

Gênero e Programa de Saúde da Família:

um olhar sobre as práticas



Texto de apoio às/aos trabalhadoras/es
em saúde do Recife sobre questões
de gênero na atenção à saúde

Gênero e Programa de Saúde da Família:

um olhar sobre as práticas



Texto de apoio às/aos trabalhadoras/es
em saúde do Recife sobre questões
de gênero na atenção à saúde

Realização

Coordenadora da Mulher da Preferência do Recife
 Secretaria de Saúde do Recife
 Responsáveis: Juliana Cesar e Tereza de Jesus Campos Neta

Instituição executora do convênio com a Prefeitura do Recife

SOS Corpo – Instituto Feminista para a Democracia
 Responsável: Ana Paula Portella

Equipe de trabalho

Adriana Helena Araújo Taveira (coordenação geral)
 Laila Blina Schreiber (coordenação da consultoria/PMUSP)
 Ana Paula Portella (consultora/SOS Corpo)
 Tereza Scott (consultora/UPPE)

Parceiros e colaboradores

Responsáveis do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: Ana Flávia EL. d'Oliveira, Márcia Thérèse Couto Pádua, Lígia B. Kim e Júlia G. Diniz.
 Responsável do SOS Corpo – Instituto Feminista para a Democracia: Verônica Ferreira Solange Rocha.
 Responsáveis do Núcleo de Estudos de Família, Gênero e Sexualidade dos Programas de Pós-Graduação de Antropologia e de Sociologia do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal de Pernambuco: Márcia Louchi, Jander Cassarelli, Cláudia Correa, Guilhermina D'Arc e Dayse Anáclio dos Santos.

Créditos do texto de apoio para capacitação

A presente publicação baseia-se nos dados do Relatório Final do Diagnóstico de Situação (Taveira e cols., 2003), realizado com a participação de:

Adriana Helena Araújo Taveira
 Ana Paula Portella (SOS Corpo)
 Lígia B. Kim (PMUSP)
 Laila Blina Schreiber (PMUSP)
 Tereza Scott (PMUSP/UPPE)
 Solange Rocha (SOS Corpo)
 Verônica Ferreira (SOS Corpo)

Consultoria de redação

Márcia Sauerbats (Instituto Política Debate)

Projeto Gráfico e Diagramação

Laila Blina

Produção Executiva

Fátima Ferreira

Impressão

Previdal

Citar como:

Taveira, A. H. A.; Schreiber, L. B.; Portella, A. P.; Scott, T. Gênero e Programa Saúde da Família: um olhar sobre as práticas, Recife: Coordenadoria da Mulher Preferida do Recife, 2003.

Recife, março de 2008.

SUMÁRIO

Apresentação.....	7
Introdução.....	9
1. O posto de saúde como espaço feminino.....	13
Mulheres são maioria.....	13
O que é gênero?.....	13
O que são estereótipos do masculino e do feminino?.....	14
Como mulheres e homens lidam com a saúde?.....	15
Diferenças aprendidas e impostas.....	15
Existe um atendimento diferenciado para mulheres e homens?.....	16
Diferenças no modo de explicitar as queixas.....	17
Cuidado com a "cegueira de gênero".....	18
O posto é espaço feminino e afasta os homens.....	18
O ovo ou a galinha?.....	19
2. O contexto de atuação do PSF: pobreza, abandono e violência.....	20
Frustração e impotência.....	20
Proximidade e responsabilidade.....	21
Diferenças socioeconômicas e raciais.....	22
Assistencialismo.....	22
Diferenças de conhecimento e classe geram relações desiguais de poder.....	23
Desigualdade racial/étnica.....	24
Estigmatização da pobreza.....	24
Um contexto de violência social.....	26
Violência justificada pela "cultura da pobreza".....	26
Medos e limites: a vulnerabilidade das/os profissionais.....	26
Resguardar-se ou negociar privilégios?.....	27
3. Trabalho produtivo e reprodutivo.....	29

A desvalorização do tempo e do trabalho feminino.....	29
Invisibilidade do trabalho feminino.....	30
O trabalho da mulher como cuidadora.....	32
A mulher é a intermediária entre o domicílio e o serviço.....	32
A principal identidade da usuária é ser mãe.....	33
A responsabilidade da mulher pela saúde reprodutiva.....	34
"É pobre, mas tem que ser limpinha!".....	36
A responsabilidade e a culpa são sempre da mulher.....	36
Supervalorização do trabalho masculino.....	37
Desemprego e trabalho precarizado.....	37
4. Conservadorismo limita atendimento no PSF.....	40
O corpo.....	40
O corpo feminino e o corpo masculino.....	40
O corpo como objeto.....	40
Vergonha no atendimento.....	41
Vergonha, constrangimento e desinformação.....	41
O modelo tradicional de família.....	42
A família nuclear.....	42
Ampliação do conceito de família.....	43
Consequências para as mulheres.....	44
Equipes de saúde reforçam modelo tradicional.....	44
Conflitos familiares.....	44
5. Sexualidade.....	46
Sexualidade masculina e feminina.....	46
Dificuldades na abordagem da sexualidade.....	46
Falar sobre DSTs com homens é ainda mais difícil.....	47
Dificuldades em tratar as mulheres.....	47
Quem foi o agente da infecção?.....	48
E se o agente foi a mulher?.....	49
Uma questão de ética, discrição ou omissão?.....	50
O direito ao prazer.....	51
O que são direitos sexuais?.....	51
A invisibilidade de homossexuais e profissionais do sexo.....	52
Visão tradicional de masculinidade.....	52
Profissionais do sexo estão ausentes ou invisíveis?.....	53
Sexualidade e sofrimento mental.....	54

A medicalização com antidepressivos ou calmantes.....	54
Diferentes abordagens para homens e mulheres.....	55
6. Direitos reprodutivos.....	56
Mas o que são direitos reprodutivos?.....	56
Ninguém faz filho sozinho.....	57
Laqueadura x vasectomia.....	58
Aborto inseguro.....	59
Saúde reprodutiva masculina.....	60
São as mulheres que levam os homens ao serviço?.....	60
7. Jovens nos serviços de saúde.....	61
Controle sobre a vida sexual das adolescentes.....	61
A ida da jovem ao posto levanta suspeita.....	61
Condenação da mãe adolescente.....	61
Os rapazes estão ausentes dos serviços.....	62
8. Emoção, subjetividade e saúde mental.....	64
Diferenças na subjetividade de mulheres e homens.....	64
A saúde mental das mulheres.....	64
Dificuldades no atendimento.....	65
9. Violência de gênero.....	66
Violência contra a mulher.....	66
Motivos, mitos e preconceitos.....	67
Respeito à decisão da mulher.....	67
Dificuldades de lidar com a questão da violência.....	68
Discrição x omissão.....	68
Despreparo dos serviços.....	70
Identificação da violência.....	71
Tipos de violência.....	73
Violência sexual.....	74
Sexualidade, saúde mental e violência sexual.....	74
Notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher.....	76
Bibliografia.....	77
Sites recomendados.....	79

APRESENTAÇÃO

No contexto das políticas públicas a saúde da mulher é reduzida, em muitos casos, aos aspectos reprodutivos apesar da presença feminina no próprio setor da saúde, seja como prestadora de serviços ou usuária.

O compromisso dessa gestão é com uma nova política de saúde da mulher. Uma política baseada num projeto pedagógico que busca levar a mulher a exercer o seu papel de cidadã. Para tanto é preciso reconhecer desigualdades e especificidades entre homens e mulheres, nos mais diversos aspectos da vida, inclusive em termos de inserção social, para, dessa forma, perceber as consequências e contribuições para as diferenciações no setor de saúde. Por essa razão as questões da ética, da igualdade e da justiça social dos direitos humanos são as diretrizes que buscamos para debater os problemas de saúde da mulher do Recife.

Aliada à proposta do Sistema Único de Saúde – SUS e sugerindo adequações necessárias às questões de gênero, o projeto político na área da Equidade de Gênero na Saúde, da Coordenadoria da Mulher da Prefeitura do Recife, busca implementar as atividades que desenvolve, tratando a mulher de forma diferenciada do seu papel social voltado à reprodução e cuidados com filhos e família.

A publicação que ora apresentamos é um relato analítico que descreve, em um contexto político e institucional, a pesquisa “Como estão as Desigualdades de Gênero no Progama Saúde da Família?”. Trata-se de uma iniciativa da Coordenadoria da Mulher, realizada em conjunto com pesquisadoras(es) do Departamento de Medicina da Universidade de São Paulo, SOS Corpo –, Instituto Feminista para a Democracia, Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal de Pernambuco e Secretaria Municipal de Saúde do Recife. O Projeto é composto

de duas fases. Na primeira foram identificadas as representações de gênero das(os) trabalhadoras(es) das equipes do Programa de Saúde da Família, com o objetivo de compreender como se dão às relações das desigualdades entre homens e mulheres no cotidiano da assistência em saúde. O diagnóstico obtido gerou esta publicação, que, por sua vez, subsidiará a discussão e capacitação das(os) profissionais dos PSFs, o que corresponde à segunda fase do projeto, cujo objetivo é identificar as necessidades das(os) usuárias(os) a partir do enfoque de gênero e proporcionar bases teóricas e práticas para a formulação de respostas às necessidades identificadas.

Esperamos, então, que esta cartilha possa colaborar com a compreensão das relações de gênero e as formas como esta relação pode ser sinergicamente trabalhada - e consequentemente melhorada -, a partir de um olhar diferenciado das(os) profissionais dos PSF's.

Juliana Cesar e Wanderliza França
Coordenadoria da Mulher do Recife.

INTRODUÇÃO

Esta publicação foi feita para apoiar você, profissional de saúde, que quer entender melhor as relações e comportamentos de usuárias/os e integrantes das equipes do Programa de Saúde da Família e agir com ética e competência no atendimento às necessidades de assistência à saúde da comunidade.

O ponto de partida deste texto foi o projeto "Como estão as desigualdades de gênero no Programa de Saúde da Família?", uma iniciativa da Coordenadoria da Mulher da Prefeitura do Recife, desenvolvida em conjunto com pesquisadoras/es de três outras instituições: o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o SOS Corpo - Instituto Feminista para a Democracia e o Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal de Pernambuco. O projeto contou também com o apoio e o acompanhamento da Secretária Municipal da Saúde do Recife durante todo o Diagnóstico.

Um projeto em duas fases

Fase 1: Diagnóstico: Como estão as desigualdades de gênero no PSF do Recife?

Na primeira fase, o objetivo foi identificar as representações de gênero das(os) trabalhadoras/es das equipes do Programa de Saúde da Família e compreender suas influências nos mecanismos promotores das desigualdades entre homens e mulheres no cotidiano da assistência em saúde.

Nessa etapa, foram realizadas atividades de: preparação e organização da pesquisa de campo; execução e supervisão da pesquisa de campo; análise dos dados; e realização dos relatórios parciais e final.

O Diagnóstico foi produzido a partir de dados colhidos por meio de três técnicas: a observação direta (participante) do cotidiano de equipes do PSF de diferentes regiões administrativas da cidade do Recife, entrevistas individuais e grupos focais com distintos

profissionais e agentes comunitárias/os de equipes diversas, em complemento à observação.

Parte 2: Capacitação: Ciclos de formação em gênero e assistência à saúde

A segunda fase do projeto, que é a etapa de Capacitação, tem os seguintes objetivos: fornecer subsídios para a discussão e identificação das necessidades de saúde das/os usuárias/os a partir do enfoque de gênero; e proporcionar bases teóricas e práticas para a formulação de respostas às necessidades detectadas.

Elaborada com base nos achados da primeira fase, a Capacitação complementa o Diagnóstico. A proposta é capacitar as/os integrantes do PSF a fim de ampliar o seu olhar sobre homens e mulheres, em especial sobre usuárias e usuários dos serviços e suas necessidades em saúde. Para tanto, buscou-se dar visibilidade às situações de desigualdade de gênero nas práticas de saúde, enfatizando-se a necessidade de enfrentá-las em equipe e também no âmbito da rede intersetorial, para que se consiga ultrapassar a segmentação das ações e o foco exclusivo na saúde enquanto assistência.

Dificuldades enfrentadas por profissionais e usuárias/os

Todo mundo sabe — e o Diagnóstico do projeto comprovou — que tanto profissionais como usuárias/os enfrentam muitas dificuldades em seu cotidiano: têm muitas responsabilidades e deveres e muitas vezes os seus direitos não são respeitados.

A maior parte do público assistido pelo Programa de Saúde da Família vive em um contexto de pobreza, baixa escolaridade e violência social. As usuárias e usuários esperam que as/os profissionais saibam muito e tenham resposta e solução para vários de seus problemas. Já as/os profissionais atendem em seu dia-a-dia muitas pessoas que possuem concepções diferentes das suas no que diz respeito ao processo saúde-doença e, desta forma, têm comportamentos e atitudes que se chocam com seu conhecimento. Assim, frequentemente as/os profissionais acabam tomando decisões no lugar das/os usuárias/os, achando que sabem o que é melhor para elas e eles, o que, às vezes, acaba gerando situações de conflito e até de violação de direitos. Acima de tudo, é preciso saber escutar, assim como as/os usuárias/os devem prestar atenção às orientações

recebidas, as/os profissionais precisam ouvir o que dizem as/os usuárias/os. Talvez, o que pode estar parecendo ser desinteresse em aprender seja consequência da desatenção das/os profissionais em relação ao que as/os usuárias/os estão manifestando e ao conhecimento que as pessoas têm sobre si mesmas.

Lembre-se: para ser ouvida/o com atenção, é preciso antes escutar e depois falar, não esquecendo jamais que as pessoas são donas de seu próprio corpo.

Buscando a melhoria da relação

Para melhorar as relações entre profissionais e usuárias/os, é preciso que as/os integrantes das equipes de saúde desempenhem seu trabalho com humanidade e respeito à cidadania, pensando nas/os usuárias/os como sujeitos de direitos enquanto são alvos das ações e intervenções em saúde.

É preciso também que busquem condições mais dignas de trabalho, melhorando as relações internas na equipe do PSF com maior nível de parceria e cooperação entre colegas. Um bom caminho é estabelecer diálogos, procurando ampliar as discussões e horizontalizar as relações dentro da equipe, compartilhando ideias, dúvidas e medos e buscando construir confiança na população, entre usuárias/os e outras pessoas atuantes na comunidade, como integrantes de associações de moradores e outras lideranças.

