

ESTUDOS INTERDISCIPLINARES SOBRE  
GÊNERO, FAMÍLIA E SAÚDE

# ESTUDOS INTERDISCIPLINARES SOBRE GÊNERO, FAMÍLIA E SAÚDE

Organizadoras:

Teresa Kleba Lisboa  
Luciana Zucco  
Mônica Senna  
Ana Beatriz Lima  
Rita de Cássia Santos Freitas

Este livro foi financiado pelo Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas (PPGICH / UFSC), com recursos da CAPES/PROEX e aprovado pelo EDITAL 01/PPGICH/2017, de 12 de junho de 2017.

Nota: Uma primeira versão dessa coletânea foi aprovada na chamada do Edital APQ3 da FAPERJ em 2015 (vide protocolo <http://www.faperj.br/?id=3171.3.6>). Todavia, devido às dificuldades financeiras e orçamentárias pelas quais vem passando o estado do Rio de Janeiro desde então, os recursos não foram liberados. O reconhecimento pela FAPERJ do mérito acadêmico da obra e o entendimento dos organizadores quanto à contribuição do conjunto de artigos aos estudos de gênero e saúde no âmbito do Serviço Social ensejaram a submissão dessa nova versão ao presente Edital.

## SUMÁRIO

### Introdução

#### Parte I: Gênero e Saúde

1. Significados da presença-ausência da família nas instituições de saúde: desafios ao trabalho dos assistentes sociais

Autora: Carla Cristina Lima de Almeida

2. A construção social dos papéis de gênero na família e as (nossas) práticas em saúde

Autora: Rita de Cássia Santos Freitas

3. Desafios da prática profissional na saúde: questões sobre gênero e família

Autora: Aline Souto Maior

4. Gênero, cuidado e trajetórias de vida de mulheres

Autoras: Teresa Kleba Lisboa; Daniele Beatriz Manfrini

5. A violência que não ousa dizer o nome - notas exploratórias sobre violência conjugal lésbica em Portugal

Autora: Ana Cristina Santos

6. Diferenças de gênero em saúde sexual. Perspectivas teórico- metodológicas na Itália.

Autora: Rita Bianchieri

7. Câncer de colo de útero: o que pensam as mulheres?

Autoras: Denise Marques da Silva e Luciana Zucco

#### Parte II. A transversalidade de gênero nas políticas públicas de saúde

8. Serviço Social e a interface com a saúde cardiovascular: antecedentes históricos e ações interdisciplinares

Autora: Ana Beatriz Lima

9. Gênero e doença aterosclerótica coronariana

Autora: Andrea Lorenzo

10. Sociabilidade masculina, impacto na saúde e política nacional de atenção integral à saúde do homem

Autora: Aline de Carvalho Martins; Rozânia Bicego Xavier

11. Diversidade sexual e cuidado em saúde: a política de saúde LGBT

Autor: Marco José Duarte

12. Trabalho intersetorial e rede de apoio ao idoso dependente: reconhecendo desafios a partir da estratégia saúde da família

Autoras: Aldarice Pereira da Fonseca; Maria Elisabeth Kleba

13. As regras institucionais e os espaços para negociação: a negociação da ordem hospitalar entre profissionais de saúde e usuários de um serviço público de pediatria

Autora: Ângela Hygino Rangel

14. Aborto legal: direito de acesso restrito?

Autoras: Mariana Silveira Barcelos; Luciana Patrícia Zucco

15. Serviço Social Hospitalar: atuação prática com famílias/cuidador

Autoras: Elaine Fonseca Amaral da Silva; Lucinei Paz Ferreira; Bernadete Lima de Almeida; Rosemeire Cordeiro Santos

## INTRODUÇÃO

A presente coletânea reúne um conjunto de textos produzidos a partir de estudos interdisciplinares que abordam a transversalidade entre as categorias gênero e família, no campo da saúde. A ideia preliminar que orientou a organização da coletânea era dar continuidade aos debates em torno de temas e práticas da atuação profissional na área da saúde, a partir das Jornadas Científicas do Serviço Social no âmbito da SOCERJ (Sociedade de Cardiologia do Rio de Janeiro). No caso da temática da presente coletânea, apostou-se na possibilidade de iniciar uma série de debates caros à profissão de Serviço Social, porém ainda não suficientemente analisados. A proposta, no entanto, foi enriquecida com a contribuição de outros profissionais e instituições com formações distintas, que se somaram ao projeto com enfoques interdisciplinares sobre as questões de gênero na saúde coletiva, com destaque à prática na cardiologia.

Nesse processo de interlocução, desenhou-se a estrutura que ora se apresenta, congregando reflexões de pesquisadores e profissionais de instituições brasileiras e internacionais sobre a transversalidade de gênero na saúde e família. Estes/as autores/as são responsáveis tanto pela formação acadêmica e de produção de conhecimento quanto pela prestação da assistência à saúde, sendo elas: Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC; Universidade Estadual do Rio de Janeiro/UERJ; Universidade Federal Fluminense/UFF; Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ; Universidade de Coimbra/Portugal; Universidade de Pisa Itália; Universidade Comunitária da Região de Chapecó/UNOCHAPECÓ; Instituto Nacional de Cardiologia do Rio de Janeiro; Instituto Fernandes Figueira da FIOCRUZ; Ministério Público do Estado de Santa Catarina.

A coletânea retrata, portanto, a compreensão de suas organizadoras sobre as possíveis abordagens interdisciplinares e recortes das profissões que trabalham com a transversalidade de gênero na saúde, com a perspectiva de avançar no processo de produção de conhecimentos a partir da construção de espaços plurais para o debate. Partilha-se, assim, o trabalho coletivamente realizado, com base em leituras diversas e ricamente construídas segundo a trajetória de seus sujeitos. Ademais, entende-se ser este um dos princípios básicos da academia e do campo assistencial: promover a interação do que se produz para gerar novas iniciativas no campo do conhecimento científico.

Em termos de assistência à saúde, o leitor/a encontrará a riqueza do trabalho de profissionais nos diferentes níveis de atenção, da promoção à recuperação. É possível, igualmente, apreender os discursos do serviço social sobre saúde coletiva e gênero, em função desse ser um campo privilegiado de intervenção profissional e/ou de pesquisa dos assistentes sociais. No entanto, a coletânea não se circunscreve ao debate de uma categoria profissional, uma vez que o destaque é para a interlocução interdisciplinar e intersetorial sobre a temática, a partir de leituras e experiências diversas.

O recorte da transversalidade de gênero na saúde permitiu reunir discussões sobre família, cuidado e trajetórias de vida, diversidade sexual, violência, áreas de especialização da saúde, dados epidemiológicos e segmentos populacionais. A amplitude construída deu visibilidade às realidades de mulheres, homens e crianças constituídos pelas características e atribuições de gênero, vivendo seus processos de saúde doença segundo tal perspectiva. Logo, em alguns textos a saúde é projetada como política social atravessada pelas relações de gênero ou como espaço da intervenção de profissionais. Em outros, as relações de gênero é que se destacam e as reflexões ali encontradas contribuem para pensar a atuação dos/as assistentes sociais

inseridos em uma realidade complexa e que impõem questões marcadas pelos direitos sexuais e reprodutivos.

A primeira parte da coletânea congrega conceitos gerais sobre a categoria analítica gênero no contexto da saúde coletiva, com destaque ao espaço da família e à diversidade sexual. Nesse sentido, os textos recuperam a atuação dos movimentos feministas e de mulheres, e os desdobramentos conceituais para a compreensão da construção do feminino e masculino, bem como das famílias no campo da saúde. Situam apreensões sobre a atuação do serviço social, demandas atuais, intenções e dilemas da intervenção junto às famílias numa perspectiva de gênero, mas espraiam-se pelas questões de violência, pouco explorada pela literatura feminista brasileira, que é a perpetrada entre casais homossexuais.

O artigo de Carla Almeida abre a coletânea trazendo importantes reflexões sobre os significados atribuídos às famílias no contexto das instituições hospitalares públicas. A autora parte do reconhecimento de que a presença das famílias no acompanhamento hospitalar tem sido reclamada no interior das instituições, particularmente no que tange à participação nos cuidados ao doente. No entanto, chama atenção para o fato de que essa valorização tem sido acompanhada de tentativas de regulação das famílias vis-à-vis processos de resistência a tais imposições. Conclui sua análise indicando a necessidade de superar práticas controlistas e fortalecer a ampliação do acesso dos direitos dos usuários.

O texto de Rita de Cássia Santos Freitas avança no debate teórico das relações de gênero e das construções familiares. Analisa como historicamente essas relações foram se constituindo e se atualizando em nossa sociedade e o modo como atuaram e ainda atuam alimentando valores e ações desenvolvidas no âmbito das práticas em saúde e que são naturalizadas em nosso cotidiano.

Aline Souto Maior trata, em seu artigo, da intervenção do Serviço Social no campo da Saúde, enfatizando uma proposta de olhar às demandas e questões que emanam da prática profissional cotidiana, articulando-as ao debate sobre gênero e família. Para tanto, utiliza-se de contribuições teóricas que orientam a reflexão acerca do atendimento a mulheres no Instituto Nacional de Cardiologia (INC).

Teresa Kleba Lisboa e Daniele Beatriz Manfrini oferecem questionamentos importantes à temática de gênero ao problematizarem a dimensão do cuidado como uma atribuição predominantemente das mulheres. Afirmam que a concepção de gênero estrutura suas trajetórias de vida, indicando espaços, atividades e experiências que são internalizadas e que validam suas relações tanto na esfera pública, incluindo o trabalho, quanto na esfera privada.

Os textos de Ana Cristina Santos e Rita Biancheri trazem contribuições que permitem nos aproximar da realidade de outros países. Santos investiga, no âmbito da violência doméstica em Portugal, a violência que atinge pessoas lésbicas. Destaca, ainda, a invisibilidade que cerca essa temática e aponta a necessidade de uma maior reflexão no meio acadêmico, assim como de um investimento político por parte do Estado e da sociedade civil para construir políticas e respostas eficazes para a prevenção da violência conjugal lésbica.

Em seu artigo, Biancheri parte da discussão acerca do conceito de saúde para trazer reflexões sobre a necessidade de se pensar as relações de gênero como importante determinante do processo saúde-doença, deslocando essa discussão apenas do plano biológico. Traz para o debate a realidade italiana e o modo como essa discussão ainda possui um longo caminho a

ser desenvolvido naquele país.

Denise Marques da Silva e Luciana Zucco apresentam as narrativas das mulheres sobre seu processo de adoecimento por câncer de colo de útero em um hospital universitário do Sul do país. As autoras chamam a atenção para a incipiente discussão de gênero no campo da saúde, dificultando a compreensão da doença como resultado de interações entre os sujeitos, atravessadas por poderes diferenciados. Destacam que o processo de adoecimento por câncer cérvico uterino envolve múltiplas dimensões particulares relacionadas à DST, tais como: práticas preventivas; rastreamento da doença e acesso a serviços de saúde; informação sobre a temática; inclusão de todos os sujeitos envolvidos na assistência à saúde, destacando-se a necessidade do desenvolvimento de ações de educação em saúde que abordem a sexualidade e contemplem a saúde do homem.

