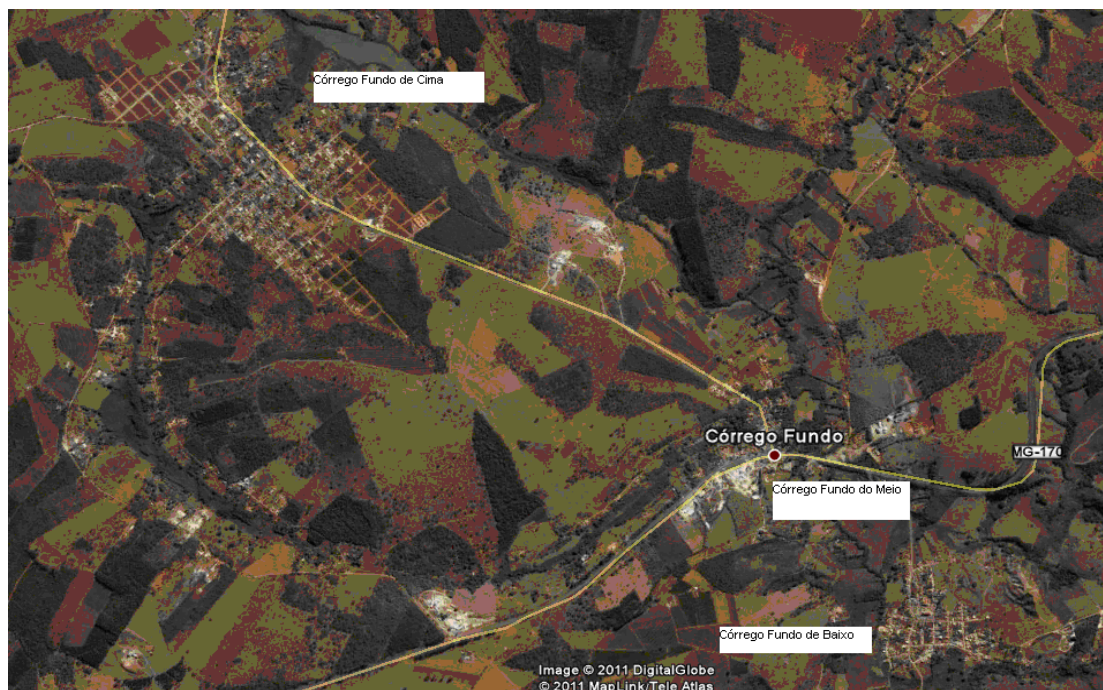


Figura 1 – Córrego Fundo-MG.
Fonte: www.googlemaps.com.br (2011).

Após a emancipação, Córrego Fundo de Cima foi subdividido em outros bairros (Centro, Bom Pastor, Bela Vista, Faria, Sagrada Família, Santa Tereza, Mizael Bernardes, Floresta, Vargem Grande, Rosário, Industrial e Tapera), pois é a área onde se concentra o maior contingente de pessoas e também onde se agrupa a maioria das lojas e a sede dos poderes legislativo e executivo. Córrego Fundo de Baixo e do Meio continuaram recebendo os mesmos nomes, sem subdivisão de bairros. A cidade ainda possui as seguintes zonas rurais: Falhas, Sobradinho, Córrego da Areia, Córrego da Divisa, Canelas e Barro Preto.

Essa subdivisão foi necessária para a implantação do PSF, pois havia a necessidade de se definirem as áreas de abrangência de cada equipe. O PSF 1 compreende a área de todo o Córrego Fundo de Cima mais a zona rural de Barro Preto, exceto o Bairro Floresta. O PSF 2 compreende os Bairros Floresta, Córrego Fundo do Meio, Córrego Fundo de Baixo e as demais zonas rurais. A divisão foi feita dessa maneira por motivos estratégicos, pois o contingente populacional desses dois bairros mais o das zonas rurais não chegavam ao limite mínimo de população exigido pelo Ministério da Saúde para implantação de um PSF, que é de 2.400 pessoas. Sendo assim, o Bairro Floresta passou a integrar a população do PSF 2.

Caracterizando a rede de atenção à saúde, o município conta atualmente com três estabelecimentos públicos, sendo duas unidades de atenção primária à saúde e um hospital de pequeno porte. Nas unidades básicas funcionam os PSFs. Estes foram implantados no município no ano de 2004, na gestão 2003- 2007.

De acordo com dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde- CNES⁵ (2010), das duas ESFs existentes, uma funciona com a ESF básica e a outra, além da equipe básica, conta com a ESF Bucal. Essas equipes são responsáveis por prestar atendimento básico e preventivo para toda a população, o que soma um total de 5.842 pessoas, de acordo com dados do SIAB (2010). Como os PSFs cobrem 100% da população, percebe-se uma pequena disparidade entre o número de pessoas apresentado pelo SIAB e o número trazido pelo IBGE, sendo a diferença de 21 pessoas.

A Tabela 1 traz a distribuição da população coberta pelas duas equipes, por sexo e por faixa etária.

Tabela 1 – Distribuição da população coberta pelos PSFs por sexo e faixa etária-2010

Sexo Idade	<1 ano	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	> 60	TOTAL
Masculino	21	141	92	128	240	248	1008	452	322	349	3001
Feminino	37	127	76	120	224	230	966	389	297	375	2841
Número de pessoas	58	268	168	248	464	478	1974	841	619	724	5842

Fonte: SIAB, 2010.

De acordo com a população estimada para o município pelo IBGE (2010), das 5.821 pessoas, 4.438 vivem no meio urbano, o que representa 76%, e o restante, 1.383, reside no meio rural. Em relação ao sexo, 3.001 pessoas são do sexo masculino e 2.841, do sexo feminino.

As duas equipes juntas atendem a um total de 1.803 famílias, e dessas apenas 2% contam com plano de saúde privado e 98% utilizam o sistema público de saúde.

⁵ O CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, é um órgão do governo federal, disponível para consulta *on line* (www.cnes.datasus.gov.br), que tem como objetivo cadastrar todos os estabelecimentos de saúde brasileiros e os profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento nessas unidades de acordo com a função exercida.

Essa questão é bastante relevante, pois quase 100% da população demanda o serviço público de saúde. De acordo com o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (2003), vale ressaltar que, em alguma medida, mesmo quem tenha um plano de saúde é também usuário do SUS, já que se beneficia das campanhas de vacinação, das ações de prevenção e de vigilância sanitária, a exemplo do controle de sangue e hemoderivados, do registro de medicamentos etc.; ou de eventual atendimento de alta complexidade, quando este é negado pelo plano de saúde.

4.1.3. Fontes de dados

Os dados da pesquisa foram construídos através de fontes primárias e secundárias. As fontes primárias de dados compreenderam as entrevistas, observação direta e conversas com os profissionais da saúde. As fontes secundárias compreenderam dados do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB⁶, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE; e documentos do Ministério da Saúde que abordavam o PAISM, o SUS e o PSF.

Esses procedimentos metodológicos representaram, assim, excelentes recursos para uma inserção mais densa nas práticas e representações sobre a saúde sexual e reprodutiva vivenciadas pelos profissionais de saúde. A fase de construção dos dados compreendeu os meses de agosto a outubro de 2010.

Para a realização das entrevistas com as equipes de saúde, procurou-se, primeiramente, realizar uma reunião com os profissionais para apresentação dos objetivos do trabalho e estabelecimento dos dias e horários das entrevistas. As reuniões foram realizadas em dias diferentes, com uma equipe de cada vez. Foi utilizado um gravador como auxílio para a coleta de informações durante as entrevistas, que foram transcritas posteriormente. Antes de iniciar as entrevistas, perguntava-se aos participantes se a conversa poderia ser gravada, e somente mediante a aquiescência deles é que se procedia à gravação. O esboço do roteiro da entrevista encontra-se no Apêndice II.

A entrevista ocorreu em duas etapas, sendo a primeira chamada de Perfil Social dos Sujeitos do estudo. Buscou-se com esses dados construir uma descrição dos sujeitos participantes do estudo (profissionais do PSF), retratando os perfis sociais deles, bem como apresentar dados sobre a categoria profissional, origem

⁶ O SIAB foi desenvolvido como instrumento gerencial dos sistemas locais de saúde e constitui-se no principal instrumento de monitoramento das ações da Saúde da Família.

social, sexo, ocupação, religião, local de residência, trajetória profissional e motivos que os levaram a trabalhar no Programa Saúde da Família.

A segunda etapa da entrevista denominou-se Conhecimento/Entendimento dos Profissionais da Saúde sobre Saúde Sexual e Reprodutiva. As falas das entrevistadas foram analisadas segundo a metodologia de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2009). De acordo com a referida autora, nessa fase o pesquisador deverá percorrer três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Após a transcrição das falas gravadas durante a entrevista, elas foram submetidas à pré-análise, de onde emergiram oito categorias temáticas.

Uma técnica que também foi utilizada é a observação direta, que de acordo com Martins Souza (2004) é a técnica que mais levanta questões sobre a aproximação entre o sujeito e o objeto. No entanto, uma dificuldade é colocada no uso desse método: é necessário que o pesquisador seja aceito pelo grupo para que se coloque ora na condição de participante, ora na de observador, além do que é preciso que o outro se disponha a falar da sua vida. O roteiro utilizado para a observação direta pode ser visto no Apêndice I.

Esse exercício é proposto por Da Matta (*apud* VELHO, 1999), que ele salienta que o pesquisador deve tentar pôr-se no lugar do outro, a fim de captar vivências e experiências já vividas. No entanto, quando já se tem alguma familiaridade com o objeto pesquisado é necessário fazer o caminho inverso. É preciso transformar o familiar em exótico e vice-versa.

No universo de análise em questão, esse exercício foi particularmente necessário, pois existiam três condições que exigiram da pesquisadora manter certa distância social e psicológica do objeto estudado. A primeira é o fato de ela ser nativa do lugar onde se passou a pesquisa; a segunda refere-se à sua formação profissional – enfermeira; e a terceira, à relação profissional e de amizade estabelecida com os sujeitos do estudo, devido ao tempo trabalhado nos dois PSFs.

Nesse sentido, Gilberto Velho (1999) enfatiza os cuidados que o pesquisador deve ter em se tratando de pesquisar um ambiente que lhe é familiar. Esse autor pontua que o pesquisador deve adotar como ponto de partida de seu estudo a suposta necessidade de uma “distância mínima” para conferir a qualidade da objetividade às ciências sociais. Afirma-se ser preciso que “o pesquisador veja com olhos imparciais a realidade, evitando envolvimento que possam obscurecer ou deformar seus julgamentos e conclusões.” No entanto, ele acredita numa inevitável aproximação do

cientista social com os grupos que estuda, e isso não constitui defeito ou imperfeição nos resultados a serem obtidos com a pesquisa.

Quanto à proximidade do pesquisador com seu objeto de estudo, Velho explica que:

O fato de dois indivíduos pertencerem à mesma sociedade não significa que estejam mais próximos do que se fossem de sociedades diferentes, porém aproximados por preferência, gostos, idiossincrasias (...) O fato é que se está discutindo o problema de experiências mais ou menos comuns, partilháveis, que permitam um nível de interação específico. Falar-se a mesma língua não só exclui que existam grandes diferenças no vocabulário, mas que significados e interpretações diferentes podem ser dados a palavras, categorias ou expressões idênticas (VELHO, 1999, p. 125).

Dessa forma, o referido autor problematiza a categoria distância, sustentado na instigante proposição de que aquilo com o que sempre lidamos em nosso cotidiano, a exemplo de pessoas, situações, lugares vinculados às relações de trabalho, estudo ou lazer, poderia soar como extremamente familiar, mas não necessariamente conhecido. Entretanto, outros aspectos que escapariam ao nosso dia a dia, embora sujeitos à caracterização “exótica”, não seriam de todo estranhos.

Velho (1999) defende, assim, que é perfeitamente possível a um pesquisador na cidade e que adota como objeto de estudos a cidade efetuar um verdadeiro estranhamento ou relativismo cultural como aquele operado mediante o contato com as sociedades geograficamente mais longínquas.

Nessa perspectiva, mesmo sendo uma pesquisadora da cidade e que adotou como objeto de estudo a cidade, acredita-se que esse exercício de estranhamento diante do que fora encontrado possa ser perfeitamente possível, uma vez que, durante o curso de Mestrado, muitos conceitos e experiências já vividas começaram a passar por um estranhamento pessoal.

A observação direta só foi possível nos casos em que o profissional de saúde e o paciente permitiram. Nessa situação, a proximidade com o campo foi fator dificultador no emprego da observação direta, pois, como a temática da pesquisa é sobre Saúde Sexual e Reprodutiva e envolve questões sobre a intimidade das pessoas, a observação das práticas de saúde⁷ foi bastante dificultada por parte dos usuários, os quais não permitiram minha entrada no campo, alegando que se

⁷ As práticas de saúde foram entendidas nesta pesquisa como todas as atividades desenvolvidas no campo da saúde sexual e reprodutiva no âmbito da atenção primária (grupos educativos com mulheres, gestantes, adolescentes, consultas médicas e de enfermagem individuais, consultas para coleta do preventivo, visitas de puerpério, planejamento familiar, entre outras).

sentiriam constrangidos por conhecerem a pesquisadora. Todavia, essas dificuldades foram contornadas graças à experiência profissional prévia como enfermeira nesses dois PSFs onde se desenvolveu o estudo. Assim, ainda foi possível a pesquisadora observar uma visita de puerpério e um grupo para educação em saúde com mulheres – o Viva Mulher.

Há que se considerar, porém, que, conforme salientado por Gilberto Velho (1999, p. 124), “estudos que procuram captar vivências e experiências particulares, exigem um mergulho em profundidade difícil de ser precisado e delimitado em termos de tempo”. E no caso deste estudo acredita-se que, para maior inserção no cotidiano das profissionais entrevistadas, seria necessária maior imersão no campo.

Com os dados obtidos através das entrevistas, procurou-se construir uma caracterização social dos sujeitos participantes da pesquisa, que está apresentada em seguida.

4.1.4. Caracterização social dos profissionais da saúde

Participaram do estudo as equipes multiprofissionais dos PSFs que estavam registradas no CNES⁸. No entanto, esses sujeitos foram selecionados conforme a aceitação para participarem da pesquisa, em que foram entrevistados 16 profissionais. Optou-se por não identificar os informantes para evitar possíveis constrangimentos nas respostas. Para isso, foi atribuído um número a cada profissional.

Cabe aqui destacar que a pesquisa seguiu os preceitos éticos e normas exigidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a qual trata de pesquisas envolvendo seres humanos. Seguiu também as exigências do Comitê de Ética da UFV, órgão responsável pela aprovação de projetos de pesquisa, ao qual o Departamento de Economia Doméstica estava subordinado. Os informantes só puderam dar suas contribuições após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que pode ser consultado no Apêndice III.

A fim de obter uma visão geral sobre as informações sociais dos entrevistados, os dados foram agrupados nos Quadros 1 e 2.

⁸ Na época da construção dos dados desta pesquisa, em uma das ESFs pesquisadas havia a defasagem de dois profissionais: a técnica de enfermagem cadastrada no CNES estava em desvio de função e o médico responsável não estava atendendo. Portanto, esses dois profissionais foram excluídos da entrevista.

Quadro 1 – Perfil social dos profissionais de saúde entrevistados

<i>Nome</i>	<i>Sexo</i>	<i>Idade</i>	<i>Estado Civil</i>	<i>Número de Filhos</i>	<i>Escolaridade</i>	<i>Ocupação</i>	<i>Religião</i>	<i>Origem social</i>	<i>Local de Residência (Bairro)</i>
Profissional 1	F	49	Casada	2	2º grau completo	ACS	Católica	Urbana	Floresta
Profissional 2	F	30	Solteira	-	3º grau incompleto	ACS	Católica	Urbana	Rosário
Profissional 3	F	25	Casada	1	2º grau completo	ACS	Católica	Urbana	Santa Tereza
Profissional 4	F	35	Casada	1	2º grau completo	ACS	Católica	Urbano	Bela Vista
Profissional 5	F	39	Casada	2	3º grau incompleto	ACS	Católica	Urbano	Rosário
Profissional 6	F	32	Solteira	-	3º grau incompleto	ACS	Católica	Urbano	Rosário
Profissional 7	F	22	Solteira	-	3º grau completo	ACS	Católica	Urbano	Faria
Profissional 8	F	23	Solteira	-	2º grau completo	ACS	Católica	Urbana	Córrego Fundo do Meio
Profissional 9	F	24	Solteira	-	2º grau completo	ACS	Católica	Rural	Falhas
Profissional 10	F	23	Casada	-	2º grau completo	ACS	Católica	Urbana	Córrego Fundo do Meio
Profissional 11	F	21	Solteira	-	3º grau incompleto	ACS	Católica	Urbana	Floresta
Profissional 12	F	32	Casada	2	3º grau completo	Enfermeira	Católica	Urbana	Iguatama
Profissional 13	F	28	Divorciada	2	2º grau completo	Técnica de Enfermagem	Não pratica nenhuma	Urbana	Formiga
Profissional 14	F	44	Casada	1	2º grau completo	ACS	Católica	Urbana	Centro
Profissional 15	F	33	Casada	1	3º grau completo	Enfermeira	Católica	Urbana	Arcos
Profissional 16	F	35	Casada	2	3º grau completo	Médica	Católica	Urbana	Formiga

Fonte: dados da pesquisa, 2010.

Quadro 2 – Perfil social dos profissionais de saúde entrevistados

Nome	Ocupação	Vínculo Empregatício	Tempo de Atuação no PSF	Experiências Profissionais Anteriores	Motivos Porque Trabalha no PSF
Profissional 1	ACS	Contrato	6 anos	Cabeleireira	Necessidade de trabalhar
Profissional 2	ACS	Contrato	3 anos	Frentista	Vontade de trabalhar na área da saúde pela proximidade com o curso superior – Enfermagem
Profissional 3	ACS	Contrato	4 anos	Lavadora de café	Inspiração vinda pelo trabalho da ACS que visitava a casa
Profissional 4	ACS	Contrato	4 anos	Empregada doméstica Balconista de loja	Vontade de trabalhar na área da saúde
Profissional 5	ACS	Contrato	4 meses	Nunca trabalhou antes	Oportunidade de trabalho
Profissional 6	ACS	Contrato	3 anos	Bancária Frentista Balconista de farmácia	Não gostava do último emprego e vislumbrou no PSF outra oportunidade de trabalho
Profissional 7	ACS	Contrato	3 anos e 11 meses	Nunca trabalhou antes	Necessidade de trabalhar
Profissional 8	ACS	Contrato	5 anos	Empregada doméstica Balconista de loja	Oportunidade de emprego
Profissional 9	ACS	Contrato	5 anos e 3 meses	Nunca trabalhou antes	Oportunidade de emprego
Profissional 10	ACS	Contrato	5 anos e 4 meses	Costureira	Oportunidade de emprego
Profissional 11	ACS	Contrato	1 ano	Almoxarifado	Vontade de trabalhar na área da saúde pela proximidade com o curso superior – Enfermagem
Profissional 12	Enfermeira	Efetivo	3 meses	Auxiliar de consultório dentário Auxiliar de Enfermagem	Identifica-se com o programa Gosta de lidar com pessoas Possibilidade de conciliar qualidade de vida e trabalho
Profissional 13	Técnica de Enfermagem	Efetivo	9 anos	Agente Comunitária de Saúde Auxiliar de Enfermagem	Oportunidade de emprego
Profissional 14	ACS	Contrato	3 anos e 8 meses	Agente Comunitária de Saúde	Vontade de trabalhar na área da saúde
Profissional 15	Enfermeira	Efetivo	5 anos	Técnica de Enfermagem	Identifica-se com a proposta do PSF – Prevenção
Profissional 16	Médica	Contrato	9 anos	Médica do PSF	Gosta da atenção primária Sente-se útil para a sociedade Acredita na proposta do PSF como estratégia de mudança e melhora do setor de saúde

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Conforme pode ser evidenciado no Quadro 2, participaram da pesquisa 12 agentes comunitárias, 2 enfermeiras, 1 técnica de enfermagem e 1 médica.