O que você encontrará neste texto de apoio

Nas páginas seguintes você irá encontrar uma série de situações que você conhece ou até já viveu na sua unidade. A maioria desses exemplos é real e foi colhida durante o projeto de pesquisa; outros são ficcionais, isto é, foram criados especialmente para mostrar situações extremas de desigualdade de gênero e, até discriminação.

Com isso, procuramos chamar a atenção para a necessidade de uma prática em saúde que promova a igualdade entre homens e mulheres. Buscamos especialmente enfatizar a importância dos serviços de saúde como espaço de assistência e acolhimento da população e valorizar o trabalho das/os profissionais que atuam nesses serviços, visando a melhoria do atendimento em saúde e das

relações dentro da comunidade.

Esperamos que aqui, neste texto, você possa refletir sobre modos, atitudes e comportamentos a partir de uma ética de gênero e descubra algumas coisas que vêm passando despercebidas no seu dia-a-dia.

Nossa expectativa é que você encontre estímulos para experimentar novas formas de ver e agir, que sejam mais humanas, respeitadas e eficazes, no atendimento e encaminhamento dos sujeitos que fazem parte do seu cotidiano de trabalho.

O POSTO DE SAÚDE

COMO ESPAÇO FEMININO

Mulheres são maioria

Segunda-feira de manhã. O posto está cheio. A agente comunitária de saúde olha em volta e conversa com a mulher de Aracaju.

ACS – Vixe! Só tem mulher aqui hoje! Será que só mulher é que fica doente nesta terra?

Auxiliar – Imagina! É que mulher tem o risco de doença. Sente uma dorzinha na urina e já vem pro posto chorando.

Uma mulher que espera atendimento para a cirurgia e protesta:

Usurária – Não é verdade! A gente não vem aqui por causa de fresseira. Acepote e que, quando a gente sente dor, a

gente vai enfrentar problemas e vem pro posto pedir ajuda pra resolver. O homem, não. Ele fica no modo de que a hipotese

vai logo finito do que a dor que ele tá sentindo. Então toma qualquer remédio e espera a dor passar.

Embora a maioria do público atendido nas unidades de saúde do Programa de Saúde da Família no Recife seja composta por mulheres em idade reprodutiva (de 15 a 50 anos), isso não quer dizer que elas fiquem mais doentes ou então que sejam hipocondríacas. Por uma questão cultural e de relações de poder, que têm determinado as atribuições das mulheres na sociedade, elas são mais responsabilizadas pelo cuidado com a saúde – a delas próprias e de toda a família.

Para compreender melhor essas diferenças, vamos começar entendendo o que quer dizer “gênero”.

O que é gênero?

Para responder esta pergunta, precisamos primeiro esclarecer que gênero não é sexo. Sexo é biológico. Nascermos mulheres ou homens é algo natural, que não pode ser mudado e que determina

algumas coisas, como, por exemplo, a capacidade de gerar uma criança e de amamentar.

Já o gênero é social, é algo construído pelos seres humanos e aprendido pela socialização – processo por meio do qual assimilamos os códigos, normas e regras básicas de comportamento e relacionamento dentro de determinado grupo. Como fenômeno social, o conceito de gênero pode mudar ao longo do tempo e de acordo com a transformação dos costumes.

Na definição da historiadora Joan Scott (1991), gênero “é um elemento constituinte das relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e é uma forma primeira de significar as relações de poder”. Assim, “as relações de gênero são relações de poder que criam desigualdades, subordinações, posições e valores diferenciados para mulheres e homens (...). Tais relações são construídas e vividas no cotidiano, expressando assim a forma como cada sociedade estabelece os lugares de mulheres e homens, desde a vida doméstica à formulação de políticas sociais.” (Extraído do manual *Idéias e Dinâmicas para Trabalhar com Gênero*, do SOS Corpo, 1999.)

O que são estereótipos do masculino e do feminino?

Desde pequenas as crianças em nossa sociedade são educadas para diferenciar as “coisas de menino” das “coisas de menina”. Começa pelo enxoval do bebê – rosa para a menina e azul para o menino. O presente da menina é uma boneca e o do menino é um carrinho, ou então uma arma.

Enquanto os rapazes são estimulados a valorizar a agressividade, a força física, a ação, a dominação e a satisfazer seus desejos, inclusive os sexuais, as garotas são valorizadas pela beleza, delicadeza, sedução, submissão, dependência, sentimentalismo, passividade e o cuidado com os outros.

E se as características vinculadas ao masculino são consideradas mais importantes e melhores do que as relacionadas ao feminino, constrói-se uma sociedade desigual, com mais poderes para os homens. Embora essa noção e esses preconceitos estejam mudando, com as mulheres lucrando sua coragem, força e capacidade de luta e alguns homens procurando maior igualdade, ainda há um longo caminho a percorrer até que as relações entre mulheres e homens sejam caracterizadas pela igualdade de direitos e o respeito às diferenças.

Como mulheres e homens lidam com a saúde?

“Há uma diferença entre a saúde das mulheres e a dos homens. (...) Enquanto os homens têm uma saúde mais preventiva, as mulheres têm uma saúde mais reativa.”

Extraído do Diagnóstico (Távares e cols., 2003)

Você já deve ter ouvido essas afirmações. Em geral, os homens que vão às unidades de saúde: ou são meninos levados por suas mães ou são idosos com problemas crônicos, como hipertensão ou diabetes. Na maioria das vezes, os homens jovens ou maduros vão ao posto somente para atendimento de urgência, quando se machucam ou sentem muita dor – aí vão para conseguir medicação ou consulta rã-o-dentista; ou então para pegar um atestado para apresentar no trabalho.

Mesmo quando doentes, os homens resistem a admitir e a procurar ajuda no posto; essa resistência tem a ver com o modelo de masculinidade em que “macho não adoce” e “só deita em cama para dormir, fazer sexo ou morrer de uma vez”.

Já as mulheres buscam o serviço não apenas quando estão doentes, mas também para fazer prevenção, em especial no caso da saúde reprodutiva (contracepção ou preventivo de câncer de mama e útero). Os homens resistem a procurar assistência para a saúde, ainda mais quando se trata de atividades educativas e de prevenção. Só para exemplificar: pense em como eles se recusam a usar camisinha ou a fazer o exame de próstata.

Diferenças aprendidas e impostas

Usuária 1 – Os homens não ligam pra saúde. Só querem saber de coisas como: dinheiro, dinheiro e mais dinheiro!

Usuária 2 – É verdade. (Rindo) Enquanto isso, essas mulheres que não fazem nada, vivem se preocupando de não ficar com o “bicho” agitando ali... e lá capotando ali... ali doente, da doença.

(Rindo) (para mim mesma)

Usuária 3 – Tá lá mulher que tá lá preocupada com o corpo, com o dinheiro. Ela tem aquele do negócio só pra ela fazer

que (ela não) vai ter mais tempo de se curar. Eu trabalho o dia inteiro, não tenho tempo nem pra sentir. Não sinto mais dor. Quando a abdominaliza, tá noita, não tá com a dor mais, tá só que dói.

Usuária 2 – Ah, lá que não é filha do que tá com dor, não tá com dor mais, tá com dor. Fala com a gente que não tá com dor, dizendo que sente a chover no pé e passa a mão na cabeça delas.

Usuário – Ela tá com dor mais do que eu. É só a mulher está com TPM que ela tá com dor no peito.

(Riso)

Usuária 2 – Mas a mulher tá com dor no peito que tá com dor no peito pra não ter filho tá lá fora. A mulher não faz nada assim, mas se ela não vem ao posto pra pegar a pílula, o médico não tá nem aí.

Em grande parte essas diferenças na forma de lidar com a saúde são culturais, porque as mulheres são ensinadas desde pequenas a ter medo, a tomar cuidado e evitar o perigo. E isso se faz especialmente através do cuidado e da prevenção. Já os meninos são educados para não ter medo, gostar de correr riscos para mostrar que são valentes e não chorar quando sentem dor.

Ao longo de seu aprendizado de cuidadora, as mulheres também aprendem a demonstrar mais interesse pelos assuntos de saúde e a se sentirem responsáveis (e serem responsabilizadas) pelas questões ligadas à saúde reprodutiva (contracepção, maternidade, amamentação e outras). Além disso, com a maternidade e a responsabilidade pelo cuidado das filhas/os, muitas vezes a mulher desenvolve também um maior medo da morte – “se eu morrer, quem vai cuidar delas/es?”.

Lembre-se: reforçar estes estereótipos e culpabilizar as mulheres são mecanismos de construção das desigualdades.

Existe um atendimento diferenciado para mulheres e homens?

“Das partes das mulheres faz um bom atendimento porque tem logo atendidas. Os homens não faz um atendimento. Se eles vêm ao posto é porque estão com dor e não tem atendimento.”

Extraído do Diagnóstico (Tavares e cols., 2003)

Diferenças no modo de explicitar as queixas

Tem gente que acha que o homem é mais forte e aguenta mais sentir dor física. Por isso ele não vai ao posto, enquanto a mulher, ao menor sinal de dor, vai correndo procurar assistência. Por outro lado, tem gente que diz que se homem sentisse cólica menstrual ou dor de parto, ele não ia agüentar. O que você acha?

“O homem evita ir ao posto por medo. A mulher sente uma dor no abdômen, na região de mais ou menos no posto. Quando o lugar onde ela está com dor não é o posto, ela não vai ao posto que é sério.”

“O homem é mais reservado, só fala de problemas superficiais, se tem algum mais, tratamento diferente. Não fala de problemas. As mulheres falam de todos os problemas.”

Extraídos do Diagnóstico (Tavares e cols., 2003)

Para alguns profissionais de saúde, as doenças nos homens são males orgânicos; já nas mulheres, estariam associadas ao estresse emocional. Quem cristaliza essa visão tende a diminuir a importância das queixas femininas, o que afeta diretamente a escuta e o tratamento.

As queixas dos homens são muitas vezes percebidas pelas/os profissionais como “mais precisas, objetivas e concretas”. Já as queixas femininas são consideradas como “difusas, sem localização precisa”. Assim, as/os profissionais muitas vezes tendem a desvalorizar as queixas das mulheres (tidas como “poliquêixosas” ou “hipocondríacas”) e acabam envergando uma urgência muito maior na demanda dos homens – o que muitas vezes resulta em um pronto encaminhamento para diagnóstico e, portanto, em uma melhor atenção às demandas masculinas.

A desvalorização das queixas femininas muitas vezes impede ou retarda o diagnóstico de várias enfermidades. No caso de uma doença cardíaca ou mesmo da ocorrência de um enfarte, por exemplo, que requer diagnóstico rápido e tratamento imediato, esse descaso pode ter consequências graves, levando inclusive à morte da paciente.

Lembre-se: antes de desvalorizar a queixa da mulher e rotulá-la de "lipocondríaca" ou "carente", pergunte-se se ela não pode estar mesmo sofrendo de dores difusas, características de alguns problemas sérios de saúde, como, por exemplo, violência doméstica e/ou fibromialgia.

Quilado com a "cegueira de gênero"

ACS – Não tenho os melhores conhecimentos a respeito do funcionamento do meu corpo.

Extraído do Diagnóstico (Tavares e cols., 2003)

A maioria das/os profissionais pesquisadas/os faz questão de afirmar que, embora reconheçam as diferenças no modo como mulheres e homens lidam com a saúde, essas diferenças não influenciam a maneira como tratam das/os pacientes. Em outras palavras, dizem que prestam um atendimento indiferenciado, alegando que o que levam em consideração é a patologia apresentada naquele momento, não importando se é um usuário ou uma usuária.

Sobre isso, é importante lembrar que deve haver igualdade no atendimento (isto é, respeito aos direitos de mulheres e homens), mas levando em conta as diferenças (reconhecendo-se e respeitando-se o fato de que usuárias e usuários podem ter necessidades diferentes e/ou expressá-las de modo diverso). De outra forma, essa "cegueira de gênero" nada mais faz do que perpetuar as desigualdades.

O posto é espaço feminino e afasta os homens

Como as mulheres são a maioria dos que frequentam o posto e também a maioria das/os profissionais que prestam atendimento, a unidade de saúde acaba se tornando um espaço feminino, o que faz com que muitos homens não se sintam à vontade nesse ambiente.

Mesmo enfermeiros, auxiliares e agentes comunitários de saúde (ACSs) do sexo masculino sentem dificuldades para fazer seu trabalho, pois são minoria nos serviços e têm, às vezes, até que enfrentar o preconceito daqueles que chegam a duvidar de sua masculinidade por exercerem profissões consideradas femininas.

Embora o pequeno número de usuários homens chegue a ser visto com certo alívio por parte de algumas/os profissionais, pois não dão conta da demanda atual, a ausência masculina dificulta a realização de alguns atendimentos de saúde a mulheres, em especial no que se refere ao tratamento de DSTs (doenças sexualmente transmissíveis) e contracepção. Essa ausência mostra que há uma lacuna no trabalho de educação em saúde que o PSF realiza. Mais do que nunca, vale lembrar que "mulher não faz sexo nem filho sozinha".

O ovo ou a galinha?

Acabamos de apontar que essas diferenças entre homens e mulheres no lidar com a saúde têm muito de hábito cultural. Mas atribuir essas diferenças somente à cultura acaba justificando a não-inclusão dos homens no serviço. É como aquela história do ovo ou da galinha: o que vem primeiro?

Os homens que frequentam os serviços sentem-se como "peixes fora d'água": o ambiente é feminino, as conversas e brincadeiras são "entre mulheres" e todo o conjunto de ações é pensado de maneira a se adequar à principal usuária do serviço: a mulher mãe e dona-de-casa.

Assim, o serviço prioriza o atendimento às mulheres porque elas são as principais usuárias. Por outro lado, pode-se dizer também que as mulheres frequentam mais o serviço porque ele prioriza o atendimento delas, em especial o atendimento preventivo relacionado à saúde reprodutiva e também a atenção reprodutiva.

Você não acha que assim foi criado um círculo vicioso? O serviço não atende os homens porque eles não vão ao serviço ou os homens não vão ao serviço porque eles não são considerados na organização do atendimento? Você acha que o PSF poderia fazer alguma coisa para mudar isso, isto é, para atrair os homens para o cuidado com a saúde, apresentando uma proposta que os inclua no programa, algo que vá além dos grupos de "hipertensão" (hipertensos/os e diabéticos/os)?