A segunda parte da coletânea apresenta, além dos desafios oriundos dos postulados do sistema de saúde brasileiro, a premência da incorporação dos direitos de saúde reconhecidos a segmentos específicos. Abarca dados epidemiológicos referentes à cardiologia, segundo o recorte de gênero, bem como Políticas de Saúde particulares. Nesta, é possível problematizar a incorporação do feminino e do masculino, como se produz e reproduz essa construção nas políticas de saúde, e o desafio da integralidade. É oferecido, ainda, ao leitor/a, relatos de experiências profissionais e de investigação, em diferentes níveis de atenção à saúde, trabalhando com temas tabus, e com recorte explícito ou não de gênero.

Ana Beatriz Ribeiro Lima Lima descreve sua história profissional desempenhada na área da saúde cardiovascular, especialmente no Instituto Nacional de Cardiologia (INC) e sua inserção na Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro (SOCERJ), ressaltando o trabalho desenvolvido junto a famílias. Enfatiza os programas interdisciplinares desenvolvidos no INC, com resultados transformados em produção científica, constituindo avanços na resolução de políticas institucionais.

Andrea Lorenzo adota recorte pouco explorado e, portanto, com contribuições inéditas para se pensar a questão de gênero na saúde cardiovascular. A autora discute como os dados sobre a Doença Arterial Coronariana (DAC) perpassam pela discussão de gênero. Os dados epidemiológicos, os aspectos clínicos, os fatores de risco e a diferença de tratamento por sexo apontam como a DAC acomete tanto homens quanto mulheres, e possibilitam problematizar que esta não é uma doença de homens. O texto enfatiza, ainda, a importância do recorte de gênero no cotidiano de trabalho dos profissionais que atuam na assistência às doenças cardiovasculares.

O leitor é convidado por Aline Martins e Rozânia Xavier a pensar sobre a dimensão relacional do conceito de gênero ao discutirem as sociabilidades masculinas e seus impactos na vida e saúde dos homens. Enfatizam que os indicadores sociais sinalizam o impacto de uma socialização que promove modos de vida abusivos e autodestrutivos, materializados no atual perfil epidemiológico brasileiro. Colocam em pauta a necessidade de os profissionais, principalmente os da saúde, deslocarem seus olhares para as condições e questões específicas dos homens, a fim de garantir possibilidades de um atendimento voltado para suas necessidades.

O artigo de Marco José de Oliveira Duarte traz para o debate a dimensão do cuidado e da diversidade sexual no campo da saúde, especialmente no âmbito da saúde mental. O texto tece reflexões acerca da política de saúde LGBT e demarca a necessidade de reconhecimento dos

efeitos da discriminação no processo saúde-doença e a transversalidade do tema da diversidade sexual no campo da produção de cuidado em saúde e saúde mental. Dessa forma, aponta a urgência de se pensar o modo como esses temas impactam na constituição das políticas de saúde.

Alderice Fonseca e Elizabeth Kleba abordam o processo de envelhecimento no Brasil, particularmente no município de Chapecó, em Santa Catarina, com foco no reconhecimento da percepção de idosos dependentes sobre sua qualidade de vida. Evidenciam como se constitui sua rede de apoio e proteção, basicamente constituída pela família, com forte presença do recorte de gênero. A família se apresentou no estudo como dimensão fundamental para os idosos com doenças crônico-degenerativas.

Angela Hygino analisa, através de um estudo etnográfico em um hospital de alta complexidade situado na cidade do Rio de Janeiro, o processo de negociação das regras hospitalares entre profissionais de saúde e acompanhantes de crianças hospitalizadas no serviço de pediatria. Para a autora, a convivência diária entre os profissionais de saúde e os chamados 'leigos', imprime novas alterações na ordem institucional e, não raro, conflitos a serem administrados, colocando em debate o desenvolvimento ou o aumento da capacidade dos profissionais de mediar e negociar os conflitos.

O artigo de Mariana Barcelos e Luciana Zucco sistematiza a experiência de implantação do aborto legal no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina, que permanecia até o início da segunda década do século XXI como o único serviço de saúde do estado a realizar tal procedimento. Problematicam a real possibilidade de acesso à interrupção voluntária da gravidez como um dos direitos das mulheres voltado ao seu corpo e história de vida, centrando a chave de interpretação nos direitos sexuais e reprodutivos, que não se reduzem ao campo da saúde, abarcando um conjunto de políticas sociais.

Elaine Amaral da Silva, Lucinei Ferreira, Bernadete Almeida e Rosemeire Cordeiro Santos apresentam, em seu artigo intitulado Serviço Social Hospitalar: atuação prática com famílias/cuidador, alguns elementos para discussão sobre a atuação do Serviço Social com famílias, mais especificamente com os chamados cuidadores. As autoras realizam importante pesquisa bibliográfica e valem-se da observação da prática dos assistentes sociais em hospital público, contribuindo, desse modo, para o debate em torno das possibilidades e desafios da atuação profissional nesse campo.

Os diferentes recortes e abordagens desse conjunto de textos aqui reunidos têm como característica comum a busca de reflexões propositivas e interdisciplinares para pensar as relações de gênero no âmbito da saúde e a construção de políticas nesta área. Além disso, uma preocupação comum a todos esses enfoques é a busca em estar próximo e dar visibilidade aos vários sujeitos envolvidos: mulheres, homens, população LGBT, profissionais de saúde. Uma boa leitura e reflexão a todos.

As organizadoras

Parte I

Gênero e Saúde

# SIGNIFICADOS DA PRESENÇA-AUSÊNCIA DA FAMÍLIA NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE: DESAFIOS AO TRABALHO DOS ASSISTENTES SOCIAIS

Carla Cristina Lima de Almeida

## INTRODUÇÃO

O objetivo desse artigo é refletir sobre os sentidos atribuídos à família no contexto das instituições de saúde, bem como os impactos para o trabalho dos assistentes sociais e as expectativas sobre a função dos serviços que prestam cuidados de saúde.

Muito se tem debatido a respeito da importância da família nos processos de saúde-doença. A literatura do serviço social tem contribuído para as análises ao evidenciar de que modo a família tem assegurado funcionalidade à dinâmica neoliberal a partir do aprofundamento do modelo de proteção social baseado no pluralismo (família, sociedade, Estado).

No cotidiano dos serviços de atenção à saúde observam-se tensões em torno do que chamaremos de presença-ausência da família nesse cenário, provocando “ruídos” no trabalho que exigem novas estratégias de atuação. Além disso, as mudanças na estrutura e dinâmica da família demandam intenso trabalho de reflexão por parte dos profissionais, os quais se veem mergulhados num campo permeado por valores e práticas muito variados.

Sustentamos que a ausência da família na vida dos doentes provoca uma ressignificação do espaço do hospital, que passa a ser também espaço de asilamento dos pobres em contraposição a uma produção social e histórica do hospital como lugar terapêutico. Essa dinâmica leva a inúmeras tensões entre diversos profissionais que compõem o trabalho coletivo na saúde e entre esses e as famílias dos usuários, que são intensamente demandadas a participar dos cuidados dos seus doentes. Por outro lado, a presença da família nesse cenário pode adquirir significados inesperados que escapam ao controle dos trabalhadores da saúde, a despeito de seus esforços de regulação dos mesmos. Importa reconhecer esses processos, articulando os significados em torno da presença-ausência da família nas instituições de saúde.

Para tanto, tomamos como cenário de estudo o relato de uma experiência de atendimento em hospital de emergência. O exercício profissional da docência na disciplina de estágio tem revelado inúmeras narrativas da realidade social que desafiam duplamente, e de modo fértil, a intervenção e a reflexão acadêmica. Tal descrição aponta diversos aspectos que

atravessam a atenção em saúde na atualidade, dentre os quais poderiam ser citados: rotinas de atendimento, modelo assistencial, trabalho coletivo entre outros. Para o propósito desse estudo, nos deteremos nas dimensões que dialogam com a questão da família no contexto da saúde.

## O HOSPITAL, LUGAR DE POBRES?

Iniciamos com o relato:

*Internado na Emergência de um hospital. Baleados, esfaqueados, esfomeados, feridos de toda a sorte e jeito se reúnem ali. Sr. José, um senhor de 83 anos, cardiopata e com quatro pontes de safena. “Entrou em quase óbito”, informa a médica plantonista. Sobreviveu. Porém, durante cinco longos dias manteve-se ali no ritmo das ambulâncias do corpo de bombeiros, das máquinas de respiração artificial, dos clamores dos médicos que anunciavam a morte iminente: “Vamos entubar!” Resistiu a isso. Aguarda uma vaga para a enfermaria de cardiologia, onde deveria estar. Não era mais um “paciente de emergência”. Assim como ele, outros cinco companheiros de infortúnio aguardavam a transferência ou... a alta! Reunidos num espaço, Box, podiam ser classificados como os doentes em melhor estado de saúde. A rotina da emergência é a crise, a lotação, o sofrimento aberto, a morte à espreita. “Ali é a oficina da morte. Quem conseguir sair dali sobreviveu”, diz um paciente que observa o ritmo hospitalar enquanto espera seu próprio desfecho. O paciente observador refere-se ao Box que fica logo à entrada, onde estão os ressuscitados, os quase-mortos, os desesperados, os distorcidos, os deformados. Sr. José já estivera ali. “Passou para o lado de cá”, emenda o observador atento. Deitado numa maca, com um fino colchão coberto por um lençol fornecido pela família, Sr. José aguarda inquieto, impaciente, desesperado. Tenta fugir, agride, xinga, maltrata profissionais e possíveis colaboradores numa solidariedade desesperada. “Paciente não coopera”, escrevem os enfermeiros. Foi amarrado e sedado. A família é chamada com urgência pela assistente social. “Paciente abandonado. A empregada doméstica avisa que a sobrinha está se dirigindo ao hospital e irá resolver a situação”, anota a assistente social no livro de ocorrências do setor. Quem é a família? Essa sobrinha. Vive sozinho, é viúvo, acompanhado por uma empregada doméstica há cinco anos, que conhece seus modos e gestos, convive, cuida. Não a sobrinha, que tem com Sr. José um relacionamento social e esporádico. É a sobrinha quem tem de decidir o que fazer. “O paciente não está de alta, clinicamente ele não pode sair, mas ele não quer ficar”, informa o médico plantonista. A assistente social cede a sala, dá o cenário onde o enredo se desenrola. Acolhe o paciente em fuga, contorna o tempo fazendo-o esperar a “família”. “Sr. José já estaria de alta se o exame de sangue que solicitei ontem tivesse sido colhido”, observa o médico plantonista. Mas, naquele dia ninguém passou por lá. Nenhum médico pôde fazê-lo porque as sirenes das ambulâncias não paravam de romper a noite e as ruas. O paciente está com fome. A janta há alguns metros, aguarda cumprindo o seu destino de deterioração. “Se não tem acompanhante para dar, ele não come”, avisa a moça que distribui refeições. Assim segue, sem comer, sem trocar-se, sujo, ignorado, sem lençol e com frio. Acompanhantes experientes sabem o que fazer. Arrumam colchões para acoplar às macas; escolhem os melhores lugares para estacioná-las; trazem cadeiras de praia para descansarem durante a noite; carregam fraldas, papel higiênico e até alimentos para seus doentes; fornecem medicamentos. São os novos técnicos de enfermagem. Decidem levar (à revelia), influenciam a alta, terminam de tratar em casa. A casa é um braço do hospital. E o direito. Médicos, comprimidos pela falta de leitos, recursos, aparelhos, medicamentos “decidem” que casa e parentes é uma prescrição acertada. “Familiares solicitam a transferência do paciente para hospital de referência”, descreve o relatório médico enviado por fax para outra instituição, numa tentativa desesperada e em vão da*

*“família” de afastar esse caos. O paciente está de alta: convalido, enfraquecido, doente. Vai viver sua morte-vida em casa.*

Em “O Nascimento do Hospital”, Foucault (2007) argumenta que a ascensão deste como estratégia terapêutica é relativamente nova, sendo inventada em torno de 1780 a consciência da sua capacidade de produzir cura. O autor contrasta dois momentos significativos na história dessa instituição, mostrando que

antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. (...) O personagem ideal do hospital (...) não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. (...) dizia-se correntemente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer. A partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar (FOUCAULT, 2007, p. 109).