Ao analisar os dados dos participantes da pesquisa, tem-se que todas eram mulheres e estavam numa média de idade de 30 anos. Entretanto, as equipes são bastante heterogêneas em relação à idade, apresentando profissionais com idade mínima de 21 anos e máxima de 49 anos, o que reflete ao mesmo tempo a juventude e a “senhoridade”⁹ das equipes.

O fato de todas as entrevistadas serem do sexo feminino comprova a tendência de feminilização da mão de obra dos serviços de saúde, conforme apontam os estudos do Ministério da Saúde sobre a Avaliação da Implementação do Programa de Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos (2002) e Gil (2005). No entanto, os citados autores não buscaram justificar os fatos que contribuem com esse fenômeno. Segundo Machado (1990), a mulher tem chances reduzidas e sofre maiores discriminações ao tentar ingressar no mercado de trabalho. Por isso, acabam por procurar profissões que não provoquem um rompimento radical com o trabalho doméstico. Essa autora ainda pontua que tais mulheres fazem do seu trabalho uma extensão do trabalho doméstico, procurando tarefas como lidar com crianças e cuidar de enfermos, cozinheira, entre outras. Setores como saúde, educação e lazer possuem sua mão de obra constituída majoritariamente por mulheres.

Quanto ao estado civil, tem-se que 9 eram casadas, 6 eram solteiras e apenas 1 era divorciada. Com relação ao número de filhos, 7 das entrevistadas não eram mães, 4 possuíam um filho e 5 tinham 2 filhos. Segundo o IBGE (2008), a taxa de fecundidade, entendida como o número de filhos por mulher no final de seu período reprodutivo, declinou de 5,8 filhos em 1970 para 2,4 filhos em 2002. Estima-se, ainda, que no ano de 2050 essa taxa caia para 1,5 filho por mulher. De acordo com Bruschini (1998), a intensa queda da fecundidade “libertou” as mulheres para o mercado de trabalho, apesar da limitação que elas possuem devido ao fato de necessitarem articular papéis familiares e profissionais.

Considerando a variável escolaridade, 8 das informantes possuíam o 2º grau completo, 4 o 3º grau incompleto (em curso) e as outras 4 o 3º grau completo. Das 12

⁹ Tomou-se aqui emprestado o termo “senhoridade”, o qual foi utilizado pela autora Simone de Pinho Barbosa em seu trabalho de Mestrado intitulado: “Permanência dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família em Ipatinga-MG: motivações e adversidades”, apresentado no ano de 2008 à Universidade Estácio de Sá, no Rio de Janeiro.

ACS entrevistadas, 7 possuíam o 2º grau completo, 4 estavam cursando o 3º grau e 1 tinha o 3º grau completo. A Lei 10.507, de 10 de julho de 2002, que regulamenta a profissão de ACS, estabelece como requisito para o exercício da profissão que o candidato a ACS tenha concluído o ensino fundamental. O técnico de enfermagem necessita do ensino médio completo mais o curso profissionalizante, e dos demais profissionais da equipe (médicos e enfermeiros) é exigido o curso de graduação.

Em relação à variável religião, os dados revelaram que 15 das entrevistadas eram católicas e apenas 1 relatou não praticar nenhuma religião. Considerando que a proposta do PSF pressupõe que os profissionais estabeleçam vínculos com a população para a qual prestam atendimento, essa variável pode ter implicações diretas sobre as práticas de saúde desses profissionais, em que eles poderão externar seus valores e condutas. Essa pressuposição pode ser evidenciada na fala de uma das profissionais entrevistadas:

...como profissionais devemos antes desse planejamento instruir a pessoa, ela só vai planejar e ter consciência do planejamento a partir dele ter uma ideia formada sobre isso. E nós somos formadores de opinião né? Porque a pessoa pode ter uma opinião e a partir do momento que a gente chega e estabelece um vínculo e passa a discutir aquele assunto, ele pode acabar tendo outra visão daquilo e como se diz, ficar adepto daquele conceito que você passou pra ele, né?... (Profissional 12).

No entanto, Duarte (2004) contradiz essa ideia ao comentar que a continuidade de um “pertencimento” ou de uma “adesão” religiosa não significa necessariamente que o indivíduo obedeça às doutrinas colocadas pela Igreja. A distinção entre o “pertencimento” e uma “adesão” permite a compreensão das diversas situações típicas do mundo moderno. Esse autor afirma que o fato de uma pessoa frequentar uma congregação ou um espaço religioso não quer dizer que ela comungue dos valores ou crenças específicas que aí são cultivados. Entretanto, não foi objetivo desta pesquisa aprofundar o estudo da relação entre religião e práticas profissionais em saúde.

A Lei 10.507, já referida anteriormente, ao regulamentar o trabalho dos ACS exige também como requisito para candidatar-se ao cargo, que o interessado deva residir na área da comunidade aonde ele for atuar. Entre as ACS entrevistadas, somente duas não residiam na área de abrangência do PSF onde trabalhavam.

Residir no município e trabalhar em regime de tempo integral com dedicação exclusiva são pontos essenciais na proposta da saúde da família. Acredita-

se que, dessa forma, os profissionais possam ter uma visão das ações básicas de saúde de forma contextualizada, possibilitando a formação de uma consciência crítica sobre as condições de vida da população (BRASIL, 2002). Entretanto, essa exigência é feita somente para a função de ACS.

Quando questionadas sobre a importância de residir no local de abrangência onde estava instalado o PSF, as respostas foram divergentes, ou seja, aquelas ACSs que lá residiam consideraram isso como facilitador de suas atividades:

Eu acho que facilita muito, porque assim, você conhece a realidade das pessoas. Então muita coisa que eu sei que não funciona lá, eu já sei e falo: “oh isso não funciona!” Morar lá na área que a gente trabalha é fundamental (Profissional 9, ACS).

...então acho que o fato da confiança aumenta, porque assim, está próximo, são pessoas que a gente conhece, que conhece a gente então eu acho que ajuda muito (Profissional 6, ACS).

É porque a gente já conhece a população que a gente tá trabalhando, então fica mais fácil (Profissional 5, ACS).

É possível perceber aqui que o fato de a ACS residir no espaço da comunidade assistida possibilitava a construção conjunta de conhecimento entre o profissional e a unidade de saúde, bem como a criação de estratégias para a promoção da saúde local. Entretanto, entre as ACS que não residiam, uma reconhecia as dificuldades geradas por isso e a outra não considerava que a distância geográfica fosse tão grande a ponto de afetar o seu trabalho:

Não resido na microárea. Dificulta, dificulta um pouco, porque tem que pegar ônibus né, de manhã. Dificulta bastante. Trabalho ali no trevo (Profissional 11, ACS).

Não. Acho que não prejudica, eu acho que não tem nada a ver, porque assim ele tá fora da área do trabalho né? Mais eu não acho que tá tão longe que possa me afetar (Profissional 14, ACS).

Nessa última fala, percebe-se que a noção de distância apresentada pela profissional não coloca em questão o desenvolvimento do seu trabalho. De fato, voltando ao mapa apresentado sobre Córrego Fundo, pode-se constatar que as dimensões geográficas da cidade eram pequenas, por isso a noção de distância não ser considerada aqui pela ACS 14 como impasse.

Para caracterizar o tipo de vínculo empregatício que as profissionais possuíam com a prefeitura, apurou-se que 13 eram contratadas e apenas 3, efetivas.

Entre as profissionais que eram contratadas, foi questionado o modo pelo qual elas foram selecionadas, e 12 relataram ter passado por um processo seletivo (prova escrita e entrevista).

Apesar de a contratação ter surgido de um processo seletivo, o vínculo empregatício precário pode ter consequências negativas na dinâmica dos serviços de atenção básica, devido à instabilidade dos profissionais e à alta rotatividade. Barbosa (2008) corrobora esse parecer ao afirmar que a rotatividade dos profissionais é um dos problemas prevalentes da estratégia, comprometendo a operacionalização do trabalho. Essa autora pontua que entre as causas de rotatividade dos profissionais no PSF estão: a falta de preparo dos trabalhadores em identificar e atuar de acordo com as necessidades da população; a precariedade de vínculos empregatícios; o baixo investimento em capacitação e em educação continuada e permanente para as equipes; e o insuficiente apoio por parte dos gestores no enfrentamento dos problemas do cotidiano de trabalho. No entanto, ao verificar o tempo médio de experiência das profissionais entrevistadas, a variação estava em torno de 3 meses a mais de 5 anos, sendo o dado com maior expressividade referente ao tempo de experiência relativo a 5 anos, o que corresponde a 5 profissionais. Ao considerar que o PSF possuía 6 anos de implantação na data da pesquisa e o tempo médio de experiência no PSF das profissionais entrevistadas era de 5 anos, pode-se afirmar que há pouca rotatividade profissional.

Questionando as entrevistadas sobre suas experiências profissionais anteriores, obteve-se que 5 das entrevistadas já possuíam alguma experiência na área da saúde, variando entre auxiliar e técnico de enfermagem, ACS, auxiliar de consultório dentário e médica de PSF. Entre as experiências profissionais das outras 11 entrevistadas, obteve-se que as experiências não estavam relacionadas ao setor de saúde, quais sejam: cabeleireira, frentista, lavradora de café, empregada doméstica, balconista de loja ou nunca havia trabalhado antes. Se for feito um recorte dos dados do Quadro 1, pode-se observar que as experiências profissionais que se relacionam à área da saúde eram das profissionais médica, enfermeira e técnica de enfermagem. As demais experiências eram peculiares às ACSs, que eram pessoas da comunidade e foram selecionadas para o trabalho comunitário de saúde. Entretanto, a existência de experiências profissionais que não correspondam à área de saúde não prejudica o trabalho das agentes comunitárias, pois o diferencial dessa profissão está no conhecimento popular que essas profissionais trazem consigo e na capacidade de

identificar e apresentar os problemas da comunidade que visitavam para a equipe de saúde.

Quando indagadas sobre os motivos e aspirações que as levaram a trabalhar no PSF, percebeu-se uma diversidade de fatores, em que 6 disseram ser a oportunidade de emprego, 2 relataram ser por necessidade de trabalhar e 8 afirmaram ter escolhido trabalhar com o PSF por se identificarem com a proposta do programa e porque gostavam ou tinham vontade de trabalhar na área da saúde. Alguns trechos das falas das entrevistadas ilustram esses números:

Eu achava interessante. Como o trabalho da minha ex-agente, ela me incentivou (Profissional 3, ACS).

Pra ser sincera primeiro foi porque não tinha outra opção, outra oportunidade [...] Depois eu comecei a gostar do serviço que eu conheci o que que era, o que era ser agente de saúde aí eu gostei do serviço, mas a princípio foi assim uma oportunidade que apareceu e eu falei assim, vou ver o que que é (Profissional 9, ACS).

Não foi oportunidade mesmo. Na época tive a oportunidade ia sair duas vagas [...] Aí meu tio era vereador e tudo aí o prefeito deu oportunidade para ele e o Vice escolher... (Profissional 10, ACS).

Pode ser sincera? A princípio eu estava precisando de trabalhar... fiquei sabendo que tava precisando de agente de saúde conversei com o secretário de saúde e ele me chamou para trabalhar. A princípio foi por necessidade, porque eu não conhecia realmente o que era o programa de saúde da família, a partir daí que eu fui né, me entendendo, fui conhecendo realmente o que era o PSF, e gostei de trabalhar, como eu gosto de trabalhar na área da saúde (Profissional 1, ACS).

De acordo com estudo realizado pelo Ministério da Saúde (2002) sobre a “Avaliação da Implementação do PSF em 10 grandes centros urbanos”, na política social desencadeada na década de 1990, em que se inseriu o PSF, um fator importante para a formulação dos programas foi a potencialidade de gerar emprego e renda. Os dados deste estudo também mostraram essa realidade, em que 6 das entrevistadas vislumbraram no PSF a possibilidade de emprego que precisavam.

As entrevistadas, ao assinalarem alguns fatores motivadores de suas escolhas pela atuação no PSF, a exemplo de estar desempregado (entre as ACS), perceber o PSF como mercado de trabalho promissor e trabalhar com comunidades pobres (enfermeiras e médicas), confirmaram ainda mais essa tendência.

Outro aspecto a ser destacado foi o fato de algumas profissionais (nível superior) compartilharem a ideia de que o PSF pode sim reorganizar a atenção à

saúde no município, o que aponta para a aceitação da dimensão ideológica do programa quanto à transformação do modelo assistencial:

Oh eu sempre gostei de atenção primária, sempre. [...]Eu gosto muito de trabalhar com as pessoas carentes, apesar que na Saúde da Família a gente atende toda população sem ser carente ou não né, pelos princípios do SUS. Mas a gente atende muita gente carente e eu acho isso uma questão social de eu ter formado, eu acho que é como se eu tivesse dando uma contribuição para a sociedade. O Saúde da Família eu acho que é a proposta mais próxima de fazer diferença realmente de mudar alguma coisa na saúde da população brasileira... (Profissional 16, médica).

Primeiro que eu me identifico muito com o programa, segundo porque eu acho que assim é uma maneira de eu exercer a enfermagem que é minha profissão, com qualidade de vida, , eu não vou ter aquele stress de um pronto atendimento de um hospital, e ao mesmo tempo eu gosto muito de lidar com pessoas (Profissional 12, enfermeira).

Olha eu acho que me identifico mais com essa área de prevenção, eu não gosto muito de área curativa mesmo, nunca gostei muito de urgência, de hospital, nada disso. Sempre gostei mesmo mais da área de educação em saúde. Foi por isso mesmo (Profissional 15, enfermeira).

Cabe aqui salientar que o sucesso do PSF se deve, em grande parte, aos profissionais – atores sociais que dedicam seu tempo para cuidar dos indivíduos e suas famílias – e o trabalho das equipes é tido como o elemento-chave na busca permanente pela promoção e prevenção da saúde. Entretanto, mesmo as profissionais que vislumbraram *a priori* uma oportunidade de emprego relataram que a experiência com a atenção primária era envolvente e acabaram gostando do trabalho.

4.2. Apresentação e discussão dos dados

A análise dos dados construídos através das entrevistas e observação direta foi feita utilizando-se as seguintes categorias analíticas: sexo, sexualidade, corpo e gênero. Pelo fato de a temática do estudo se pautar na Saúde Sexual e Reprodutiva, essas categorias se impuseram, nesta análise.

Nesta seção, procurou-se conhecer um pouco da experiência das profissionais entrevistadas e também o modo como elas percebem e lidam com as questões cotidianas relativas à saúde sexual e reprodutiva. A seguir, serão apresentadas e discutidas as categorias temáticas que emergiram do material de análise.

4.2.1. A multiplicidade de fatores condicionantes da saúde sexual e reprodutiva

Nesta categoria, procurou-se analisar os relatos produzidos pelas profissionais de saúde durante a entrevista acerca dos termos saúde sexual e reprodutiva, buscando apreender os sentidos que elas atribuem a esses termos. No que se refere à saúde sexual, percebeu-se que as entrevistadas consideram uma série de determinantes para que o indivíduo possa de fato ter uma saúde sexual plena:

A gente tem que ta bem né, no sentido assim tanto físico quanto psicológico, né... porque a saúde sexual você tem que ta num bom estado emocional, não é só, porque assim, você fala que ta bem fisicamente (Profissional 2, 30 anos, solteira).

Saúde sexual pra mim é o bem-estar na parte sexual da pessoa, o bem estar social seja ginecologicamente falando, ou seja, a saúde da mulher, a saúde do homem, e a saúde psíquica também. Então engloba tudo, porque uma pessoa que não tem uma cabeça boa, uma cabeça aberta, ela não tem uma vida sexual ativa e satisfatória, então pra mim saúde sexual engloba tudo desde a parte física até a parte psicológica (Profissional 9, 24 anos, solteira).

Saúde sexual ela passa por um tanto de coisa, né?! Porque eu acho que ela passa pela parte psíquica, a parte orgânica e até a parte religiosa, espiritual né! Então saúde sexual eu acho que é a pessoa tá bem a parte orgânica, e ela tá bem nas outras partes, porque saúde sexual não tem como ela ser só orgânica, porque ela vai nesses outros conceitos também. Então eu acho que é por aí, mais ou menos por aí (Profissional 16, 35 anos, casada).

Ao analisar essas falas, é possível perceber uma ampliação nos conceitos de saúde sexual apresentados por essas profissionais, e estes vão ao encontro da definição de saúde incorporada no ano de 1986, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual definiu “saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social” e não simplesmente a ausência de doenças ou enfermidades.

Ainda persistem, entretanto, noções medicalizadas sobre a saúde sexual, em que algumas informantes acreditam que o conhecimento da biologia reprodutiva, das doenças que poderão acometer o aparelho genital e a frequência regular ao médico são os determinantes para se ter uma boa saúde sexual:

Acho que a saúde sexual é assim é a gente estar bem com o outro e com a gente mesmo né? Ir ao médico regularmente... Fazer acompanhamento né de, de pra ver se ta tudo bem (Profissional 1, 49 anos, casada).

Eu acho que a saúde sexual é a pessoa saber sobre a vida sexual dela, sobre as doenças sexualmente transmissíveis, na possibilidade de evitar uma gravidez indesejada... (Profissional 6, 32 anos, solteira).

Saúde sexual? Pra mim é o cuidado que tanto o homem quanto a mulher tem que ter, assim com as suas áreas genitais... (Profissional 7, 22 anos, solteira).

