

INTEGRALIDADE DO CUIDADO À SAÚDE DA MULHER: LIMITES DA PRÁTICA PROFISSIONAL

Integrality in women's health care: limits of practice professional

Integralidad en la atención de la salud de la mujer: límites de la práctica profesional

Edméia de Almeida Cardoso Coelho¹

Carla Tatiane Oliveira Silva²

Jeane Freitas de Oliveira³

Mariza Silva Almeida⁴

RESUMO

A política atual de atenção integral à saúde das mulheres propõe a incorporação do princípio da integralidade e da dimensão de gênero nas práticas profissionais. Este estudo teve como objetivos: proporcionar reflexão e discussão sobre o cuidado à saúde das mulheres e identificar aspectos que fragilizam ou potencializam a integralidade. Tem abordagem qualitativa e foi realizado em uma unidade da rede básica de saúde, de Salvador-BA, com profissionais de níveis diferenciados de formação. A integralidade constituiu o eixo teórico, e o material empírico foi produzido por meio de oficinas de reflexão e analisado pela técnica de análise de discurso. A equipe multiprofissional reconhece que as mulheres usuárias enfrentam situações de desigualdades de classe e de gênero, além de se submeterem a relações desiguais e autoritárias no serviço. A integralidade inexistente, o que é reconhecido pelo grupo que identifica as fragilidades, mas não mobiliza seu potencial de organização coletiva para a mudança.

Palavras-chave: Saúde da Mulher. Atenção Primária à Saúde. Políticas Públicas.

Abstract

The current policy of full attention to women's health proposes the incorporation of the principle of integrality and the size of gender in professional practices. This qualitative study was therefore aimed at encouraging reflection and discussion among a multiprofessional team about women's health care practices and identifying those aspects that might weaken or strengthen the integrality perspective. It was carried out in a primary health unit in Salvador (Bahia, Brazil), in 2005 and 2006, having as subjects women's health care practitioners from different educational backgrounds who took part in three reflection workshops. Data were analyzed by means of discourse analysis techniques assuming gender and integrality as the theoretical framework. The multiprofessional team was shown to recognize the fact that their female clientele face situations of class and gender inequalities as well as unequal and authoritarian relationships at the health unit. Integrality was absent from the professional practices under study, a fact also recognized by the health care team who, although being able to identify the weaknesses, is unable to mobilize its potential for collective organization in order to effect change.

Keywords: Women's health. Primary health care. Public Policies

Resumen

La actual política de atención integral a la salud de la mujer propone la incorporación del principio de integridad y la dimensión de género en las prácticas profesionales. Este estudio cualitativo desarrollado con objetivos de proporcionar la reflexión y el debate con un equipo multidisciplinario en las prácticas del cuidado de la salud de la mujer y determinar los factores que debilitan aprovechar la perspectiva de exhaustividad. Dirigido a una Unidad Básica de Salud de Salvador-Ba con los profesionales que brindan atención a las mujeres, con distintos niveles de formación. El material empírico se produjo a través de talleres de reflexión y análisis de técnicas de análisis de discurso y género líneas e integridad como referencial teórico. El equipo multidisciplinario reconoce que las mujeres se reunieron frente a las situaciones de desigualdades de clase y de género, y con sujeción a las relaciones desiguales y autoritarias en el servicio. El todo inexistente en las prácticas profesionales estudiadas, que es reconocido por el participante del grupo de investigación que identifica los puntos débiles pero no la movilización de su potencial de la organización colectiva para el cambio.