Esse processo de transição esquadrihado por Foucault nos ajuda a refletir sobre os conflitos que permeiam a assistência em saúde à população pobre, classificada na condição de risco ou vulnerabilidade social. Nessas circunstâncias, especula-se se estaríamos vivendo um híbrido entre lugar de pobres e espaço terapêutico. O que seria o hospital hoje?

No Brasil, os avanços sentidos a partir das lutas pelo direito à saúde, implementados na década de 80 e nos anos seguintes, resultaram num modelo de ação no setor que conjuga terapêutica e assistência aos pobres em suas diversas dimensões, o que é comumente descrito por meio do conceito de saúde ampliada.

A construção social do hospital como lugar de cura e produção da saúde, onde incidem práticas terapêuticas não exclui, por sua vez, a experiência recorrente deste como abrigo dos pobres, de tal modo que em alguns casos chegam a permanecer por longo tempo nesse espaço. Tal situação envolve um cenário de conflitos sobre a legitimidade dessa permanência, o que constitui uma zona de tensão entre dispositivos como “alta médica” e “alta social”, entre outros mecanismos de intervenção dos diferentes profissionais.

Tal cenário coloca em evidência distintos projetos terapêuticos que movimentam as possibilidades de intervenção do serviço de saúde. Referindo-se à delimitação do âmbito de atuação institucional, Weisshaupt (1988, p. 30) afirma o potencial político desse debate.

A instituição não é (...) um processo essencialmente produtivo, mas um processo de organização e legitimação social. Mais do que econômica, a instituição é uma entidade política. O objeto institucional, portanto, não é exatamente algo que se transforma. É algo que se reivindica e de que se pretende o monopólio. Cada instituição tem por objeto um conjunto de relações sociais que considera significativas para o desenvolvimento de sua ação controladora na sociedade.

Assim, a indagação sobre o que é e para que serve o hospital, além de mobilizar novas atividades sócio ocupacionais não restritas à intervenção médica, acarreta uma disputa acerca da legitimidade da ação institucional, que está longe de ser somente uma definição técnico científica. Envolve, sobretudo, considerações sobre o âmbito da ação institucional que a partir dos anos 80 foi traduzido como parte do conjunto dos direitos sociais. Weisshaupt (1988) apontará, por exemplo, a função política do Serviço Social na mediação entre a população e o Estado no usufruto de seus aparatos, configurando-se a cidadania efetiva da população o seu objeto de intervenção.

Cumprir destacar que a experiência de abrigo dos pobres no hospital ganha dramaticidade com o apagamento da família do campo de convivência desses usuários, tornando-se esse o motivo principal da permanência desses hóspedes no hospital. Isto promove uma busca desenfreada por algum elo familiar que possa remover os sujeitos desse espaço, restituindo-se desse modo sua “verdadeira” função terapêutica.

Diante da crescente dificuldade de operar com o sistema de saúde, resultante do desinvestimento nas políticas públicas e de todo um desarranjo da rede assistencial, identifica-se uma transferência para as famílias dos usuários acerca das decisões e responsabilidades pelo desfecho terapêutico, como podemos notar no trecho do relato onde se diz: “*O paciente não está de alta, clinicamente ele não pode sair, mas ele não quer ficar*”, complementando-se com a passagem: “*Familiares solicitam a transferência do paciente para hospital de referência*”.

Tal posição que passa a ser requerida dos familiares e acompanhantes dos usuários tem, contudo, implicações. O hospital, lugar de circulação de saberes e práticas científicas, torna-se também espaço de trocas entre valores e práticas leigas, onde se disputam atenções e necessidades, ainda que situadas dentro de uma hierarquia.

## OS MUITOS SENTIDOS DA FAMÍLIA NO HOSPITAL

O que dizer da presença da família no hospital? Nos relatos profissionais já se tem observado as contradições dessa presença na instituição hospitalar. No entanto, em muitos casos ela tem se tornado o “braço da instituição”, ao preencher o vazio das ações profissionais e das políticas públicas, substituir a assistência técnica, constituindo em alguns casos, os “*novos técnicos de enfermagem*”, como apontado no relato da experiência. Não apenas

prestam seus serviços como também fornecem insumos fundamentais à consecução do tratamento médico e terapêutico.

Entretanto, sua presença nesse espaço envolve também aquisição de conhecimentos e práticas que revela tais sujeitos com extrema habilidade no manejo dos recursos para a satisfação das necessidades de seus doentes. Manejo que envolve a compreensão de códigos diversos e o estabelecimento de sociabilidades de toda ordem. Longe eles estão de serem desprovidos de poder ou de sua presença significar somente o atendimento a uma necessidade dos profissionais. Resta-nos explorar um pouco mais isto.

A constatação da importância da categoria “poder” nos estudos das organizações levou Cecílio & Moreira (2002) a realizar um mapa conceitual dessa temática. A recomendação foucaultiana de que as instituições sejam estudadas pelas relações de poder que elas apresentam encontra sustentação na definição de poder disciplinar como

processo dinâmico relacional microcontextualizado que se organiza através de redes multivariadas e instáveis de indivíduos ou grupos que, de suas posições, tanto se subordinam ao poder quanto o exercem por meio de sua atividade organizacional cotidiana (2002, p.593).

A análise genealógica de poder foucaultiana permitiu uma investigação que não se limita ao Estado, evidenciando-se “formas de exercício do poder diferentes do Estado, a ele articuladas de maneiras variadas e que são indispensáveis inclusive a sua sustentação e atuação eficaz”. (MACHADO, 1979, p. XI).

Por essa matriz de entendimento podemos depreender dois elementos fundamentais. De um lado, a ideia de que no disciplinamento dos sujeitos o poder implica não apenas sujeição, mas agenciamentos que lhes proporcionam também exercê-lo. Por outro, a perspectiva de que essas práticas não se fazem alheias ao Estado e suas instituições, tornando-se parte do modo destas existirem. Então, vejamos.

A pequena descrição no início do texto acerca do espaço hospitalar evidencia um saber adquirido por esses coadjuvantes do atendimento em saúde, no que diz respeito à forma de ocupar esse espaço, de se relacionar com os especialistas e com seus “vizinhos”; todos muito bem decifrados na escala social a partir de sua inserção de classe, traduzida nos gestos, linguagens, tipos de cuidados. Interpretam os ritmos institucionais e suas práticas, o que os ajuda a criar expectativas quanto a serem bem sucedidos em sua abordagem junto aos especialistas.

Sabem que se não intervirem a comida não vai chegar, o medicamento não será ministrado, o médico assoberbado não priorizará seu familiar doente, ou seja, a rotina institucional está sob constante vigilância desses hóspedes atentos.

Entre si estabelecem redes de autoajuda, incorporando e ensinando os acompanhantes novatos na compreensão do lugar e do *seu* lugar. Vizinhos de leito ou de macas prestam solidariedade, trocam favores e objetos, torcem pela recuperação e sofrem com o desfecho dos doentes seus e dos que estão próximos. Criam assim, uma identidade comum, marcada pela presença neste lugar.

Marc Augé (1994, p.45) fala da ligação entre o reconhecimento de si e o lugar.

Todo acontecimento imprevisto, mesmo que, do ponto de vista ritual, seja perfeitamente previsível e recorrente, como o são os nascimentos, as enfermidades e os falecimentos, pede para ser interpretado, não, a bem dizer, para ser conhecido, mas para ser reconhecido, isto é para ser passível de um discurso, um diagnóstico (...). Não seria de espantar que os termos desse discurso sejam geralmente espaciais, a partir do momento que o dispositivo espacial é, ao mesmo tempo, o que exprime a identidade do grupo (as origens do grupo são, muitas vezes, diversas, mas é a identidade do lugar que o funda, congrega e une) e o que o grupo deve defender contra as ameaças externas e internas para que a linguagem da identidade conserve um sentido (1994, p.45).

Assim, nesse lugar constrói-se uma identidade coletiva, que até poderia vir a se tornar uma força instituinte, agregando novos recursos na luta pelos direitos. Nesse espaço hospitalar, eles se tornam, portanto, um grupo: o dos familiares e acompanhantes, cuja identidade é essencial para a legitimidade de seus pleitos e de sua posição.

Esses “familiares” estendem para o hospital uma prática bem observada nos estudos antropológicos que, ao operarem com o conceito de redes sociais (FONSECA, 2002, 2006; GUEDES, 1998; SARTI, 1996), descrevem experiências vigorosas nos meios populares onde, por meio da autoajuda, se exerce a produção de cuidados e proteção social. Marcadas pela informalidade, tais redes de solidariedade fazem circular outros saberes, além dos especialistas num espaço altamente especializado, mas que depende dessa rede para a eficácia de suas práticas.

Cumprido destacar que tais alianças são exercidas num contexto permeado por significados que precisam ser constantemente interpretados e transmitidos entre os que se articulam na rede, traduzidos a partir de suas experiências. Assim, no texto do relato inicial encontramos uma leitura muito precisa dos familiares e usuários sobre a organização das práticas no hospital:

A rotina da emergência é a crise, a lotação, o sofrimento aberto, a morte à espreita. “Ali é a oficina da morte. Quem conseguir sair dali sobreviveu”, diz um paciente que observa o ritmo hospitalar enquanto espera seu próprio desfecho. O paciente observador refere-se ao Box que fica logo à entrada, onde estão os ressuscitados, os quase-mortos, os desesperados, os distorcidos, os deformados.

O conceito de cultura como algo essencialmente semiótico defendido por Geertz (1989) é útil para a perspectiva de que no mundo estamos imersos numa “teia de significados” e que a sobreposição desses sentidos, uma vez produzidos, percebidos e interpretados permitem que o sujeito se conduza no meio social de forma relativamente eficaz.