...então eu acho que a saúde sexual, ela vem desde a parte psicológica até a saúde física mesmo, porque é lógico que uma coisa não desvincula a outra, porque se você tem uma cabeça ruim e tem vários problemas com relação ao assunto sexo, você vai acabar tipo assim, barrando em muitas questões no sentido de... por exemplo, de não querer procurar um médico ou um profissional da saúde pra discutir esses assuntos (Profissional 12, 32 anos, casada).

Olha, saúde sexual eu considero muito assim a parte de DST né, quando a gente orienta sobre as doenças, a parte ginecológica mesmo onde a gente faz é preventivos e consultas ginecológicas mesmo para a orientação do paciente (Profissional 15, 33 anos, casada).

Pode-se perceber que a noção biomédica subsidia a percepção e a prática dessas profissionais de saúde, e mesmo aquela informante que se preocupa com outras dimensões além do corpo físico ainda afirma que o grande prejuízo para o paciente que não esteja bem psicologicamente é o fato de ele não conseguir ajuda médica para resolver seus dilemas sexuais. Dessa forma, acredita que, seguindo a prescrição dada pelo profissional, obter-se-á saúde sexual.

Rosa e Labate (2005) asseveram que, apesar de a proposta do PSF priorizar a mudança do modelo assistencial – até então centrado no médico e na doença – para um modelo que visa à prevenção de doenças e à promoção da saúde, o modelo assistencial vigente atualmente continua centrado na figura do médico, o que acaba operando, de forma central, na produção do cuidado e da cura.

A saúde reprodutiva, por sua vez, é majoritariamente entendida pelas informantes como a capacidade que homem e a mulher possuem para gerar filhos:

... a saúde reprodutiva que nem, eu penso em ter uma criança, então eu tenho que tá bem pra eu dá a vida aquela criança né, porque se tiver qualquer coisa errada tem que cuidar, porque a saúde engloba isso também (Profissional 2, 30 anos, solteira).

Saúde reprodutiva já me lembra mais a parte de reprodução mesmo, a parte de ovário, útero, a pessoa conseguir engravidar, a saúde do homem, a fertilidade (Profissional 9, 24 anos, solteira).

A saúde reprodutiva, ela já vai mais na questão orgânica, a saúde reprodutiva quer dizer se você tem condição de gerar uma criança né! Aí é mais a parte orgânica, porque é claro que existem fatores psicológicos que vão tá envolvidos na relação sexual que vai gerar a criança, mais, a saúde reprodutiva não é a saúde sexual não. É uma coisa que está na minha cabeça, mais ligado a parte orgânica, tá tudo bem, útero, ovário, tá ovulando, seu marido tá tudo bem, espermatozóide, essa é a saúde reprodutiva (Profissional 16, 35 anos, casada).

Diante disso, é possível afirmar que essas profissionais de saúde não associaram a saúde reprodutiva com outros temas que não estivessem ligados à reprodução biológica. No entanto, associam a reprodução não só à mulher, mas ao homem também. A menção da participação masculina na reprodução se dá apenas na esfera biológica, em que o homem fértil “doaria” seu espermatozoide para ajudar no processo reprodutivo, sem qualquer menção aos papéis sociais.

Mesmo em se tratando somente da esfera biológica, Corrêa e Ávila (2003) afirmam que ainda é bastante persistente a divisão sexual em relação às responsabilidades contraceptivas e reprodutivas, em que cada vez mais cabe às mulheres a maioria das tarefas, ao passo que os homens possuem mais autonomia.

De acordo com Vilella e Arilha (2003), à medida que o discurso sobre o sexo se funda sobre as diferenças anatômicas e toma a reprodução como eixo, a pedagogia que rege os comportamentos sexuais reitera modelos corretos desse comportamento para mulheres e homens. Nessa perspectiva, é recomendável, por exemplo, que as mulheres escolham bem o possível fecundante, uma vez que normalmente possuem um só óvulo a ser fecundado por ciclo fértil.

Em uma das falas das entrevistadas, pode-se notar uma inquietação diante do “bom comportamento” sexual da mulher, na expectativa de que isso possa livrar a criança de ter alguma anomalia:

Tipo cê não vai sair por aí e engravidar de qualquer um, corre o risco do filho nascer com problemas, então saúde reprodutiva eu acredito que é isso. Cê saber a pessoa que cê vai ter seu filho, cê conhecer a pessoa, tá ali com ela, é isso (Profissional 10, 23 anos, casada).

Essa narrativa demonstra a preocupação que a entrevistada tem em relação a regras de comportamento que a mulher deve seguir quando pretende reproduzir. Nesse sentido, Meyer *et al.* (2007) chamam a atenção para a fixidez do conteúdo que se atribui à noção de sexo seguro. O que significam essas noções sobre o “momento certo” e a “pessoa certa” nos diferentes contextos culturais? A ênfase na relação da sexualidade com o perigo, a doença e a culpa poderia ser um elemento produtor de vulnerabilidade?

Esses discursos estão imbricados com a organização das relações sociais de gênero e de sexualidade e também com a produção de subjetividades. Dessa forma, esses diferentes discursos, quando são produzidos e veiculados em nossa cultura, acabam por produzir modos de ser e de viver a sexualidade.

Meyer *et al.* (2007) sugerem que, ao utilizar a categoria gênero nesse tipo de análise, deve-se começar sempre por desconfiar de tudo o que nos é apresentado como natural, voltando, assim, o olhar sobre as práticas cotidianas em que nos envolvemos e nas quais se envolvem os usuários.

De acordo com Documento do Ministério da Saúde intitulado: “Saúde da Mulher: um diálogo aberto e participativo” (2010), mesmo com maior consciência dessa dimensão de gênero, que se formou gradualmente nas políticas de saúde, a mulher ainda continua sendo vista apenas a partir de suas funções biológicas relacionadas à maternidade. Essa visão reducionista se reflete na atenção à saúde das mulheres, caracterizada pela ausência de abordagem ampla e integral.

Em uma das narrativas, a saúde reprodutiva é entendida como o meio através do qual se forma e se dá continuidade à família:

Saúde reprodutiva é você construir uma família... mas eu acho que isso aí seria formar uma família, e futuramente netos e bisnetos (Profissional 14, 44 anos, casada).

Tal ênfase remete à Eunice Durham (1983), quando ela salienta que, apesar das tecnologias reprodutivas existentes atualmente, as relações sexuais continuam sendo, em grande parte, viabilizadoras da reprodução, entretanto elas não criam vínculos familiares duradouros. Dessa forma, a autora pontua que não é possível entender a família como um grupo natural, pois a reprodução em si não é suficiente para que se estabeleçam laços de parentesco que caracterizam a família. Entretanto, segundo Durham, é normal que façamos essa associação entre família, sexo e reprodução.

O sexo e a reprodução foram alvos de alguns movimentos sociais que buscaram o reconhecimento por direitos que assegurassem aos indivíduos poder experimentar uma vida sexual livre de preconceitos e discriminação de qualquer natureza. A categoria a seguir discutirá o entendimento das profissionais entrevistadas acerca desses direitos e da saúde sexual e reprodutiva.

4.2.2. O reconhecimento do direito ao planejamento familiar é prevalente em meio aos direitos sexuais e reprodutivos

Os termos direitos sexuais e reprodutivos são relativamente recentes e conquistas dos movimentos feminista e homossexual e do meio acadêmico,

principalmente das áreas das ciências sociais e humanas. E é de extrema relevância que tais direitos sejam assegurados na área da saúde coletiva, visto que a concretização das políticas de saúde sexual e reprodutiva se dá nas práticas dos profissionais que estão inseridos no processo de cuidar em saúde.

Diante disso, buscou-se identificar o conhecimento das informantes sobre os direitos sexuais e reprodutivos. Apesar de o Ministério da Saúde disponibilizar para o serviço público cartilhas sobre os direitos sexuais e reprodutivos, 11 das entrevistadas disseram não conhecer quais são esses direitos. Entre aquelas que disseram conhecer, os direitos mais citados foram os direitos ao planejamento familiar, ao acesso aos métodos contraceptivos e à livre decisão dos casais de ter ou não filhos. As informantes a seguir se referem aos direitos sexuais e reprodutivos sob a perspectiva da liberdade de escolha:

[...] os casais tem direito de escolher quantos filhos quer tê. Eu tenho só uma, se eu não quiser não vou ter mais nenhuma (Profissional 4, 35 anos, casada).

[...] a menina, ela é assim, ela tem dificuldade no relacionamento dela, aí, a enfermeira-chefe pediu pra mim conversar com ela pra ver se ela queria fazer... liga. Aí ela falou assim pra ela, que não, que não podia. Queria que o marido dela fizesse uma vasectomia, aí eu fui e pedi para o marido dela fazer. Aí ele me respondeu assim que não queria, porque que queria ter outros filhos, que as vezes não ia dar certo com aquela mulher que queria ter outros, aí eu falei pra ele, mas então ela ta nessa, ela não pode tomar o anticoncepcional. Aí eu expliquei, falei assim oh: ela não pode com a pílula, aí talvez você... tem a camisinha, tem vários, ela pode colocar o DIU. Aí fui explicando assim, a maneira que eu sabia. É um direito dele né. Então foi aí que eu expliquei pra ele: não tudo bem ,se não quer... então vamo deixa do jeito que ta (Profissional 5, 39 anos, casada).

A possibilidade de escolha entre ter ou não filhos é aqui entendida como direito, e de fato o é. O conceito dos direitos de escolha é de cada indivíduo, e a consciência de que quando o profissional realiza uma prescrição sem antes consultar a opinião das pessoas que sofrerão seu efeito é um desrespeito à sua liberdade. Esse direito de escolha é particularmente válido no caso do planejamento familiar.

As ideias das entrevistadas expressas nas narrativas apresentadas convergem com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, vigentes entre os anos de 2004 e 2007, e com a Lei nº 9.263/1996, que regulamenta o planejamento familiar no Brasil. Nesses textos, prevê-se a transformação da prática profissional, cabendo aos profissionais de saúde informar e orientar sobre os métodos

anticoncepcionais, sem juízo de valor, sem preconceitos e, principalmente, dando ao usuário liberdade de opção.

Outras duas informantes entendem que os direitos sexual e reprodutivo compreendem o direito ao acesso a métodos anticoncepcionais e de obter informações sobre os aspectos relacionados à reprodução:

Ter acesso aos anticoncepcionais, preservativos, a exames, pacientes tem direito de por exemplo, conseguir uma laqueadura... (Profissional 15, 33 anos, casada).

...direito de saber sobre os métodos anticoncepcionais... orientações reprodutivas, pra ter neném essas coisas (Profissional 13, 28 anos, divorciada).

Apesar de os direitos sexuais e reprodutivos serem assegurados por lei e reconhecidos nacionalmente, uma das informantes relatou que a garantia desses direitos muitas vezes se restringe às formalidades legais, pois na prática a situação é bem diferente:

O que eu sei é do planejamento familiar, no caso a pessoa tem o direito por exemplo se tem mais filhos e não quer ter mais, ela tem o direito de ter uma laqueadura, uma ligadura garantida pelo SUS. Por exemplo você já tem um tanto de filho e não quer ter mais, então eu acho que esse direito é assegurado pelo, assim na teoria, porque infelizmente conseguir uma ligadura é difícil e uma vasectomia já é mais fácil, né? Então eu acho que deveria ser mais, mais garantido esse direito, apesar de ta no papel, mais na prática que a gente vê é mais complicado de conseguir (Profissional 9, 24 anos, solteira).

Essa narrativa comprova o estudo de Souza *et al.* (2006), em que os autores salientam que a desinformação da população e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde de qualidade e limitações dos próprios métodos contraceptivos configuram-se como os fatores preponderantes a caracterizar a discutível qualidade da assistência em planejamento familiar no Brasil. Os referidos autores ainda pontuam que as ações do planejamento familiar fazem parte da atenção básica e, em nível local, são de responsabilidade da gestão municipal da saúde da mulher, mas, infelizmente, muitos municípios não implantam estratégias adequadas para fornecimento de contraceptivos para a população e programa educativo e de aconselhamento para a livre escolha do método que garantam o acompanhamento dos usuários.

Fica bastante evidenciado, a partir deste trabalho, que falar sobre a garantia de direitos sexuais e reprodutivos no contexto de PSF exige instrumentos analíticos

que possam aproximar o pesquisador do objeto de estudo. Tais evidências decorrem de vários fatores, como a orientação religiosa, o estilo de vida e a classe social dos usuários, que garantirão esses direitos.

4.2.3. Saúde sexual e reprodutiva: o silêncio das mulheres e a dificuldade profissional

Conforme apontam as situações de entrevistas, as profissionais de saúde elencaram uma série de dificuldades para trabalhar com temas acerca da saúde sexual e reprodutiva, como sexo, sexualidade, prazer, não prazer, reprodução, entre outros. Os relatos revelam dificuldades mútuas relacionadas à abordagem inicial desses temas: de um lado, as profissionais esperam que as usuárias se “abram para o diálogo” e, de outro, as usuárias não raro silenciam e preferem não tocar no assunto durante as consultas e, mesmo, nas conversas durante as visitas diárias da ACS.

É crucial nesse momento a seguinte indagação: O que o silêncio quer dizer? Talvez se possa afirmar, a partir deste trabalho, que análises centradas em temas como vivência do sexo necessitariam de tempo muito maior de contato com os sujeitos-objeto da pesquisa para se alcançar uma descrição densa. De acordo com Geertz (1978), a descrição densa é a única capaz de garantir ao pesquisador uma interpretação mais próxima possível do “real” ou da “verdade”. Essa técnica possibilita interpretar os mais particulares atos de significação, bem como os sentidos dos símbolos, sobretudo os que emergem das interações sociais.

Surge, nos depoimentos a seguir, uma das maiores dificuldades encontradas pelas profissionais para promover ações no campo da saúde sexual e reprodutiva, a questão do silenciamento das usuárias:

Muita dificuldade e principalmente com essas mocinhas solteiras. A gente não pode chegar e a mãe, tiver perto e eu conversar com ela... Eu acho que por elas (mães das mocinhas) cresceram desse jeito e não querer falar, elas acham que a gente não precisa de conversar, tentar conversar (Profissional 8, 23 anos, solteira).

...a questão da cultura mesmo, que é muito complicado você chegar e falar pras mulheres sobre sexualidade porque elas são muito reservadas. E aí acaba que essas dificuldades, gera nos filhos, porque eles tem essa criação desse jeito de ser reservado, e se a gente vai discutir isso com os filhos, a gente tá atrapalhando o jeito deles de educar. Então é complicado, a gente falar (Profissional 1, 49 anos, casada).

Aqui a gente não aborda, não é muito invasivo pra abordar, porque acaba que a mulher não se abre e não dá abertura pra isso (Profissional 12, 32 anos, casada).

Ah muito difícil, eu acho que é de cultura mesmo. As mulheres daqui são muito reservadas... Elas tem muita vergonha, então elas chegam pra mim, muito assim, tímidas, tem umas que custam a responder o que a gente pergunta. Algumas fazem assim um questionamento, mas é difícil (Profissional 1, 49 anos, casada).

É possível apreender nessas falas que assumir a família como valor moral – como parece para este segmento de classe –, assuntos, temas e categorias como vergonha, honra e pudor sexual são constitutivos de processos de socialização reveladores de “papéis” e lugares idealizados de homens, mulheres, crianças, jovens, velhos, mãe, pai e filho, que de geração em geração vão sendo negociados com proximidade/distanciamento pelos “membros do grupo familiar”, mas também sempre em consonância com a vizinhança, comunidade e, ou, sociedade maior.

É possível, ainda, perceber como esses valores são apropriados pelo grupo assistido e como influenciam seus comportamentos. Vale ressaltar que o nível de dificuldade tanto do lado das agentes quanto do lado das usuárias expressa incômodos, pois em algumas situações as profissionais ficam sem reação perante a realidade constatada.

Como quase sempre acontece quando não se dá conta de explicar “razões e verdades”, aciona-se a “cultura” como “explicativo” para as dificuldades profissionais em face do silêncio das mulheres assistidas, que se reservam quando são estimuladas a falar sobre sua sexualidade. No entanto, são singulares tais fenômenos sociais, como lugar privilegiado para se entender ou reveladores dos arbitrários sociais construídos através dos processos de socialização.

As dificuldades relatadas pelas profissionais remetem a Heilborn (1997, p. 1), quando essa autora pontua que a “sexualidade é um domínio da vida social que, a exemplo de outros, importa em socialização, em interpretação de regras e significados, em constituição de um sistema de atitudes, em suma, na existência de um contexto cultural”.

Apesar, entretanto, de a sexualidade constituir-se numa forma de expressão que reflete o contexto sociocultural, no qual o sujeito está inserido e se desenvolve e, também, a vivência da sexualidade está diretamente relacionada à forma pela qual os valores e práticas sociais são percebidos e incorporados pelos sujeitos, a dificuldade para abordar esses assuntos pode ser explicada pelo fato de se tratar de assuntos

invasivos, pertencentes ao *ethos* privado. Com isso, muitas se fecham para o profissional, dificultando a ele “penetrar” na sua vida íntima.

Vale ressaltar aqui que as usuárias não querem se expressar verbalmente, mas é preciso entender também o que o silêncio dessas mulheres quer dizer. O fato de essas usuárias silenciarem diante dos assuntos concernentes à saúde sexual e reprodutiva fornece indicativos de como a sexualidade está colocada nessa comunidade.

Apreende-se com Foucault (1988, p. 33-34) que o silêncio não significa apenas um simples silenciar. Não se fala menos do sexo; ao contrário, fala-se, porém, de outra maneira. O próprio mutismo, aquilo que se recusa dizer, a descrição exigida entre certos locutores, não constitui propriamente o limite absoluto do discurso. “Não se deve fazer uma divisão binária entre o que se diz e o que não se diz, é preciso determinar diferentes maneiras de não dizer, como são distribuídos os que podem e os que não podem falar, que tipo de discurso é autorizado ou que forma de descrição é exigida a uns e outros”.

Todavia, a profissional 4, em seu relato, afirma que a proximidade com as usuárias é fator que pode facilitar a abordagem dos assuntos afeitos à sexualidade, pois que, uma vez estabelecido o vínculo profissional e até mesmo afetivo (amizade), as conversas sobre os assuntos íntimos fluem naturalmente. A fala é ilustrativa:

... Não em todas as famílias. Mas de repente uma pessoa de fora que não é da sua área... cê vai te que esperar o vínculo, tem que esperar pra você poder, a não ser que a própria pessoa te dá pega, pra ta falando... Entendeu? ...vamos supor, cê chega numa família, naquela família, cê tem até amizade com aquela pessoa, aí cê chega e faz de conta que o marido foi na zona, aí cê chega, cê tá veno que aquela pessoa tá triste e aí você começa a conversar com aquela pessoa, aí de repente a pessoa te conta, te conta aquilo que foi, porque que ela tá triste. Então tem hora que sem querer e sem ver, cê já tá no meio da situação. Entendeu? E isso acontece muito. Tem hora que é difícil porque, cê vai dar conselho, o que é que cê vai falar? Porque na maioria das vezes é coisa séria, cê tem que escutar, falar para a pessoa ter calma, que ela tem que pensar direito, que ela não pode pensar nada com a cabeça quente... Uai eu não posso falar, eu não sei como que eles vive. Então é difícil, a abordagem é difícil (Profissional 4, 35 anos, casada).