Palabras clave: Salud de la mujer. Atención primaria de salud. Políticas Públicas

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela USP. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Pesquisadora do GEM- Grupo de Estudos sobre a Saúde da Mulher da Escola de Enfermagem da UFBA. Coordenadora da pesquisa. Brasil. E-mail: edmeia@ufba.br, ² Enfermeira. Bolsista PIBIC/CNPQ/UFBA 2005/2006 e membro do GEM por ocasião da pesquisa. Brasil, e-mail: carlaufba@yahoo.com.br, ³ Enfermeira. Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Pesquisadora do GEM- Grupo de Estudos sobre a Saúde da Mulher da Escola de Enfermagem da UFBA. Brasil. E-mail: jeanefo@ufba.br, ⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela USP. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Pesquisadora do GEM- Grupo de Estudos sobre a Saúde da Mulher da Escola de Enfermagem da UFBA. Brasil. e-mail: marizaal@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A integralidade, além de um princípio constitucional defendido como prerrogativa da humanização do cuidado em saúde, busca a possibilidade de apreender as necessidades mais abrangentes do ser humano, valorizando a articulação entre atividades preventivas e assistenciais. Como termo polissêmico, “tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária”^{1:41}.

Todavia, o modelo teórico-conceitual do sistema de saúde, o da biomedicina, constitui um obstáculo epistemológico importante para a proposta de integralidade. Além disso, os problemas de saúde surgem articulados a contextos sociais, culturais, econômicos, políticos, que influenciam o processo saúde-doença e extrapolam o campo das políticas exclusivamente de saúde, numa complexidade que impõe limites e uma multiplicidade de desafios². Soma-se a esses uma intersectorialidade precária, na qual se deve investir, pois as ações intersectoriais extrapolam a responsabilidade do setor saúde, o que indica uma possibilidade de enfrentar os problemas de saúde³.

As estratégias para o desenho de práticas mais eficazes devem ser construídas no cotidiano da atenção à saúde, tornando-se imperativo o trabalho interdisciplinar e uma compreensão ampliada dos determinantes do processo saúde-doença. Assim, a integralidade deve ser considerada um ideal regulador, um dever, “impossível de ser plenamente atingível, mas do qual constantemente buscamos nos aproximar”^{2:40}.

Nesse sentido, a postura dos(as) profissionais é algo fundamental para a integralidade e em muitas situações “só se realizará com incorporações ou redefinições mais radicais da equipe de saúde e de seus processos de trabalho [...] assim, a maneira como as práticas estão socialmente configuradas pode propiciar ou dificultar a realização da integralidade”^{1:51-2}. Integralidade, nesse sentido, representa “uma recusa por parte dos que se engajam na formulação de uma política em reduzir o objeto de suas políticas, ou melhor, de reduzir a objetos descontextualizados os sujeitos sobre os quais as políticas incidem”^{1:59}.

Políticas destinadas a dar respostas a um determinado problema de saúde, ou responder aos que atingem certo grupo populacional, podem trazer as marcas da integralidade. Assim ocorreu com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, fruto da luta feminista que construiu, ao longo do tempo, conhecimento sobre as demandas das mulheres para além das especificidades reprodutivas, o que representou uma ruptura com a perspectiva biologicizante materno-infantil.

Orientado por princípios que respeitam as especificidades do ciclo vital das mulheres, o referido Programa propõe-se a atender as necessidades mais amplas em saúde, valorizando o contexto sócio-histórico e cultural em que tais necessidades se

apresentam. Ao longo de vinte anos, o PAISM passou por avanços e retrocessos, e, na atualidade, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) resgata os seus princípios, com ênfase na abordagem de gênero e na integralidade como norteadores das práticas de cuidado à saúde das mulheres⁴.

Nessa perspectiva, as instituições de saúde constituem “um *locus* privilegiado de observação e de análise dos elementos constitutivos do princípio institucional da integralidade, seja quanto às práticas terapêuticas, seja nas práticas de saúde difundidas na coletividade”^{5:18}.

Na atenção à saúde das mulheres, compreendemos a integralidade como a concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. Nesse sentido, o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas, valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento das mulheres.

Contudo, investigações científicas com profissionais do campo da saúde da mulher vêm identificando obstáculos para a construção da integralidade do cuidado. As equipes multiprofissionais, cuja formação se dá sob sujeição ideológica a referenciais de saber e poder, desenvolvem, sobretudo, ações de caráter biológico dirigidas à saúde sexual e reprodutiva, mantendo-se na obscuridade outros problemas vivenciados, o que reproduz desigualdades sociais diante da implementação das políticas públicas de saúde⁶.