O CONTEXTO DE ATUAÇÃO DO PSF: POBREZA, ABANDONO E VIOLENCIA

O público assistido pelo Programa Saúde da Família no Recife vive de forma geral em contextos marcados pela pobreza, desemprego, baixa escolaridade e violência. Para as/os profissionais dos serviços, essa situação de miséria e ausência de direitos dificulta bastante o desenvolvimento de seu trabalho nas unidades de saúde. A falta de condições básicas de saneamento e higiene e a deficiência na alimentação e na educação, além do uso frequente de álcool e drogas, têm implicações não apenas nas condições de saúde da população – gerando adoecimentos e aumento da demanda nos serviços – mas também afetam a capacidade da/o usuária/o de compreender ou pôr em prática as orientações recebidas bem como de dar continuidade ao tratamento.

Diante desse quadro, não há uma forma de intervenção considerada como realmente apropriada e eficaz, o que muitas vezes resulta em sentimentos de frustração e impotência por parte das/os profissionais.

Frustração e impotência

"Trabalhamos na realidade da pobreza. Não adianta falar que vamos fazer um projeto de saúde da família, porque não temos condições mínimas para isso. É como se você fosse para ensinar a nadar para quem não sabe nadar."

"Diante da realidade, tentamos a qualquer coisa, mas não funciona. (...) De um lado temos ACS de mães solteiras. As mães vêm com o trabalho e não têm ninguém para ajudar. (...) A família está em uma situação de vulnerabilidade, que é uma situação de vulnerabilidade. Não dá para fazer nada."

Extrato do Diagnóstico (Tavares e cols., 2003)

Freqüentemente as/os profissionais afirmam sentir frustração e impotência diante da situação de abandono da população atendida.

São problemas que, ao mesmo tempo em que ultrapassam sua esfera de atuação e atingem a todas/os como seres humanos que se aligem diante do sofrimento alheio, acabam também interferindo diretamente em seu trabalho de intervenção em saúde.

Sentem-se despreparadas/os para lidar com certos tipos de questões ligadas ao contexto comunitário e familiar e também se ressentem da falta de recursos técnicos – medicamentosos e laboratoriais.

Essa sensação de abandono e impotência talvez explique os "tons autoritários e professorais" que muitas vezes se percebem nas ações educativas e também nas intervenções de natureza assistencialista. De um lado, nota-se um certo pessimismo de alcançar resultados positivos ("de que adianta?"); de outro, há por vezes o preconceito de que as pessoas da comunidade não sejam capazes de agir como sujeitos, isto é, como indivíduos dotados de autonomia, subjetividade e direitos. Isso acaba resultando freqüentemente em uma "dupla infantilização": essas pessoas seriam "doentes" e "pobres", e por isso duplamente dependentes e incapazes de decidir por si próprias.

Proximidade e responsabilidade

"A família gosta de um profissional que esteja perto, que seja próximo, que possa perguntar sobre tudo. Médicos do PSF não podem ficar longe, porque eles precisam estar perto de quem tem problemas de saúde. (...) De que lado vamos trabalhar para que as famílias?"

Extrato do Diagnóstico (Tavares e cols., 2003)

Ao mesmo tempo em que dificulta a atuação dos serviços, essa noção de "abandono" e falta de recursos aproxima profissionais e comunidade. Diante das condições difíceis enfrentadas pela população, aumentam a sensação de responsabilidade e a auto-exigência das equipes. Para as/os profissionais, sua atuação acaba requerendo conhecimentos, percepções e ações que vão muito além da formação clássica na área da saúde, ou seja, uma capacidade de abordar e resolver questões que, muitas vezes, demandam mais do que a simples intervenção só em saúde ou, mesmo nesta, níveis de

que o tratamento da doença ou de queixas pontuais das pessoas.

Se por um lado isso requer maior sensibilidade e redobrada atenção e dedicação por parte da/o profissional, por outro isso faz com que ela ou ele muitas vezes não veja outra forma de prestar assistência além de envolver-se pessoalmente nos problemas das/os usuárias/os e cair na prática do assistencialismo.

Lembre-se: ouvir é fundamental; e tomar a iniciativa de articular e atuar em rede com outros setores, outras secretarias, associações e ONGs pode resultar em novas estratégias ou mesmo precipitar um início de mudança. É fundamental pensar-se enquanto um dos sujeitos da rede.

Diferenças socioeconômicas e raciais

Assistencialismo

"Reflete um modo de ver as AS. Se as duas equipes têm o mesmo tamanho e recebem o mesmo tipo de trabalho, uma sensação que não tinha condições e ferramentas para atuar na comunidade. O trabalho era mais limitado, parecia pouco fazer o serviço, mas não era nem um pouco diferente."

Extrato do Diagnóstico (Tavares e cols., 2003)

A pobreza é um fator que limita a atuação da equipe, principalmente no que diz respeito às atividades educativas. Em algumas áreas classificadas como sendo de "pobreza absoluta", a ausência de recursos impede as/os moradoras/es de seguir as orientações das/os profissionais, que por sua vez se dizem angustiadas/os e, por isso, frequentemente acabam se envolvendo diretamente na resolução dos problemas causados por dificuldades financeiras. Segundo diversos relatos, as/os profissionais estão o tempo todo intervindo em situações-limite de pobreza.

Nesse caso, a participação da/o usuária/o fica restrita à aceitação e à gratidão pela assistência prestada. No lado das/os profissionais, isso pode até revelar empenho e solidariedade, mas não reduz sua sensação de impotência nem resolve as questões da comunidade no médio e no longo prazos.

Em muitos casos, esse tipo de intervenção visa mais garantir condições mínimas de vida para a população, não estando na realidade voltado para assegurar a viabilidade dos serviços de saúde. Em algumas comunidades estão em andamento ações coletivas sobre outros temas, nas quais uma sinalização de parceria da área de saúde pode se somar às tentativas de encontrar soluções não assistencialistas aos problemas enfrentados, podendo ainda afetar positivamente a saúde.

Extrato do Diagnóstico (Tavares e cols., 2003)

O auxílio prestado pelas/os profissionais cria uma contradição: ao mesmo tempo em que há uma aproximação – decorrente do conhecimento e da atuação sobre os problemas da população – ocorre um afastamento, pois surge a barreira das diferenças de conhecimento técnico-científico e de classe. Essas diferenças também impedem, consequentemente, o exercício de poder das/os profissionais sobre as/os usuárias/os e suas famílias. Muitas vezes, as/os usuárias/os são vistas/os como incapazes de qualquer decisão autônoma quanto a seus corpos: são "analfabetas/os", "ignorantes" e "têm medo de tudo".

É frequente a desconsideração dos medos e da subjectividade das/os usuárias/os, que são rotuladas/os como "extremamente pobres" e "lerdas/os". A afirmação de poder está por trás da fala: "eles não entendem nada dessas questões".

Ao mesmo tempo em que alguns profissionais acham que, com essas intervenções assistencialistas, estão "prestando favores" que vão muito além de suas responsabilidades e deveres, sentem-se indignadas/os quando não são alvo de gratidão.

Frequentemente, a prática das/os profissionais assume um caráter coercitivo, fiscalizador e até elitista. Na visão de diversas/os profissionais, a falta de cuidados com a higiene e/ou a saúde tem relação direta com a desinformação ou com "o desleixo causado pela falta de cultura" que, por sua vez, seria característica da classe social à qual as/os usuárias/os pertencem. Não se pensa que, talvez, por trás da desinformação e da falta de cuidado, possam estar também as relações desiguais que elas/eles próprias/os estabelecem com essas/os usuárias/os.

esterilização chega a 42% das mulheres em idade fértil. Assim, em relação ao planejamento familiar, cabe à/ao profissional esclarecer a mulher sobre as opções e oferecer os meios, que devem ser sempre objeto de escolha e jamais uma imposição.

Um contexto de violência social

Segundo as/os profissionais que participaram da pesquisa, o contexto de violência social que envolve as populações atendidas pelo PSF cria grandes dificuldades para o exercício de suas atividades. Ao lado do medo de se envolverem com conflitos na comunidade – incluídos os casos de violência conjugal que são muitas vezes ignorados – existe o receio de lidarem com criminosos (assaltantes, traficantes e outros), tanto diretamente no atendimento quanto indiretamente, na convivência dentro da comunidade.

Violência justificada pela "cultura da pobreza"

Para as/os profissionais que não moram na comunidade, a violência é frequentemente explicada por um "círculo vicioso" entre escassez de recursos materiais e baixo nível educacional, o que resultaria em uma "mentalidade incompatível com os princípios básicos de convívio social pautados no respeito mútuo". Em outras palavras, grande parte das/os profissionais de nível superior justificam a violência social por uma "cultura da pobreza", a mesma a qual se atribuem os principais problemas relacionados à saúde e também as dificuldades de tratamento e cumprimento das prescrições.

Esta realidade torna-se ainda mais complicada com a presença de drogas e do tráfico em muitas comunidades. Algumas unidades situam-se em áreas muito violentas da cidade, onde se registram altos índices de criminalidade, que incluem não apenas tráfico e roubos, mas também homicídios.

Medos e limites: a vulnerabilidade das/os profissionais

Essa noção de "cultura da pobreza" – que traz embutida um forte conteúdo de classe e define desigualdades e hierarquias entre profissionais e a população – justificaria então as intervenções

disciplinares e os julgamentos morais dessas/es profissionais.

O grande paradoxo é que, diante de todo esse contexto de violência social, as/os profissionais acabam elas/eles próprias/os estabelecendo relações violentas na prestação de serviços à comunidade. Nessas relações as pessoas são "coisificadas" e a assistência assume uma dimensão moralizante.

A percepção de violência desestimula a relação da equipe com a comunidade. Assim, o medo se sobrepõe à possibilidade de colaborar com associações e lideranças comunitárias – tanto pelo medo de lidar com pessoas ou organizações que podem estar envolvidas com criminosos, como porque essas relações podem prejudicar estas próprias lideranças, fazendo-as ter problemas com as redes de criminosos.

Desconfiança ou medo da violência?

As/os profissionais, especialmente médicas/os, enfermeiras/os, dentistas e auxiliares, sentem-se inseguras/os quanto aos limites da convivência com a população atendida nos serviços. Já as/os ACSs são as/os mais expostas/os e, ao mesmo tempo, sentem-se mais protegidas/os, pois mantêm maior proximidade e relações estratégicas dentro da comunidade. Isso por um lado traz facilidades a seu trabalho, mas no caso de situações de violência, por exemplo, também impõe certos limites de atuação.

Por outro lado, o contato pessoal das/os profissionais com membros da comunidade acaba criando distorções, ao estabelecer prioridades e facilitar o acesso ao próprio serviço ou à rede em geral segundo critérios pessoais.

Atenção: todas/os têm direito a atendimento à saúde. Mas, se a percepção do perigo de violência é real, não corra riscos desnecessários. Tente manter sempre uma postura profissional. Caso se sinta insegura/o ou não saiba como lidar com alguma situação, procure discutir a questão com sua equipe; além de poder falar e ouvir outras opiniões, você vai se sentir menos sozinha/o diante do problema. Se for possível, procure manter uma boa relação com a população e conquistar aliadas/os, em especial entre lideranças comunitárias. Mas não se envolva em conflitos pessoais ou disputas políticas locais.

Lembre-se: além dos serviços de saúde, outros serviços também podem ser acionados. Em uma rede intersetorial podem surgir soluções criativas de profissionais com outras experiências ou que lidam com essas situações há mais tempo.

TRABALHO PRODUTIVO E REPRODUTIVO

Ao mesmo tempo em que é muito forte no imaginário social a concepção tradicional da divisão sexual do trabalho – pela qual o trabalho reprodutivo (cuidado com a educação e a saúde das crianças e dos demais membros da família e as demais tarefas domésticas) é desempenhado pelas mulheres, enquanto o trabalho considerado produtivo (fora de casa e em troca de remuneração) é classificado como uma atividade masculina – quando se pensa na questão do desemprego masculino ou na participação da mulher no mercado de trabalho essas noções rígidas são reafirmadas pelas/os profissionais de saúde, que muitas vezes vêem os homens que não estão trabalhando como se fossem todos vagabundos e consideram que as mulheres que trabalham fora de casa atrapalham o serviço de saúde.

A respeito das mulheres, é preciso afirmar que o trabalho reprodutivo também é produtivo, isto é, também produz valor e deve, portanto, ser também valorizado.

A desvalorização do tempo é do trabalho feminino

Considerado como uma atividade masculina, o trabalho fora de casa é visto como um obstáculo para a ida do homem ao serviço de saúde. Além do preconceito de que “homem não adoce”, se uma das responsabilidades atribuídas ao homem é a de sustentar a família, ele não pode ficar doente e faltar ao emprego, senão é descontado no salário.

Assim, enquanto os homens têm a função de prover e a obrigação de garantir o sustento da casa, as mulheres têm a responsabilidade de cuidar da casa e da família. E todo mundo sabe o que tem mais valor em nossa cultura: o trabalho do homem. O trabalho da mulher, de cuidadora, é invisível, não é considerado “trabalho de verdade”.

Enfermeira – É a profissional que atua no setor de saúde, cuidando da pessoa que precisa de atenção ou tendo que prestar suporte a ela. Tem como missão:

Usuária / Missionária – Cuidar da pessoa.

Enfermeira – O profissional de saúde que atua no setor de saúde, cuidando da pessoa que precisa de atenção ou tendo que prestar suporte a ela. Tem como missão:

Extração do Diagnóstico (Távares e cols., 2003)

Dessa forma, considera-se que as mulheres têm maior disponibilidade de tempo para o cuidado com a saúde (sua e da família), porque isso se inclui entre suas tarefas rotineiras.

E mesmo que hoje em dia boa parte das mulheres trabalhe também fora de casa, ainda é muito forte na cabeça das pessoas a ideia de que a mulher é sempre e antes de tudo "mãe e dona-de-casa".

É bom lembrar também que "falar da vida dos outros" não é uma atividade exclusivamente feminina. Dizer que só mulher gosta de "fofoca" é uma tentativa de desvalorizar os interesses e as atividades das mulheres.