O que o “paciente observador” nos sugere é que a produção desses sentidos não é algo exclusivo de intérpretes melhor aparelhados conceitualmente, os especialistas da sociedade e da cultura, mas alcançam os sujeitos que vivem essas experiências os quais não estão alheios à interpretação do que vivenciam. Nesse sentido, a explicação do *modus operandi* desse lugar é condição para a consecução de seus interesses e necessidades, as quais nem sempre são reivindicadas de modo explícito ou direto às estruturas formais da instituição, mas estão cotidianamente explicitadas no modo de posicionarem suas macas, de abrirem espaços nas salas de internação para encontrarem repouso, ou de se dirigirem para um profissional de saúde. Desta forma, a presença da família no hospital mobiliza práticas e sentidos variados, os quais não se encontram necessariamente sob o controle e dependência das decisões e demandas dos profissionais.

## O TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL COM FAMÍLIAS NA SAÚDE: DILEMAS E DESAFIOS

Costa (2006) chama de “nômades das unidades de saúde” os usuários que apresentam necessidades não contempladas no sistema. Por não terem a quem recorrer, eles constituem a população atendida pelo Serviço Social no Sistema Único de Saúde. Nesse contexto, são marcados por uma dupla exclusão, do acesso ao sistema, como também da sociedade. Assim, o assistente social é o principal “agente-trabalhador” que incide sobre essa população.

O exame do trabalho do assistente social na saúde o tem identificado na condição de “elo orgânico entre os diversos níveis do SUS”, mas também o profissional que se constitui agente de interação com as demais políticas setoriais. Desta forma, Costa (Ibidem) assegura que o principal produto do trabalho do assistente social na saúde é promover a integralidade das ações, um dos princípios fundamentais da Política de Saúde atual.

Temos assim, duas dimensões da atuação profissional junto à rede, uma que envolve a rede assistencial como um todo, junto aos mecanismos formais do Estado, e a rede sociocultural dos sujeitos que atende. Em seu trabalho, são os assistentes sociais que terão de lidar com os dilemas apresentados pela presença-ausência da família nas instituições de saúde.

Ao inscrever os usuários numa rede social, prioritariamente a familiar, remove do espaço institucional a gestão dos conflitos e contradições vividas na recuperação da saúde de uma população empobrecida e com recursos precários para fazer frente a tais problemas. Além disso, a atuação junto às famílias é parte da dinâmica que as torna corresponsáveis, coadjuvantes do processo terapêutico.

Assim, a família constitui objeto legítimo da atenção dos assistentes sociais na saúde. Mas, afinal quem é a *família* na linguagem institucional?

Um primeiro aspecto a demarcar é que *acompanhantes* e *família* são termos distintos, que nem sempre se comunicam. Entretanto, ainda que os primeiros possam estabelecer com os usuários do serviço uma relação afetiva, de afinidade, “marcada pela identificação estreita e duradoura entre determinadas pessoas que reconhecem entre elas certos direitos e obrigações mútuos” (FONSECA, 2005, p. 54), como define a autora a partir das experiências dos grupos por ela estudados, há uma distinção formal importante entre as duas classificações: acompanhantes e família.

No relato do início do texto, era a empregada doméstica a cuidadora próxima, afetiva e quem estabelecia com o idoso uma relação de familiaridade. Mas, quem era a família? Quem podia e devia assumir as decisões relativas ao paciente? A quem, em última instância, caberia a responsabilidade pelo sucesso/fracasso do desfecho terapêutico do usuário? Uma sobrinha distante.

Observa-se um tensionamento no trabalho com famílias: a coexistência de perspectivas classificatórias distintas que demarcam o que é uma família e o modo como essa vive e expressa relações de afeto e cuidado traz dilemas sobre como operar com essas experiências.

De um modo geral, as instituições e políticas consideram que a relação de consanguinidade segue marcando e definindo as trajetórias afetivas e os modos de vida dos sujeitos, a despeito de todo comentário em torno da idéia de que a família ganhou, na atualidade, novos e diversos contornos. A afirmação cada vez mais consensual de que a família não pode ser compreendida apenas como o núcleo formado por pais, filhos e parentes mais próximos, mas deve ser vista como um conjunto bem mais amplo de relacionamentos que extrapolam o modelo conjugal, heterossexual, biológico, etc.; tal afirmação convive lado

a lado com uma normatividade que repõe os elos consangüíneos como aqueles que no limite deverão respaldar o destino dos indivíduos.

São os laços consangüíneos, por exemplo, que vinculam relações parentais, como no caso dos testes de DNA e a responsabilização paterna na provisão dos filhos. Também são eles, que de algum modo contabilizam posições dos sujeitos na rede familiar e social, por ocasião do nascimento dos filhos (ALMEIDA, 2007). São eles que, em primeira instância, devem ser buscados na cogitação da guarda de crianças; e seguem outros tantos exemplos que poderíamos enumerar. Cabe ressaltar, no entanto, que muitas dessas situações são gerenciadas e até mesmo sugeridas pelos assistentes sociais como mecanismo de ampliação das condições de existência e dos direitos sociais dos usuários. Isto porque os laços de sangue são, grande parte das vezes, condição de acesso da população aos direitos sociais.

Reconhecendo-se que além de garantir direitos, tal processo produz efeitos simbólicos, valorativos, como manejar os diversos sentidos atuantes nesse campo de intervenção?

Além deste aspecto contraditório da intervenção profissional ao lidar com *famílias*, encontramos outro eixo de reflexão expresso por Fonseca no que diz respeito à indistinção entre “unidade doméstica” e “família”. Como afirma a autora: “trata-se de uma visão limitada, que não leva em consideração justamente a parte mais dinâmica das relações familiares – e que em geral extrapola em muito “a casa””. (2005, p. 53).

Considerando a vivência das classes populares etnografadas em várias pesquisas é possível afirmar que a experiência de trocas e relações de ajuda circunscreve um grupo familiar muito extenso e mutante, o que torna difícil a delimitação da unidade doméstica.

Assim como ocorre uma espécie de transbordamento dos limites da casa para o terreno, o puxado, quintal, portanto uma ressignificação do *espaço*; há também uma dinâmica no *tempo* que reconfigura as posições dos sujeitos, sua significação e suas funções no grupo familiar. Desse modo, uma avó que assumia a guarda e cuidados de um neto pode, num momento seguinte, não mais desempenhar esse papel, sendo substituída por outra pessoa parente, vizinha, ou mesmo pela instituição.

Diante desses elementos, Fonseca (2005) discorre sobre novas perspectivas para o trabalho com famílias.

Em suma, para qualquer intervenção, especialmente em grupos populares, seria fundamental verificar como as atividades do dia-a-dia envolvem uma rede que se estende no espaço para outras casas e até mesmo para outros bairros. Traçando as linhas de ajuda mútua, podemos melhor refletir sobre o que é, nessa instância, a “família” pertinente. (FONSECA, 2005, p. 53).

Entretanto, operar com as redes socioassistenciais, com os diversos programas sociais implica contornar, na melhor das hipóteses, condicionamentos no que diz respeito às definições de família e de quem pode ou não acessar os serviços e direitos sociais, os quais nem sempre envolvem a compreensão da dinamicidade das redes sociais e familiares da população.

Além desses dilemas que atravessam a intervenção profissional com famílias, convém olhar os instrumentos utilizados na interface dos profissionais com os usuários. É preciso admitir, concordando com a autora (FONSECA, 2005), que nós profissionais possuímos um campo limitado de observação das famílias, angulado muitas vezes pelas necessidades institucionais e técnicas voltadas para a concretização da proposta interventiva.

O profissional de saúde, realisticamente, tem apenas uma entrada para as famílias com as quais trabalha – uma entrada que comporta *um* lugar apenas (em geral, a casa) e *um* tempo (a atualidade). Entretanto, para interagir com os membros dessas famílias, que são envolvidos em relações que vão além do “aqui e agora”, é necessário que fique atento às dinâmicas que extrapolam seu limitado campo de observação, acionando o arsenal teórico adequado. (FONSECA, 2005, p. 54).

Isto torna muitíssimo desafiadora a definição de quem são os “membros relevantes de uma rede familiar”, assim como para que e como acioná-los. Questões para as quais é urgente a busca de novas estratégias de intervenção profissional.

Os familiares, na linguagem institucional, são os potenciais provedores de cuidados, por isso o seu alto valor como objeto de intervenção no espaço institucional. Pereira (2004), analisando o campo das políticas sociais brasileiras, destacou o fenômeno do “pluralismo de bem-estar social” como o modelo que combina precárias ações estatais com a ampliação da oferta de proteção social pelas famílias. Porém, aponta para a necessidade de não se perder de vista seu caráter contraditório, posto que a família não deve ser vista como uma “ilha de virtudes e consensos” (CARLOTO & MARIANO, 2010, p. 455). Permeada por tensões e contradições, como toda instituição social, deve ser “encarada como uma unidade simultaneamente forte e fraca” (PEREIRA, 2004).

Carloto e Mariano (2010), por sua vez, destacam o papel das mulheres nas dinâmicas de cuidado e serviços prestados pela família, de modo que atuar sobre elas é também considerar a incidência da divisão sexual do trabalho e suas implicações para os arranjos familiares. Freitas, Braga e Barros (2010) mostram como junto com a necessária análise da pluralidade das famílias, é preciso investir na reflexão sobre a centralidade das mulheres nas

políticas públicas, de forma que tais políticas “vêm continuamente reafirmando os papéis de gênero, contribuindo pouco para a transformação destes” (2010, p.32).

A partir dos estudos de Pereira (2004) e Costa (2002) é possível reconhecer que, a despeito de suas fragilidades e injunções, a família protagonizada pelas mulheres sempre fez parte dos arranjos de proteção social brasileiros.

A família é buscada pela instituição de saúde como braço direito do seu projeto terapêutico. Na falta de rede assistencial, mas também na concepção de que todo sujeito deve ser prioritariamente visto como pertencente à família e que deve ser cuidado por esta, acentua a função de produtora de serviços, cuidados e conhecimentos sobre o seu familiar, a despeito de suas reais possibilidades de realizar isto.

Pensar o lugar do serviço social junto a essas famílias, que recupere sua dinamicidade, particularidade e contradições sociais, políticas e culturais implica problematizar o significado de assegurar direitos e autonomia no contexto da saúde. Sendo assim, o que nos compete como profissionais da intervenção e também analíticos das condicionantes sociais, históricas e políticas dessas práticas?

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditamos que refinar nosso olhar para as dinâmicas que envolvem as famílias é tornarmos capazes de gerar possibilidades novas de intervenção profissional no sentido de seu fortalecimento e não apenas regulação. Ao finalizar essa reflexão, observamos que ainda falta muito a produzir em torno da intervenção profissional dos assistentes sociais junto às famílias. Conseguimos identificar dilemas, fundamentações que atravessam o exercício profissional, porém as estratégias de trabalho ainda estão por ser criadas na sua potência inventiva de caminhos que assegurem proteção social para todos.

Para tanto, é preciso analisar profundamente as contradições que permeiam os espaços institucionais, bem como compreender a profissão com suas características contraditórias.