Considerando que a perspectiva da integralidade valoriza a multidimensionalidade dos sujeitos, o que constitui indicador de qualidade, decidimos por uma investigação científica, buscando responder à questão: Em que medida as práticas de cuidado à saúde das mulheres na atenção básica se aproximam ou se distanciam da integralidade?

Para responder a essa questão, o estudo teve como objetivos:

- 1- Proporcionar reflexão e discussão com profissionais de saúde sobre as práticas de cuidado à saúde das mulheres.
- 2- Analisar, segundo pressupostos da integralidade, limites e possibilidades de sua efetivação na atenção básica.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo exploratório de caráter qualitativo, que tem a integralidade como eixo teórico. Conforme já fundamentado, a integralidade, em sua perspectiva teórica, articula-se à qualidade formal e política do trabalho em saúde, valorizando as dimensões instrumentais, expressivas do processo de cuidar.

O estudo foi desenvolvido em um centro de saúde da cidade de Salvador-Ba, que constitui campo de atividades docentes-assistenciais para profissionais de saúde. O universo empírico

foi constituído por 14 membros da equipe multiprofissional (uma enfermeira; uma farmacêutica; três auxiliares de enfermagem; uma auxiliar de consultório odontológico; cinco auxiliares administrativas, das quais quatro atuavam no serviço de arquivo médico - SAME e uma no laboratório; uma agente de limpeza; e dois seguranças) que oferecem ações de cuidado à saúde das mulheres na atenção básica.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, sendo aprovado em setembro de 2005. As questões éticas foram atendidas em todas as fases da pesquisa de acordo com as determinações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Todas(os) as(os) participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, escolhendo nome fictício para identificar suas falas e manter o anonimato.

O material empírico foi produzido por meio de três oficinas de reflexão que constituíram um espaço de aprendizagem e de produção coletiva do conhecimento sobre o objeto de estudo. As oficinas, como uma técnica da Metodologia da Problematização, "privilegiam a troca de conhecimentos, de saberes e de experiências entre os participantes, considerando que cada qual tem uma história individual e coletiva e um contexto social compartilhado"^{7:320}. Cada oficina teve duração de três horas, sendo os depoimentos gravados em fitas-cassete e, posteriormente, transcritos na íntegra.

As oficinas foram desenvolvidas seguindo as etapas: apresentação e integração; desenvolvimento do tema; socialização das experiências; síntese; avaliação; descontração/relaxamento^{6,8}. A primeira oficina teve como propósito resgatar o perfil da mulher que é atendida no cotidiano da unidade e os problemas que as levam ao serviço de saúde, sendo denominada *A mulher de quem cuidamos*. Na segunda oficina, o objetivo foi identificar, através do discurso dos profissionais, aspectos que fragilizam ou potencializam a perspectiva da integralidade no serviço; foi denominada *Pedras e luzes*. A terceira oficina foi realizada com o objetivo de proporcionar às (aos) profissionais um espaço de reflexão sobre os *sentidos do cuidado* a partir de vivências pessoais, articulando com o cuidado que oferecem às mulheres. Utilizamos como subsídios para construção deste artigo as duas primeiras oficinas.

O material empírico foi analisado pela técnica de análise de discurso segundo Fiorin. Para esse autor, o discurso é uma posição social, cujas representações ideológicas são materializadas na linguagem, enquanto o texto é individual, estruturando-se em níveis de abstração crescente. Na leitura do texto, o que é percebido imediatamente está no nível da aparência, e, para se chegar ao nível mais abstrato, são estudados os elementos discursivos, sendo revelada a visão de mundo dos sujeitos inscritos nos discursos^{9,10}.

Seguindo o que é preconizado por Fiorin para a análise de discurso, foram feitas leituras sucessivas do texto inteiro, tentando localizar figuras (elementos concretos) e temas (elementos abstratos), segundo traços semânticos, bem como

as recorrências desses elementos. Feita a apreensão dos temas parciais, esses foram agrupados em blocos de significação que originaram subcategorias, culminando com uma categoria empírica central, analisada em articulação com a literatura pertinente e apresentada neste artigo.

ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE SOB MODELO QUE APROFUNDA DESIGUALDADES SOCIAIS

No discurso das(os) profissionais, o serviço de saúde está organizado sob o modelo clínico que não consegue dar respostas efetivas às necessidades mais imediatas das mulheres, tampouco ampliar o olhar sobre as demandas resultantes do contexto social, tornando-se, assim, um lugar de constrangimento e desrespeito às mulheres. Tal problemática se aprofunda pela superficialidade das relações e pela assimetria entre oferta e demanda.

O serviço de saúde como lugar de constrangimento e desrespeito às mulheres

A reflexão sobre as práticas em saúde da mulher teve em seu primeiro momento o objetivo de resgatar a usuária do serviço a partir de suas demandas. Neste sentido, o grupo de profissionais participante do estudo caracteriza a usuária do serviço como:

Uma mulher comum, porém uma mulher de baixo poder aquisitivo, sofrida, com todas as dificuldades que nós todas temos. Mas elas, pela própria condição sócio-econômica, têm problemas muitos maiores. É aquela mulher que geralmente sofre violência em casa, que tem um monte de filhos para cuidar, que geralmente não se cuida (Hortência).

Embora as relações que se dão na vida privada das mulheres sejam valorizadas pelas(os) profissionais como fator que interfere na busca por atenção à saúde, na relação profissional-usuária, o desrespeito é apontado como característica. Para esse grupo de trabalhadoras(es) da saúde, a organização do serviço estabelece várias formas de desrespeito às pessoas usuárias, evidenciadas, sobretudo, nas dificuldades de acesso e nas relações que se estabelecem entre profissionais e usuárias(os).

Desigualadas(os) pela classe, todas(os) as(os) usuárias(os) acessam o serviço sem a garantia de ter respeitado seu direito à saúde, submetendo-se ao poder institucional, este reproduzido em atos concretos em um serviço que organiza suas práticas de modo desarticulado das necessidades das(os) usuárias(os), conforme os discursos das(os) participantes:

Aqui, essa mulher chega de todos os setores, ela foi atendida, mal atendida, injuriada, seja lá o que for. [...] Ela tem medo, ela vem procurar neste setor a prevenção, o anticoncepcional. E o desrespeito é

em tudo! No próprio funcionário que não atende bem e na própria família, no marido ou companheiro que não a respeita (Violeta).

Tem muitos pacientes às vezes coitadinhos que têm medo de falar, de receber uma dura, que tem muita gente humilde, não significa ser pobre, mas tem medo de tomar uma dura, ah não, aquela mulher me faz uma grossura! (Tulipa).

Diante dessas situações de desrespeito à dignidade e aos direitos sexuais e reprodutivos, converte-se uma relação de diferença numa hierarquia de desigualdade, o que constitui uma forma de violência que não implica agressão física, mas decorre de uma normatização na cultura, da discriminação e da submissão¹¹. Vivenciando o medo de serem mal atendidas ou não serem atendidas, a vergonha que lhes acompanha por terem incorporado a inferioridade diante do(a) profissional de saúde e a necessidade resultante da pobreza, as mulheres calam-se porque lhes faltam instrumentos mobilizadores do entendimento da saúde como direito e da obrigação profissional de respeitá-las em sua singularidade⁶.

Isso pode ser ampliado a toda a população pobre que depende da rede pública e vive, nos serviços de saúde, o constrangimento da necessidade resultante da carência material em detrimento do direito e da liberdade, o que também pode ser confirmado nos depoimentos a seguir:

O pessoal chega cedo demais para marcar a consulta, no dia seguinte tá lá cedo para ser atendida, o profissional não aparece [...] eu dou orientações passando o pouco que eu sei e tentando contribuir com o funcionamento da unidade [...] (Cravo).