Isa Leticia de Almeida

Também no caso da unidade de saúde, a percepção das/os profissionais sobre a mulher, a principal usuária dos serviços, é aquela da mulher que é exclusivamente mãe e dona-de-casa; assim, considera-se que ela "tem tempo e pode esperar, já que não tem nada de realmente importante para fazer". Nas entrelinhas o que se percebe é que o trabalho da mulher, em especial o trabalho doméstico e o trabalho reprodutivo, não é valorizado. É a velha história do "só dão valor para o trabalho de casa quando ele não é feito", e aí a culpa é da mulher, que é uma irresponsável, uma folgada, desleixada etc.

Além do mais, há uma ordem de prioridade e uma hierarquia de valorização do trabalho do homem e da mulher. Assim, mesmo que o marido esteja desempregado e a família passe necessidades, para a mulher a obrigação de cuidar do filho é sempre mais importante do que trabalhar fora ou até mesmo dentro de casa. Neste sentido, foi

observado em alguns relatos da pesquisa o menosprezo por mulheres que se queixam da demora para o atendimento.

O trabalho doméstico é percebido como sendo desempenhado exclusivamente pelas mulheres e, embora o índice de desemprego seja alto e muitos homens permaneçam em casa grande parte do dia, estes não auxiliam as companheiras nas atividades domésticas e/ou no cuidado das/os filhas/os. Por sua vez, as mulheres estão a maior parte do tempo trabalhando e dificilmente dividem momentos de lazer e descontração com seus maridos, que se divertem jogando futebol na várzea e saindo para beber com os amigos.

Além do não reconhecimento do trabalho de reprodução social desenvolvido pelas mulheres, também se nega e não se busca identificar outros trabalhos que a mulher desenvolve, mesmo sendo considerados produtivos. Nega-se de diferentes formas a identidade da mulher como trabalhadora, invisibilizando-se o impacto que o trabalho pode ter sobre o adoecimento da mulher.

Lembre-se: diante da multiplicidade de trabalhos contínuos que as mulheres desenvolvem, mantê-los invisíveis e não reconhecê-los é mais um mecanismo de opressão das mulheres. Assim, não se deve negar a identidade da mulher como trabalhadora. Uma simples pergunta para tentar identificar os diferentes trabalhos que são executados pela pessoa, e em que condições, pode auxiliar você, profissional de saúde, a prestar um melhor atendimento em saúde e também colaborar com o/a trabalhador/a na luta por melhores condições de trabalho.

E, ao marcar horários para atendimento e atividades educativas ou assistenciais para mulheres – em especial se forem donas-de-casa, não parta sempre do princípio de que o tempo dela é totalmente livre e flexível. Pergunte a ela qual é sua disponibilidade e procure adequar os horários da melhor forma possível, de modo a atender as necessidades do serviço e também da mulher.

Lembre-se também que os cuidados que são recomendados à mulher, tanto dentro de casa como no posto, também são formas de trabalho e devem ser valorizados como tal.

O trabalho da mulher como cuidadora

Além de cuidar da própria saúde, a mulher assume também a atribuição de "cuidadora" da saúde de toda a família. Isso inclui não apenas a saúde das filhas/os, mas também a do marido/companheiro, do pai, mãe, sogra/o, avós e qualquer outro agregado da família.

Além de as mulheres serem consideradas as responsáveis pelo cuidado com a saúde da família, muitas/os profissionais de saúde acham que elas são mais obedientes às recomendações e mais disponíveis e interessadas no cuidado.

No que se refere à sua própria saúde, é importante lembrar que a mulher tem que cuidar sozinha de si, sem contar com o apoio de ninguém, além de ser considerado que ela tem a obrigação de recorrer aos serviços ginecológicos, de prevenção do câncer de colo uterino e de mama, além, é claro, de cuidar sozinha da contracepção.

A mulher é a intermediária entre o mundo físico e o serviço.

O cotidiano das unidades de saúde deixa claro que, além de ser maioria entre as/os usuárias/os, as mulheres estão presentes nos postos como acompanhantes nas consultas. Elas muitas vezes têm que "empurrar" o familiar até o posto e ainda ficam encarregadas de acompanhar o tratamento, garantindo que os remédios sejam fornecidos e tomados e que todas as recomendações sejam seguidas, isto é, elas devem cuidar também para que a/o paciente mude os hábitos de alimentação, deixe de fumar, pratique exercícios etc.

Desse modo, o atendimento na unidade de saúde é pensado de forma individualizada, atribuindo-se às mulheres a responsabilidade pelo recebimento e encaminhamento das orientações e prescrições de saúde na família. Pode-se dizer então que a mulher atua como "extensão da autoridade médica", embora isso nem sempre lhe confira maior valor ou poder na família. Isso porque as relações desiguais de poder estabelecidas no interior da casa acabam fazendo, com que a mulher nem sempre seja "obedecida", em especial no caso do tratamento de homens adultos (marido, pai, sogro etc.).

Lembre-se: É importante procurar estimular a participação dos homens no cuidado da saúde da família, em especial a dos filhos, mas também a dele própria e a da companhia. Embora "poupar" o homem e concentrar as orientações educativas na mulher possam ser o caminho mais fácil, por mais ocupado ou indiferente que esse homem seja, ele não deve ser excluído dessas responsabilidades. É preciso mostrar a ele a importância de ser também cuidador, e não apenas provedor, ensinando que cuidar também é sua responsabilidade, além de ser uma forma de mostrar que se gosta das pessoas e que se dá valor a elas.

A principal identidade da usuária é ser mãe

Eu tenho um filho no pré-natal, então a mulher tem que ter o filho da saúde, não é? Eu fui lá e conversei com a mãe.

Mulher — A culpa é da mãe. A mulher tem que cuidar de tudo da mãe e do filho.

Auxiliar — Além disso, ela tem que cuidar do pai também, se ele estiver doente.

Nos serviços de saúde, a grande ênfase é sobre a saúde reprodutiva. São as "mãezinhas" o principal alvo da atenção. Nos relatos colhidos pela pesquisa, as profissionais frequentemente referem-se às grávidas e puérperas atendidas como "mãinhas mãezinhas", o que indica um envolvimento muito especial com essas usuárias e, ao mesmo tempo, uma perigosa redução dessas mulheres a uma função única. Ser mãe não é a única identidade delas e não perceber isso pode levar a problemas graves, como erros de diagnóstico e violação de direitos.

É na hora de dizer o que vale mais, se forem considerados o trabalho fora, o trabalho doméstico ou o cuidado com as crianças, o último é sempre visto como o mais importante, e qualquer problema é atribuído à negligência da mulher.

O trabalho das mulheres é invisível; em especial as tarefas domésticas. Mesmo as tarefas de cuidado com as crianças só ficam visíveis quando não são cumpridas. Nesse caso, as mulheres são classificadas como irresponsáveis, descuidadas e negligentes.

Lembre-se: por mais que se pense estar sendo carinhosa/o ao chamar as grávidas e puérperas de "mãezinhas", é preciso considerar que, por trás de toda "mãezinha" há uma mulher inteira, com uma personalidade particular e uma história de vida própria, uma pessoa que é muito mais do que apenas mãe e que, como todo indivíduo e como cidadã, tem o direito e deve ser tratada com respeito e chamada pelo próprio nome.

Atenção: a negligência em cuidar de outros está muitas vezes associada à negligência em cuidar de si própria e pode ser fruto de grande sofrimento mental e baixa auto-estima, ambos ligados, como trataremos adiante com mais detalhe, à experiência atual ou anterior de violência. Antes de julgar como má conduta moral, procure saber como está a qualidade de vida dessa mulher.

A responsabilidade da mulher pela saúde reprodutiva

Além de a mulher ser considerada responsável pela contracepção, quando engravida ela também é a única responsável pela sua própria saúde durante a gestação e pela saúde do bebê. Assim, a mulher que não faz corretamente o pré-natal ou não amamenta o bebê é sempre objeto de censura. Sabemos que essas ênfases estão diretamente relacionadas às metas de redução das mortalidades materna, neonatal e infantil que constam do Programa de Saúde da Família. Porém, isso não deve impedir que se veja a mulher dentro de seu contexto e com todas as dificuldades que muitas vezes ela enfrenta em seu cotidiano.

Em muitos casos, se ocorre algum problema com a gestação ou com a saúde do recém-nascido, ela é chamada de descuidada, irresponsável, relaxada, "mãe desaturada", e se torna alvo de cobrança por parte da comunidade e das/os profissionais.

"A mulher está se voltando do trabalho. Quer fazer a sala de leite materno para suprir os momentos de fome do bebê e já está um completamente adocorado com ela. Depois, ela volta de casa e ela agora, a mãe se desatou. Não tem o leite suficiente para o bebê e como bebê, não está doente nem com fome. Mas está todo o bebê amamentado e a mãe não está trabalhando".

Extraído do Diagnóstico (Tavares e cols., 2003)

No caso das puérperas, o aleitamento aparece como uma questão central no trabalho das ACSs e enfermeiras. A importância do leite materno, a posição correta da mãe e da criança, o tempo que a mãe deve dedicar a essa atividade constituem um objetivo prioritário da prática dessas profissionais, que buscam exercer um controle rígido sobre a usuária e o tempo que ela dedica ao aleitamento. Nessa visão, a mulher é obrigada a amamentar; não importam quais sejam seus problemas ou impedimentos.

Além disso, a mulher é vista também como a única responsável pelo cuidado com a criança, não devendo dividir esta tarefa com mais ninguém. O pai passa a ser apenas aquele que procria, mas não cria, pois não é sua função. Mesmo que se esforce em participar, mal consegue ser coadjuvante na cena, pois aquele não é reconhecido como sendo seu lugar.

Atenção: os serviços de saúde devem procurar atrair e envolver o homem nas atividades de cuidado com a saúde reprodutiva, das consultas de pré-natal, passando pelo atendimento do recém-nascido e incluindo o desenvolvimento da criança. Mostre a ele que as tarefas tradicionalmente relacionadas ao cuidado reprodutivo devem ser compartilhadas e que essa pode ser uma experiência inesquecível e que pode ser vivida com muito prazer.

Lembre-se: como estamos vendo, as mulheres em geral têm muitas atribuições e afazeres, dentro e fora do ambiente doméstico, como trabalhadoras e cuidadoras, sendo que muitas dessas tarefas ficam invisíveis. Assim, é importante torná-las visíveis; lembre-se de elogiar a mulher quando você vê um bom desempenho; isso contribui para a auto-estima dela e para que o seu trabalho de cuidadora da saúde da família seja mais valorizado.

Antes de criticar a mulher por ela não estar desempenhando essa função de cuidadora "como é esperado" (e até exigido), procure lembrar que não é fácil ser cuidadora em tempo integral e que podem existir outros fatores que estejam dificultando e sobrecarregando a vida dela.

"É pobre, mas tem que ser limpinha!"

Se por um lado as/os profissionais admitem que as péssimas condições sanitárias e socioeconômicas são impedimentos para a realização de um bom trabalho em saúde na comunidade, por outro parece ser consenso também que esse contexto de pobreza e insalubridade geral não justifica a falta de condições de higiene no espaço doméstico.

A responsabilidade e a culpa são sempre da mulher

"É preciso que as mulheres tenham acesso a lugares limpos, de onde possam sair também para se lavar, com água quente e sabão, sempre disponível, que as ajudem a manter a higiene pessoal e a família, e que tenham acesso a serviços de saúde e educação. [...] Não há como pensar em melhorar as condições de higiene pessoal e familiar sem que a mulher tenha acesso a esses serviços."

Extrato do Diagnóstico (Tavares e cols., 2003)

Mesmo diante de más condições generalizadas de saneamento, a mulher é sempre a responsável pela higiene e saúde da família. Essa noção parte da divisão familiar do trabalho e das responsabilidades entre homens e mulheres, que reforça a mulher enquanto cuidadora da saúde da família e não questiona as relações de poder e de desigualdade.

Tradicionalmente, a menina aprende desde cedo que a função atribuída à mulher é cuidar. A mãe cuida dela, dos irmãos, do pai, dos avós etc. A menina também tem que cuidar: de si própria, dos irmãos menores, dos idosos da família etc. Se um membro da família está sob tratamento e não tem tomado os remédios, não tem seguido uma dieta alimentar etc., muitas vezes quem "leva bronca" é a mulher (esposa, mãe ou filha), "que não cumpriu sua obrigação".

As ações educativas nas unidades de saúde reforçam a divisão sexual do trabalho na família segundo o modelo tradicional, em que o lugar da mulher é o espaço doméstico e sua tarefa é manter a casa limpa e as/os filhas/os saudáveis. Assim, a doença não é determinada apenas pela precariedade das condições de vida, mas também pelo "descuido" da mulher em relação à higiene e à saúde da criança.

Dessa forma, a prevenção se realiza pela prática educativa e também pelo controle e fiscalização dos hábitos e do desempenho da mulher em suas atribuições na família.

Lembre-se: Muitas vezes, as ações educativas concentram-se exclusivamente na mulher e acabam reforçando a divisão sexual do trabalho e a não-responsabilização dos homens. Procure lembrar também que homens e mulheres têm medos, inseguranças e fraquezas e que elogiar pode propiciar um aumento da auto-estima das pessoas.

Busque também não reforçar o modelo tradicional de família, mas, ao contrário, procure enfatizar a família como um espaço de partilha de decisões e responsabilidades e, portanto, de negociações e comunicação entre mulheres e homens, entre pais e filhos e todos os seus integrantes.

Supervalorização do trabalho masculino

Por sua vez, há uma supervalorização do trabalho masculino, que é remunerado e considerado como "trabalho de verdade". Em consequência, o tempo do homem também é mais valorizado, o que às vezes resulta em uma discriminação velada no atendimento nas unidades de saúde — isto é, uma maior boa vontade e flexibilidade na hora de marcar uma consulta ou dar um atendimento para o homem.

Da mesma forma, o lazer é visto como uma atividade essencialmente masculina. Se o trabalho é supervalorizado, então o homem tem direito ao descanso — o "repouso do guerreiro". Já para a mulher mal sobra tempo para descansar — e ainda dizem que "ela pode assistir a televisão enquanto casa feijão e prepara o jantar". É importante lembrar que todas as pessoas precisam ter um tempo para dedicar ao lazer; já está provado cientificamente que a falta de lazer traz consequências bastante negativas para a saúde.

Desemprego e trabalho precarizado

Todo mundo reconhece a importância do trabalho remunerado, atividade essencial à sobrevivência, especialmente em se tratando de um contexto caracterizado pela extrema pobreza. Todos sabem também a dificuldade cada vez maior que as pessoas têm hoje em dia de arrumar um trabalho que lhes permita sustentar com dignidade a si próprias e a suas famílias.