O vínculo profissional é tido por essa entrevistada como viabilizador da relação de confiança mútua que deve ser estabelecida entre profissional e usuário, ao afirmar que, em casos em que o vínculo é recente, as usuárias não oferecem abertura para dialogar sobre assuntos concernentes à intimidade. Entretanto, pode ser evidenciado nessa fala que, mesmo nas situações em que as usuárias se dispõem a

falar sobre sua vida sexual, há uma dificuldade de ação dessas profissionais diante dos problemas apresentados pelas usuárias, ficando assim sem reação ante a realidade constatada. A fala a seguir também ilustra essa situação:

As vezes elas reclamam da vida sexual e isso acontece assim, eu vejo muito em mulher que já foi traída pelo marido, tipo assim, a mulher foi traída pelo marido e parece que tem uma mágoa, nem é de cunho sexual, mas tipo assim, parece que elas pensam assim: não quero que ele me põe a mão, porque me traiu! E acaba que a gente fica no meio sem saber o que você faz? Porque qual que o conselho que a gente dá: separa dele e procura outro, não dá! E aí acaba que a gente começa a tratar como terapia, tipo assim, tentar melhorar o relacionamento com o marido, as vezes tentar conversar, ajudar o casal, mas acaba que a gente é tão, tão... a mulher já viveu aquilo tanto, já sofreu aquilo tanto que parece que não tem inversão e aqui é muito complicado isso... porque acaba que a mulher fica muito dependente do marido, fica amarrada no marido, é como se ela fosse a sombra do marido, tudo o que ao marido faz, é ordem.... é muito difícil (Profissional 12, 32 anos, casada).

Ao analisar as narrativas das profissionais 4 e 12, foi possível perceber que a questão do adultério/traições e suas implicações na vida sexual das usuárias aparecem como um fato recorrente. De acordo com as entrevistadas, essa é uma realidade social bastante difícil de lidar, pois nessa situação elas ficam, por ora, sem saber como agir.

Nesse sentido, sobre o fato de as mulheres aceitarem a traição, Chauí (1984) explica que o adultério masculino é considerado o exercício, infelizmente, abusado e excessivo de autoridade e de uma sexualidade mais exigente do que a feminina. Também, a situação de dependência econômica e emocional em que são educadas as mulheres pode facilitar a acomodação, pois a ruptura matrimonial as colocaria em uma situação em que elas não se encontram preparadas para enfrentar.

São nessas horas que o entendimento das relações de gênero se torna fundamental, a fim de minimizar as desigualdades sociais que esse tipo de situação cria sobre as mulheres. Em outras palavras, entender que as diferenças de poder entre homens e mulheres podem ser determinantes no processo de adoecimento, principalmente das mulheres, e que o estado de saúde ou de doença é resultante das desigualdades vivenciadas e não meramente disfunções biológicas. Entretanto, em alguns casos as usuárias oferecem abertura ao profissional, e a abordagem dos temas afeitos à saúde sexual e reprodutiva pode ser facilitada, conforme evidenciado na fala seguinte:

Eu acho que se for uma pessoa que eu posso conversar eu acho que contribui, porque às vezes a gente precisa escutar pra, pra agir né? Porque não adianta, as vezes a pessoa fica assim: 'ah isso não tá bom, isso não da desse jeito'! Eu acho que pode conversar com o marido, que eu acho que contribui o fato se a gente tiver, por exemplo não é liberdade, tanto é liberdade de me contar e eu conversar com ela (Profissional 8, 23 anos, solteira).

Acredita-se que a abertura das usuárias se deva a um vínculo previamente estabelecido. Para Campos (1997 *apud* SCHIMITH; LIMA, 2004, p. 1488), “o vínculo com os usuários dos serviços de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço”. Entretanto, não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja.

A profissional 8, ao relatar que é preciso primeiro escutar para depois agir, reconhece a usuária como sujeito no processo de produção do cuidado. Essa preocupação com relação ao “espaço” do usuário também foi expressa nas falas das entrevistadas a seguir:

Talvez não por mim mesma, mas talvez pela pessoa que a gente tá visitando e conversando, na dificuldade às vezes dela se expressar e de se abrir né, com a própria agente de saúde ou com a pessoa né? E...pra intimidade dela também, as vezes fica com vergonha de tá falando e as vezes a gente deixa de falar exatamente por isso (Profissional 1, 49 anos, casada).

Eu acho difícil. Quando a gente vai abordar um tema assim, as vezes a gente vê que tem uma adolescente grávida na área, aí, o quê que acontece? A gente sabe porque todo mundo comenta, só que você não pode chegar na casa e falar assim oh: Você tá grávida?...então a dificuldade é em abordar esse assunto. Tem a dificuldade sim, porque é uma coisa assim, além do sigilo profissional que a gente tem que ter, mas as vezes a gente sabe por outros por terceiras pessoas e aí fica difícil pra tá falando (Profissional 2, 30 anos, solteira).

Discuto até porque por conta da questão da queixa, tipo assim, eu não quero fazer sexo, eu tenho problema com meu marido, aí discuto algumas questões até o limite que eu acho que eu devo ir. Eu não fico tipo assim, impondo minhas ideias...agora tem umas que as respostas são tão monossilábicas que cê começa a fazer uma anamnese e ela responde assim: não, sim, ahah... e não vai pra frente. E aí quando você entra na questão assim: você tem vida sexual ativa? Quantas vezes por semana você pratica sexo? E tal, e aí é mais monossilábica ainda (Profissional 12, 32 anos, casada).

As entrevistadas demonstram em suas falas uma relação de respeito diante das particularidades das usuárias, tendo essas profissionais consciência de que essas particularidades, muitas vezes, impedem-nas de se expressar. É interessante ressaltar,

na fala dessas profissionais, a questão do limite da abordagem. De acordo com a entrevistada 12, a abertura dada pelas usuárias é a sinalizadora do aprofundamento da conversa a ser estabelecida.

Há que se considerar também que o fato de essas profissionais não saberem como agir em relação à privacidade faz que elas também se calem, com receio de que a usuária não volte mais ao serviço de saúde ou não aceite a visita da ACS. Assim, os problemas são encaminhados até o limite da abertura que a usuária oferece ao profissional de saúde.

Nesse sentido, Campos (1997 *apud* SCHIMITH; LIMA, 2004) salienta que o vínculo entre usuário e profissional da saúde envolve, entre outras coisas, afetividade, ajuda e respeito, e assim acontece uma negociação entre as partes, em que o profissional, visando identificar as necessidades de cada usuário, prima também que este tenha maior autonomia em relação à sua saúde.

Algumas informantes relataram que, entretanto, a dificuldade advém da vergonha para abordar o assunto:

É de entrar no assunto sem ser como se diz sem ser invasiva... Até eu falo, eu tenho muita vergonha de tocar nesse tema, então assim eu tenho uma certa dificuldade nas minhas visitas de tocar de entrar e apesar que eu entro, tem horas que eu entro nesse assunto, então assim, é mais difícil, tem horas que a gente tem que ir trabalhando pra aprender (Profissional 9, 24 anos, solteira).

Ah, primeiro motivo eu acho que eu tenho vergonha de conversar com a pessoa, coisa que eu não poderia ter porque, mas eu tenho vergonha ainda. Acho que eu vou conseguir ainda, eu vou entrar... (Profissional 5, 39 anos, casada).

Ao analisar as falas dessas profissionais, a expressão “vergonha” pode ser entendida como acanhamento, timidez e até mesmo pudor em relação ao assunto sexualidade, mas revela muito mais que isso. Talvez essa vergonha possa ser explicada pelo fato de elas próprias também serem mulheres e “reproduzirem” o modelo tido como ideal de ser mulher.

Neste trabalho, a análise vai de encontro ao que Martins (2004) aponta sobre a negação da sexualidade feminina. Segundo essa autora, criou-se uma imagem moralmente superior da mulher, em que seu corpo era educado para cumprir as funções sociais do casamento, da maternidade e da educação dos filhos e não para a vivência do prazer. Assim, quando o sexo e a sexualidade são imaginados enquanto fontes geradoras de prazer, um desconforto pode ser criado, pois, de acordo com as

situações de entrevista, as mulheres de Córrego Fundo não foram educadas para pensar e falar sobre sexo.

De acordo com aquela autora, embora o interesse pela mulher e por sua diferença sexual tenha ganhado maior notoriedade nos séculos XVIII e XIX, a produção discursiva voltada para a mulher revelava a preocupação dos cientistas e homens cultos da época para entender a natureza feminina. Isso para formular seus discursos a respeito das relações sociais entre homens e mulheres, definindo seus lugares e papéis, o que acabou por firmar a relação entre a especificidade do corpo feminino e a função social da maternidade.

Essa construção do saber médico em torno da sexualidade deu lugar a diversos métodos de controle do comportamento sexual, ficando a sexualidade feminina restrita à reprodução. E, mesmo com as transformações ocorridas no campo da ciência e da medicina, ainda hoje é possível perceber traços dessas prescrições no comportamento sexual das mulheres. Entretanto, para estudar com maior perspicácia a vivência do sexo, há a necessidade de um contato mais prolongado com informantes e cenas sociais, sendo isso uma limitação deste estudo e de outros que se propõem a entender esse universo.

É possível afirmar, a partir dos dados, que não há um modo único e acabado de trabalhar as ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva. As experiências, possibilidades e necessidades locais servem de norte para os profissionais planejarem o processo de cuidado. Acredita-se, no entanto, que o caminho para a construção de práticas de saúde possa ser amplamente facilitado, quando o usuário é pensado como sujeito desse processo.

4.2.4. Sexualidade: uma mistura de sexo, afetividade e possibilidades

Percebeu-se, desde as entrevistas, quanto é difícil tratar dessa temática, pois a sexualidade é complexa, por entrelaçar as esferas biológica e social. No roteiro da entrevista constava uma pergunta sobre o que era sexualidade e outra que indagava como essa temática é abordada nas práticas de saúde.

O silêncio, o riso e até mesmo o retorno da pergunta ao pesquisador marcaram os relatos. Essas posturas podem ser consideradas uma forma de negação do assunto, pois quem fala se expõe, o que nem sempre é fácil, em especial, ao se

tratar de tema concernente ao *ethos* privado. Duas entrevistadas expressaram não saber definir o termo sexualidade.

De forma geral, os discursos construíram uma mistura de concepções sobre sexualidade. Algumas entrevistadas consideram que a sexualidade está relacionada às dimensões biológica, psicológica e afetiva:

Olha difícil demais de responder... eu acho que está ligada à parte sexual e à afetividade (Profissional 15, 33 anos, casada).

... não é no caso só sexo não né! Sexualidade pode representar muita coisa. Uma mãe abraçando um filho pode ser sexualidade, uma mãe beijando o filho. Não é só no sentido sexo, pode demonstrar muitas coisas! (Profissional 3, 25 anos, casada).

Eu acho que é uma coisa muito ampla, sexualidade é tudo! Às vezes você fala assim: ah certa coisa não tem a ver com a sexualidade só de ser um fato de ser feminino e masculino, já é uma coisa. Então as vezes não é só o ato sexual em si que pra mim é sexualidade, é tudo que vem antes, que vem depois, é amplo. Então tudo no meu modo de ver tá ligado com a sexualidade (Profissional 9, 24 anos, solteira).

Percebe-se que a sexualidade é modelada na junção de duas preocupações principais: com a nossa subjetividade (quem e o que somos); e com a sociedade (com a saúde, a prosperidade, o crescimento, entre outros), conforme ensina Weeks (2007).

Na mesma medida, a cartilha do Ministério da Saúde sobre os “Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais” (2006) revela que o entendimento sobre a sexualidade é subjetivo e abarca aspectos da biologia humana e da vida social, como o sexo, os papéis sexuais, o erotismo, o prazer, o envolvimento emocional, o amor, entre outros. As narrativas apresentadas expressam a pluralidade desses aspectos na forma de definir a sexualidade, corroborando o documento anteriormente analisado.

Ao pensar na relação sexual, é sabido que em todas as sociedades as expressões da sexualidade foram e continuam sendo alvo de normas morais, religiosas ou científicas, que vão sendo aprendidas sempre, em quaisquer situações da vida em sociedade, culminando em processos de socialização que definem as performances relacionais. E novamente Foucault (1988) auxilia nesta análise quando explica que, desde o século XVIII, a sexualidade foi reduzida ao casal, em especial ao casal heterossexual. Essa “norma” prevaleceu por muitos anos, e somente a partir

do século XIX é que se desenvolveram outras possibilidades de vivenciar a sexualidade.

Nas falas a seguir, é possível notar que as entrevistadas reconhecem em outros tipos de relações, que não somente a heterossexual, alternativas para vivenciar a sexualidade:

Sexualidade?... Duas pessoas posso falar, quando se gostam, porque hoje não é assim né. Mais é duas pessoas de sexo diferente que como é que fala?... Não é só diferente né? Porque também tem o... sexos iguais, dois casais né? Dois casais que... Não me causa estranhamento pensar em relação de dois do mesmo sexo, mais é interessante, sempre quando a gente fala, a gente fala com a indiferença, pra mim é normal... Mas pra mim não, pra mim, tanto faz... (Profissional 4, 35 anos, casada).

Sexualidade eu acho que é uma série de coisas, desde tipo assim, da sexualidade de se conhecer como homem e mulher, e da sexualidade mesmo de relações entre homem e mulher, entre homem e mulher não, entre né, hoje em dia, a gente tem várias coisas. Hoje em dia a gente tem uma visão da sociedade diferente do que era antes. A gente vê famílias formadas por outros membros que não o pai e a mãe. Então sexualidade é muito, é assim é uma coisa muita extensa... (Profissional 12, 32 anos, casada).

Ao analisar as falas dessas entrevistadas, é possível perceber que elas reconhecem, em outros tipos de relação sexual, a possibilidade de vivenciar o sexo. Entretanto, vale ressaltar que a profissional 4, mesmo afirmando não possuir preconceito em relação à homossexualidade, se contradiz ao dizer que “sempre quando a gente fala, a gente fala com indiferença, pra mim é normal...”.

Estudos como o de Marilena Chauí (1984) salienta que a repressão sexual se forma sob um sistema de normas, regras, leis e valores explícitos que uma sociedade estabelece no tocante a permissões e proibições nas práticas sexuais genitais. Essas regras, normas, leis e valores são definidos explicitamente pela religião, pela moral, pelo direito e, no caso de nossa sociedade, também pela ciência. Com isso, justificativas diferentes, no decorrer da história de uma sociedade, são decisivas quanto à permissão e, ou, à proibição de práticas sexuais que possam conservar ou contrariar as finalidades que tal sociedade atribui ao sexo.

Nesse sentido, Parker (2007) busca explicar os modos pelos quais os fatores culturais têm sido vinculados à construção e constituição da experiência sexual. Segundo esse autor, diversas pesquisas têm mostrado como os sistemas sociais e culturais modelam nossa experiência sexual. Alguns discursos produzidos ao longo

da história da sexualidade são aqui legitimados e influenciam, sobremaneira, a forma como se vivencia a sexualidade. A fala a seguir é ilustrativa:

... eu acho assim que a vida sexual tem que ser tudo assim, tem limites, tudo tem que ser conversado dentro de um diálogo. Eu acho que o homem né, ele procura mais né? E a mulher não! E a gente tem que saber levar, porque se você for levar pro lado... E fazer com que o homem entenda esse lado também, e que nós mulheres, né, parece que não sei acho que tem os dias que a gente não tá né bem outros dia né. Acho que a gente tem que saber conversar e levar tudo... (Profissional 1, 49 anos, casada).

A vivência da sexualidade está diretamente relacionada à forma pela qual os valores e práticas sociais são percebidos e incorporados pelos sujeitos, refletindo as diferentes culturas que coexistem nas sociedades. Meyer *et al.* (2007) explicam que afirmações do tipo “é natural que homens sintam mais desejo que as mulheres; as meninas são naturalmente mais dóceis e submissas que os meninos; e a submissão feminina é a maior razão da não adoção da camisinha na relação sexual são discursos produzidos pela cultura e incorporados à vida das pessoas como verdades supremas”.

Ainda que se considere que a sexualidade não seja sinônimo de atividade sexual, algumas profissionais associaram explicitamente a relação entre sexualidade e fazer sexo:

Sexo. Sexualidade?... Então eu acho que é fazer sexo (Profissional 10, 23 anos, casada).

Sexo. Fazer sexo. Eu acho que tá relacionada a isso (Profissional 5, 39 anos, casada).

Essas noções que associam sexualidade ao coito genital possuem caráter extremamente reducionista ao restringirem-na ao contato físico, biológico. Nesse sentido, John Gagnon e William Simon (1973 *apud* VILELLA; ARILHA, 2003) chamam atenção para o risco de reduzir a sexualidade à medição de atos sexuais. Segundo esses autores, isso transformaria a sexualidade em um conjunto meramente de atos e esvaziaria todo o sentido político e cultural que também a constitui.

Algumas narrativas apresentam como elementos afeitos à sexualidade aspectos como o charme, o desejo, o prazer e os sentimentos:

O que a gente sente, assim o que pode acontecer entre um homem e uma mulher, eu acho que é, a sexualidade é assim, vamos supor, é o desejo entre o homem e a mulher, isso que é pra mim (Profissional 7, 22 anos, solteira).

Eu acho que tá relacionado como diz, não só ao corpo, mas também no psicológico, envolve tudo, pra mim a sexualidade é isso. Pra que exista a sexualidade tem todo um procedimento antes, acho que tem que haver um carinho, uma troca de carinho entre o casal, acho que não seria só sexo em si (Profissional 6, 32 anos, solteira).

Sexualidade é assim o seu jeito, assim você mostrar sua sexualidade seu jeito, que é a gente ficar charmosa né, bonita... assim! (Profissional 2, 30 anos, solteira).

Dessa forma, é possível afirmar que a concepção que o sujeito possui sobre sexualidade está intimamente relacionada ao seu sistema de significados simbólicos – à cultura. Vilella e Arilha (2003) corroboram esse pensamento ao afirmarem que as regras de uso do corpo e de reconhecimento das sensações e a incorporação das normas sociais de permissão ou proibição de alguns prazeres são aprendidas a partir da cultura. Essas normas passam a fazer parte do elenco de signos e revelam o diálogo ativo que cada indivíduo mantém com seu espaço social, no processo de produção de subjetividade e de cultura que marca a existência humana.