Chegam as mulheres, rapazes, crianças e às vezes acho que têm medo, vergonha de se dirigir a outras pessoas; então procuram a mim ou aos vigilantes, entendeu? Vai procurar uma informação, onde fica tal sala, que horas vai começar a atender (Rosa).

As relações que se estabelecem entre as(os) profissionais e as(os) usuárias(os) trazem consigo uma dimensão política que inclui sua visão de mundo incorporada nas subjetividades. No encontro com a(o) usuária(o), são mobilizados sentimentos, emoções e identificações que dificultam ou facilitam a aplicação dos conhecimentos da(o) profissional. Assim,

as concepções dos profissionais sobre o sistema de saúde e o serviço público, as concepções sobre o direito dos usuários e o envolvimento com o trabalho podem influenciar na atenção prestada [...] profundamente dependente dos valores morais,

éticos, ideológicos e subjetivos dos profissionais, pois envolvem interpretação, ajuizamento e decisão pessoal na aplicação do conhecimento científico às situações concretas e singulares [...] ¹².

A atenção primária é a “porta de entrada” para a rede de serviços de saúde e também para uma multiplicidade de demandas sociais que acabam por se traduzir em demandas de saúde, estas se encontrando na fronteira entre os “problemas da vida” e a patologia propriamente definida. Daí a importância das “tecnologias de conversas”, que facilitam a identificação das necessidades que podem vir a ser satisfeitas no serviço de saúde ou em outro espaço institucional¹³.

Embora as(os) profissionais que participaram do estudo valorizassem as relações que se dão na vida privada como fator que interfere nas buscas das mulheres por atenção à saúde, convive-se no serviço com a contradição entre o que é dito nos discursos e o que é oferecido concretamente às mulheres pelo grupo que a atende. Isso porque se referem à relação profissionais-usuárias apontando o desrespeito como característica, o que constitui violência institucional. Assim, nos espaços público e privado, profissionais e parceiros respectivamente limitam ou interdita a liberdade das mulheres; são revelados nos depoimentos a seguir os conflitos da vida privada que expõem as mulheres aos agravos à saúde, à violência e à opressão:

O marido só aparece na hora de fazer filho [...] ele não é o mantenedor do lar, ele não faz nada, porque ela trabalha, a maioria que eu atendo lá são mulheres que trabalham como doméstica, são mulheres que trabalham como diarista, e mais, são mulheres sofridas. Ele ainda vem e toma o dinheirinho dela, entendeu? (Violeta).

Quando ela fala até de cuidar dela, até pela questão do marido achar que ela vai se mostrar, que ela quer mostrar o corpo às vezes ele não quer que ela seja atendida por homem, não é? [...] E proíbe muito, proíbe na maioria das vezes essa mulher de ir ao ginecologista de cuidar dela própria, né? (Hortência).

A limitação ou interdição da liberdade das mulheres constitui também violência de gênero. A forma estereotipada de tratar a mulher segundo atributos de gênero é determinante de uma inculcação cultural de dependência e subordinação ao homem, responsabilizando-o pela sua proteção. Isso vai conferindo poder sobre o corpo feminino, subjugando as mulheres às vontades dos “homens da casa”, de modo que muitas vão incorporando e somatizando um esquema de submissão ao poder masculino (grifos da autora)¹⁴.

Nesse contexto, a ação multiprofissional e a articulação intersetorial tornam-se essenciais na tentativa de atender as

necessidades das(os) usuárias(os). Considerando o modelo de atenção que se apresenta a partir dos discursos dos sujeitos do estudo, a integralidade é negada e as(os) profissionais, embora sensíveis às demandas por cuidado em saúde, envolvendo aspectos da vida para além do biológico, não se mobilizam na direção de alterar a realidade diante das necessidades mais imediatas nem na ampliação do alcance de suas ações.

Assim, em se tratando da relação mulher e saúde, além das especificidades ligadas à sua inserção social do ponto de vista de classe, raça e geração, há a dimensão de gênero que participa do processo de saúde e de adoecimento desse grupo populacional e que, embora identificada pelos sujeitos do estudo, não é valorizada como produtora de demandas de saúde.