Atualmente, a situação de desemprego atinge um número cada vez maior de pessoas, homens e mulheres. Na região metropolitana do Recife, o índice de desemprego era de 12,6% em março de 2004, segundo o IBGE. As mulheres continuam sendo a maioria entre os que não encontram trabalho: 56,4%. Os postos de trabalho disponíveis são geralmente precários e de baixos rendimentos. A maioria/os resta apenas a informalidade. A outra/os nem isso.

"Ai eu fustigava lá nos outros aí, lá como peixinhos, e chorando. Agora, só nos tempos de macho da táva dominado. Tá entendendo e tá difícil? Tá lá, tá desempregado, mas tá lá dominado. É difícil, eu não vou dizer porque é que eu tô usando tá ficando aí dentro do quarto? Por que é que eu não tá procurando emprego? Que tá tá fazendo alguma coisa? Eu preciso de uma coisa, tem hora que eu me sinto que morri, porque não tem o que fazer. (a) Eu vejo que é muita coisa, tá... E muita coisa, meu Deus, que esse Brasil tem que mudar."

"Por que para eu não tá dormindo lá não tá dormindo, eu não vou dormir, eu vou a meu tempo trabalhar, já que o marido não está trabalhando. O homem tá se justificando. Não porque está doente."

"A mulher é diferente, que, após a separação, a criança provavelmente vai preferir de uma ali ou ali, tá diferente, o que vai ser quase impossível durante da situação de exclusão de crianças, tal coisa, porque..."

Extratos do Diálogo (Tavares e cols., 2003)

O fato de estar sem trabalho não quer dizer que a pessoa "esteja folgada", isto é, tenha muito tempo livre. Além do desgaste, físico e emocional, sofrido na procura de emprego, as tarefas domésticas e os favores a amigas/os e conhecidas/os, que pedem ajuda por crer que se tenha maior disponibilidade, acabam também impedindo o aparecimento de um tempo mais "livre".

No caso dos serviços de saúde, o reconhecimento da existência de dificuldades para se arranjar emprego e da precariedade dos postos de trabalho não significa, também, necessariamente, uma maior facilidade na hora de marcar uma consulta, ou em relação ao

tempo de espera para ser atendida/o, bem como, uma flexibilidade na indicação de tratamento (alimentação, medicamentos etc.). E, conforme já foi mostrado, as mulheres parecem sofrer mais com essas dificuldades, pois a cobrança da presença delas no posto é maior, sem que isto resulte em adaptações de horários – nem por causa do trabalho fora, nem do trabalho em casa.

No caso dos homens, outro aspecto importante quando se considera a questão do desemprego é o uso excessivo do álcool. Muitas vezes, o alcoolismo pode estar vinculado a estados de estresse e depressão relacionados a situações de desemprego e pobreza, que afetam mulheres e homens, mas no caso dos últimos são agravados pela sensação de impotência e não-cumprimento dos deveres relacionados à visão tradicional de que, o homem é o provedor da família.

CONSERVADORISMO LIMITA

ATENDIMENTO NO PSF

O modo conservador com que são encaradas as questões que envolvem saúde, corpo e gênero limita bastante o atendimento no serviço e compromete as ações inovadoras que o programa propõe.

O corpo

Em relação ao conhecimento do corpo, as/os profissionais pesquisadas/os apontam que as mulheres têm uma visão mais integral do próprio corpo, enquanto que o olhar dos homens volta-se mais para partes específicas. Isso se explica pelo fato de que os homens seriam culturalmente estimulados desde cedo a se tocarem e explorarem o próprio corpo, sobretudo seus órgãos sexuais. Já as mulheres seriam mais reprimidas em relação aos órgãos reprodutivos, áreas tidas como proibidas, "tabu".

O corpo feminino e o corpo masculino

Se o corpo masculino é relacionado à sexualidade, o feminino é associado à reprodução. E, se por um lado, o corpo físico é o objeto da intervenção profissional em saúde, é sobre o corpo feminino que se dirigem as práticas que integram o conjunto de serviços do PSF, restringindo o investimento assistencial e educativo junto aos homens.

O corpo como objeto

Conforme já comentado, o atendimento nas unidades de saúde concentra-se especialmente na dimensão física do corpo, desconsiderando-se a subjetividade do indivíduo. Isso ocorre principalmente nas consultas feitas pelas/os médicas/os.

Essa "objetificação" do corpo por vezes resulta na violação de direitos da/o paciente. Um corpo que é visto apenas como objeto de intervenção não é considerado como sujeito detentor de direitos.

Destituição de uma personalidade, o corpo examinado não requer, por exemplo, privacidade. Dessa forma, os exames, muitas vezes, são realizados em espaços abertos e públicos e os comentários, ditos em voz alta, o que, além de constituir uma violação do direito à privacidade, cria situações de embaraço e constrangimento para a/o paciente.

Vergonha no atendimento

O Diagnóstico realizado apontou percepções de algumas/os profissionais de que o contato entre profissional e usuária/o de sexo diferentes em espaços não-públicos seria inadequado, pois em nossa cultura, todo contato entre homem e mulher em local fechado adquire um caráter sexualizado, o que implicaria ameaça à reputação feminina em consultas individuais e/ou visitas domiciliares.

Há situações em que o profissional homem tenta se proteger de eventuais acusações e pede que mulheres da equipe estejam presentes durante o atendimento, ou então realizam uma consulta com a porta aberta, o que viola o direito da paciente à privacidade.

Esse problema afeta tanto as usuárias mulheres como os usuários homens, pois o fato de as agentes comunitárias de saúde serem em sua esmagadora maioria do sexo feminino muitas vezes acaba interferindo na realização das visitas domiciliares a homens. Essas funcionárias se mostram especialmente reticentes e envergonhadas em visitar homens e muito mais em abordar com eles questões referentes à sexualidade.

Vergonha, constrangimento e desalívio

As usuárias muitas vezes sentem vergonha e têm dificuldade de serem atendidas por um ginecologista homem, em especial quando é preciso coletar material para o exame de Papanicolaou. Alguns médicos também relatam perceberem o constrangimento das usuárias nos exames ginecológicos, mas dizem não enfrentar grandes dificuldades em contornar o problema.

No entanto, a maioria das/os médicas/os confessam ficar constrangidas/os ao abordar temas da intimidade sexual das/os usuárias/os. Este constrangimento está relacionado principalmente a situações em que a assistência entra em problemas tidos como familiares/conjugais.

Por outro lado, as enfermeiras demonstram estimular o relato das mulheres a respeito de sua vida mais íntima. Isso muitas vezes acaba resultando em outro problema, pois algumas mulheres sentem vergonha nos exames clínicos em função do vínculo afetivo que desenvolvem com as enfermeiras. Esta situação sugere que os encontros com a enfermeira têm caráter afetivo, voltado para questões da vida cotidiana, o que acaba muitas vezes dificultando a intervenção no corpo e em partes tidas como "privadas" e "íntimas".

Por outras vezes acontece a situação oposta e são as médicas que se sentem pouco à vontade para lidar com "assuntos masculinos" na consulta. A estratégia nesses casos parece ser mudar de assunto ou adotar uma postura e linguagem estritamente técnico para falar com o homem-paciente.

Outra dificuldade diz respeito a convencer mulheres idosas a fazerem o exame citológico, principalmente no caso das viúvas ou daquelas que não têm ou nunca tiveram parceiro. Muitas vezes o problema tem a ver com a vergonha; em outras, é fruto da desinformação sobre a importância e a necessidade do exame, mesmo para mulheres de idade avançada ou sem parceiro.

Lembre-se: para a/o profissional, acostumada/o a lidar com o corpo o tempo todo, algumas situações parecem extremamente banais, a ponto de serem até ignoradas por completo; mas, para algumas/us pacientes, a exposição e o toque no corpo podem causar muito constrangimento e vergonha.

Procure sempre lembrar que cada pessoa tem emoções, personalidade e uma história de vida própria, que devem ser consideradas com cuidado e atenção.

C) modelo tradicional de família

A família nuclear

Quando se fala em família, a primeira coisa em que se pensa é no modelo tradicional, de família nuclear, composta por pai, mãe e filhas/os, eventualmente com a presença de avós, maternos ou paternos. Nesse modelo, cada um/a tem sua função definida e inatável. A do pai é a de provedor, a da mãe é a de cuidadora, enquanto que as/os filhas/os são aquelas/es que vão ser o objeto de

cuidado até que se tornem adultos/os e constituam sua própria família nuclear.

Trata-se do modelo tradicional e idealizado de família, que as normas socioculturais – incluindo-se os estereótipos de gênero – reforçam, buscando sua manutenção a qualquer custo, mesmo que cada vez mais esse modelo corresponda menos à realidade atual.

Atenção: esse modelo tradicional de família é essencialmente patriarcal e heterossexual, produzindo e reproduzindo uma forte opressão sobre as mulheres e também sobre as/os homossexuais.

Ampliação do conceito de família

No último Censo do IBGE (2000), o arranjo familiar "casal com filhos" correspondia a 50% do total de famílias. Nas últimas décadas, esse modelo de família nuclear vem dando aos poucos lugar a um conceito mais amplo de família, que comporta variações que incluem: a família em que a mãe é a chefe e responsável única pelo lar; a família em que o pai é o cuidador das/os filhas/os; as famílias formadas por casais homossexuais, com dois pais ou duas mães; a família em que avós ou irmãos mais velhos são os responsáveis pela guarda e cuidados das crianças etc.

A principal mudança no conceito de família deveu-se especialmente ao aumento do número de mulheres chefes de família no Brasil. Na região Nordeste, segundo o IBGE, 26% dos lares eram chefiados por mulheres em 2000. Nas áreas urbanas pobres esse índice é ainda maior. Houve também um aumento no número de domicílios com uma única pessoa, principalmente mulheres, concentrados em áreas urbanas.

Outra mudança diz respeito ao aumento no número das chamadas "grandes famílias", grupos familiares extensos, que se originam da crise econômica que produziu graves efeitos sobre os níveis de desemprego e aumento do custo de vida. A "grande família" inclui diversos agregados, parentes ou não, bem como as/os filhas/os que permanecem na casa dos pais após o casamento, com os/as maridos/esposas, além das crianças que vão nascendo.

Consequências para as mulheres

Se, de acordo com o modelo tradicional de família nuclear, as mulheres já carregam a atribuição de cuidadoras, com as mudanças no conceito de família, elas só vêem seu trabalho aumentar. Se são chefes de família elas têm que acumular, ao lado da função de cuidadora, também a de provedora do sustento do lar. Se são "matriarcas", filhas ou agregadas nas "grandes famílias", suas responsabilidades como cuidadoras aumentam, pois há mais membros a cuidar, especialmente crianças e idosos/os.

Equipes de saúde reforçam modelo tradicional

Nas unidades de saúde, esse enfoque tradicional da família é reforçado, com grande ênfase na função da mulher como mãe e cuidadora, cujo domínio está restrito ao espaço doméstico, e no do homem como provedor e protetor, aquele que "trabalha de verdade", que atua no espaço público e, ao mesmo tempo, "reina" dentro de casa.

Esse reforço ao modelo tradicional de família fica evidente também no direcionamento exclusivo dos serviços aos casais heterossexuais, o que contribui para a invisibilidade das famílias formadas por gays e lésbicas.

Conflitos familiares

As/os profissionais dos serviços em geral possuem uma concepção tradicional de família como o espaço da união e da harmonia. Assim, frequentemente, diante de situações concretas de conflitos, as/os profissionais tendem a apelar para que as mulheres tenham paciência ou cedam, modificando seu comportamento para que a paz volte ao lar.

Não faz parte da visão de muitas/os profissionais a idéia de que relações conflituosas e/ou a violação dos direitos afetam a saúde das pessoas e que o melhor caminho, muitas vezes, é a ruptura dessas relações. Dessa forma, a atuação dessas/os profissionais volta-se vigorosamente para a manutenção dos laços de conjugalidade e o reforço desse modelo tradicional de família.

E como, na maioria dos casos, as mulheres que seguem essas recomendações não recebem em troca "a volta da harmonia no lar",

quando elas retornam às unidades de saúde para novamente pedir ajuda, muitas vezes a única prescrição que recebem é a dos tranquilizantes, dos ansiolíticos e dos antidepressivos, receitados com o objetivo de que elas consigam suportar os conflitos de forma resignada. A transformação das relações parente é recomendada, embora se saiba que muitas vezes esses conflitos terminam em violência contra a mulher, como se discutirá adiante.

Sexualidade masculina e feminina

"A sexualidade masculina? É sobre poder e conquista. A feminina? É sobre prazer e prazer só."

Esse é um preconceito muito antigo, mas que ainda hoje tem sua força. É isso que faz com que, em nossa sociedade, haja uma dupla moral sexual. No campo da sexualidade, o homem é ativo, impulsivo e, por isso, muitas vezes infiel, o que não seria, na visão geral, um "pecado mortal". Sua sexualidade é mais aberta e até pública. Já no caso das mulheres, a sexualidade é fechada, mais reservada, mas nem por isso deixa de ser alvo de olhares, julgamentos e controle.

Dificuldades na abordagem da sexualidade

Quando se fala em sexualidade, muitas vezes se fala em sexo. Mas a sexualidade não é apenas sexo. Ela é uma experiência que envolve o corpo, a mente e o coração. Ela é uma experiência que envolve o corpo, a mente e o coração.

- Extrato do Diagnóstico (Tavares e cols., 2003)

Nos serviços de saúde é muito forte a relação que se estabelece entre sexualidade e reprodução. E quando a sexualidade não está diretamente relacionada à reprodução, ela fica praticamente invisível.

É importante lembrar que a sexualidade não é apenas um processo biológico, que inclui uma porção de hormônios e os órgãos sexuais. Ao longo dos tempos, as comunidades vão formando sua noção e sua vivência da sexualidade, o que faz com que os comportamentos, os desejos e as idéias sobre sexo sejam tanto individuais quanto sociais. Muitas coisas mudaram, mas ainda há

muito preconceito e a abordagem do tema da sexualidade é difícil, tanto para usuários/os como para profissionais.