A visão médica de caracterização de doenças para uma adequada intervenção ainda permanece forte e majoritária na atenção às questões da complexa estrutura que envolve a sexualidade humana. Esta se reveste de subjetividade, e as representações que os profissionais possuem sobre sexualidade é que irão determinar qual tipo de abordagem será feita nas práticas de saúde.

A esse respeito, indagaram-se às profissionais sobre a forma utilizada por elas para abordar a sexualidade em suas práticas. De acordo com os relatos, a sexualidade não é assunto pontual nas ações de saúde. Todavia, em algumas ações específicas esse tema já fora abordado:

... no caso a psicóloga explicou muito, eu senti assim, da vergonha, porque é tipo assim as vezes a gente tem certo pudor né? No sentido da palavra, tem certa vergonha, então eu acho que ela baseou muito nisso. Porque eu acho que ela percebeu que o público lá era o público alvo, literalmente alvo, tava precisando, então ela tocou muito nesse assunto, do prazer da mulher, então eu achei muito bacana nisso (Profissional 9, 24 anos, solteira).

Falou sobre o clitóris da mulher, falou, mostrou, era uma foto assim... As mulheres ficaram todas sem graça. Tinha mulher que não sabia o que era... (Profissional 10, 23 anos, casada).

Apesar de a sexualidade ser abordada em algumas práticas de saúde, percebe-se que a sexualidade feminina é que está sempre em questão, não sendo discutida a sexualidade masculina. Dessa forma, a sexualidade do homem parece estar pronta e

acabada, e a sexualidade da mulher ainda está em construção. Percebe-se uma atenção especial em relação ao autoconhecimento do corpo e do prazer feminino, nas narrativas dessas profissionais.

A sexualidade feminina já fora e continua sendo objeto de interdição pela ciência médica, que sempre nos inquietou diante da “natureza nervosa da mulher” e procurávamos suprimi-la. O sexo esteve vinculado à reprodução até a década de 1950, e esse fato impedia as mulheres de separá-lo do prazer. Entretanto, com a invenção da pílula anticoncepcional nessa década, a mulher pode vislumbrar a possibilidade de fazer sexo com o intuito de obter prazer.

Remete-se ao trabalho de Trindade e Ferreira (2008), em que os autores relatam que a mulher precisa buscar maior autonomia na vivência de sua sexualidade, pois, muitas vezes, as mulheres se tornam passivas e trazem para si a responsabilidade pelos problemas relativos ao sexo. Dessa forma, o autoconhecimento do corpo torna-se um aspecto fundamental nessa busca.

As falas a seguir demonstram a preocupação das entrevistadas com relação ao prazer feminino:

Eu falo: olha a gente tem que ter respeito pelo nosso corpo e tudo. Mas a gente também tem que sentir prazer, tem que sentir feliz. Isso aí faz parte da vida adulta! (Profissional 16, 35 anos, casada).

... Elas me falam assim: ah só uma vez tá bão, só uma vez por semana, pra que? Nó já estou cansada de homem!... Não gente tem que sentar e conversar. Igual eu falei se um dia meu marido chegar pra mim e falar assim: não eu quero é agora! Uai? Só por que ele quer agora eu vou lá e faço, aí cê faz e não tem prazer nenhum cê vai querer fazer outra vez? Eu acho que não, eu acho que mais é a falta de diálogo (Profissional 8, 23 anos, solteira).

Segundo Trindade e Ferreira (2008), o papel sexual na maioria das vezes é pouco desenvolvido e associado a uma performance estereotipada, em que a mulher simula e representa um orgasmo ou satisfação que na verdade não ocorre.

Além do mais, muitas mulheres não conhecem suas zonas erógenas e não tocam seu próprio corpo, seja por vergonha, seja por receio de estarem cometendo erro e, ainda, por estarem fazendo algo feio e pecaminoso. Esses fatos levam a mulher, na maioria das vezes, a vivenciar uma vida sexual frustrante e infeliz.

Conforme já fora discutido anteriormente, quando a sexualidade se restringir à compreensão do sentido de fazer sexo e às implicações biológicas que essa prática pode gerar, ela se remete ao discurso médico. As falas das profissionais entrevistadas

a seguir revestem desse discurso, ao entenderem que a abordagem de assuntos sobre DSTs, planejamento familiar e afecções do aparelho genital são o bastante para explicitar a abordagem da sexualidade em suas ações:

... foi falado é de doença também, aí a doutora levou os panfletos, mostrou, explicou, levou camisinha ensinou colocar, tinha levado acho até que era uma cenoura, ensinou como que usava e segurava na pontinha, contou como que era a camisinha feminina. Contou eu lembro, os meninos ficou muito agitado, achava graça de tudo, pegava as camisinha eles ria, pegava a cenoura eles ria, pegava a outra camisinha feminina... eles fizeram o maior alvoroço... (Profissional 4, 35 anos, casada).

Nem nas consultas ginecológicas, eu acho assim, que é um pouco vago. Se a paciente chega e fala, ela tem um espaço pra poder falar, agora se ela não reclama nada, o médico também não vai perguntar sobre a sexualidade dela... a gente observa que não sei se é pelo tempo dele ser muito curto, ele não entra nesse detalhe. Agora quando ce chega, relata que ta com uma secura vaginal ou alguma coisa assim, aí ele entra um pouquinho no assunto, mas se você vem fazer um preventivo, é só o preventivo (Profissional 6, 32 anos, solteira).

A sexualidade emerge nessas práticas com um caráter biomédico, focando-a apenas em seus aspectos biológicos e em suas queixas. A narrativa da profissional 6 expressa a “falta de espaço” que a mulher encontra para dialogar com o profissional de saúde sobre outros assuntos que não sejam sobre doença aparente. A esse respeito, Cecílio (2006) destaca que, no encontro entre usuários e a equipe de saúde, haveria de prevalecer sempre o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas pelas pessoas que buscam o serviço.

De acordo com Trindade e Ferreira (2008), apesar de o tema sexualidade fazer parte de uma das prioridades das políticas públicas de atendimento à mulher, a abordagem tem sido centrada no diagnóstico e no tratamento dos problemas de saúde, não necessariamente abarcando toda a complexidade que o tema exige. Ressalta-se ainda que tal atendimento, via de regra, se dá individualmente, nas consultas ginecológicas a partir da demanda espontânea de cada mulher que, na maioria significativa das vezes, a restringe ao campo delimitado da doença e, ou, da restauração do funcionamento dos órgãos. Esse tipo de abordagem se distancia da integralidade à medida que a sexualidade é pensada pelos profissionais apenas como um fato biológico.

Embora isso, Mattos (2006) é enfático ao assumir que é absolutamente inaceitável que um profissional de saúde se recuse a reconhecer que todo paciente que busca auxílio é muito mais de um simples sistema biológico com lesões e

disfunções e que esse profissional ainda se negue a fazer alguma coisa a mais, além de silenciar o sofrimento supostamente provocado por aquela lesão. Assim, a integralidade em qualquer um dos seus sentidos implica recusa ao reducionismo biológico e à transformação dos sujeitos em meros objetos. Nesse sentido, a integralidade deve ser defendida pelos profissionais e também fazer parte de suas práticas cotidianas, a fim de garantir a saúde no sentido pleno do termo.

4.2.5. O corpo: biologia e cultura dão a ele significados

O corpo foi instituído como uma das categorias de análise deste estudo, por ser o lócus biológico da sexualidade e também da reprodução. Entretanto, pretendeu-se com isso refletir que, assim como a sexualidade, o corpo não é significado somente pelos órgãos e sistemas biológicos.

Recorreu-se, mais uma vez, a Heilborn (1997, p. 2) para explicar que o “corpo não é uma entidade natural, ele é objeto de diferentes procedimentos da cultura que enfatizam certos sentidos, anulam outros e constroem uma percepção de si e do outro que varia conforme o contexto social”.

Os discursos das entrevistas revelam enorme tendência das profissionais em alocar o corpo somente na esfera biológica, focando suas explicações nos aparelhos reprodutores masculino e feminino, nas mudanças fisiológicas ocorridas durante a adolescência e na reprodução. As falas ilustram:

Primeiramente a gente tem que saber o início da adolescência né, da puberdade das mudanças do nosso corpo tanto da mulher, na mulher cresce os pelos nas regiões genitais, os seios crescem né, no homem a voz fica diferente, crescimento também dos pelos nas regiões genitais, é a barba né, o corpo fica mais né, fica diferente, mais né definido, os homens dá mais músculos, desenvolvem mais os músculos, né? As mulheres assim o bumbum fica mais arredondado, as coxas grossa, é isso (Profissional 2, 30 anos, solteira).

O corpo da mulher é como diz, da parte reprodutiva, como diz que tem a vagina, tem a uretra, como diz, são canais diferentes mas, tem gente que acha que é a mesma coisa por serem muitos próximos. E tem o ovário que é responsável pela ovulação mensal, que através dessa ovulação que vai ocorrer a fecundação. No caso do homem, é o esperma né, que é responsável pela ejaculação... (Profissional 6, 32 anos, solteira).

O aparelho reprodutor né as trompas, o ovário, o útero direitinho a mama, a parte fisiológica. Também né, a gente vê a parte do sistema reprodutor (Profissional 9, 24 anos, solteira).

Da reprodução por exemplo, é quando a mulher fica menstruada, os métodos que tem que faz interromper, essas coisas... quando o homem vai

ter ereção sei direitinho... a partir dos 15 anos mais ou menos o menino começa a ter ejaculação e o corpo da pessoa também já muda né? E com isso já vem a atração (Profissional 8, 23 anos, solteira).

Embora a Saúde da Família seja constituída como uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, percebe-se nos discursos dessas entrevistadas forte influência do modelo biomédico. Esse modelo foi estruturado durante o século XIX e caracteriza-se por reduzir o processo saúde-doença à sua dimensão anatomofisiológica, excluindo as dimensões histórico-sociais, como a cultura, a política e a economia e, conseqüentemente, localizando suas principais estratégias de intervenção no corpo doente (DICIONÁRIO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE, 2009).

As concepções anteriormente apresentadas conformam com a visão médico-higienista, em que o corpo é entendido como um conjunto de órgãos e aparelhos que possui a função de reprodução e onde o sexo é separado do prazer.

Cabe salientar ainda que a visão cientificista que permeia a formação das profissionais citadas anteriormente gira em torno da lógica do risco e da regulação do corpo e para a redução desse risco, afastando a complexidade do cotidiano, seus significados e representações, limitando a capacidade da ação e compreensão do corpo, tornando, assim, as ações de saúde cada vez mais fragmentadas.

Duas profissionais, entretanto, reconheceram outras dimensões que atribuem significado ao corpo, a não ser a biologia. Embora o lugar de fala dessas entrevistadas remete à cultura de Córrego Fundo, a relação entre cultura e corpo é entendida por essas profissionais como elemento essencial para o conhecimento e percepção do corpo e influencia diretamente no desenvolvimento do autocuidado e na vivência da sexualidade:

Eu acho que de princípio a cultura aqui em Córrego Fundo é muito limitada... Eu tenho atendido mulheres da faixa etária de 30 pra cima. E aí essa faixa etária ainda tem muito tabu, tipo assim, não conhece o corpo direito, tem medo de conhecer e achar que pode pervertir a vida dela. E aí o que que acontece? As mulheres aqui não tem nem o hábito de fazer o autoexame das mamas, sabe? eu acho muito assim retrocesso... eu acho que as mulheres daqui ainda não, até porque, porque elas são muito submissas aos homens... Então a gente acaba que fica meio limitado com receio de falar certas coisas, apesar que eu abordo muito assim no sentido de se tocar, de se conhecer, pra saber das alterações que tem no organismo pra saber se realmente aquilo é alguma coisa que já era pré-existente ou se é alguma coisa que ta mudando e que pode ter alguma complicação depois. Aí fica aquela questão você não pode quebrar a cultura da pessoa, mas ao mesmo tempo você tem que entrar ali, mas você tem que entrar aos poucos, achar um meio termo entre a cultura e a

ciência. Porque acaba que a pessoa não te aceita se você for a ferro e a fogo, então ce tem que ir bem devagar (Profissional 12, 32 anos, casada).

Então primeira coisa eu tento que elas entendam a naturalidade das coisas, porque eu acho que tem tabu demais nessa parte sexual, muita coisa que a pessoa traz de casa, traz da família, que é feio, é sujo, não pode fazer isso que é pecado, essas coisas todas aí são colocadas. Então primeira coisa, eu falo assim, tenta tratar com naturalidade... Com homem, eu acho que eu não tenho essa abordagem. Eu não entendo o homem pensando dessa forma, porque o homem não acha que é pecado ele fazer uma masturbação. Ele não tem isso na cabeça dele. Então eu não acho que tem precisão de falar isso pro homem porque ele já se toca! O homem já faz isso que a gente deveria fazer... Mas então o que eu mais falo é sobre a naturalidade. Eu falo pode por a mão não é pecado, não é feio sabe! Eu falo muito isso com as mulheres. Principalmente as que tem baixa libido, porque as vezes a gente pergunta né? Ah como é que está sua relação sexual? E elas falavam: ah não, não tem nada. Mas então é assim, elas não se conhecem e não procuram se conhecer. Não se tocam. Eu falo assim você tem que fazer isso, você tem vergonha, toca, toca, você achou bom? Vai pede seu marido, põe a mão dele lá na hora, sabe eu falo isso pra ela! Mas com naturalidade mesmo (Profissional 16, 35 anos, casada).

Essas situações demonstram o fato de que o corpo realmente não pode ser considerado fixo e imutável, como apregoa a perspectiva biológica. Ao contrário, ele é modificado e aperfeiçoado, e suas necessidades podem ser produzidas e organizadas de diferentes maneiras.

A influência exercida especialmente pela religião é fator recorrente nas falas das duas profissionais, em que se constatou que os valores religiosos ditam as regras de comportamento e a moral. O corpo é fonte ao mesmo tempo de prazer e pecado. Entretanto, a influência da Igreja na sexualidade dos indivíduos não é um fato contemporâneo.

A obra de Foucault (1988) é bastante útil nessa análise. Ao reportar a história da sexualidade, ele revela que, desde o século XVII, o corpo tem sido um dos alvos privilegiados da Igreja, em que, através da confissão, foram estabelecidas relações de poder e saber e se exercia o disciplinamento dos corpos. A pastoral cristã desde então colocava como dever fundamental a tarefa de fazer passar tudo o que se relacionava com o sexo pelo crivo interminável da palavra. Dessa forma, a Igreja foi criando dispositivos para que seus fiéis legitimassem as normas e condutas a serem seguidas.

Foucault vai mais adiante ao indagar “por que durante tanto tempo, associou-se o sexo ao pecado e, ainda de que maneira se fez essa associação? Por que hoje em dia nos culpamos tanto por outrora ter feito do sexo um pecado? Através de que caminhos acabamos ficando ‘em falta’ com respeito ao nosso sexo?”

Os dispositivos de poder criados pela Igreja trataram de legitimar uma verdade sobre o sexo. Esse fenômeno é importante porque é uma forma constante de nos sujeitarmos a essa verdade, porque, quanto mais achamos que o poder do sexo nos domina, mais queremos nos libertar. Mas libertamo-nos descobrindo a verdade do nosso sexo, que nos é dada de fora e nos interpreta à sua própria luz. Portanto, quanto mais queremos nos libertar, mais afundamos nas malhas de poder (FOUCAULT, 1988).

Na narrativa da profissional 16 emergem as diferenças do comportamento sexual entre homens e mulheres, através do pressuposto de que os homens se “tocam” mais do que as mulheres e o fazem com bastante naturalidade, explorando seu corpo em busca de descobrir o prazer. Aqui, mais uma vez, o pecado é visto como um entrave que impede a mulher de se tocar, de procurar o prazer e a satisfação na vida sexual.

Trindade e Ferreira (2008) revelam que muitas mulheres que alcançam o orgasmo através da masturbação ou de estímulo sexual que não seja pelo coito tendem a sentir-se angustiadas com tal situação. Isso pode ser explicado pelo fato de que, antes de ser uma estratégia de descoberta e conhecimento do próprio corpo e uma possibilidade de a mulher melhorar o seu desempenho sexual e aumentar o seu prazer, é ainda hoje objeto de vergonha para aquelas que utilizam essa prática, pois pode representar insucesso na vida sexual com o parceiro ou retratar um comportamento de falta de vergonha, que as aproximaria de um ideal de mulher não digna.

É possível ainda apreender nessa narrativa que as diferenças de comportamento sexual não são atribuídas às diferenças anatômicas entre homens e mulheres e, sim, à cultura. Essa noção se enleia ao pensamento de Mauss (1935) sobre o aprendizado das técnicas corporais, em que a natureza social se une de modo muito direto à natureza biológica do indivíduo para produzir as formas de utilizar o corpo. Assim, há uma construção cultural do corpo, com uma valorização de certos atributos e comportamentos em detrimento de outros, fazendo que haja um corpo típico para cada sociedade. Esse corpo pode variar de acordo com o contexto histórico e cultural.

Para o antropólogo norteamericano Geertz (1978), a cultura toma corpo através de símbolos compartilhados no grupo social. Esses símbolos refletem os valores morais, o conhecimento e a cosmovisão da sociedade em análise. Isso nos

leva a entender que, para o pesquisador atento e preocupado com a interpretação cultural dos homens e agrupamentos humanos, a cuidadosa interpretação desses símbolos poderá viabilizar o entendimento de certos comportamentos socioculturais. Desse modo, pode-se afirmar que a cultura de grupos populares oferece aos profissionais de saúde um modo particular de entender o corpo e o seu funcionamento, e, tendo presente que a cultura interfere diretamente nos processos de saúde e doença, as representações dos usuários sobre o modo de enfrentar esse processo constituem elementos importantes no cuidado em saúde.

Pode-se inferir que a perspectiva de gênero é aqui efetivada, no momento em que as profissionais 12 e 16 consideram em suas práticas que as diferenças entre homens e mulheres são produzidas e reproduzidas pelas relações de poder. Dessa forma, a prática das profissionais 12 e 16 avança rumo à integralidade do cuidado, ao incorporam em suas práticas de saúde essa perspectiva. Percebe-se ainda uma preocupação com a dimensão emocional dos sujeitos envolvidos quando, ao ouvirem e constatarem as queixas desses sujeitos, a ação profissional foi tentar abordar aspectos da vida social que poderiam influenciar no processo saúde-doença.

Embora as profissionais encontrem contribuições no conhecimento popular, a narrativa da profissional 12 revela uma dificuldade para lidar com essa cultura. Percebe-se um conflito de culturas entre a profissional e o usuário, ao revelar que “de princípio a cultura aqui em Córrego Fundo é muito limitada...”. Essa afirmativa mostra a perplexidade da profissional ante à cultura da cidade, e as dificuldades para desenvolver as ações de saúde podem residir aí. Com isso, a não adesão das usuárias ao hábito de fazer o autoexame das mamas conforme fora mencionado pode ser explicada pelo fato de essa prática não fazer sentido no universo de representações dessas usuárias. O corpo representa aqui o método que a cultura utiliza para comunicar e se expressar.