A demanda institucional pela família como necessidade de realização do projeto terapêutico dos serviços de saúde espera que esta se constitua: um destino aonde ir (*Vai viver sua morte-vida em casa*); coadjuvante dos cuidados médicos (*Se não tem acompanhante para dar, ele não come*); provedora de insumos de saúde (... *carregam fraldas, papel higiênico e até alimentos para seus doentes; fornecem medicamentos.*). Tais expectativas, no entanto,

possuem efeitos não previsíveis pelos profissionais, que exprimem implicações da presença-ausência das famílias no espaço da saúde.

Num contexto marcado por estratégias de autoajuda as famílias pobres, mediante a articulação em redes sociais extensas, que envolvem laços de parentesco e de conhecidos, recolocam no cenário terapêutico do hospital um conjunto de saberes e práticas que ao produzirem sentidos sobre a experiência no lugar, as torna forças atuantes na atenção das necessidades de saúde de seus doentes.

Nesse sentido, não podem ser consideradas somente pelo prisma das necessidades profissionais, tão pouco como objeto da regulação e normatização institucional, ainda que essas forças exerçam sobre elas papel condicionante.

Estas dinâmicas precisam, portanto, ser melhor compreendidas e fortalecidas na perspectiva da ampliação do acesso aos direitos dos usuários, eixo que mobiliza a atuação dos assistentes sociais.

Baseando-se em Hannah Arendt, Telles (apud Pinheiro et alii, 2010) aponta que

a noção de direitos não diz respeito a necessidades, interesses ou demandas individuais. Faz referência, antes de tudo, a uma forma de sociabilidade política e, nesse caso, o direito só pode existir no exercício efetivo de direitos. Ou seja, para garantir direito no Estado Moderno, torna-se necessário criar e ampliar espaços públicos, nos quais as regras de sociabilidade sejam fundamentadas na democracia e suas instituições sejam permeáveis aos valores democráticos. (PINHEIRO et alii, 2010, p. 19).

Desse modo, articulam-se o exercício de direitos e as experiências de sociabilidade diversas que convivem nos espaços públicos e privados, dentre os quais podemos situar os serviços de saúde. As famílias como grupos fundamentais a mobilizar as necessidades sociais dos sujeitos apresentam desafios à análise e intervenção dos profissionais; constituem, sobretudo, possibilidades de invenções de novas estratégias de atenção às necessidades sociais e de saúde da população.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Carla C. Horizontes da Anticoncepção: subjetividade, cultura e política. In: FRANCISCO, M.V.; ALMEIDA, C.C.L. (orgs). **Trabalho, Território e Cultura: novos prismas para o debate das políticas públicas**. São Paulo, Ed. Cortez, 2007.

- AUGÉ, Marc. **Não-Lugares: Introdução a uma antropologia da supermodernidade**. Campinas, Papirus, 1994.
- CARLOTO, Cássia; MARIANO, Silvana. No meio do caminho entre o privado e o público: um debate sobre o papel das mulheres na política de assistência social. **Estudos Feministas**, Florianópolis, n. 18, v.2, pp. 451-471, maio-agosto 2010.
- CECÍLIO, Luiz Carlos de O.; MOREIRA, Maria Elisa. Disputa de interesses, mecanismos de controle e conflitos: a trama do poder nas organizações de saúde. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 6, n.4, pp. 587-608, Jul./Ago. 2002.
- COSTA, Maria Dalva. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais. In: MOTA, Ana Elizabeth et alii (orgs.). **Serviço Social e Saúde**. São Paulo, Cortez, 2006.
- COSTA, Suely Gomes. Proteção social, maternidade transferida e lutas pela saúde transferida e lutas pela saúde reprodutiva. **Estudos Feministas**, Florianópolis, ano 10, pp.302-323, 2º semestre 2002.
- FONSECA, Claudia. Mãe é uma só? Reflexões em torno de alguns casos brasileiros. **Psicol. USP**, vol.13, no.2, pp. 49-68, São Paulo, 2002.
- \_\_\_\_\_. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. **Revista Saúde e Sociedade**, v.14 n.2, São Paulo, maio/ago. 2005.
- \_\_\_\_\_. Da circulação de crianças à adoção internacional: questões de pertencimento e posse. **Cadernos Pagu**, n. 26, pp.11-43, Campinas, jan./jun. 2006.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 23ª edição. Rio de Janeiro, Graal, 2007.
- FREITAS, Rita de Cássia S.; BRAGA, Cenira D.; BARROS, Nívia V. Famílias e Serviço Social – algumas reflexões para o debate. In: DUARTE, M.; ALENCAR, M. (orgs) **Família, Famílias: práticas sociais e conversações contemporâneas**. Rio de Janeiro, Lumen Juris Editora, 2010.
- GEERTZ, Clifford. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan S.A., 1989.
- GUEDES, Simoni Lahud. Redes de Parentesco e consideração entre trabalhadores urbanos: tecendo relações a partir de *quintais*. **CADERNO CRH**, n. 29, pp. 189-208, Salvador, jul./dez. 1998.
- MACHADO, Roberto. Introdução: Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 23ª edição. Rio de Janeiro, Graal, 2007.
- PEREIRA-PEREIRA, Potyara A. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: SALES, M.; MATOS, M.; LEAL, M.C. (orgs.).

**Política Social, Família e Juventude: uma questão de direitos.** São Paulo, Cortez Editora, 2004. pp.25-42.

PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francini; MACHADO, Felipe; GOMES, Rafael. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (orgs.) **Construção Social da Demanda:** direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. 2ª edição. Rio de Janeiro, CEPESC/IMS-UERJ/ ABRASCO, 2010. pp.13-33.

SARTI, Cynthia. A. **A família como espelho:** um estudo sobre a moral dos pobres. São Paulo, Ed. Cortez, 1996.

WEISSHAUPT, Jean Robert. **As Funções Sócio Institucionais do Serviço Social.** 2ª edição. São Paulo, Ed. Cortez, 1988.

# A CONSTRUÇÃO SOCIAL DOS PAPÉIS DE GÊNERO NA FAMÍLIA E AS (NOSSAS) PRÁTICAS EM SAÚDE<sup>1</sup>

Rita de Cássia Santos Freitas

Proponho começar esse texto nos debruçando sobre uma história, contada por Eduardo Galeano, em seu livro dedicado às Mulheres<sup>2</sup>. O título do texto é *Jane* (e os grifos são meus):

Dos dezesseis irmãos de Benjamin Franklin, Jane é a que mais se parece com ele em talento e força de vontade.

Mas na idade em que Benjamin saiu de casa para abrir seu próprio caminho, Jane casou-se com um seleiro pobre, que a aceitou sem dote, e dez meses depois deu à luz seu primeiro filho. Desde então, durante um quarto de século, Jane teve um filho a cada dois anos. Algumas crianças morreram, e cada morte abriu-lhe um talho no peito. As que viveram exigiram comida, abrigo, instrução e consolo. Jane passou noites a fio ninando os que choravam, lavou montanhas de roupa, banhou montões de crianças, correu do mercado à cozinha, esfregou torres de pratos, ensinou abecedários e ofícios, trabalhou ombro a ombro com o marido na oficina e atendeu os hóspedes cujo aluguel ajudava a encher a panela. Jane foi esposa devota e viúva exemplar; e quando os filhos estavam crescidos, encarregou-se dos próprios pais doentes, de suas filhas solteironas e de seus netos desamparados.

Jane jamais conheceu o prazer de se deixar flutuar em um lago, levada à deriva pelo fio de um papagaio, como costumava fazer Benjamin, apesar da idade. Jane nunca teve tempo de pensar, nem se permitiu duvidar. Benjamin continua sendo um amante fervoroso, mas Jane ignora que o sexo possa produzir outra coisa além de filhos.

Benjamin, fundador de uma nação de inventores é um grande homem de todos os tempos. **Jane é uma mulher do seu tempo**, igual a quase todas as mulheres de todos os tempos, que cumpriu com seu dever nesta terra e expiou sua parte de culpa na maldição bíblica. Ela fez o possível para não ficar louca e buscou, em vão, um pouco de silêncio.

**Seu caso não despertará o interesse dos historiadores.**

O que essa história – e poderíamos ter outras – nos faz pensar? Benjamin, enquanto um homem fundador de uma nação de inventores é tido como um “grande homem”. Em todos os tempos – e ninguém discordaria disso. A história de Jane não possui a riqueza nem a variedade de espaços que a do seu irmão. Ela não viajou, ela não criou invenções, nem

---

<sup>1</sup> Esse texto nasce de uma palestra realizada na VII Jornada de Serviço Social em Cardiologia – SOCERJ, em 25 de abril de 2012. O tema desta fala era a construção social dos papéis de gênero na família. Procurei manter o tom mais coloquial propositadamente pensando este momento como um bate papo sobre questões tão próximas e ao mesmo tempo tão distantes de nós devido a forma como são naturalizadas.

<sup>2</sup> GALEANO, Eduardo. *Mulheres*, Porto Alegre: L&PM Editores, 2007.

escrever podia. Ela estava ocupada trabalhando, cuidando, e tratando: dos filhos, dos pais, dos netos, da família (inclusive dos negócios, pois ajudava o marido). A quantidade de coisas que fez (lavou, cozinhou, costurou,) e de pessoas que cuidou (pais, marido, filhos, netos) é enorme; mas não tem o reconhecimento e o valor socialmente reconhecido que as coisas que seu irmão fez. Por isso, ela é uma mulher do seu tempo, igual a tantas outras mulheres. Por isso, sua vida não despertou o interesse dos historiadores. É o estudo das relações de gênero que nos permite compreender essa história. O descobrimento dessa história e desse espaço é recente e é muito devedor das contribuições advindas dos movimentos de mulheres e feministas que ajudaram a tirar a capa da invisibilidade desse mundo privado, mostrando que o pessoal é político (VARIKAS, 1996).

O avançar dos estudos feministas, desembocando nos estudos de gênero contribuiu para amadurecer uma área de estudos envolvendo várias matrizes disciplinares, como a história, antropologia, sociologia, demografia, etc. Será interessante nos aproximarmos aqui da noção de “ecologia dos saberes” proposta por Santos (2007). A ideia de uma “ecologia dos saberes” se contrapõe a noção de “monocultura do saber”. Por ecologia dos saberes deve ser entendido o necessário reconhecimento da pluralidade de conhecimentos – e práticas sociais – existentes (e não vinculados apenas um tipo de saber, como à ciência moderna). Dada a inesgotável diversidade – inclusive epistemológica – que caracteriza o mundo, o conhecimento também só pode ser alcançado por tipo de conhecimento/saber que busque estabelecer diálogos entre diferentes saberes e diferentes sujeitos. A ecologia de saberes se baseia, assim, na ideia de que “conhecimento é interconhecimento” e que é importante dar consistência a um pensamento (e, portanto, uma intervenção – que necessariamente é do âmbito do político) plural e propositivo. Este é outro autor a destacar a importância das epistemologias feministas para a crítica dos dualismos clássicos da modernidade – natureza/cultura, sujeito/objeto e humano/não-humano – e no processo de desnaturalização das hierarquias de classe, gênero e raça. A importância desse olhar está na abertura para ouvir – e aprender com – o outro.