Falar sobre DSTs com homens é ainda mais difícil

Uma grande dificuldade enfrentada no cotidiano das unidades de saúde é a resistência dos homens à prevenção de DSTs (doenças sexualmente transmissíveis) e outras doenças relacionadas ao aparelho reprodutivo, como o câncer de próstata. Dentre os principais obstáculos estão fatores culturais, como vergonha e preconceito ("macho" não faz exame de toque retal; "usar camisinha é como chupar bala sem tirar o papel?"), e a noção de que quem tem que se cuidar é a mulher.

Há também a resistência causada pela pura desinformação: há pessoas que até hoje não acreditam que a AIDS existe e representa um perigo real. Elas acham que a AIDS foi inventada para dar dinheiro para a indústria de preservativos e que o governo distribui camisinha porque tem gente corrupta ganhando dinheiro com isso.

Há ainda a resistência que é causada pela desinformação e também, principalmente, pelo machismo. Como exemplos temos as "desculpas clássicas": "conheço não acontece, só faço sexo com quem conheço", ou então "confio na minha mulher/no meu homem".

Assim, as/os profissionais percebem que, apesar de enfatizarem o caráter preventivo do preservativo, ele ainda é utilizado mais como contraceptivo.

Dificuldades em tratar as mulheres

Se por um lado parece mais fácil falar sobre sexualidade com as mulheres, por outro lado, em caso de DSTs, é difícil tratar as mulheres porque falta a colaboração dos homens. Não adianta tratar a mulher de uma DST se o parceiro não fizer também o tratamento. Além disso, é importante ressaltar que os sinais de HIV nas mulheres estão, na maioria das vezes, relacionados a DSTs recorrentes ou a um rápido desenvolvimento do câncer de colo uterino. É fundamental que esses sinais sejam percebidos pelas/os profissionais de saúde, pois isso pode fazer a diferença entre um tratamento precoce ou tardio para o HIV/AIDS.

Uma questão de ética, discreção ou cuidado?

"Uma vez, soube que a filha de um colega de trabalho que trabalhava comigo."

"E foi a AIDS que fez brigar que não sabe a verdade. A mulher e o marido se separaram e ela ficou com a AIDS."

"E depois, acabou, depois, mas já não sabia que a filha de um colega de trabalho."

Exatidão do Diagnóstico (Javaries e cols., 2003)

A omissão de informações pelas/os profissionais é uma questão que precisa ser aprofundada, pois além de poder comprometer o tratamento, isso viola o direito de mulheres e homens de terem acesso a informações corretas a respeito de sua condição de saúde. Essas situações consideradas "difíceis" – casos de câncer, AIDS e outras DSTs, além de situações de violência, como ameaças, espancamento, cárcere privado ou tentativa de homicídio – podem ter sérias consequências sobre a saúde e a vida de mulheres e homens.

Lembre-se, em primeiro lugar, que a/o usuária/o tem o direito de saber, mesmo que isso possa gerar um conflito; e, embora a tendência da/o profissional seja a de escutar e propor a conciliação, na busca de superar os eventuais conflitos, é importante lembrar que, tanto a infecção como a possível reação violenta, são problemas de saúde. Não se deve tratar essas questões como um problema de "foro íntimo", de âmbito privado, como se fosse apenas um "desabafo" em uma relação pessoal, um momento de intimidade entre profissional e usuária/o.

Se você não souber como lidar com essa situação, leve a questão para discussão na equipe. Esse caso deve ser tratado como uma necessidade de saúde, que requer atenção, acolhimento profissional e encaminhamento.

O direito ao prazer?

As mulheres que procuram o serviço frequentemente queixam-se da falta de prazer e da imposição e até coerção masculina para a prática sexual, o que acaba muitas vezes gerando não apenas conflitos conjugais, mas até graves violações dos direitos dessas mulheres.

Preparadas/os para ações assistenciais e educativas nas áreas de contracepção e prevenção às DSTs, as/os profissionais queixam-se do despreparo para lidar com a questão da sexualidade, em especial quando se trata do prazer feminino.

O que são direitos sexuais?

Homens e mulheres têm direitos sexuais, isto é, o direito de viver sua sexualidade com prazer e livre de qualquer tipo de opressão, preconceito e discriminação. Isso inclui os direitos:

- de viver a sexualidade sem medo, vergonha, culpa, falsas crenças e outros impedimentos à livre expressão dos desejos;
- de viver a sexualidade independentemente do estado civil, idade ou condição física;
- de escolher a/o parceira/o sexual sem discriminações e com liberdade e autonomia para expressar sua orientação sexual se assim o desejar;
- de viver a sexualidade livre de violência, discriminação e coerção; e com respeito pleno pela integridade corporal da/o outra/o;
- de praticar a sexualidade independentemente de penetração;
- de insistir sobre a prática do sexo seguro para prevenir gravidez não-desejada e as doenças sexualmente transmissíveis, incluindo HIV/AIDS;
- à saúde sexual, o qual exige o acesso a todo tipo de informação, educação e a serviços confidenciais de alta qualidade sobre sexualidade e saúde sexual.

(Extraído do folheto *Conversando sobre Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos*, da série Saúde Preventiva, do SOS Corpo.)

mulheres que seriam profissionais do sexo e que não são conhecidas como tal. Fica a pergunta.

Sexualidade e sofrimento mental

Muitas vezes, as/os profissionais sentem-se desconfortáveis e não sabem como lidar com os problemas relacionados à vivência da sexualidade que são relatados pelas/os usuá(r)ias/os. Problemas como falta de prazer, frigidez, desequilíbrio do desejo sexual entre os parceiros, inônia e nervosismo são frequentemente tratados como disfunções do corpo ou transtornos mentais, e daí imediatamente medicalizados e/ou encaminhados a especialistas – como em um caso citado na pesquisa, em que um usuário se queixava de querer manter relações sexuais todos os dias e foi ao consultório com a receita de um calmante fraco e um encaminhamento para um endocrinologista.

A medicalização com antídotos e/ou sedantes

Estudos já mostraram que a medicalização do sofrimento mental também apresenta um claro viés de gênero, pois atinge sobretudo as mulheres, em especial as que se encontram em situação de sofrimento em razão de dificuldades ligadas a relacionamentos – conjugais, familiares, no trabalho etc.

Da mesma forma, o sofrimento causado por uma experiência traumática e dolorosa da sexualidade é tratado como transtorno mental e medicalizado. Assim, não se busca compreender e apoiar as mulheres para uma mudança de sua vida sexual. Ao contrário, a situação pode ser ainda mais agravada por uma possível dependência dos remédios, que servem como "amortizadores químicos" dos conflitos vividos com a sexualidade. A medicalização passa então a ser um novo e perigoso mecanismo de regulação e controle da sexualidade e da vida das mulheres.

Freqüentemente trata-se o tema da sexualidade associado à saúde mental. Relaciona-se sexualidade e sofrimento mental ou transtornos nervosos, como insônia ou "aperreio". A sfida é então receber um calmente. Muitas vezes são as próprias usuárias que pedem a medicação.

A medicalização nestes casos é de dupla ordem: o sofrimento mental passa por um problema essencialmente biomédico e a

solução residiria em um medicamento que controle uma anormalidade dessa ordem biomédica.

[illegible]

Extrair do Diagnóstico (Taymes e cols., 2003)

Diferentes abundancias para hombres e mujeres.

Se no caso das mulheres os relatos de nervosismo são frequentemente compreendidos como manifestações de problemas na vivência da sexualidade, no caso dos homens são muitas vezes associados ao alcoolismo. Este é outro problema com o qual as equipes muitas vezes não sabem como lidar. Em outras palavras, as queixas das mulheres quanto ao nervosismo são tratadas com calmantes e antidepressivos; já para o alcoolismo masculino parece não haver uma proposta de intervenção, mesmo quando envolve problemas de violência sexual. E quando as mulheres relatam que sofreram impactos emocionais pelo alcoolismo dos companheiros ou familiares, a medicação antidepressiva é também prescrita nesses casos, mas somente para elas.

DIREITOS REPRODUTIVOS

As noções de que o corpo masculino está voltado para a sexualidade e que o corpo feminino serve à reprodução são estereótipos de gênero que, nos serviços de saúde, apenas comprometem a qualidade da assistência no que se refere aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos das pessoas.

Mas o que são direitos reprodutivos?

Os direitos reprodutivos dizem respeito aos direitos básicos que toda pessoa tem de tomar decisões de forma livre e responsável sobre contracepção e reprodução e de ter informações e meios para tanto, usufruindo do mais alto padrão de saúde sexual e reprodutiva.

Entre esses direitos, estão:

- o direito individual de mulheres e homens de decidir sobre se, querem ou não ter filhos, em que momento de suas vidas e quantos filhos desejam ter;
 - o direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência;
 - o direito de homens e mulheres participarem com iguais responsabilidades na criação das/os filhas/os;
 - o direito a serviços de saúde pública de qualidade e acessíveis, durante todas as etapas da vida;
 - o direito à adoção e ao tratamento para a infertilidade.
- (Extraído do folheto *Conversando sobre Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos*, da série Saúde Preventiva, publicada pelo SOS Corpo.)

Atenção: não se pode negociar direitos. A/o usuário/a tem direito de ter acesso a métodos contraceptivos; assim, estes não podem jamais ser objeto de barganha. Se, por exemplo, a mulher não faz exame preventivo de câncer do colo uterino (não importa se por vergonha, falta de tempo ou medo), mesmo assim ela tem direito de receber o contraceptivo. O dever da/o profissional é orientar a/o usuário/a sobre a importância de realizar os exames preventivos e insistir em que ela/ele o faça, mas sem usar de coerção.

Lembre-se: as decisões sobre a vida reprodutiva da/a usuário/a cabem a ela/ele, pois envolvem seu corpo, sua mente, enfim, sua vida. A/o profissional cabe informá-la/o corretamente sobre as necessidades, procedimentos e suas consequências, para que a/o usuário/a possa agir como um sujeito dotado de autonomia para tomar decisões conscientes e responsáveis sobre sua saúde reprodutiva e sua vida. As/os usuárias/os são sujeitos de direitos, capazes de pensar e agir, não podendo jamais ser tratadas/os como "seres infantilizados" ou objetos das práticas de saúde, sob pena de se estarem violando seus direitos.

Ninguém faz filho sozinho

"Ela [a profissional] está distribuído entre amigos e parentes, e não consigo planejar a vida familiar para os próximos anos. Não consigo ter filhos, não consigo. A mulher precisa ter que os homens se comprometam. A equipe médica que atende para DST é a melhor, que também tem responsabilidade dos homens. Mas os homens não querem saber de coisas sérias. Achei que a responsabilidade era deles."

Extraído do Diagnóstico (Tavares e cols., 2003)

Na sociedade em que vivemos, as questões relacionadas à contracepção são tradicionalmente vistas como de responsabilidade exclusiva da mulher. Por isso, no caso de uma gravidez indesejada, a mulher chega a ser duramente cobrada – tanto pelo companheiro como pela comunidade, composta por familiares, vizinhos/os e amigos/os. Isso muitas vezes inclui também a/o profissional de saúde.

Raramente se pensa que uma gravidez indesejada pode estar associada às relações desiguais de poder entre o casal ou à falta de informações sobre os métodos contraceptivos ou ainda à violência sexual pelo parceiro. A mulher pode não estar conseguindo a colaboração do homem nas ações de planejamento familiar. Pode também ter ocorrido uso incorreto do método ou uso de método inadequado, ou ainda falta de orientação e de acompanhamento. Pode, ainda, ser vítima de violência.

Nas unidades de saúde, em especial nos grupos de planejamento familiar, a ênfase é sobre a distribuição de contraceptivos orais e preservativos. Mas esses métodos nem sempre são os mais eficazes

para todas as mulheres ou para a mesma mulher em diferentes momentos de sua vida. A violência, por sua vez, é um problema difícil de abordar, mas pode-se indagar da mulher se ela vive situações de conflitos familiares graves no relacionamento com seu parceiro.

Lembre-se: antes de rotular a mulher de descuidada e irresponsável, pense que ela pode estar vivendo uma situação de conflito conjugal, incompreensão ou desigualdade que dificulta o compartilhamento das ações de prevenção à gravidez não-desejada. A equipe de saúde pode buscar formas de incluir o homem nas ações de planejamento familiar, de modo que ele compartilhe das obrigações, decisões e responsabilidades relacionadas à vida sexual e reprodutiva do casal.

Além disso, antes de responsabilizar unicamente a mulher, pergunte-se se a responsabilidade por ela "não aprender" também não é do serviço, que "não consegue ensinar". Procure também se colocar no lugar dela e pensar em quantas informações, enquanto profissional de saúde, você detém e nem por isso consegue colocar em prática em sua vida. Culpar a mulher não é uma ação de promoção do empoderamento das pessoas.

Laqueadura x vasectomia

Enfermeira - É você, a profissional, quem vai pro e volta lá?

A mulher responde: não, não.

Enfermeira - Então você é responsável pelo seu corpo?

A mulher responde: não.

Enfermeira - Não porque, você não tem laqueadura porque não tem mais chance de ter mais filhos. Você está vendo, não é, que você não tem mais condições?

A mulher responde: não.

Enfermeira - Você não vai mais poder ter mais filhos, e você não pode ter mais filhos.

Extraído do Diagnóstico (Tavares e cols., 2003)

Após a responsabilização da mulher e a "bronca", frequentemente vem a indicação da laqueadura, a solução definitiva para "mulheres que não aprendem".

Quando se pensa em método definitivo de contracepção, a mulher é sempre o alvo da intervenção. A única opção que se apresenta é a laqueadura. A demanda por vasectomia é praticamente inexistente. Em primeiro lugar porque, como já vimos, a contracepção é tratada como responsabilidade unicamente da mulher; em segundo, a resistência masculina à vasectomia está relacionada principalmente ao medo da impotência. Para muitos, o homem vasectomizado "deixa de ser homem".

Assim como a contracepção é responsabilidade da mulher, no caso de esterilidade a culpa é sempre dela. Se o casal busca tratamento, a primeira investigada é sempre a mulher. Isso se deve especialmente ao fato de que, no imaginário masculino, a capacidade de gerar filhos está diretamente vinculada à virilidade.

Aborto inseguro

Outra questão importante relacionada à gravidez indesejada é o recurso ao aborto inseguro, que aparece em vários relatos da pesquisa como possibilidade e como prática efetiva entre as mulheres.

"O ACS chegou lá que uma mulher de sua área parecia estar grávida. Outra ACS disse que era possível porque lá o aborto chegou em 15 dias, sempre chega a 15 dias depois que parou."