Diante do exposto, percebe-se que a maioria das profissionais de saúde encontra na biologia a única explicação para o corpo. Entretanto, não é só pela biologia que o corpo deve ser significado e entendido. A materialidade do corpo se dá nos órgãos e sistemas que o formam, mas é a cultura que imprime a esse corpo significados. A esse respeito Meyer (2010) pontua que a produção do corpo se opera, simultaneamente, no coletivo e no individual. A cultura é um ente abstrato a nos governar, reagimos a ela, aceitamos, resistimos, transgredimos tanto porque a cultura, assim como o corpo, é um campo político.

Com isso, é possível concluir que não há harmonia entre a cultura, o corpo e as práticas de saúde. Ao contrário, são relações marcadas por conflitos e tensões, para os quais os profissionais da saúde se encontram desafiados constantemente em suas práticas profissionais.

4.2.6. A prática profissional: a mulher é o foco da atenção

A abordagem da sexualidade a partir do conceito de função sexual que remete ao modo pelo qual uma pessoa expressa a sua identidade sexual não deve ser desmerecida, ainda que o determinismo biológico marque o sexo dos indivíduos. Durante muitos anos, as características sexuais foram tomadas como inerentes à biologia do sexo, as diferenças havidas entre os sexos fundaram noções de desigualdades entre homens e mulheres, colocando-as vulneráveis à força e razão masculina (TRINDADE; FERREIRA, 2008).

A sexualidade feminina em especial foi, e ainda o é, apesar de atualmente vivermos sob outros padrões de moral, ética e comportamento, objeto de interdição em vários campos, principalmente o campo da medicina.

Nesta investigação, procurou-se conhecer as ações de saúde desenvolvidas no cotidiano das equipes de saúde entrevistadas. Entre as práticas de saúde elencadas pelas informantes, pode-se dividi-las em atividades individuais e grupais. Entre as ações individuais, destacam-se o exame preventivo do câncer do colo uterino e consultas médicas ginecológicas, já as de caráter coletivo compreendem as campanhas educativas para adolescentes sobre gravidez precoce e DST/AIDS, grupos de planejamento familiar, palestras sobre o câncer do colo uterino e o grupo de mulheres. Ou seja:

... Planejamento familiar já foi falado, no caso sobre gestante, já fez também... (Profissional 10, 23 anos, casada).

Já teve algumas palestras sobre o planejamento familiar, como é a prevenção do Papanicolau... nos fizemos uma palestra sobre a importância de fazer o preventivo todo ano (Profissional 8, 23 anos, solteira).

Nóis já fez campanha pra adolescentes né pras meninas de 13, 12, 14 anos...pra tá orientando essas garotas esses adolescentes né, a importância né, de prevenir a gravidez na adolescência (Profissional 2, 30 anos, solteira).

As agente também foi pra escola, foi umas duas vezes falar sobre reprodução e sobre.... deixa eu ver qual que era o outro assunto?... é... gravidez indesejada de adolescente (Profissional 4, 35 anos, casada).

Tomando como base o planejamento familiar, a premissa básica das políticas de saúde ministeriais assegura que, para o pleno desenvolvimento de homens e mulheres, é importante a construção de parcerias igualitárias, baseadas no respeito entre os parceiros e em responsabilidades compartilhadas. Portanto, é fundamental o envolvimento dos homens com relação à paternidade responsável, entre outras atividades concernentes à vida sexual e reprodutiva (BRASIL, 2006).

O público para o qual essas práticas são direcionadas é majoritariamente feminino, o que reafirma ainda mais as desigualdades de gênero. As falas seguintes são ilustrativas:

No caso do planejamento a participação foi boa, vai só mulher, não convidamos os homens, porque aí já entrou no Viva Mulher. Nunca pensamos em convidar os homens, eu não não sei as meninas... (Profissional 8, 23 anos, solteira).

A gente convida todas as mulheres sem exceção, a gente oferta o serviço pra todo mundo... (Profissional 6, 32 anos, solteira).

Só mulher geralmente, o preventivo é só mulher. No planejamento familiar também não convida os homens, porque eu acho que é uma coisa de cultura, porque a gente vai lá e convida, mas a gente convida mulher, porque a gente encontra é a mulher em casa. Aí a gente convida pra vim fazer o planejamento familiar. Só que vem só as mulheres, porque os homens a maioria não ta interessado, não tem coragem de ir assim (Profissional 10, 23 anos, casada).

As mulheres, porque os homens é mais complicado ainda... uma que a gente não encontra o homem em casa e é muito difícil a gente conseguir chegar até eles (Profissional 9, 24 anos, solteira).

O grupo Viva Mulher é um espaço que fora criado pelas profissionais do PSF e membros da comunidade, com o objetivo de resgatar a autoestima das mulheres que são assistidas pelas equipes, pois, de acordo com algumas situações da observação direta e entrevistas, essas mulheres estão adoecendo devido ao modo de vida que possuem. Geralmente, são donas de casa, não possuem renda própria e sofrem com a questão do adultério de seus companheiros, conforme o relato da profissional a seguir:

Outras ações que eu faço, que a gente faz é no grupo VIVA MULHER, que esse grupo ele surgiu da minha cabeça e da cabeça de umas outras pessoas, porque eu falei, tive a ideia e a gente foi pensando e juntamos as ideias... Nossa ideia a princípio seria fazer uma associação dessas

mulheres, pra elas terem renda, mas a gente não conseguiu chegar nisso ainda.[...] E das mulheres daqui não terem uma ocupação, elas são mais donas de casa. Então elas ficam com muito tempo ocioso e nessa vida triste de submissão ao marido. Então foi mais no sentido de melhorar a auto-estima, de melhorar a valorização da mulher, que surgiu o grupo né! Mas eu nem sei se elas acham que é pra isso que é o grupo não. Mas a gente que idealizou pensamos em chegar até num ponto de fazer uma associação, sei lá, de artesanato, pra elas terem renda também.[...] Como o grupo não é um grupo uniforme, eu tenho desde viúvas, que tem 30 anos que são viúvas e que nem pensam em sexo, e que já estão com 70 e tantos anos, aí que a gente vai falando as coisas e elas começam a rir, ficam rindo, rindo, rindo sem parar, até mocinha novinha que frequenta o grupo... (Profissional 16, 35 anos, casada).

No estudo de Machin *et al.* (2009), os resultados da pesquisa indicaram que os serviços de saúde da atenção primária são “espaços feminilizados”, o que se traduz no seu cotidiano por um reforço à ideia do corpo masculino como lócus do não cuidado em oposição ao corpo feminino, visto como lócus desse cuidado. A ideia dos serviços de saúde como um espaço feminino evidencia que essa analogia foi construída por meio de um longo processo de apropriação do corpo da mulher, visto como corpo reprodutivo, objeto de estratégias de controle do saber biomédico. O corpo masculino, por sua vez, restou apenas como um dos elementos da reprodução e, por referência a esse domínio, não foi investido como objeto de práticas.

Percebe-se em especial nas duas últimas narrativas, a dificuldade encontrada pela equipe de saúde para incluir os homens em suas práticas de saúde, alegando que esse público não tem interesse em participar e também porque não são encontrados em casa. Esses fatos reedificam a posição da mulher enquanto um ser doméstico e também como cuidadora do lar e da saúde de sua família. Os homens, por não terem funções específicas com o cuidado da família, são incumbidos de todas as demais funções, ou seja, atividades sociais, políticas e econômicas.

As equipes de saúde se baseiam nesses fatos e na condição anatômica da mulher para promover as ações de saúde, em que o corpo da mulher é tido aqui como lugar privilegiado das intervenções na saúde sexual e reprodutiva.

A discriminação e as perversas condições de sobrecarga das mulheres, em decorrência do acúmulo das funções sociais na casa, no trabalho e na comunidade, configuram as bases dessa desigualdade entre homens e mulheres, e disso decorrem vulnerabilidades e riscos diferenciados para a saúde destas. Essas desigualdades, na maioria dos casos, são desfavoráveis às mulheres e precisam ser consideradas para orientar os planos e as ações de saúde. Um grande desafio para o SUS é reconhecer e

incorporar a concepção das relações de gênero, ou seja, as diferenças de poder e oportunidades para homens e mulheres em todas as práticas do SUS, tanto na gestão quanto na atenção e no cuidado à saúde (BRASIL, 2006).

Um ponto a ressaltar, entretanto, é que os homens são cada vez menos lembrados no planejamento das ações de saúde, o que os coloca em condição de vulnerabilidade também. As percepções dos papéis sociais de homens e mulheres constroem não só modos de conceber o corpo, a saúde e a doença, mas, igualmente, produzem serviços de saúde baseados em modelos ideais de masculino e feminino. Esses serviços permitem ao mesmo tempo reconhecer necessidades específicas com relação à saúde das mulheres, enfatizando a reprodução biológica, e dificultam a percepção de determinadas demandas relativas aos homens, por não serem identificadas com a lógica orientadora da assistência em saúde (MACHIN *et al.*, 2009).

Houve apenas dois relatos em que as entrevistadas mencionaram que a equipe de saúde vislumbrava a possibilidade de desenvolver uma campanha relacionada para a saúde do homem. Entretanto, o planejamento ainda não havia sido colocado em prática:

A gente até tava pensando, mais ia fazer era sobre a saúde do homem, palestra alguma coisa assim, mas por enquanto ainda não teve nada não. Assim é a enfermeira, a gente em conjunto com ela, ia assim, fazer algumas reuniões pra falar sobre a saúde do homem. Até os estagiários, os médicos estagiários falou que ia falar na rádio, sobre o exame de próstata que os homens tem que fazer depois dos 40 (*Profissional 7, 22 anos, solteira*).

A gente tava até pensando em fazer tipo assim um dia na praça e montar uma tenda e falar sobre a saúde do homem, porque é complicado... Então a gente pensou em montar esse dia na praça e montar uma tenda e falar sobre a saúde do homem justamente pra chamar atenção porque eu acho que nós estamos olhando muito para o lado da mulher e não estamos olhando assim, chamando atenção do homem... (*Profissional 9, 24 anos, solteira*).

Machin *et al.* (2009) revelam que geralmente os homens possuem maior dificuldade de buscar a assistência em saúde, devido à sua autopercepção de necessidades de cuidados e, ainda, por entender que se trata de uma tarefa feminina. Demandar cuidados de saúde pode representar algo que desmereça o sujeito que fora criado para assistir e prover. Essa imagem masculina do “ser forte” pode levar o homem a não prezar pelo autocuidado, o que os torna vulneráveis em uma série de situações.

Assim, é fundamental que a equipe de saúde trabalhe essa dificuldade reproduzida pelos homens e, também, os inclua no planejamento das ações. Dessa forma, o retrato que se tem a partir dos dados obtidos nas entrevistas revela uma política de saúde excludente e reprodutora de desigualdades sociais; ainda aponta o desconhecimento por parte dos profissionais, das políticas que recomendam a inclusão da perspectiva de gênero em suas práticas.

4.2.7. A integralidade no cotidiano do serviço: noções e práticas das profissionais

A integralidade é um termo que abarca diferentes significados. Camargo Jr. (2006, p. 16) pontua que a integralidade é uma palavra que não deve ser chamada de conceito. Dessa forma, o autor a denomina como “uma rubrica conveniente para o agrupamento de um conjunto de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre si”.

Optou-se, pois, por considerar as noções das entrevistadas em vez de conceitos. A noção de integralidade relacionada ao modo como os profissionais da saúde deverão cuidar dos seus pacientes, abrangendo não só os aspectos biológicos, mas os sociais, culturais e econômicos, não foi contemplada uniformemente por todas as entrevistadas, apresentando naquelas que tinham noção do seu significado algumas variações na forma de defini-la. De forma geral, as técnicas de nível superior demonstraram nas entrevistas maior “familiaridade teórica” com o termo, ao passo que as técnicas de nível médio desconheciam, em sua maioria, o sentido da integralidade e, quando tentaram defini-la, utilizaram os conceitos de equidade e universalidade. As falas seguintes são ilustrativas:

A integralidade é como diz, o direito de um é o direito de todos, como diz que não tem exclusão do atendimento (Profissional 6, 32 anos, solteira).

A integralidade é atender a todos com igualdade por um todo? Onde todos tem acesso, isso seria a integralidade você ter acesso a alguma coisa (Profissional 1, 49 anos, casada).

...mas pelo que eu sei é que integralidade é que o SUS é pra todos né? Então assim todo mundo tem os mesmos direitos. Então integralidade pra mim é isso (Profissional 7, 22 anos, solteira).

Mattos (2006) destaca que a integralidade parece ser uma amálgama, repleta de sentidos, e que, por isso, não deva ter uma única significação, pressupondo que, se

reduzíssemos a integralidade a um único conceito, poderíamos eliminar outros sentidos que a ela podem ser atribuídos. Portanto, o fato de essas entrevistadas utilizarem a universalidade e a equidade para definirem integralidade pode, de certa forma, ser explicado pelo entrelaçamento entre esses três princípios.

Uma das informantes definiu integralidade no sentido de união e cooperação entre a população assistida e a equipe de saúde:

Eu penso que é todo mundo unido, todo mundo junto. A população integrada com a equipe e a equipe conhecendo a população. Eu penso que é isso (Profissional 11, 21 anos, solteira).

Talvez pela própria abrangência da proposta do PSF, a reflexão dessa profissional faça alusão à integração entre os usuários e a equipe de saúde, como meio para favorecer o conhecimento dos problemas de saúde e a cultura, característicos daquela população, facilitando, assim, o atendimento.

Algumas entrevistadas entendem a integralidade sob uma visão holística, em que o indivíduo deve ser pensado como um todo nas práticas de saúde:

O cuidado né da pessoa integralmente. Em todos os setores, da saúde, na parte social, todas as partes de saúde. Isso é integralidade do atendimento (Profissional 16, 35 anos, casada).

Eu acho que integralidade é você ver o ser humano como um todo e atender ele em todas as demandas dele... Então tipo assim, não só vê ele centralizado na doença e no curativismo, eu acho que tem que ser um atendimento integral mesmo (Profissional 12, 32 anos, casada).

É olhar o individuo como um todo, não só como um, por exemplo as vezes ele tem uma doença, cê não olhar ele só sobre aquela doença, tem que olhar o que tem por trás, olhar a condição financeira dele, como que é a situação psicológica (Profissional 9, 24 anos, solteira).

Esse tipo de abordagem afeito à integralidade chama a atenção dos profissionais de saúde para pensarem em todos os determinantes de saúde que podem interferir no processo saúde-doença. Dessa forma, a integralidade contrapõe-se à abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos, evitando compreendê-los dentro de um universo estritamente biofísico, para apreender também os aspectos psicossociais, concebendo os indivíduos como sujeitos sociais.

As profissionais 12 e 9, ao definirem integralidade, fazem ainda uma reflexão no sentido de que o atendimento para ser integral não deve centrar-se somente na cura do paciente. Assim, a integralidade seria caracterizada pela assistência que

procura ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando assegurar as necessidades mais abrangentes dos indivíduos.

No entanto, apesar de algumas das entrevistadas reconhecerem que para existir integralidade é preciso considerar o “sujeito como um todo”, duas das entrevistadas reconhecem também as dificuldades de se colocar esse princípio em prática, conforme pode ser evidenciado nas falas a seguir:

Que trata o indivíduo como um todo? Eu acho que na visão que as pessoas tem de saúde hoje em dia, ele não existe. Então eu acho que não existe integralidade e assim não só nessa parte de especialidade médica mesmo, mas as vezes até de família. As vezes a gente trabalha aqui todo mundo conhece as famílias, eu sei que você tem uma mãe, tem uma irmã, todo mundo conhece todo mundo e sabe que você está inserida em um ambiente de problemas lá na sua casa, e você vem aqui e eu te trato dos seus sintomas. Eu não quero saber se eu te encaminhasse para um psicólogo ia ser melhor, se eu vou conseguir resolver seu problema, então eu acho que é muito voltado pro problema, para a doença, para aquele conjunto. Porque para você desenvolver um problema você tem um monte de fatores (Profissional 15, 33 anos, casada).

Então eu acho que no PSF tinha que trabalhar pessoas com um perfil daquilo de assim atender o paciente com integralidade e a gente não tem isso. Então eu acho que tinha que ter pessoas com perfil mesmo, que se interesse pelos problemas da população e que buscasse resolver, porque não adianta, o paciente vem aqui com uma queixa de dor, eu vou medicar e mandar ele embora para amanhã ele voltar de novo? E o problema dele, que tá prejudicando ele? (Profissional 15, 33 anos, casada).

Percebe-se, diante dessa narrativa, que, apesar de o PSF focar a família como objeto do cuidado e ter sido criado como estratégia para mudança do modelo assistencial, a visão biomédica ainda permanece e constitui-se em um grande empecilho para que se cumpra a integralidade.

Entretanto, Mattos (2006) assevera que, ao pensar em integralidade nas práticas de saúde, não se pode aceitar que um médico responda apenas ao sofrimento manifesto do paciente. Todavia, apesar de esse autor utilizar o exemplo do médico, acredita-se que todos os profissionais da equipe de saúde devam primar pela integralidade, compreendendo que o estabelecimento da saúde não se dá somente pela ausência da doença. A fala seguinte é ilustrativa:

Nó isso é complicado né! Primeira coisa eu acho que é parar de atender as pessoas pontualmente, tipo assim, ah eu to com uma dor de garganta! Ah toma esse remédio aqui... Eu acho que é começar a olhar a pessoa como uma pessoa e não como uma queixa. Se a integralidade é o cuidado como um todo, será que é só o médico que tem que fazer a integralidade? Então o fim de tudo é a consulta médica? Não! Então enquanto ficar medicalocêntrico, voltado para o atendimento médico, não vai ter

integralidade na ação. Então assim eu acho que falta todo mundo se apropriar disso, e perceber o sentido disso. Uma agente de saúde que sabe que aquela mãe tá grávida, que não fala sobre amamentação... as vezes ela pergunta, você fez o pré-natal, olha você tem que amamentar o bebê, isso ela tem que fazer, se ela não faz isso, não tem integralidade, mas assim, nós estamos longe ainda disso. Por isso é que eu estou te falando, enquanto o fim da integralidade for a pessoa ser atendida pelo médico, nós nunca vamos conseguir resolver nada. Entendeu? O fim é se o médico atender, é o ápice do atendimento, nós nunca vamos ter ações integrais (Profissional 16, 35 anos, casada).

Nessa narrativa é interessante observar que a responsabilidade pelo cumprimento da integralidade não deve ser somente do profissional médico, mas também um dever dos outros profissionais.