Especificamente a discussão das relações de gênero nos ajuda a repensar certos fatos tidos como “naturais” ou “normais” (uma palavrinha bem difícil, e com a qual facilmente golpeamos àqueles e àquelas que escapam dos nossos frágeis padrões normativos). As relações estabelecidas entre homens e mulheres e a própria família são exemplos dessas relações<sup>3</sup>. Na área da saúde, que é o que nos interessa aqui, isso não foi diferente. E aqui,

---

<sup>3</sup> Essas noções – ou *habitus*, usando o termo criado por Pierre Bourdieu (1996 e 1999) – perpassam nossas visões de mundo e estão presentes nas ações que realizamos.

como em quase tudo na nossa vida, de nada adianta a afirmação de uma cientificidade e uma neutralidade que já significa de antemão, a tomada de uma posição. As noções de famílias, dos papéis de homens e mulheres perpassam nosso dia-a-dia e nossas práticas. E reconhecer a sua historicidade é já um passo para sua desnaturalização e assumir nossa não neutralidade. Assim, esse escrito visa pensar o espaço da saúde – e as práticas aí desenvolvidas.

É necessário, contudo, definir o caminho que pretendo trilhar. Primeiro será importante conversar um pouco sobre o debate que cerca a definição de gênero – e o modo como as relações de gênero impactam na construção de um ideal de família e, por implicação, dos papéis de homens e mulheres. Em seguida, vamos ver como historicamente essas relações são tecidas nos espaços da saúde e orientaram os saberes e práticas aí desenvolvidas. Claro que não será possível uma análise exaustiva, mas acredito que alguns exemplos darão conta de demonstrar como as noções – naturalizadas – de gênero e de famílias estão presentes na construção do discurso (e práticas) na saúde. Trago também de forma a complementar essa construção, o discurso religioso tão forte no Brasil. A partir desses discursos, acrescidos de outras representações buscadas em imagens, músicas e poesias pretendo mostrar como as concepções de gênero vão sendo gestadas e naturalizadas nas várias instâncias de nosso cotidiano. Termino, buscando estabelecer algumas reflexões propositivas para pensar a saúde e as relações de gênero e famílias hoje. Ao tomar como objeto de análise o modo como esse discurso surge na medicina, minha ideia é mostrar como essas percepções possuem uma longa duração histórica se fazendo presente até os dias de hoje.

## GÊNERO COMO CONSTRUÇÃO SOCIAL

É importante compreendermos essa categoria de análise. Segundo Louro (2008, p. 21) gênero é a forma como as características sexuais “são representadas ou valorizadas, aquilo que se diz ou se pensa sobre elas que vai constituir, efetivamente, o que é feminino ou masculino em uma dada sociedade e em um dado momento histórico”. A utilização da categoria gênero busca, em princípio, se diferenciar da palavra sexo. Algo hoje já bastante difundido é a frase de que gênero é uma construção social. Mas o que isso significa? Que implicações essa noção traz? Em seu início, trabalhar com a questão do gênero trouxe polêmicas dentro do próprio movimento de mulheres e feminista. A crítica principal era que o conceito retirava a mulher da centralidade da análise (ocultando, assim, a dominação masculina), uma vez que os estudos passavam a se concentrar nas relações sociais entre

homens e mulheres. Atualmente outra crítica presente diz respeito ao dualismo existente no conceito ao associar sexo à natureza e gênero à cultura, como se o sexo também não pudesse ser socialmente construído. É verdade que hoje assistimos também a uma vulgarização deste conceito, com sua utilização indiscriminada (SCOTT, 2012). Em interessante tese discutindo os feminismos em Portugal, Tavares (2007) aponta essa questão e a necessidade de um aprofundamento teórico. Ainda que concordando com essa análise, continuo utilizando esta categoria por reconhecer sua contribuição no sentido de desconstrução das relações de dominação (e complementariedade) nas relações homens e mulheres – mesmo que também concorde que no futuro, essa dicotomia implícita entre sexo e gênero possa ser desconstruída.

Em meus textos, sempre procuro partir do texto seminal de Joan Scott (1991). Segundo esta autora, gênero deve ser entendido primeiro, enquanto um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças entre os sexos, e segundo, como uma forma de significar as relações de poder. Didaticamente, é interessante dissecar essas duas dimensões.

**Primeiro**, o gênero como um produto social e histórico, uma **relação social** que é apreendida, institucionalizada e transmitida pelas gerações; algo da esfera do social, e não um “destino” dado pela biologia. Enquanto elemento constitutivo das relações sociais, Scott analisa quatro componentes que fariam parte dessas relações e que são relacionados entre si:

- 1) Símbolos culturalmente disponíveis (como as imagens de Eva e Maria);
- 2) Conceitos normativos (presentes na religião, educação, etc.) de conteúdo binário;
- 3) Instituições e organizações sociais (como a política, mas também o parentesco, a economia, mercado de trabalho e a saúde);
- 4) A construção **social** das identidades subjetivas (presente nas práticas mais singelas, como a escolha de um brinquedo – nesse sentido, um olhar antropológico dentro de uma destas lojas fornece um imenso material para percebermos como os brinquedos de meninos e meninas encaminha “naturalmente” cada um desses seres para uma determinada direção).

**Segundo**, este conceito traz consigo a noção de uma distribuição desigual do **poder**, que gera a subalternização da mulher na organização da vida social. O que a análise baseada nas relações de gênero põe à vista é o modo como em diferentes sociedades e períodos históricos os atos e interesses dos homens são sempre mais valorizados socialmente do que aqueles relacionados ao cotidiano feminino. Como a escritora Virginia Woolf “brincou”, anos atrás, ao afirmar junto a autoridades masculinas, falar de futebol e política continua sendo mais importante que falar da casa e dos filhos.

Uma das faces mais cruéis dessa relação é aquela que foi conceituada por Pierre Bourdieu (1999) como “violência simbólica”, ou seja, um tipo de violência que não se sente como violenta, que é naturalizada e introjetada como natural não só pelos ditos dominantes, mas também pelos dominados que tomam para si os pontos de vista que seriam dos dominantes<sup>4</sup>. Louro (2008) recorrendo à obra de Michel Foucault, vai lembrar que não se pode falar de poder sem liberdade – e, concomitantemente, sem espaço para a resistência e a revolta. Se tomarmos a definição de poder foucaultiana, iremos perceber que este não está num lugar específico, mas se espraia em todas as direções, como uma rede<sup>5</sup>. Isso significa que as relações de gênero podem – e são – transformadas.

Outro aspecto central ao trabalhar com gênero é a questão da transversalidade (ou da interseccionalidade<sup>6</sup>) que, para mim, é a “marca registrada” desta categoria. Não consigo entender gênero centrado nele mesmo. Sua análise só faz sentido se articulado a outras dimensões, como classe, raça-etnia, geração ou orientação sexual. Por exemplo, H. Saffioti (1992) estuda o conceito de gênero buscando articulá-lo à questão das classes. Como aprendemos com uma de nossas primeiras feministas e teóricas do gênero, homens e mulheres vivem o mesmo cotidiano de classe, mas a maneira como cada um destes apreende este mesmo cotidiano não pode ser a mesma, já que desde crianças foram acostumados a pensar o mundo e a se pensar no mundo de forma diferenciada. É importante compreender isso para não recairmos em essencializações. Não existe a Mulher; existem mulheres – que tem cor, classe, idades, identidades e interesses diferenciados.

Para concluir essa problematização retomo Judith Butler (2003) para enfatizar a perspectiva relacional que deve caracterizar os estudos de gênero. Gênero não pode ser entendido como um estudo sobre a mulher (por isso a importância da dimensão relacional). Outra dimensão importante de ser destacada diz respeito às discussões possibilitadas pela teoria *queer*<sup>7</sup>. Uma questão central nessa teoria é a contestação não apenas da divisão de gênero, mas de uma heteronormatividade compulsória que marca nossa sociedade (e as configurações e práticas familiares). Representante dessa heteronormatividade compulsória é o indivíduo homem, branco, ocidental e jovem. A perspectiva *queer* nos fala de uma diferença que **não** quer ser assimilada – o que a transforma numa teoria e uma forma de ação muito mais transgressiva e perturbadora.

---

<sup>4</sup> Esse conceito se aplicaria ao gênero, mas também ao racismo, ou ao modo como as relações de classe são naturalizadas. Essa violência pode ser comprovada em falas do tipo: “foi sempre assim”, “Deus quis assim”...

<sup>5</sup> Cf. Foucault (1986).

<sup>6</sup> Santos (2013) também traz importante reflexão nesse sentido, ao apontar a necessidade de se entender os sujeitos em sua pluralidade de relações.

<sup>7</sup> Para uma melhor aproximação a essa teoria, cf. Roseneil (2006) e Louro (2008).

Assim, entender a construção social dos gêneros é fundamental para compreendermos as formas que homens e mulheres constroem suas vidas. Nossa representação de família está assentada numa perspectiva de divisão entre as esferas pública e privada. Para a mulher, o mundo privado, a família, a casa, o afeto e as práticas do cuidado; já para os homens, o mundo público, o trabalho, as ruas, a razão. Ao trabalhar famílias no plural estou admitindo que existe uma multiplicidade de arranjos familiares. Estes, longe de serem uma realidade natural e imutável, são também construídos historicamente, de acordo com determinados contextos sociais e em função de necessidades específicas. Além disso, é fundamental levar em consideração as questões de classe que perpassam os diferentes cotidianos familiares. Portanto, para que qualquer análise sobre famílias tenha êxito, é necessário desnaturalizá-las, reconhecendo seu conteúdo social<sup>8</sup>. A sociedade capitalista trouxe para o centro do palco a família moderna<sup>9</sup>, intimista. O desenvolver histórico nos trouxe transformações nessa realidade, trazendo a tona o que a literatura chama de “novos arranjos familiares”. Contudo, utilizo sempre a expressão “novos arranjos” entre aspas, porque apesar de usual na literatura, essa realidade não aponta um fenômeno efetivamente novo; diferentes modelos familiares sempre existiram (embora normalmente secundarizados por um modelo hegemônico socialmente, como hoje é a família nuclear moderna). O que temos de novo é a capacidade de nossas “lentes” captarem esse fenômeno sem escondê-lo sob a capa do “desviante” ou das chamadas “famílias desestruturadas” ou “multiproblemáticas”. Dessa forma, um dos primeiros problemas que surgem ao lidar com essa temática é exatamente construir essa capacidade de desnaturalizar, de questionar um tema tão “familiar” (VITALE, 2002). O que importa destacar é que as estruturas e modelos familiares sofreram diversas modificações ao longo da história e principalmente, que **não existe um modelo único de se pensar a família**. A família que conhecemos – e aprendemos a achar que era eterna – é a família moderna, intimista, nuclear, centrada no modelo pai-mãe-filhos. O passar do tempo e a atualidade mostram alterações nessa realidade<sup>10</sup>. Contudo, buscamos a todo o momento nos voltarmos para essa representação que parece tão “natural”. O que proponho, agora é, depois de

---

<sup>8</sup> Cf. nesse sentido, Freitas, Braga e Barros (2010), Carvalho (1995), Sarti (2003a e 2003b).