O não-atendimento às especificidades femininas e às necessidades no campo da saúde sexual e reprodutiva tem repercussões nas experiências vividas com seus parceiros, quase sempre acompanhadas de dificuldade de negociação na vivência da sexualidade. Constrangidas e desrespeitadas em seus direitos, as mulheres têm dificuldades de construir vínculos com o serviço de saúde e muitas são submetidas ao risco de gravidez indesejada e suas consequências, que se somam às dificuldades enfrentadas no âmbito doméstico na relação com os parceiros.

Superficialidade das relações e assimetria entre oferta e demanda como obstáculos à integralidade

Os sujeitos do estudo revelaram, nos discursos, não participar do planejamento das ações de saúde no serviço em que atuam, cumprindo ordens e se mostrando sensíveis às questões da vida das mulheres, mas com potencial de mobilização e resolução muito limitado. Fazem parte da instituição, mas revelam que o poder pertence a quem decide pelo atendimento, referindo-se particularmente aos médicos. Nos discursos analisados, confirma-se que a perspectiva da integralidade inexistente, sendo o acolhimento uma das dimensões negadas na relação profissional de saúde-usuária.

Eu acho que tem falta de integração, falta de humanidade. A gente que trabalha com vidas humanas têm que ter isso dentro de nós [...] é aí que eu sempre questiono que tudo começa de cima, dos poderes, e nós não participamos das decisões (Orquídea).

[...] No atendimento, muitas vezes a paciente só quer ser ouvida e o profissional muitas vezes tem pressa. Ele tem pressa de atender, porque realmente é muito paciente pra ser atendido [...] às vezes, não precisa nem dizer nada, ouvir é ajudar ela naquele momento, isso é super importante (Hortência).

Muitas vezes a mulher quer ser ouvida e não encontra um profissional que a atenda porque realmente é

muita paciente e, muitas vezes quando atende é só para passar exame [...] (Tulipa).

A constituição da demanda em saúde surge de interações dos sujeitos, usuárias(os), profissionais e gestores, na relação com a oferta nos serviços de saúde, em face de um determinado projeto político institucional. A integralidade do cuidado à saúde, por sua vez, requer escuta, acolhimento, ações resolutivas que culminem com a humanização das práticas¹⁵. Ela permite iluminar as possibilidades de relações porque essas existem no cotidiano dos sujeitos nas instituições, onde diferentes saberes e práticas interagem a todo o tempo, é um termo plural, ético e democrático⁴. Todavia, no modelo hegemônico, “muitas vezes, a relação, o diálogo e a escuta são colocados em segundo plano, para dar lugar a um processo de trabalho centrado no formulário, protocolos, procedimentos, como se estes fossem um fim em si mesmos”¹⁵.

No tocante à resolutividade das ações em saúde, as(os) participantes da pesquisa deram relevância à contracepção como aspecto que exemplifica a negação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Segundo a rotina do serviço em que foi realizada a pesquisa, o atendimento à contracepção é feito com agendamento prévio para avaliação clínica, variável segundo o método escolhido. Nos depoimentos a seguir, verifica-se que o modo como o serviço é organizado faz com que os protocolos institucionais se sobreponham às necessidades das mulheres, mostrando que os serviços não estão preparados para atendê-las segundo suas demandas:

Ela vai ao posto de madrugada, às vezes não consegue nem uma ficha [...] chegando no posto de saúde, não conseguindo as vagas, recorre ao médico. O médico não quer atender, porque a paciente não tá marcada, aí às vezes ela volta para casa [...] quando ela retorna ao posto já é cheia, grávida (Jasmim).

Os médicos muitas vezes não querem mais atender porque já atenderam as 20 pacientes dele [...] mas tem muitas mulheres em busca de atendimento. E o que a gente pode fazer por essas pacientes para elas não engravidarem? Entendeu? (Lírio).