Essa noção vai de encontro às ideias de Cecílio (2006), em que o autor afirma que a integralidade da atenção precisa ser trabalhada em várias dimensões, para que seja alcançada da forma mais completa possível. Em uma primeira dimensão, esse autor explica que a integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde.

Outro fator elencado como obstáculo para a efetivação da integralidade foi atribuído à falta de humanização nos serviços de saúde:

Tem hora que eu acho que falta a gente respeitar mais o ser humano, porque tem hora que a gente vê, é que a gente tá estressado, tá tratando mal, tem horas que eu acho até que é... não é por querer. Mas, a gente mesmo tem horas que a gente fala assim: nó, mais aquela chata já vem, vai ficar me amolando (Profissional 4, 35 anos, casada).

A humanização consiste em imprimir um caráter mais humano e menos mecanicista às práticas de saúde, objetivando a formação de um vínculo solidário entre o profissional e o usuário, incentivando a autonomia e o protagonismo dos sujeitos. A humanização proposta pela Política Nacional em 2003 ainda preza pela valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, com o objetivo de fortalecer o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça e orientação sexual e às populações específicas (BRASIL, 2004).

Por isso, ao entender integralidade como um encontro entre o profissional de saúde com o usuário, a humanização das práticas de saúde torna-se, por conseguinte, uma prática indispensável.

Outros fatores mencionados pelas entrevistadas que impedem a equipe multiprofissional de avançar rumo à integralidade em suas ações são: a falta de tempo, demandas superiores em relação à oferta da mão de obra e a falta de treinamento e capacitação dos profissionais, conforme pode ser evidenciado nas falas seguintes:

Então eu acho que a gente tinha que ter mais tempo, então as vezes muita coisa passa despercebido, então as vezes a pessoa te falou uma coisa e não tem como a gente prosseguir com aquilo né? Então, não tem tempo. É difícil, cê sabe de uma coisa, cê sabe que precisa ser feito, mais aquilo não encaixa na agenda, porque se você achou problema numa casa, cê tem que pensar que tem que ir mais em nove num dia, e, vai chegar no final do dia e cê não cumpriu sua meta. Falta tempo (Profissional 9, 24 anos, solteira).

Primeiro porque as vezes você deixa de atender muita demanda, porque as vezes tem uma procura alta e você tem pouco profissional, ou as vezes este profissional está tão atarefado com outras coisas que acaba não sendo atendido... E tem um detalhe que é da falta de capacitação, porque se o profissional é capacitado e engajado no serviço, desde a visita domiciliar até a entrada na unidade, ele vai ser atendido de forma adequada. Mas como ele não tem essa capacitação como tipo assim, não há um engajamento nesse assunto, acaba que a pessoa não tem esse atendimento integral (Profissional 15, 33 anos, casada).

Mattos (2009) comenta que, da forma como as práticas de saúde são socialmente configuradas, pode-se de fato propiciar ou dificultar a efetivação da integralidade. As cobranças de produtividade, por exemplo, podem no caso da consulta médica e, ou, no caso de visitas domiciliares de um ACS, impedir que se preste um atendimento integral.

O despreparo técnico, somado à falta de treinamento profissional, representa grandes barreiras para a realização da integralidade. Dessa forma, a integralidade deve ser o eixo norteador das capacitações em saúde, pois considera a articulação dos saberes e práticas multiprofissionais a partir de um conceito ampliado de saúde que respeita a subjetividade do usuário mediante o acolhimento e a responsabilização (SILVA *et al.*, 2007).

4.2.8. A falta de capacitação profissional, o conhecimento técnico insuficiente e a dificuldade para desenvolver ações de saúde

A falta de qualificação profissional foi sentida pelas entrevistadas como fator dificultador para o desenvolvimento das práticas de saúde, conforme pode ser evidenciado na fala a seguir:

Eu acho que a gente precisaria tá mais bem informada, pra poder tá ajudando. Porque tem muitas pessoas que as vezes, parece que a gente sente que eles tem vontade de tocar nesses assuntos e eles ficam assim meio sem graça e a gente fica sem graça também porque não sabe como ajudar (Profissional 14, 44 anos, casada).

Em face da progressiva expansão do processo de organização dos serviços de atenção básica nos municípios, os profissionais das Equipes de Saúde da Família necessitam de programas e conteúdos que os possibilitem desempenhar suas atribuições, cada vez mais próximos das necessidades de saúde da população. A garantia da qualificação do trabalho, dos resultados e da mudança das práticas depende da preparação e efetiva capacitação dos profissionais das equipes de Saúde da Família. Por exigir uma nova prática, recomenda-se que toda ESF seja introduzida nos seus trabalhos, através de um processo específico de capacitação (BRASIL, 2009).

Um dos questionamentos feitos às entrevistadas foi em relação à existência ou não de educação permanente/capacitação para a equipe de saúde, envolvendo a temática da saúde sexual e reprodutiva. Os relatos revelaram uma grande defasagem em relação à treinamento e capacitação profissional, e, entre os membros da equipe, a maior dificuldade gerada pela falta de treinamento pode ser evidenciada nos técnicos de nível médio.

As únicas menções de capacitação feitas pelas entrevistadas se referem àquelas oferecidas por acadêmicos dos cursos de Saúde de uma universidade federal que todo ano realizam um evento científico no município e, entre as atividades programadas, ministram pequenas palestras sobre variados temas para as agentes comunitárias de saúde. As falas são ilustrativas:

O pessoal da universidade, sempre que é... que eles vem né, pra cidade, já tem, já vai fazer 4 anos, o ano que vem, então, eles dão sim uns cursinhos de treinamento... Gravidez na adolescência, saúde é... saúde da gestante, é... métodos contraceptivos, doenças sexualmente transmissíveis, é... de

HIV. Da importância também assim da mulher, do homem tá cuidando do seu corpo... (Profissional 2, 30 anos, solteira).

Tipo igual esse pessoal da faculdade que vem, sempre eles falam, sempre eles falam algum tema pra nós, esse ano agora eles falaram sobre HIV, sobre drogas, que tem muito aqui em Córrego Fundo, falaram sobre temas lá, mas especificamente sobre saúde sexual assim ainda não (Profissional 10, 23 anos, casada).

Eu lembro daqueles meninos da universidade, eles trataram teve uma semana que eles explicaram sobre a sexualidade, mas foi mais nas doenças sexualmente transmissíveis, explicando mais e falou, foi muito bom, falou sobre as doenças, falou sobre o HPV... (Profissional 9, 24 anos, solteira).

A eficácia das ações de capacitação nos serviços de saúde depende fundamentalmente de políticas de gestão que as privilegiem, propiciando condições para que elas ocorram e efetivamente provoquem mudanças nas práticas de saúde. Muitas vezes, os cursos, treinamentos e outras modalidades de educação ocorrem de maneira difusa, aleatória, desarticulados do contexto dos serviços, e nem sempre respondem às necessidades dos gestores e trabalhadores (SILVA *et al.*, 2007).

Conforme aponta o Documento do Ministério da Saúde sobre Educação Permanente (2009, p. 40), entretanto, “nem toda ação de capacitação implica um processo de educação permanente. Embora toda capacitação vise à melhoria do desempenho do pessoal, nem todas estas ações representam parte substantiva de uma estratégia de mudança institucional, orientação essencial nos processos de educação permanente”. Em muitos casos, a ligação entre o que se faz e o que se diz no processo de capacitação parece relacionar-se com os temas em questão, mas não necessariamente com os problemas práticos ou os comportamentos que deverão ser mobilizados. Em outros, quando ainda se incluem as estratégias adequadas, parece que não considera os tempos necessários para instalar ou extinguir um comportamento.

De acordo com o documento do Ministério da Saúde sobre a Política Nacional de Educação Permanente (2009), os instrutores envolvidos com a capacitação precisam conhecer as bases conceituais, operacionais e metodológicas do PSF com estratégia para organização da atenção básica. Precisam desenvolver as atividades de forma integrada e com a utilização de metodologia que permita as equipes participarem na construção do seu próprio conhecimento.

Nesse sentido, a educação no campo da saúde é decisiva para a efetivação da integralidade da atenção. A educação permanente em saúde precisa ser entendida

como uma prática de ensino-aprendizagem. Esta deve ser entendida como meio para produzir conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, levando-se em consideração os problemas enfrentados no dia a dia do trabalho e as experiências desses atores (BRASIL, 2009).

A educação permanente prevê que as situações diárias possam ser transformadas em aprendizagem, analisando reflexivamente os problemas da prática e valorizando o próprio processo de trabalho no seu contexto intrínseco. Essa perspectiva, centrada no processo de trabalho, não se limita a determinadas categorias profissionais, mas a toda a equipe, incluindo médicos, enfermeiros, pessoal administrativo, professores, trabalhadores sociais e todas as variantes de atores que formam o grupo (BRASIL, 2009).

De acordo com Ceccim (2005), o tema da Educação Permanente em Saúde coloca um corte na didática geral; não se trata da passagem de um estado de desconhecimento ao de conhecimento e também não se trata da melhor e mais eficiente transmissão de saberes. Trata-se de uma estratégia pedagógica para a experiência da problematização e invenção de problemas, com o objetivo de tornar a reflexão uma prática de pensamento e estimular o educando a exercer a análise das práticas como dispositivo de mutação singular. Inventar problemas é, segundo o referido autor, implicar-se ativamente no mundo e acolher a alteridade, o estranhamento e as incertezas.

Das entrevistadas, quatro não reconheceram a capacitação oferecida pelos acadêmicos da universidade federal como educação permanente. As entrevistadas relataram ainda que uma das grandes dificuldades para atuar na promoção e prevenção da saúde consiste na falta de preparo técnico e de uma política de educação permanente, que pudesse desenvolver habilidades para o trabalho em saúde e mantivesse o conhecimento atualizado:

Não nunca teve. Gostaria muito de ter. Eu considero que é importante porque tem hora que as vezes da gente precisa falar alguma coisa, explicar alguma coisa e a pessoa indaga a gente sobre alguma coisa e a gente não sabe responder... (Profissional 7, 22 anos, solteira).

Acho que a gente tinha que ter um curso mais voltado pra parte sexual, pra gente podê tá orientando melhor, igual quando o povo fazer alguma pergunta, a gente saber responder. Acho que tinha sim que ter um curso, pra tá capacitando mais o agente sobre essa parte de orientação sexual (Profissional 3, 25 anos, casada).

Não tivemos treinamento. Eu acho que na área da saúde tudo tinha que ter um aprofundamento pra gente poder trabalhar melhor (Profissional 14, 44 anos, casada).

Não tem educação permanente. Eu acho que seria muito interessante, porque sempre surge coisa nova, coisas que a gente já esqueceu né? Podia tá falando mais (Profissional 13, 28 anos, divorciada).

Dessa forma, é necessário que haja melhor organização nos serviços de saúde, de forma a fazer da educação permanente uma ferramenta para auxiliar as ações dos profissionais envolvidos na assistência.

De acordo com o Documento do Ministério da Saúde sobre a Política Nacional de Educação Permanente (2009), apesar da importância e difusão da capacitação, nem sempre se alcançam os resultados esperados, ou seja, nem sempre esses projetos se convertem em ação. Muitas vezes, o olhar se reduz à definição de métodos ou técnicas de trabalho, ocultando a orientação dos processos.

No texto do referido documento citado, salienta-se, entretanto, que é preciso pensar a educação permanente como viabilizadora de um processo de mudança das práticas de saúde, que possibilite ao profissional compreender a grande complexidade de fenômenos que envolvem as práticas de saúde. Para produzir mudança nas práticas e, sobretudo, modificar práticas institucionalizadas nos serviços de saúde, é necessário privilegiar o conhecimento prático em suas ações educativas e favorecer a reflexão compartilhada e sistemática.

Por fim, no Documento do Ministério da Saúde sobre Educação Permanente, consta que a Educação Permanente deve ser entendida como atualização cotidiana das práticas, a qual deve seguir os novos aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, contribuindo para a construção de relações e processos que emergem do interior das equipes, com seus agentes e práticas organizacionais.

5. À GUIZA DE CONCLUSÃO

Este trabalho partiu da premissa de que, da forma como as ações de saúde foram histórica e socialmente estruturadas, o cumprimento da integralidade do cuidado nas ações de saúde poderia, de alguma forma, ser dificultado, pois o fato de o SUS assegurar em suas doutrinas que a integralidade deva ser considerada não implica que isso se torne realidade.

Com isso, pretendia-se, com este estudo, apreciar a assimilação do princípio da integralidade do cuidado pelos profissionais de saúde, bem como a aplicação desse princípio nas práticas de saúde sexual e reprodutiva.

Considerando os objetivos do estudo, a análise de alguns documentos e políticas públicas de saúde, foi possível compreender que a integralidade enquanto princípio norteador das práticas de saúde emerge, a princípio, do PAISM, com o objetivo de ampliar o enfoque dado à saúde da mulher nas décadas anteriores em que o Programa foi formulado. Esse princípio também fora defendido pelos atores sociais da Reforma Sanitária, em que ganhou forma no texto da Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, constituiu-se em um dos pilares do SUS. Entretanto, foi possível entender que a integralidade é um princípio que carrega uma pluralidade de sentidos e, portanto, pode ser aplicada em diversos contextos, sendo um deles a integralidade do cuidado, neste trabalho, relacionada ao modo como os profissionais da saúde dirigem suas práticas, pensando no indivíduo como um ser indivisível.

Constatou-se, também, que, apesar de as políticas de saúde da mulher e também de saúde da família terem incorporado em seus documentos legais a

perspectiva de gênero, o foco principal da atenção à saúde sexual e reprodutiva nos PSFs pesquisados está na figura da mulher, o que caracteriza uma situação de exclusão dos homens. Apesar de algumas profissionais expressarem preocupação com relação ao desenvolvimento de ações de saúde voltadas para a população masculina, é possível afirmar que essas ações ainda não foram efetivadas na prática.

Nessa perspectiva, conclui-se que as profissionais de saúde entrevistadas entendiam a integralidade também de maneiras diversas, sendo até mesmo confundida com outros princípios do SUS, como a universalidade e a equidade. Todavia, as informantes que conheciam o princípio da integralidade relataram a dificuldade para a efetivação desse princípio nas práticas cotidianas, pois as condições de trabalho oferecidas, muitas vezes, não favoreciam o desenvolvimento de ações integrais de saúde. Entre as dificuldades mencionadas pelas entrevistadas, podem-se elencar: a burocracia no preenchimento de planilhas; a cobrança por produtividade, que faz que falte tempo hábil para uma abordagem mais ampla sobre as condições de saúde dos indivíduos; a sobrecarga de trabalho (ACS); a falta de comprometimento da equipe para resolver os problemas de saúde da população; o não entendimento, por parte dessa equipe, da proposta preventiva do PSF; práticas de saúde voltadas para o curativismo; e a falta de capacitação profissional.

Em se tratando das ações de saúde nos campos sexual e reprodutivo, a dificuldade de efetivação da integralidade do cuidado foi sentida pelas profissionais sob diferentes aspectos. O silêncio das usuárias era interpretado pelas entrevistadas como um fator que tem dificultado o desenvolvimento de práticas de saúde que abordem assuntos sobre o corpo, o sexo e a sexualidade, em que, em muitas situações, as profissionais ficam sem saber como abordar esses temas, devido à vergonha, à fragilidade do vínculo profissional e, também, à falta de capacitação para trabalhar essas questões.

A equipe multiprofissional reconhece que a integralidade inexistente nas práticas de saúde e que a efetivação desse princípio está longe de ser alcançada. Apesar de as participantes reconhecerem essa situação e identificarem as fragilidades e alternativas para mudança, não se percebeu nenhum tipo de mobilização por parte da ESF, na busca pela mudança dessa realidade. Ao contrário, esperam sempre que a mobilização por mudança venha de instâncias superiores (Secretaria de Saúde).

A partir dos resultados encontrados, ressalta-se a urgente necessidade de capacitação e treinamento para as profissionais de saúde que estão envolvidas no

processo de cuidar, principalmente para as ACS, as quais não tiveram o curso de qualificação básica para a formação do agente comunitário, conforme determinação da Lei 10.507/2002. Sentimos por parte dessas, pois a falta de capacitação tem trazido bastante dificuldade no desenvolvimento do trabalho de orientação das famílias. Com isso, todas as entrevistadas manifestaram o desejo e a necessidade de processos de educação permanente em saúde, posto que, devido à dinamicidade das mudanças e progressões da ciência da saúde, o conhecimento, quando não renovado, acaba se tornando obsoleto.

O relativo “desconhecimento” das profissionais de saúde acerca de alguns temas afeitos à saúde sexual e reprodutiva reafirma, ainda mais, a necessidade de treinamento e capacitação profissional. Acredita-se que a proposta de um programa de Educação Permanente possa, de fato, auxiliar às equipes de saúde da família a compreender e organizar melhor o processo de cuidado, visando a uma maior resolutividade das ações de saúde, integração profissional e, conseqüentemente, integração das ações de saúde.

Outra questão a ser destacada em relação ao trabalho realizado é a respeito dos recursos metodológicos utilizados: observação direta e entrevistas. O fato de a pesquisadora ser uma pesquisadora *da* cidade e que adotou como objeto de estudo *a* cidade exigiu dela um exercício de distanciamento e estranhamento da realidade. Era necessário contemplar a realidade com olhos imparciais, evitando envolvimento que pudessem obscurecer ou deformar julgamentos e conclusões. Ela confessou que, como enfermeira e ainda como nativa de Córrego Fundo, esse exercício foi extremamente difícil, pois aquela realidade a pertencia, e ela já havia trabalhado na construção de parte dela. E hoje, com os instrumentos teóricos adquiridos durante o curso de Mestrado, somado à “sede” de poder transformar aquela realidade, espera-se que este estudo possa, de alguma forma, contribuir para reorientar a forma de organização do PSF implementado em Córrego Fundo, a fim de garantir, sobretudo para os usuários do Programa, um cuidado de forma integral.

Recomenda-se, ainda, que os resultados desta pesquisa sejam levados ao conhecimento da comunidade córrego-fundense, aos profissionais e usuários, para que possam ser discutidos e avaliados, com o intuito de subsidiar uma reflexão de suas práticas e da organização do serviço.

Enfim, tendo em vista as limitações oferecidas por este estudo, sugerem-se outras pesquisas e análises que possam melhor elucidar a questão sobre os sistemas

de significação simbólico e cuidado de saúde das famílias, tendo como pano de fundo valores como: a vergonha e a honra e, também, estudos sobre a tensão entre a proximidade e o distanciamento no vínculo mediador do profissional da saúde e usuário.