<sup>9</sup> Cf. Singly (2007).

<sup>10</sup> A naturalização do mundo privado como o espaço da família, cuidado pelas mulheres, mas comandado pelos homens vem cada vez mais sendo posto à prova em todas as classes sociais questionando o regime patriarcal (CASTELLS, 1999). Por outro lado, como afirma Roseneil (2006), pelo menos no que toca as sociedades ocidentais, a chamada “família convencional” é, cada vez mais, uma prática minoritária. Por isso afirma ser fundamental “desalojar a família e o casal heterossexual do lugar central que têm ocupado no nosso imaginário intelectual” (p. 34). Não posso entrar nessa discussão aqui, mas é interessante a argumentação da autora que a sociologia enquanto disciplina não dispõe, para o estudo da amizade, de um subcampo de envergadura como o da sociologia da família e do parentesco.

entendermos minimamente o conceito de gênero, vemos como esse ideal de família com o qual convivemos até hoje foi sendo construído. Dessa forma, proponho uma “volta” no tempo para ver como esse processo se iniciou. Vários discursos e práticas foram importantes nesse sentido. Vou me deter sobre alguns deles.

## GÊNERO, SAÚDE E FAMÍLIAS

A gente aprende a se pensar e a se reconhecer desde pequenos no espaço de sociabilidade fundamental que é a família. Como já disse em outro texto – e digo sempre em sala de aula exatamente ao discutir famílias – somos seres sociais. Ter fome ou sede é natural; mas o que a gente come ou bebe e os artefatos que utilizamos para essas funções, tudo isso está na alçada da cultura. Somos seres que aprendem. E, na família a gente começa a aprender a ser homem e mulher. Depois, esse aprendizado se estende a outros espaços, como a escola, mas não só. São várias as instituições que vão, lentamente, ratificando essas representações, como a mídia, a religião, e – no que vai nos interessar mais de perto – os espaços da saúde.

Os estudos das famílias revelam as variadas formas em que elas evoluem e se modificam, além de seu significado que varia de sociedade para sociedade. A família é uma instituição social que varia através da história, apresentando formas e finalidades diversas numa mesma época e lugar, conforme o grupo social que esteja sendo observado. A família nuclear burguesa é aquela fundada no casamento monogâmico estabelecido por mútuo consentimento, composta pelo pai, que é o chefe e detentor da autoridade, sob a mãe e seus filhos. Quando pensamos em Brasil, estamos falando aqui de finais do século XIX e início do século XX. Estamos pensando numa sociedade que se organiza para se tornar apta a entrar na “modernidade”. É momento de consolidação do capitalismo no país – e de uma ampla agitação social. Neste período, o que se tornava urgente era criar uma sociedade “apta” para propiciar a instalação de fábricas e constituir um parque industrial. Todos os aspectos da vida serão atingidos. A cidade verá suas ruas serem rasgadas para construir grandes avenidas. Os pobres terão suas casas derrubadas e serão expulsas do centro da cidade – indo para as periferias (distante dos locais de trabalho) ou subirão os morros, dando início às primeiras favelas. Na saúde, o movimento higienista também será marcado por um teor altamente ditatorial e abusivo. A educação e a família serão alvos de intervenção, buscando fazer dos jovens futuros operários e das mulheres as principais responsáveis em retirar os homens do cabaré e instaurar a ordem em casa (RAGO,1985). Uma educação diferenciada estará

presente. Não apenas sexualmente dividida, mas também existia a separação entre os estudos técnicos e o das humanidades<sup>11</sup>: para os jovens pobres o que ganhará destaque é a educação industrial. Escrevi em 1994, ao estudar a formação do ethos do trabalho no primeiro governo Vargas que “para efetivar a subordinação aos requisitos do mundo burguês, vários mecanismos foram implementados, como políticas de imigração, reformas urbanas e políticas sanitárias. Os esforços para forçar a adesão do trabalhador ao processo produtivo vão convergir para a disseminação e elaboração de uma ‘ideologia do trabalho’” (FREITAS, 1994, p. 26<sup>12</sup>).

A divisão sexual dos papéis sociais nas famílias está baseada num viés de gênero; e, por isso, a mulher tem um papel secundarizado e desvalorizado. O espaço privado compete às mulheres e a esfera pública ao homem. Uma pequena observação: se pensarmos nas sociedades “pré-capitalistas”, vamos perceber que (ainda que as diferenças de gênero estivessem presentes) os chamados mundos privado e público eram profundamente articulados. Produção e reprodução são espaços partilhados pela família. A novidade trazida pelo mundo moderno capitalista (uma das novidades, na verdade) é a separação das esferas pública e privada. Fato que resultou numa das formas mais “refinadas” de opressão das mulheres. A separação desses espaços criou a representação do espaço público, político, como o espaço do trabalho, o espaço da fábrica, um espaço de homens. Em contrapartida, o mundo privado passou a ser visto como o espaço da família, das relações de afeto, de cuidados e, portanto, do não trabalho. A consequência disso é que o trabalho das mulheres dentro de casa – fundamental (se não fosse pelo lado afetivo, mas também pelo econômico) na reprodução da força de trabalho – é desqualificado e invisibilizado (“trabalho” é o que fazemos nas ruas; jamais dentro de nossas casas!). E isso resulta no fato de que as profissões e atividades que se aproximam à dimensão do espaço doméstico são menos valorizadas. E como o espaço do público, é um espaço masculino, o trabalho das mulheres ou é tido como secundário, “suplementar” dentro da família (por isso, podem ganhar menos<sup>13</sup>), ou como desviante ao ganhar o rótulo de “mulheres públicas”. Isso em termos de classe é ainda pior, pois as mulheres pobres **sempre** tiveram de trabalhar – sem que isso significasse necessariamente emancipação. E tiveram que pagar um alto preço por isso. Mas é hora de acabar essa

---

<sup>11</sup> Sobre esse processo, é interessante a reflexão estabelecida por Bourdieu (1996).

<sup>12</sup> Mas é sempre importante lembrar que uma evolução não se faz em linha reta. Se toda uma engrenagem é montada para transformar essa população em força de trabalho apta para a sociedade capitalista, essa mesma população sempre encontrou maneiras de resistir e driblar esse processo (FREITAS, 1994).

<sup>13</sup> Segundo o Censo de 2010, o rendimento médio mensal das mulheres representou 70,6% daquele auferido pelos homens no País. Nas Grandes Regiões, este percentual varia entre 70,3%, na Região Sul, a 75,5%, na Região Norte. Cf. IBGE, 2011.

observação e nos voltarmos ao nosso texto. Como se constrói essa representação, esse ideal de família? Dois discursos serão muito importantes: o discurso médico e o religioso<sup>14</sup>.

### *O olhar médico e o higienismo*

O discurso médico vai enfatizar as diferenças biológicas entre as mulheres e os homens para a definição de seus papéis sociais. As representações existentes socialmente é que vão dar a direção de suas teorias – e práticas. Para as mulheres, a maternidade surge como destino inexorável. Já os homens, estes eram tidos como viris e criados para pensar. Disso resulta uma visão determinista do que seria a “natureza” feminina (predisposta a histeria, volúvel e cujo corpo era talhado para a maternidade) e a “natureza” masculina (forte, viril, racional, talhado para o trabalho e as responsabilidades). Dessa equação, teremos outra: aquela que define os papéis materno e paterno, fazendo com que qualquer outro papel assumido pelas pessoas em suas vidas fosse visto como desviante e passível de tratamento.

As medidas higiênicas foram fundamentais para organização das cidades. Elas contribuíram para a nova face da vida social urbana brasileira e o discurso médico colaborou para a construção de novos conceitos de vida familiar e higiene em geral, pois, os centros urbanos não poderiam continuar como estavam: pessoas morrendo por causa de pragas e de doenças. Não se questiona, na verdade, o impacto em termos de saúde do higienismo. O que se questiona são os métodos e a gestão arbitrária da vida das pessoas. Com o tempo, as casas ganharam afastamento, tanto da rua, por meio de calçadas, quando dos vizinhos laterais, dando lugar a jardins e corredores. O desenvolvimento das cidades e da vida burguesa no século XIX influiu na disposição do espaço no interior da residência, tornando-a mais aconchegante; deixou ainda mais claros os limites do convívio e as distâncias sociais entre a nova classe e o povo, permitindo um processo de privatização da família marcado pela valorização da intimidade (GIDDENS, 1993). Como afirma D’Incao (2001, p. 223):

Presenciamos ainda que nesse período o nascimento de uma nova mulher nas relações da chamada família burguesa, agora marcada pela valorização da intimidade e da maternidade. Um sólido ambiente familiar, o lar acolhedor, filhos educados e esposa dedicada ao marido, às crianças e desobrigada de qualquer trabalho produtivo representavam o ideal de retidão e probidade, um tesouro social imprescindível. Verdadeiros emblemas desse mundo relativamente fechado, a boa reputação financeira e a articulação com a parentela como forma de proteção ao mundo externo também marcaram o processo de urbanização do país.

---

<sup>14</sup> É claro que outros discursos podem ser elencados, como a psicanálise, por exemplo, mas vou me deter nesses dois que considero fundamentais em nossa realidade.

Para demonstrar como essas concepções perpassam os vários espaços, inclusive os acadêmicos, trago alguns exemplos para sala de aula – que reproduzo aqui. Existem algumas “pérolas” que fazem o delírio de minhas alunas quando discutimos esse período histórico. A conclusão de quase todas é que se vivessem nesse outro, elas teriam tido muita chance de serem internadas em asilos ou manicômios. A decisão de uma personagem em uma novela das 18 horas (“Lado a lado” – que se passava cronologicamente nesse período) de internar a filha diz muito acerca do processo que estou narrando aqui<sup>15</sup>. Nunes (1991), ao estudar a medicina social e a questão feminina, analisa as teses de medicina no final/início do século passado. Assim, vamos percebendo como as representações sociais estiveram presentes na construção de um saber “científico” sobre as mulheres. Cita a autora uma tese de 1845: “‘Toda constituição moral da mulher’ (...) `resulta da fraqueza inata de seus órgãos; tudo é subordinado a esse princípio pelo qual a natureza quis tornar a mulher inferior ao homem’” – (NUNES, 1991, p. 52). Já no século XX temos outra “pérola” dessa:

A investigação antropológica demonstra que nas raças mais adiantadas os lobos frontais são mais desenvolvidos (...), o crânio feminino aproxima-se menos do que se pode chamar o tipo frontal do que o masculino (...) na mulher os lobos lateral e posterior do crânio têm maior superfície do que o masculino (...) na mulher os lobos lateral e posterior do crânio têm maior superfície do que no homem. Era esse o tipo craniano do criminoso (tese apresentada a Faculdade de Medicina em 1916). (NUNES, 1991, p. 61).