O planejamento familiar é uma das ações da atenção à saúde da mulher proposta pelo PAISM, desde sua criação em 1984, e reafirmada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher formulada pelo Governo Federal em 2004. Garante, nos seus princípios, o acesso aos meios para evitar ou propiciar a gravidez, o acompanhamento clínico-ginecológico e ações educativas para que as escolhas se dêem de modo consciente e como exercício de liberdade.

Consideramos que uma boa qualidade na atenção à saúde da mulher é

*aquela que oferece o máximo de bem-estar à pessoa usuária, do ponto de vista de suas necessidades, de seus direitos humanos, de sua experiência e do fortalecimento do poder sobre si mesma. É assim a afirmação do domínio sobre seu corpo, sua sexualidade, sua autoestima e seu poder de decisão, coisas que têm sido negadas no processo de construção da identidade de gênero*¹⁶.

Portanto, as mudanças necessárias implicam rever as visões de mundo e as relações profissionais-usuárias, o que inclui a superação dos padrões da competência técnica e da neutralidade científica, associando-se ao cuidar instrumental a sua expressividade, ou seja, o que permite o acolhimento e o afeto⁶. Tão importante quanto esses aspectos é o correspondente ao quantitativo de trabalhadores da saúde e sua distribuição na rede. A qualidade da atenção passa por qualificação técnica e das relações, mas também pelo redimensionamento da força de trabalho, o que requer gestores comprometidos com a vida de quem cuida e de quem é cuidado.

Sendo assim, para que a produção de um ato de saúde se concretize, deve-se identificar a(o) usuária(o) como sujeito com necessidades que se apresentam em formas corporais de sofrer e/ou de ser escutado, vinculado, inserido em redes comunicativas com o outro. Apesar desse entendimento, é identificado que o conjunto de práticas centrado em procedimentos técnicos na saúde tem caráter reducionista, expressando o modelo médico hegemônico, de modo que, o acolhimento surge como a possibilidade viável de promover uma nova modelagem na organização da assistência em saúde. Essa é uma diretriz operacional do modelo que compreende a(o) usuária(o) como sujeito que traz consigo um modelo cultural portador de direitos de cidadania a serem respeitados nas relações sociais¹⁵.

Na perspectiva da integralidade,

O acolhimento propõe que o serviço de saúde seja organizado de forma centrada no usuário, partindo dos seguintes princípios: (1) atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; (2) reorganizar o processo de trabalho a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional — equipe de acolhimento —, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde; e (3) qualificar a relação trabalhador-usuário que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania^{17:42-3}.

Nos discursos analisados, além de maus tratamentos orientados pela opressão de classe, a oferta reduzida de ações resolutivas distancia as mulheres do serviço, impedindo-as de estabelecerem vínculos com as(os) profissionais e de terem garantia de atendimento às suas demandas por cuidado à saúde. As(os) profissionais reconhecem a ausência de acolhimento, mas parecem não se sentir capazes ou suficientemente organizadas(os) para mudar a realidade, não se mobilizando como equipe para buscar respostas mais resolutivas às necessidades das mulheres no tocante à saúde. Ao mesmo tempo, as desigualdades de gênero são percebidas na vida das mulheres, mas as(os) profissionais as mantêm intocadas, prevalecendo a preocupação com a dimensão técnica da atenção, o que atende parcialmente às demandas das mulheres de modo desvinculado do contexto em que estão inseridas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os objetivos do estudo, os discursos analisados revelaram que as práticas de cuidado dirigidas à saúde da mulher são orientadas pelo modelo biomédico, que nem sempre considera as especificidades femininas, especialmente aquelas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva em seu sentido mais amplo. A equipe multiprofissional reconhece que desigualdades de classe e de gênero permeiam as práticas cotidianas no serviço e que a organização das práticas não atende ao mínimo requerido no modelo clínico, negando-se inclusive o atendimento no nível da queixa imediata a que tal modelo se propõe na medida em que há assimetria entre oferta e demanda.