Extraído do Diagnóstico (Tavares e cols., 2003)

Os métodos de abortamento mais frequentemente usados são, sobretudo o uso de medicamento – o Cytotec, adquirido clandestinamente e ao qual muitas não têm acesso em razão do preço elevado – ou chás medicinais.

Quando as mulheres relatam que a gravidez é indesejada e que pensam em interrompê-la, as/os profissionais procuram convencê-las a não fazê-lo. Embora haja entre algumas/os profissionais uma noção sobre o direito da mulher de dispor sobre o próprio corpo, essa

posição se manifesta mais no sentido da manutenção da gravidez quando o puerário não quer que ela vá adiante.

Além da questão da ilegalidade e da clandestinidade, a reprovagão do abortamento está também ligada a concepções morais e à atenção para com o futuro bebê, o que gera dificuldades para que as mulheres encontrem meios de realizar uma interrupção da gravidez de forma segura.

Saúde reprodutiva masculina

Todas essas questões discutidas até agora – responsabilização da mulher quanto à contracepção, laqueadura e esterilidade – evidenciam o que toda/o profissional de saúde já sabe: é extremamente difícil incluir o homem no cuidado com a saúde reprodutiva.

São as mulheres que levam os homens ao serviço

Muitas vezes as mulheres atuam como intermediárias e ajudam a atrair os homens para o serviço, mais uma vez assumindo e reforçando sua atribuição de cuidadoras.

Outras vezes, são as agentes comunitárias que, por pertencerem à comunidade e desempenharem a função de mediadora das questões de saúde entre a população e o serviço, conseguem estabelecer uma relação de confiança, o que facilita a abordagem. Isso proporciona uma maior abertura e proximidade com os homens, que contribui para levá-los ao atendimento na unidade de saúde.

Algumas ACSs chegam até a relatar que iniciaram um processo de "reeducação masculina" nas unidades do PSE, em especial com os homens que são pais, para acompanhamento da saúde das mulheres durante o pré-natal e também dos filhos recém-nascidos.

A partir disso tem sido realizado todo um trabalho de estímulo à participação dos homens, que se sentem envolvidos no processo e passam a se sentir integrados. O objetivo é que eles deem continuidade ao acompanhamento da saúde da família. Isso tem sido feito especialmente com os pais jovens.

Porém, no que diz respeito diretamente à saúde reprodutiva masculina, isto é, às atividades de prevenção – tanto de DSTs como câncer de próstata ou contracepção – ainda não se conseguiu realizar um trabalho efetivo e eficaz para envolver a população masculina nos serviços do PSE.

JOVENS

NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Controle sobre a vida sexual dos adolescentes

A ida da jovem ao posto levanta suspeita

No caso das adolescentes, a sexualidade é um assunto muitas vezes problemático, de difícil abordagem é que, por vergonha e preconceito, evita-se comentar.

Os cuidados preventivos são ainda mais difíceis, pois na percepção da jovem, bem como na que ela atribui à sua mãe e a toda a comunidade, a ida ao serviço de saúde é tida como "suspeita", já que estaria inevitavelmente associada a demandas sobre o corpo e a sexualidade. Em boa parte, a própria estruturação e modelo assistencial do serviço contribui para essa associação, pois, como já foi dito, privilegia um tipo específico de demanda, constituída pelas mulheres no ciclo reprodutivo.

Nesse modelo, considera-se que as mulheres passam a ir ao serviço após o início das atividades sexuais. Assim, ao procurar a unidade de saúde, a jovem estaria expondo à comunidade – e à família – que possui vida sexual ativa. Isso faz com que muitas adolescentes vivam sua sexualidade sem recorrer à orientação e assistência, o que apenas contribui para aumentar o risco de uma gravidez indesejada e de contrair DSTs.

A compreensão da saúde adolescente

Então, por que é tão difícil abordar a sexualidade com os adolescentes? A resposta é simples: a sexualidade é um tema que envolve a vida íntima e a identidade pessoal.

A abordagem da sexualidade com os adolescentes deve ser feita de forma respeitosa e não julgadora, levando em consideração a autonomia e a capacidade de decisão dos jovens.

Extraído do Diagnóstico (Tavares e cols., 2003)

Se no caso da gravidez indesejada de uma mulher adulta ela é alvo de crítica, a garota que engravida ouve a mesma fala, mas acrescida de um tom de reprovação moralizante: Após o nascimento do bebê é comum que a mãe adolescente ouça conselhos das/os profissionais para que ela se "aciete", porque ela agora é "mãe de família". Muitas vezes esse aconselhamento é de fato uma tentativa de controlar o comportamento das meninas, inclusive as roupas que elas usam, na busca de controlar sua sexualidade.

Além disso, a questão da gravidez na adolescência é entendida como algo que terá, inevitavelmente, consequências negativas para a vida da menina e trará riscos para a saúde dela e da criança.

Algumas/os profissionais se ressentem de não possuírem materiais ou mesmo de não se sentirem qualificadas/os para lidar com este público, sobretudo em relação ao tema da sexualidade.

Lembre-se: ninguém vai ao posto de saúde para ser julgado e condenado. Falar em "início precoce da vida sexual" já pressupõe um julgamento. Quem sabe realmente qual é o momento certo para começar a ter relações sexuais? Qual é o critério? Para algumas pessoas, é preciso esperar o corpo amadurecer totalmente ou ter mais de 18 anos. Para outras, basta começar a menstruar ou ter uma ereção.

As garotas e os rapazes devem ser tratados como sujeitos de direitos que devem ser respeitados, tanto em seus direitos sexuais como nos direitos reprodutivos – que incluem o direito de viver sua sexualidade de forma livre, independentemente de idade, com informação, educação e serviços confidenciais.

Experiências em diversas áreas demonstram que os trabalhos realizados com grupos de jovens podem produzir resultados importantes, com impacto significativo e efeitos de curto, médio e longo prazos. Assim, vale a pena considerar a possibilidade de realizar esse tipo de trabalho para a promoção da saúde desse segmento.

Os rapazes estão ausentes do serviço

Se é difícil atrair os homens para o serviço, os rapazes compõem um segmento de abordagem ainda mais difícil: estão ausentes das unidades de saúde, das estratégias assistenciais e das ações

educativas. Quando se fala do rapaz adolescente na unidade de saúde é por ele ser um jovem pai e não como um indivíduo que precisa ser atraído para o serviço para que se faça um trabalho específico com ele, um trabalho que inclua a prevenção de DSTs e a contracepção, mas também outras questões que dizem respeito não apenas à sua saúde reprodutiva.

Os serviços não desenvolvem atividades específicas para jovens nas áreas da sexualidade e da reprodução. Nem mesmo nos grupos de planejamento familiar há grandes investimentos para a incorporação de jovens nas atividades educativas já existentes.

Mesmo como pai da criança em gestação, a ausência do rapaz já é considerada um fato normal e esperado no serviço.

EMOÇÃO, SUBJETIVIDADE E SAÚDE MENTAL

Diferenças na subjetividade de mulheres e homens

Como já vimos, os estereótipos do masculino e do feminino construídos ao longo da vida descrevem as mulheres como "emotivas", "sensíveis" e "chorosas", indivíduos que "se apegam facilmente às coisas e às pessoas", enquanto os homens são "fortes", "objetivos", "rígidos" e "menos apegados às pessoas".

A visão que associa os homens à objetividade e as mulheres à subjetividade faz com que as mulheres sejam o principal alvo das intervenções em saúde mental, ainda que suas queixas nesse campo continuem sendo pouco valorizadas.

Diferentemente das doenças nos homens, tidas como males orgânicos, as patologias femininas são mais frequentemente associadas ao estresse emocional, o que muitas vezes acaba resultando na diminuição de sua importância no tratamento. Isso acontece porque não se reconhece a importância da esfera das emoções e da subjetividade. A intervenção dirige-se principalmente a aspectos mais concretos e visíveis das esferas consideradas prioritárias para a intervenção.

A subjetividade das mulheres

As mulheres são tidas como mais vulneráveis aos problemas de sofrimento mental. Em comparação aos homens, são elas quem mais procuram o serviço com queixas como problemas nervosos, depressões, crises de ansiedade e insônia. Já os homens teriam mais dificuldade em expressar suas queixas nesse campo, talvez devido à noção de que a subjetividade é a esfera do feminino. Dessa forma, as mulheres teriam mais facilidade em associar problemas emocionais com necessidades de saúde, enquanto os homens não achariam esse tipo de queixa pertinente ao serviço.

Dificuldades no atendimento

Em geral o atendimento ao sofrimento mental é considerado difícil. As/os pacientes que são conhecidos como possuidores de transtornos mentais são vistos pela equipe como "diferentes" e "difíceis".

As/os profissionais relatam sentir grande dificuldade ao lidar com esses casos e apontam a necessidade de contar com apoio profissional especializado, sobretudo de psicólogos/os. Na falta desse apoio e reconhecendo a ausência de competência técnica para lidar com o assunto, as/os profissionais limitam-se a oferecer escuta e aconselhamento, baseados somente em sua experiência pessoal.

Aqui é preciso mencionar também como a sobrecarga, as dificuldades, insegurança e frustrações resultantes do cotidiano de trabalho aumentam o estresse e afetam a saúde mental dos próprios integrantes da equipe do PSE.

VIOLÊNCIA

DE GÊNERO

Como já foi apontado, as equipes de saúde do PSF trabalham com comunidades que vivem em um contexto em que impera a violência social, que se manifesta contra mulheres e homens, dentro das casas, nas ruas e até mesmo nos postos de saúde.

Pode haver relação entre a violência social e a violência especificamente de gênero, que é dirigida às mulheres e possui características bastante próprias. Ocorre que não há, ainda, estudos mostrando como tais formas de violência se relacionam, ainda que se saiba que contextos de pobreza e grande exclusão social apresentam mais violência social e também mais violência contra as mulheres.

Violência contra a mulher

Violência contra a mulher é qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause dano, sofrimento físico, sexual ou psicológico e até a morte, podendo ocorrer tanto no âmbito público como no privado.

Embora o tema da violência pareça invisibilizado nos relatos de algumas/as profissionais dos serviços, mas ocasiões em que era mencionada a forma mais comum era a violência conjugal contra as mulheres. A literatura mostra exatamente essa especificidade: na violência contra as mulheres a agressão é perpetrada por pessoas muito próximas, íntimas da mulher, em geral o parceiro ou ex-parceiro, ou alguém do núcleo familiar.

Uma pesquisa realizada em 2002, com usuárias de serviços de saúde da Zona da Mata de Pernambuco com idades entre 15 a 49 anos, mostrou que 32% dessas mulheres tinham ao menos um relato de violência física e 14,5% contavam ao menos um episódio de violência sexual. Isso quer dizer que existe uma grande possibilidade de as/os profissionais também se depararem com casos de violência na unidade de saúde do PSF do Recife – capital que também apresenta altos índices de violência – e, até mesmo, de que haja muitas profissionais que estejam ou já tenham estado elas mesmas envolvidas direta ou indiretamente em uma situação de violência (Schraiber e cols., 2002).

Motivos, mitos e preconceitos

"Mulher gosta de apalhar. Se não gosta, não continuaria sendo agressor."

"Enchuga de mulher e mulher não sabe a colher."

"A violência só acontece com gente pobre e sem educação."

"O homem bateu porque estava bêbado ou drogado."

"A mulher apalhou porque abusou."

Nas unidades de saúde, entre os principais motivos apontados para a ocorrência da violência estão a escassez de recursos, o estresse e a recusa à relação sexual.

Em relação à violência contra crianças, foram mencionados pelas/os profissionais episódios de agressão no próprio espaço do serviço. Em muitos casos, a interpretação que se dá a esse tipo de violência é de que se trata de uma ação da mãe sobre a criança gerada por conflitos com o parceiro.

Respeito à decisão da mulher

A violência doméstica é muitas vezes tratada como uma questão banal, que faz parte do cotidiano das pessoas, em especial dos casais. Frequentemente, a culpa da violência cometida ou sofrida é atribuída à mulher – por outros e também por ela própria. E ainda que ela não seja culpada por sofrer a violência, ela é responsabilizada por continuar nessa situação.

No caso dos serviços de saúde, em geral as/os profissionais não procuram explicações ou "culpados" para o problema da violência, pois nem consideram que se trate de uma questão que pertença à esfera de intervenção da saúde. No extremo oposto há profissionais que fazem comentários preconceituosos relacionados à situação da mulher e de seu lugar na relação, o que acaba reforçando e reproduzindo as desigualdades de gênero.

Segundo alguns relatos extraídos do Diagnóstico (Javiers e cols., 2003), há mulheres que "apalham e não fazem nada, continuam com os maridos". Estas são criticadas pela acomodação e passividade diante da situação de violência. Há também mulheres que "merecem apalhar" porque "não respeitam os maridos".

Muita gente pensa que cabe à própria mulher defender-se e cuidar, sozinha, dos encaminhamentos quando sofre violência. Por

Lembre-se: intervir em situações de violência não é tarefa exclusiva da polícia ou da justiça, mas compete também à área da saúde, pois a violência causa sofrimentos e adoecimentos que alteram a condição de saúde das pessoas. Ao mesmo tempo, é importante lembrar também que, em alguns casos, os serviços de saúde podem e devem acionar a rede de referência, o que pode incluir a assistência jurídica. Muitas vezes, um caso de violência não pode ser tratado como uma questão que requer apenas tratamento de saúde, mas como uma condição extrema que exige uma ruptura com a situação de violência.

No entanto, é preciso lembrar que, além da saúde, os outros serviços (polícia, Ministério Público, Judiciário, casas-abrigo etc.) também encontrarão dificuldades para oferecer um atendimento adequado. Assim, é preciso insistir na criação de uma rede de serviços capacitada para lidar com os múltiplos aspectos da violência contra a mulher.

Despreparo dos serviços

"A ACS diz que se uma mulher fala que está querendo se separar porque o marido é abusivo, ela, como agente, tem que dizer para ela que ela não se separa, porque ela sabe que o marido é realmente um abusivo. Porque depois vão dizer que foi a agente quem falou que o marido era abusivo."