REFERÊNCIAS

ALVES, José Eustáquio Diniz. O “choque das civilizações” *versus* progressos civilizatórios. In: CAETANO, André Junqueira; ALVES, José Eustáquio Diniz; CORRÊA, Sônia. **Dez anos do Cairo: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil**. Campinas, SP: Associação Brasileira de Estudos Populacionais – ABEP, 2004. p. 19-40.

BARBOSA, Simone de Pinho. **Permanência dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família em Ipatinga-MG: motivações e adversidades**. 2008. 147 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Da Família) – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2008.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009. 281 p.

BRASIL. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008. 236 p.

BRASIL. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

BRASIL. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 228 p.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2011.

BRASIL. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 52 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Lei nº 10.507, de 10/06/ 2002. **Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/legislação/lei-10507_10_07_02.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2011.

BRASIL. Lei nº. 8.142, de 28/12/1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e determina outras providências**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/lei_organica8142_28_12_90.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2011.

BRASIL. Lei nº. 9.263, de 12 de janeiro de 1996. **Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm>. Acesso em: 3 mar. 2011.

BRASIL. **Movimento Sanitário Brasileiro na Década de 70: a participação das universidades e dos municípios** – Memórias. Brasília: CONASEMS, 2007. 92 p.

BRASIL. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 480 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 82 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 32 p.

BRASIL. **Saúde da família: panorama, avaliação e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 84 p.

BRASIL. **Saúde da mulher: um diálogo aberto e participativo**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 50 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRUSCHINI, Maria Cristina Aranha. Trabalho e gênero no Brasil nos últimos dez anos. **Cadernos de Pesquisa**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 132, p. 537-572, set./dez. 2007.

CALEMAN, Gilson; MOREIRA, Marizélia Leão; SANCHEZ, Maria Cecília. **Auditoria, controle e Programação de Serviços de Saúde**, São Paulo, Fundação Petrópolis Ltda., v. 5, 1998. (Série Saúde & Cidadania).

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. As muitas vozes da integralidade. In: MATTOS, Ruben Araújo de; PINHEIRO. **Os sentidos da INTEGRALIDADE na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. 184 p.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 8, p. 569-584, 2003.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004/fev. 2005.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: MATTOS, Ruben Araújo de; PINHEIRO. **Os sentidos da INTEGRALIDADE na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. 184 p.

CHAUÍ, Marilena. “**Repressões nossas conhecidas**”. Repressão sexual: essa nossa (des)conhecida. São Paulo: Brasiliense, 1984. p. 77-187.

COELHO, Edineia de Almeida Cardoso; SILVA, Carla Tatiane Oliveira; OLIVEIRA, Jeane Freitas de; ALMEIDA, Mariza Silva. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 154-160, jan./mar. 2009.

CORRÊA, Sonia. Direitos sexuais numa perspectiva internacional e histórica In: FONSECA, C.; TERTO JR., V.; ALVES, C. (Orgs.). **Antropologia, diversidade e direitos humanos: diálogos interdisciplinares**. Porto Alegre: PPGAS/UFRGS e Evangraf, 2004. p. 7 a 16. (no prelo).

CORRÊA, Sonia; ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, Elza. **Sexo & Vida Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Editora da Unicamp, 2003.

CORREA, Sonia; JANNUZZI, Paulo de Martinho; ALVES, José Eustáquio Diniz. **Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores**. Rio de Janeiro, setembro de 2003. (Trabalho realizado com o apoio do UNFPA-Brasil, no âmbito do Subprograma de Saúde Sexual e Reprodutiva, Projeto “Sistema de Indicadores Municipais em Saúde Sexual e Reprodutiva”, coordenado pela ABEP e IBGE). Disponível em: <<http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/publicacoes/direitos-e-saude-sexual-e-reprodutiva-marco-teorico-conceitual-e-sistema-de-indicadores/view>>. Acesso em: 12 abr. 2010.

CORREIA, Emilia Maria de Andrade. **Agente comunitário de saúde: a construção de um saber capturado**. 2008. 140 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2008.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Atenção Básica e Saúde da Família**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 5 abr. 2010.

DÍAZ, Margarita; CABRAL, Francisco; SANTOS, Leandro. Os direitos sexuais e reprodutivos. In: RIBEIRO, C.; CAMPUS, M. T. A. **Afinal, que paz queremos?** Lavras, MG: Editora UFLA, 2004. p. 45-70.

DICIONÁRIO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>>. Acesso em: 26 jan. 2011.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. *Ethos* privado e justificação religiosa. Negociações da Reprodução na Sociedade Brasileira. In: HEILBORN, Maria Luiza; DUARTE, Luiz Fernando Dias; PEIXOTO, Clarice; BARROS, Myriam Lins. **Sexualidade, família e ethos religioso**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

DURHAM, Eunice. **Família e reprodução humana**: perspectivas antropológicas da mulher. Rio de Janeiro: Zahar, 1983. v. 3.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

GEERTZ, Cliford. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p. 13-41.

GIL, C. R. R. **Formação de recursos humanos em saúde da família**: paradoxos e perspectivas. Rio de Janeiro, 2005. 498 p. (Cadernos de Saúde Pública).

GOELLNER, Silvana Viladore. A produção cultural do corpo. In: LOURO, Guacira Lopes; FELIPE, Jane; GOELNNER, Silvana Vilodre (Orgs.). **Corpo, gênero e sexualidade um debate contemporâneo na educação**. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda; MONKEN, Mauricio; IÑIGUEZ ROJAS, Luisa; BARCELLOS, Christovam; PEITER, Paulo; NAVARRO, Marli B. M. de Albuquerque; GRACIE, Renata. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, Ary Carvalho de; BARCELLOS, Christovam; MOREIRA, Josino Costa; MONKEN, Mauricio. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 237-255. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/20.pdf>>. Acesso em: 5 abr. 2010.

HEILBORN, Maria Luiza. Comunicação corporal, comunicação verbal: trajetórias sexuais no Brasil e na França. **ANPOCS**, Seminário Temático 1322, 6ª sessão, 1997.

HEILBORN, Maria Luiza. **“Fronteiras simbólicas: gênero, corpo e sexualidade”**. Rio de Janeiro: Gráfica JB, dezembro de 2002. p. 73-92. (Cadernos Cepia, n. 5).

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sobre o município de Córrego Fundo de acordo com o último censo de 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 2 fev. 2011.

IBGE. **Síntese dos indicadores sociais de 2008**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoadevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2008/default.shtm>>. Acesso em: 20 maio 2009.

INSITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR – IDEC. **O SUS pode ser seu melhor plano de saúde**. 2. ed. Brasília: IDEC, 2003.

LAQUEUR, Thomas. **Inventando o sexo** – Corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001.

LAURETIS, Teresa. A tecnologia de gênero. In: HOLLANDA, Heloisa Buarque. **Tendências e impasses – O feminismo como crítica da cultura**. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

LIMA, Carlos Bezerra. Curso Programa de Saúde da Família. **Enfermagem Atual em Cursos**. Rio de Janeiro: EPUB, 2005. p. 105-133.

LOURO, Guacira Lopes. Pedagogias da sexualidade. In: LOURO, Guacira Lopes. (Org.). **O corpo educado**. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

LUZ, Madel T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “Transição Democrática” – Anos 80. **Revista Saúde em Debate**, n. 32, v. 3, p. 27-31, 1991.

LYRA, Jorge. **Paternidade adolescente: uma proposta de intervenção**. 1997. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1997.

MACHADO, Maria Helena. **A participação da mulher no setor de saúde no Brasil 1970/1980**. Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

MACHIN, Rosana; COUTO, M. T.; NOGUEIRA DA SILVA, G. S.; SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; FIGUEIREDO, W. S.; VALENÇA, O. A.; PINHEIRO, F. T. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em Saúde: estudo com profissionais de saúde da Atenção Primária. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/index.php>>. Acesso em: 11 jan. 2011.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. 288 p.

MARTINS, Heloisa Helena T. de Souza. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 289-300, maio/ago. 2004.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: MATTOS, Ruben Araújo; PINHEIRO, Roseni. **Os sentidos da INTEGRALIDADE na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. 184 p.

MAUSS, Marcel. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: EPU, 1974. v. 2.

MENDES, Isabel Amélia Costa. Desenvolvimento e saúde: a declaração de alma-ata e movimentos posteriores. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 447-448, maio/ jun. 2004.

MEYER, Dagmar Estermann; KLEIN, Carin; ANDRADE, Sandra dos Santos. Dossiê: gênero, sexualidade e educação. **Educação em revista**, Belo Horizonte, n. 46, dez. 2007.

MEYER, Dagmar Estermann. Gênero e educação: teoria e política. In: LOURO, Guacira Lpoes; FELIPE, Jane; GOELNNER, Silvana Vilodre. (Orgs.). **Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação**. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de S.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS – Doutrinas e princípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

OLIVEIRA, Ana Roberta; LYRA, Jorge. Direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e as políticas públicas de saúde: desafios à atenção básica. **Fazendo Gênero 8 – Corpo, violência e poder**. Florianópolis, ago. 2008. 8 p.

OSIS, Maria José Martins Duarte. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1998000500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 maio 2010.

PARKER, Richard. Cultura, economia política e construção social da sexualidade. In: LOURO, Guacira Lopes (Org.). **O corpo educado**. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

PEREIRA, Adriana Lemos. **Ações educativas em contracepção: teoria e prática dos profissionais de saúde**. 2008. 169 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Marcos da saúde das mulheres, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos ferramenta para a ação política das mulheres**. Porto Alegre, dezembro de 2008. p. 1-8. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/portal/home/conteudo/biblioteca/biblioteca/cartilhas-e-cadernos/007.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2011.

RIBEIRO, Edilza Maria. As várias abordagens da família no cenário do Programa/ Estratégia de Saúde da Família (PSF). **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 658-664, jul./ago. 2004.

RONZANI, Telmo Mota; SILVA, Cristiane de Mesquita. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 23-34, fev. 2008.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa de Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.

SÃO PAULO (ESTADO). Procuradoria Geral do Estado. Grupo de Trabalho de Direitos Humanos. **Direitos humanos no cotidiano jurídico**. São Paulo: Centro de Estudos da Procuradoria Geral do Estado, 2004. 460 p. (Série Estudos, 14).

SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.1487-1494, nov./dez. 2004.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, p. 5-22, v. 16, n. 2, jul./dez. 1990.

SILVA, Fabiane Ferreira da; RIBEIRO, Paula Regina Costa. O governo dos corpos femininos entre as catadoras de lixo: (re)pensando algumas implicações da Educação em Saúde. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 16, n. 2, ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104026X2008000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 abr. 2010.

SILVA, J. A. M.; OGATA, M. N.; MACHADO, M. L. T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 389-401, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a08.htm>>. Acesso em: 10 jan. 2011.

SOARES, Vera. Movimento feminista: paradigmas e desafios. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 2, p. 11-24, jul./dez. 1994.

SOUZA, Kleyde V. de. **Saúde da mulher e os direitos sexuais e reprodutivos: uma experiência em um “círculo de cidadania”**. 2005. 241 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

SOUZA, Jovita Maria Matarezi de Souza; PELLOSO, Sandra Marisa Pelloso; UCHIMURA, Nelson Shozo; SOUZA, Fernando de Souza. Utilização de métodos contraceptivos entre as usuárias da rede pública de saúde do município de Maringá-PR. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, maio 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jan. 2011.

TONELI, J. M. F.; VAVASSORI, M. B. Sexualidade na adolescência: um estudo sobre homens jovens. **Interações**, Florianópolis, v. 11, n. 18, p. 109-126, 2004. Disponível em: <<http://pepsic.bvspsi.org.br/pdf/inter/v9n18/v9n18a07.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2009.

TRINDADE, Wânia Ribeiro; FERREIRA, Márcia de Assunção. Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, p. 417-426, v. 17, n. 3, set. 2008.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. A priorização da família nas políticas de saúde. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 6-19, set./dez. 1999.

VELHO, Gilberto. **Individualismo e cultura**: notas para uma Antropologia da Sociedade Contemporânea. 5. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; DAL POZ, Mario Roberto. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 11, p. 225-264, 2005.

VILELA, Wilza. Saúde integral, reprodutiva e sexual da mulher: redefinindo o objeto de trabalho a partir do conceito de gênero e da Conferência Internacional sobre população e desenvolvimento. In: ARAUJO, Maria José de Oliveira; SOUZA, Maria Jucinete de; VERARDO, Maria Tereza; FRANCISQUETTI, Paula, P. S. N.; MORAIS, Regina Rodrigues de; BONCIANI, Rosa Dalva Faustini; DINIZ, Simone Grilo; VILLELA, Wilza. **Saúde das mulheres**: experiência e prática do coletivo feminista sexualidade e saúde. São Paulo: Coletivo Feminista, Sexualidade e Saúde, 2000. p. 23-32.

VILLELA, Wilza Vieira; ARILHA, Margareth. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: BERQUÓ, Elza. **Sexo & Vida Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Editora da Unicamp, 2003.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

WEEKS, Jeffrey. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, Guacira Lopes. (Org.). **O corpo educado**. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

APÉNDICES

APÊNDICE I

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS

Caracterização da ação de saúde observada

- Data:
- Tipo de atividade observada (consulta de pré-natal, visita de puerpério, grupos de orientação coletiva: planejamento familiar, gestantes, educação sexual para adolescentes, mulheres, outros):
- Número de usuários participantes por sexo e idade:

Divulgação

Convite individual:

Rádio:

Cartazes:

Tipo de demanda

Espontânea:

Selecionada:

Descrição do ambiente físico

- Iluminação:
- Área física:
- Local (unidade de saúde, salão paroquial, escola, outros):

Recursos utilizados

- Cartaz:
- Livros:
- Vídeos:
- Dramatização:
- Dinâmicas:
- Palestras:
- Outros (especificar):

Recursos humanos

- Profissional responsável: Enfermeira coordenadora da unidade.
- Profissionais envolvidos: Enfermeira e ACS.

Relação profissional X usuário

- Acolhimento (como o usuário é recebido pelos profissionais na unidade de saúde ou no local da atividade educativa):
- Assuntos abordados (planejamento familiar, sexualidade, corpo, DST/AIDS, cuidados com a gravidez e o puerpério):

Enfoque dado sobre os assuntos abordados

- Troca de experiências (como se dá a troca de experiências entre o profissional e o usuário):
- Reações do usuário (avaliação das expressões verbais e não verbais):
- Reações do profissional (avaliação das expressões verbais e não verbais):

APÊNDICE II

ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA

PRIMEIRA ETAPA: PERFIL SOCIAL DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Identificação

- Idade:
- Sexo:
- Orientação religiosa:
- Situação conjugal:
- Bairro de moradia:
- Categoria profissional:

Atuação profissional

- Tipo de vínculo empregatício:
- Trajetória profissional:
- Tempo de atuação no PSF:
- Motivos que o/a levou a trabalhar no PSF:

SEGUNDA ETAPA – CONHECIMENTO/ENTENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS SOBRE O TEMA

Conhecimento sobre Saúde Sexual e Reprodutiva

- 1- O que é para você saúde sexual? E saúde reprodutiva?
- 2- O que é para você direitos sexuais e reprodutivos?
- 3- Você já teve acesso aos documentos do SUS que discutem a Saúde Sexual e Reprodutiva? Se sim, quais? Como ou através de quem você os conheceu?
- 4- O que é sexualidade para você?
- 5- O que você conhece/sabe sobre o corpo feminino e masculino?
- 6- Sua unidade de saúde promove ações no campo da saúde sexual e reprodutiva? Quais? Em que a equipe de saúde se baseia para programar essas ações?
- 7- Como a sexualidade é discutida nessas ações?
- 8- Você tem dificuldade para trabalhar esse tema? Se sim, quais?
- 9- Quais são os pontos fortes que a equipe de saúde encontra para promover ações voltadas para a Saúde Sexual e Reprodutiva? E os pontos fracos?
- 10- Quais são as pessoas convidadas para participarem dessas ações? Quem de fato participa?

- 11-** Você conhece o princípio do SUS que fala sobre a integralidade? O que você entende por integralidade na saúde?
- 12-** Como você acha que o profissional da saúde deveria agir para alcançar a integralidade nessas ações de saúde?
- 13-** Você acha que o entendimento que o profissional da saúde tem sobre Saúde Sexual e Reprodutiva possa, de alguma forma, contribuir para alcançar a integralidade? Pode me dar um exemplo?
- 14-** Você acha que a equipe de saúde da família tem conseguido alcançar a integralidade do cuidado nas ações de saúde sexual e reprodutiva? Em que medida? Dê um exemplo.
- 15-** Vocês têm ou já tiveram formação continuada/permanente ou treinamento sobre Saúde Sexual e Reprodutiva?
- 16-** Você gostaria de dizer algo mais que não foi perguntado?

APÊNDICE III

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) senhor(a),

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada “*A integralidade do cuidado em Saúde Sexual e Reprodutiva: um estudo de caso sobre profissionais do Programa de Saúde da Família de Córrego Fundo-MG*”, que venho desenvolvendo como projeto de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa.

O objetivo central deste estudo consistirá em analisar as noções de profissionais da saúde que atuam no PSF a respeito do tema Saúde Sexual e Reprodutiva, buscando evidenciar em que medida essas noções são traduzidas em ações que contribuiriam para alcançar a integralidade do cuidado. Para tanto, a construção dos dados se dará em duas etapas: a primeira consiste em entrevistas com os profissionais da saúde que atuam no PSF. As entrevistas serão gravadas com o auxílio de um gravador e posteriormente serão transcritas. A segunda etapa trata-se da observação direta das práticas profissionais. As práticas observadas durante essa serão registradas em um diário de campo.

Os dados de seu depoimento serão utilizados de forma a proteger o seu anonimato, através da atribuição de pseudônimos dados aos entrevistados, bem como serão alteradas também informações específicas que possam vir a identificar você que é nosso informante. Se porventura forem citados nomes de pacientes, estes também terão suas identidades preservadas.

Os resultados da pesquisa ficam restritos ao universo acadêmico, podendo ser utilizados também parcialmente na confecção de artigos para periódicos de cunho científico.

A sua participação é voluntária, ou seja, a qualquer momento você poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, tampouco com a Instituição da qual faz parte o trabalho de pesquisa. Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. É importante ainda ressaltar que não haverá riscos de qualquer natureza devido à sua participação na pesquisa.

Qualquer dúvida ou informações sobre a pesquisa você poderá entrar em contato com a pesquisadora, pelos telefones: 37-3431-4903 (comercial), pelo celular: 37-9938-4976 ou através do e- mail: aline.r.alves@ufv.br

BambuÍ, MG, ____/____/____.

Aline Rodrigues Alves
Pesquisadora/ Mestranda DED/ UFV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, li e, ou, ouvi os esclarecimentos dados sobre o estudo do qual participarei. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo.

Voluntário

(Entrevistado(a)) _____

Equipe:

Maria de Fátima Lopes

(Coordenadora da pesquisa)

Aline Rodrigues Alves

(Estudante entrevistadora)