Assim, a integralidade inexistente nas práticas profissionais estudadas, o que é reconhecido pelo grupo participante da pesquisa que identifica as fragilidades, mas não mobiliza seu potencial de organização coletiva para a mudança. As necessidades das mulheres originárias de relações sociais, em que se inclui a dimensão de gênero, são identificadas, mas há dificuldades em aprofundar discussões na perspectiva de minimização com participação do serviço. A preocupação com a organização das práticas em seus aspectos mais técnicos se sobrepõe a reflexões e discussões em que as(os) profissionais reconhecessem o seu papel na promoção de saúde das mulheres de modo efetivo para abrir caminhos ao empoderamento.

Urge o redirecionamento das práticas em saúde da mulher de modo que sejam dadas respostas ágeis e mais resolutivas segundo os princípios da política de atenção integral à saúde da mulher. A escuta, a responsabilização e a criação de vínculos com a inserção da abordagem de gênero oferecem à mulher possibilidades de serem sujeitos e devem fazer parte de um projeto de reorganização das práticas direcionadas pela integralidade do cuidado. Sendo assim, o desenvolvimento deste estudo aponta a necessidade de ampliá-las nesse campo, vislumbrando projetos para intervenções concretas no campo das práticas em saúde.

O processo grupal de produção do material empírico favoreceu ao grupo participante da pesquisa o fortalecimento de vínculos entre si que entendemos ser um facilitador para construção de práticas sob uma nova ética, aquela que efetivamente transforme profissionais em seres que cuidam e mulheres em seres que se sentem cuidadas.

REFERÊNCIAS

1. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro(RJ): IMS/UERJ/ABRASCO; 2001. p. 39-64.
2. Camargo Júnior KR. Um ensaio sobre a (in)definição da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos R, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro(RJ): IMS/UERJ/ABRASCO; 2003. p. 35-44.
3. Sousa FGM, Terra MG, Erdmann AL. Health services organization according to the intersectoral perspective: a review. Online Brazilian Journal of Nursing [on-line]; 4.3 1 Dec 2005 Available: <http://www.uff.br/objnursing/viewarticle.php?id=86>.
4. Ministério da Saúde(BR). Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília (DF); 2004.
5. Pinheiro R, Luz MT. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos R A (orgs.) Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro(RJ): ABRASCO; 2003. p. 7-34.
6. Coelho EAC. Enfermeiras que cuidam de mulheres: conhecendo a prática sob o olhar de gênero. [tese de doutorado]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2001.
7. Schaurich D, Cabral FB, Almeida MA. Metodologia da problematização no ensino em enfermagem: uma reflexão do vivido no PROFAE/RS. Esc Anna Nery Rev Enferm 2007; 11(2): 318-24.
8. Portella AP, Gouveia T. Idéias e dinâmicas para trabalhar com gênero. Recife(PE): SOS Corpo; 1998.
9. Fiorin JL. Linguagem e ideologia. 6ª ed. São Paulo(PE): Ática; 1998.
10. Fiorin JL, Savioli FP. Para entender o texto: leitura e redação. 15ªed. São Paulo(SP): Ática; 1999.
11. Soihet R. Violência simbólica: saberes masculinos e representações femininas. Est Fem 1997; 5(1): 7-29.
12. Ministério da Saúde (BR). Unidade de aprendizagem trabalho e relações na produção do cuidado. Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde. Rio de Janeiro(RJ): ENSP/Fiocruz; 2005.
13. Teixeira RR. Humanização e atenção primária à saúde. Cienc Saude Colet 2005; 10 (3): 585-97.
14. Amaral CGC. Debates de gênero: a transversalidade do conceito. 1ª ed. In: _____ Mulher, violência e relações de gênero. Fortaleza(CE): UFC; 2005.p. 96-105.
15. Merhy E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo(SP): Hucitec; 2002.
16. Costa AM, Guimarães MCL. Controle social uma questão de cidadania: saúde é assunto para mulheres. São Paulo(SP): Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos; 2000.
17. Franco TB, Bueno, WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim-MG. In: Merhy EE, organizador. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo (SP): Hucitec; 2004.v.1. p. 37-54.