Extrato do Diagnóstico (Tavares e cols., 2003)

Em relação à assistência a pessoas em situação de violência, o despreparo e o medo limitam a atuação das equipes de saúde ao âmbito da orientação à mulher sobre os meios de se defender e buscar a manutenção da união, reforçando o modelo tradicional de família em que a harmonia conjugal deve ser conseguida a qualquer preço, mesmo que isso signifique o sacrifício dos direitos de uma das partes. Assim, a/o profissional atua principalmente como escuta, como conselheira/o e mediador/a dos conflitos.

As/os profissionais relatam que se sentem despreparadas/os e inseguras/os para o atendimento de casos de violência doméstica. A própria unidade de saúde não tem estrutura que garanta privacidade e segurança para esse tipo de atendimento. Há queixas também

quanto à falta de apoio efetivo dos serviços de referência para a atuação destas/os profissionais.

Algumas/os profissionais afirmam que o maior desafio da assistência é o atendimento a homens agressores, pois se sentem despreparadas/os e impotentes diante dessa questão. Elas/eles têm medo da reação do agressor, contra a mulher e também contra a/o profissional. Muitas/os associam a violência conjugal ao uso de drogas, por parte dos homens e também das mulheres.

Mesmo os eventuais treinamentos que recebem sobre o assunto não parecem ser suficientes para que se sintam preparadas/os para lidar com uma questão tão complexa. Talvez o mais importante seria sentirem que, além do treinamento recebido, há suporte institucional para suas ações e proteção para suas pessoas.

Atenção: se você se deparar com uma situação de violência doméstica e não souber como proceder, leve a questão para discussão dentro da equipe. É também importante procurar informações e orientações de serviços especializados no atendimento desses casos. Além da busca de capacitação para lidar com a questão, as/os profissionais devem se informar sobre os serviços ou rede de apoio e proteção às mulheres em situação de violência.

Lembre-se: as/os profissionais e agentes devem assumir sua responsabilidade pelo acolhimento dos casos de violência doméstica, mesmo quando a conduta adequada é a do encaminhamento, prestando uma valiosa contribuição para a solução desse grave problema de imensa magnitude. Você pode encontrar apoio para lidar com a situação no Centro Clarice Lispector (0800 281.0107), um centro de referência para atendimento de mulheres em situação de violência do Recife.

Identificação da violência

Há vários tipos de violência e, às vezes, a própria vítima não reconhece como violência a agressão que sofreu. Muitas mulheres não acham que sofreram violência e identificam os atos de agressão cometidos por seus companheiros como "ignorância" ou "esburujar". Em pesquisa realizada com usuárias de serviços públicos de saúde de

São Paulo foi constatado que, ao mesmo tempo em que 70% relataram algum episódio de agressão física, sexual e/ou psicológica, apenas 27% consideravam que já haviam sofrido violência (Schraiber e cols., 2003).

Mesmo quando procuram os serviços de saúde, as mulheres podem ter muita dificuldade em falar sobre a violência sofrida. Muitas vezes ela se sente envergonhada, humilhada e até culpada. Às vezes ela não consegue falar porque tem medo de sofrer mais violência ou então de que o agressor seja punido – pois, apesar de não querer que a violência se repita, muitas vezes ela quer protegê-lo por depender afetiva ou economicamente dele.

Essas são questões que devem ser consideradas quando a/o profissional suspeita que está diante de uma mulher que viveu ou está vivendo uma situação de violência. Quando ocorre a suspeita, a melhor estratégia é perguntar – de forma direta ou indireta. Se a mulher não estiver nessa situação, irá responder com tranquilidade. Se ela negar, mas mesmo assim a/o profissional estiver convencida/o de que não é verdade, ela/ele deve respeitar a decisão da mulher.

Se, por outro lado, a mulher quiser falar, então ela deve receber atenção e escuta, pois a expectativa da usúria é falar, ser ouvida e obter ajuda para a resolução desses problemas, que lhes causam tanta angústia e aflição e que são de difícil abordagem, pois envolvem aspectos da vida privada e, ao mesmo tempo, de saúde pública que precisam ser enfrentados pelas equipes do PSF.

Muitas vezes os relatos de insatisfação conjugal e as situações de violência doméstica não são sequer ouvidos, quanto mais tratados. Nas vezes em que recebem atenção, a alternativa apresentada é frequentemente a dos medicamentos, sob a justificativa da "manutenção da paz conjugal". Mas a preservação da união a todo custo acaba impedindo que a mulher viva uma vida plena, sem violência e coerção.

Lembre-se: relações conflituosas afetam a saúde das pessoas e muitas vezes os conflitos só podem ser resolvidos com a ruptura das relações. Por mais que se busque um ideal de relações conjugais e familiares harmoniosas, é preciso ter em mente que, às vezes, elas são ilusórias, superficiais e só podem ser atingidas à custa da saúde mental de uma das partes.

No caso das mulheres, que são educadas para sempre ceder, ter paciência e/ou modificar seu comportamento de modo a retomar a harmonia, esse sacrifício pode ser extremamente penoso e desumano. E, na maioria das vezes, as mulheres adotam esses comportamentos e mesmo assim a harmonia não retorna; isto acontece porque se trata de um ideal que não se baseia na realidade e nem em relações de igualdade e respeito. Em um caso como esse, uma das saídas aponta para a medicalização: o tranquilizante, o ansiolítico e o antidepressivo, que permitem às mulheres suportar resignadas. Não se engane: essa saída parece ser a mais fácil, mas não resolve o problema; a única saída real é encarar de frente os conflitos e buscar a transformação das relações, mesmo que isso signifique a ruptura.

Mas é preciso lembrar que, se muitas separações decorrem de maus-tratos contínuos e ameaças, elas acabam gerando o perigo de retaliações, que podem atingir tanto a mulher e outros membros da família, como qualquer pessoa que seja identificada como fonte e estímulo à separação. Por isso, se você não souber como lidar com o caso, procure discutir com outros membros da equipe e/ou procurar ajuda e orientação de pessoas e serviços especializados.

Tipos de violência

Violência física – Qualquer ação ou omissão que atinja a integridade física da pessoa. Exemplos: empurrões, tapas, socos, chutes, bofetadas, beliscões, puxões de cabelo, mordidas, queimaduras, ameaças com faca, pau ou qualquer outro objeto, tentativa de asfixia, de homicídio e outros tipos de agressão.

Violência psicológica – Qualquer ação ou omissão que tenha o objetivo de controlar as ações, comportamentos, crenças e decisões da pessoa, por meio de intuição, manipulação, ameaça, humilhação, isolamento ou qualquer outra conduta que implique prejuízo à sua saúde psicológica. Exemplos: agressões verbais, ameaças, insultos, humilhações, privação de liberdade (cárcere privado), proibição de trabalhar, estudar, sair de casa ou viajar, de falar com amigos/os ou familiares, danos propiciados a objetos e documentos, danos ou ameaças a animais de estimação ou pessoas queridas.

Violência sexual – Qualquer ação que obrigue alguém a manter contato sexual – físico ou verbal – usando de força, intimidação, coerção, chantagem, suborno, manipulação, ameaça ou qualquer outro meio que anule ou limite a vontade da pessoa. Exemplos: estupro, atentado violento ao pudor, toques e carícias não desejados, exibicionismo e voyeurismo, expressões verbais ou corporais que desagradem a pessoa, prostituição forçada ou participação forçada em pornografia. Pode ser praticada por desconhecido ou conhecido, como o marido, colega de trabalho, de escola, padrastrô etc. (Baseado em Schraiber e D'Oliveira, 2003)

Atenção: A formação das/os profissionais e funcionárias/os da área da saúde é geralmente deficiente no que se refere ao tema da violência. Assim, exigir que essas/os profissionais sejam plenamente capazes de identificar situações de violência é, em si mesmo, uma violência para com essas/os profissionais e para as usuárias.

Não se deve esquecer que o momento mais delicado e difícil no tratamento das situações de violência é justamente a identificação do caso, quando as mulheres e crianças conseguem romper o ciclo da violência e, de algum modo, buscar ajuda – voluntariamente ou porque correm risco de morte. Nesse momento, se você não se sentir preparada/o para lidar com o caso, discuta o problema com suas/suas colegas e procure auxílio de pessoas habilitadas a lidar com o assunto.

Você pode também buscar mais informações na rede de serviços que prestam atendimento a vítimas de violência na cidade do Recife. Ligue para o Centro de Referência Clarice Lispector: 0800 281.0107.

Violência sexual

Sexualidade, saúde mental e violência sexual

As associações entre sexualidade, saúde mental e violência sexual englobam dimensões da vida das/os usuárias/os com as quais as/os profissionais sentem grande dificuldade de lidar.

Mesmo quando procuram os serviços, as mulheres que vivem

situações de violência sexual dificilmente revelam espontaneamente sua condição. A mulher sente-se envergonhada e humilhada e muitas vezes teme por sua segurança pessoal ou a das/os filhas/os.

"A ACS fala que tem muita gente que se envergonha e tem medo de falar, que tem medo de falar para os profissionais. E nós éramos assim também. Tem história que a gente sabe que aconteceu, mas não fala porque o homem tem a mulher, que não é filha, a mulher não tem o nome da mulher, não se chama nada disso. (...) A gente sabe o que acontece e todo mundo sabe, mas não pode fazer nada, e isto também faz parte do nosso serviço."

Extrato do Diagnóstico (Tavares e cols., 2003)

Embora não sejam incomuns, os casos de violência sexual contra crianças são difíceis de identificar e mais difíceis ainda de lidar. Segundo os relatos colhidos pela pesquisa, às vezes a/o profissional procura abordar a questão, mas não sabe como fazê-lo. Aí lhe resta apenas insinuar a existência do problema, sem saber se a/o responsável pela criança irá ou não entender o que ela/ele quis dizer, ou então seguir diretamente pela via da justiça e da segurança pública.

Lembre-se: Em caso de violência sexual, a vítima deve ser encaminhada a um serviço especializado para realizar exames e receber atendimento para prevenir a contaminação por DSTs e a gravidez.

Mas, se ainda assim ela engravidar, pode recorrer a um serviço de aborto previsto em lei em hospital público; este é um direito previsto no Código Penal (artigo 128) e regulamentado pelo Ministério da Saúde.

No Recife, atualmente funcionam os seguintes serviços de aborto previsto em lei:

Maternidade Professor Bandeira Filho
Rua Londrina, s/nº – Afogados
fone: 3428.4788 / 3428.6062

Policlínica e Maternidade Professor Barros Lima
Av. Norte, 6465 – Casa Amarela
fone: 3441.5227

Notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher

A violência contra a mulher é uma questão de saúde pública cuja notificação é obrigatória, conforme define a Lei nº. 10.778, de 24 de novembro de 2003. Essa lei "estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados".

A notificação compulsória de caso de violência contra a mulher deve ser tratada com o máximo sigilo. Médicas/os, enfermeiras/os, psicólogas/os ou qualquer outra pessoa que trabalhe nos serviços de saúde estão proibidas/os de divulgar informações sobre o caso. A identificação da vítima de violência fora do âmbito dos serviços de saúde somente poderá efetivar-se, em caráter excepcional, em caso de risco à comunidade ou à vítima, a juízo da autoridade sanitária e com conhecimento prévio da vítima ou do seu responsável.

A pessoa ou entidade que não cumprir a obrigação de notificar os casos de violência contra a mulher de que têm conhecimento estará sujeita às penalidades cabíveis.

A Lei nº 10.778 entrou em vigor em 25 de março de 2004. Mas, para que ela seja cumprida em sua totalidade, é necessário que o Ministério da Saúde elabore sua regulamentação.

Atenção: é importante saber que há a notificação compulsória e que a lei quer garantir o direito das mulheres à assistência e à orientação, tornando visível a violência e apoiando a mulher que a sofre ao dar crédito a seu relato. A lei não é e nem pode ser vista como um instrumento de coação, quer para os profissionais, quer para as mulheres. Tornar a lei efetiva, respeitando os direitos que ela defende, é realizá-la nas condições éticas requeridas pelo tratamento de tema tão delicado: escuta em situação de conforto pessoal e confiança, garantindo sigilo e privacidade. É fundamental também que essa assistência esteja inserida em um contexto institucional no qual, no conjunto da unidade de saúde, a/o profissional se sinta amparado/a e parte de uma política de acolhimento e orientação das mulheres em situação de violência.

BIBLIOGRAFIA

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. *Jornal da Rede*, nº 23, março de 2001. Disponível em <http://www.redesaude.org.br/jornal/html/pr-23.html>. Acesso em 12/07/04.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.; FRANÇA JR., I.; DINIZ, C.S.G.; PORTELLA, A.P.; LUDERMIR, A.B.; VALENÇA O.; COUTO, M.T.; WHO Multi Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women. BRAZIL. São Paulo, FMUSP 2002 (Relatório final de pesquisa a WHO).

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.; HANADA, H.; FIGUEIREDO, W.; COUTO, M.T.; KISS, L.B.; DURAND, J.G.; PINHO, A. "Violência Vivida: a dor que não tem nome". In: *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, v. 7, n. 12, p. 41-54, 2003.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F. O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica. São Paulo: COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE; DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. 2ª edição. 2003.

SCOTT, J. *Gênero: uma categoria útil para análise histórica*. Tradução de Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila, do original *Gender: a useful category of historical analysis*. Recife: SOS Corpo, 1991.

SOS CORPO. *Conversando sobre Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos*. Série Saúde Preventiva. Recife, s/d.

SOS CORPO. Conversando sobre Sexualidade. Série Saúde Preventiva. Recife, s/d.

SOS CORPO. Idéias e Dinâmicas para Trabalhar com Gênero. Recife, 1999.

TAVARES, A.H.A.; SCHRAIBER, L.B.; PORTELLA, A.P.; SCOTT, P. Diagnóstico de Situação de "Como estão as Desigualdades de Gênero no PSF". Recife: Coordenadoria da Mulher, 2003. (Relatório final da pesquisa).

SITES

RECOMENDADOS

Biblioteca Virtual de Saúde Reprodutiva http://www.prossiga.br/fsp_usp/saudereprodutiva

Programa Papai <http://www.ufpe.br/papai>

Projeto Gênero, Direitos Humanos e Saúde (Departamento de Medicina de Preventiva da Faculdade de Medicina de USP e Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde/SP) <http://www.mulheres.org.br>

Prefeitura do Recife <http://www.recife.pe.gov.br>

Rede Feminista de Saúde <http://www.redesaude.org.br>

SOS Corpo – Instituto Feminista para a Democracia <http://www.soscorpo.org.br>



Coordenadoria da Mulher

Secretaria de Saúde