Estamos falando aqui de conhecimento científico – é importante enfatizar. Esse conhecimento e esse modelo irão atingir homens e mulheres que ousassem escapar desse padrão – tal qual atingiu a heroína da novela das seis e que fez com que a vilã, dissesse que aquele era o lugar da filha, pois ali estavam outras mulheres que não quiseram casar, ter filhos e queriam trabalhar. Efetivamente para esta “loucura”, a solução era o hospício. Vejamos esse caso de “situação problema<sup>16</sup>”: uma mulher solteira aos trinta anos:

Nossa doente é a última filha nascida e como tal sempre habituada a mimos e carícias excessivas. Muito inteligente, estudou na Escola Normal, onde salientou-se, recebendo sempre os maiores elogios, que a tornaram orgulhosa. Realmente os merecia, pois três anos após sua formatura foi nomeada diretora de grupo escolar em Santos. Ali, sempre se distinguiu, multiplicando sua atividade. (...). Trabalhava demais: havia uma hiperexcitação intelectual; escrevia livros escolares que julgava modelos; fundava escolas noturnas; comprava livros e livros para ler; já neste tempo tornara-se completamente independente: não admitia intervenção ou mesmo conselhos dos pais ou irmãos mais velhos; confiava exclusivamente em si.

---

<sup>15</sup> A personagem Constância (vívda brilhantemente, diga-se de passagem, pela atriz Patrícia Pillar) chega a internar a filha após discutir com esta.

<sup>16</sup> Retirado do livro *O espelho do Mundo*: Juquery, a história de um asilo. Cf. Cunha (1988).

O que chama atenção no relato desse prontuário? O que pesava em cima dessa mulher que foi internada era o fato de ser muito inteligente, orgulhosa (mesmo que se reconheça que merecia os elogios), trabalhava demais, era independente, escrevia livros e tinha uma hiperexcitação intelectual. Vamos ler essa frase pelo seu contrário: ela não queria casar, não queria um homem (seja pai ou marido) governando sua vida, não queria que pensassem por ela. Isso significava ir de encontro a todos os pressupostos tidos como “naturais” para as mulheres naquela época<sup>17</sup>. E o que mais me sensibilizou foram também as imagens que o livro traz. As fotos das mulheres (olhar vivo, sorridentes, felizes, cabelos curtos) que entravam no asilo e as fotos de quando saíam “curadas” (um olhar sem vida, sem sorrirem, mas curadas!). Assim como as mulheres “histéricas”, os homossexuais são também trazidos por seus parentes:

‘Desenvolvimento excessivo do membro viril. Desde os dezessete anos é pederasta passivo. Nunca praticou o coito normal com mulher’, assinala o alienista. Segundo suas indicações, o jovem Archangelo ainda ‘masturbava-se em excesso’ e estava acometido de doença venérea. Tinha, é verdade, ‘orelhas mal conformadas’ e uma certa ‘assimetria na cabeça’, que reforçavam a visão de que sua homossexualidade estava associada à degeneração.

Seria até cômico, se não fosse trágico. O “jovem Archangelo” é internado por assumir uma sexualidade diferente da dominante – que é tomada como padrão. Seu erro foi nunca ter praticado o que seria o coito normal – e este deve ser feito entre um homem e uma mulher. A elucidação para seus problemas era buscada numa explicação natural: tinha orelhas mal formadas e assimetria na cabeça, ou seja, era um ser degenerado biologicamente, pois um ser são, ou seja, “normal” não teria jamais essas inclinações. Mas o que mais era “estranho” para um homem? Por que este deveria ser internado? A acusação de homossexualidade é a primeira coisa que nos vem à mente e é verdadeira, mas não serão só os homossexuais que terão espaço no Juquery. Vejamos novamente o relato de Cunha:

A sua entrada neste hospício foi motivada por desregramento da vida: noitadas nos cassinos ao lado de mulheres mundanas, tornando-se perdulário (...). Trata-se de um indivíduo tarado, que desde criança foi insubmisso aos seus superiores (...). Depois de púbere foi um degenerado moral. É um degenerado sujeito a episódios delirantes diversos: (...) humor alegre (exaltação maníaca), extravagância e prodigalidade, bem visível embotamento dos sentimentos éticos com conservação aparente do raciocínio e da lógica.

---

<sup>17</sup> E ainda existem pessoas que questionam a importância do feminismo ao denunciar e lutar contra esse tipo de opressão. Não só o feminismo foi importante nesse momento, mas continua a ser extremamente atual. Basta ver os indicadores de morte materna, de violência contra mulheres, das diferenças salariais para percebermos o quanto esse pensamento revolucionário ainda se faz necessário. Cf., por exemplo, Swain (2001).

A entrada desse cidadão no Juquery se deu em última instância porque era alegre, gostava de se divertir e beber. A moralidade que caracteriza nossa sociedade é por demais complacente com os homens ao admitir uma dupla moral. A representação usual é que sejam em casa, bons maridos e pais provedores. Nas ruas, podem se envolver com outras mulheres, afinal “são homens”. E existem as mulheres de casa e as putas. Mas ainda que tenham essa, digamos “flexibilidade”, o casamento e a paternidade eram os destinos também previstos para os homens. Aqueles que se recusassem a esse papel poderia (ainda que em menor número) parar no Juquery. A questão aqui não é quantitativa. O que quero é apenas mostrar a força de um modelo que se estende até os dias de hoje. Ainda que tenha perdido muito de sua força, e os ditos “novos arranjos familiares” estão aí para comprovar, esse modelo ainda reina nas mentes e corações das pessoas<sup>18</sup>. Fico pensando na força desse modelo – e no ideal de uma família – também quando vejo a luta para o reconhecimento do casamento gay. É uma forma revolucionária de impactar um modelo, mas contraditoriamente (e ter abertura para perceber os processos contraditórios é fundamental em qualquer análise) pode ser também uma maneira de fortalecê-lo. Claro que isso, só o tempo e nosso olhar sobre essas realidades irão esclarecer. Outra dimensão em que podemos assinalar os elementos contraditórios é na centralidade das mulheres – na condição de mães – para o cuidado com as famílias, os doentes, idosos e principalmente as crianças. Vale a pena indagar como um ser tão frágil, que precisa ser cuidado pode ser responsável por atividades tão centrais na família?

#### *Outro discurso profundamente articulado: a religião*

Novamente aqui, uma visão dualista se fará presente. Começemos com uma música. O compositor e cantor Chico Buarque faz tempo cantava “umas e outras”, relatando o encontro de duas mulheres. Uma que vinha de sua casa, pensando na vida como “um rosário que custa tanto a se acabar”. É por isso que as vezes ela sentava para chorar: “que dia! Nossa, pra que tanta conta! Já perdi a conta de tanto rezar”. A outra, não tem paraíso, mas “já forjou o seu sorriso e fez do mesmo profissão”. A vida, para esta, “é sempre aquela dança onde não se escolhe o par”. E esta, tal qual a primeira, também tem um momento que senta um pouco pra poder chorar: “que dia! Puxa, que vida danada. Tem tanta calçada pra se caminhar”. Mas mostrando a falsidade desse dualismo, existe uma hora em que as duas mulheres se encontram e se olham com a mesma dor:

---

<sup>18</sup> Prova disso são as recentes discussões acerca de um possível tratamento para a homossexualidade – o projeto de “cura gay”, como ficou conhecido o projeto de autoria do deputado João Campos (PSDB-GO).

Mas toda santa madrugada/ Quando uma já sonhou com Deus/ E a outra, triste namorada/  
Coitada, já deitou com os seus/ O acaso faz com que essas duas/ Que a sorte sempre separou/  
Se cruzem pela mesma rua/ Olhando-se com a mesma dor./ Que dia! Cruzes, que vida  
comprida/ Pra que tanta vida pra gente desanimar.

É comum a utilização das figuras da santa e da pecadora para se referir à imagem da mulher. Para sair da degradação a que se condenara Eva, só caindo em seu extremo oposto: Maria. Assim, essas duas mulheres encarnam duas posições fundamentais no discurso religioso. Eva é a serpente, a responsável pelo pecado original, o lado obscuro das mulheres que levou Adão a pecar, sendo por isso, em última instância, a responsável pela morte de Jesus Cristo na cruz. É por sua causa que as mulheres seriam condenadas. Exemplo disso é a fala de Tertuliano dirigida à todas as mulheres: “Não sabes tu que és Eva, tu também? A sentença de Deus tem ainda hoje todo o vigor sobre este sexo, é preciso portanto que a sua culpa subsista também. Tu és a porta do diabo (...) foste a primeira a deserdar da lei divina” (in DALARUN, 1991, p. 35).

É um peso muito forte a recair sobre as mulheres. É nesse sentido, que Dalarun (1991) se pergunta o que a religião poderia oferecer para as mulheres, afinal, não se pode voltar às costas para metade da humanidade. É nesse momento que surge a figura de Maria. Esta irá possuir um papel muito preciso na chamada “economia da salvação”, termo de Dalarun. Se Eva significou a morte; Maria chega trazendo a vida. Se uma mulher esteve na origem de um pecado tão grande, o maior de todos, outra mulher estará na origem de um bem também muito grande. É assim que Maria reabilita a figura feminina ao dar a luz ao filho de Deus. Contudo, a imagem de Maria será sempre um exemplo, mas também uma exceção, já que era mãe e virgem. Isso torna o exemplo de Maria muito distante das mulheres comuns, sendo um ideal inacessível. Se a virgindade e a pureza garantem a salvação, pergunta Dalarun, o que propor para as mulheres casadas, que querem ser salvas? A resposta é ser uma boa mãe, tal qual Maria. É assim que Maria se opõe à Eva; a mãe à prostituta. O chamado “desafio mariano” é permanecer virgem e pura. Para quem não consegue isso, resta a maternidade e o casamento. E a obediência! Assim, não é a figura da mulher que Maria destaca. É a figura da mãe, da *mater dolorosa*. É por esta via que a maternidade se insere sub-repticiamente na vida das mulheres. Lembro-me de uma frase que ouvi uma vez de uma entrevistada em trabalho de campo: “minha mãe que fala: a mulher que é mulher tem que ter a dor de um filho” (FREITAS, 2000. P. 141). Isso gera a obrigatoriedade da maternidade, fazendo também serem

encaradas com perplexidade as mulheres que não desejarem ser mães ou com pena aquelas que desejariam, mas não podem.

São várias as representações sociais que se referem à figura materna. Se olharmos para a literatura, vemos que é exemplar nesse sentido a invocação de João Grilo – personagem de Ariano Suassuna – pela presença de Nossa Senhora na hora do julgamento final. É neste momento que o personagem invoca por Maria, “trunfo maior que qualquer santo”, para implorar a misericórdia divina<sup>19</sup>. A justificativa é que esta estaria “mais perto de nós”, pois é “gente mesmo”. À pergunta de Manoel – o Cristo – se João não estaria se esquecendo que ele é gente também, João responde que a distância entre eles é grande, “mas sua mãe é gente como eu, só que gente muito boa”. A Virgem Mãe é a imagem da misericórdia (e do perdão). Feita também de carne e osso, pode entender melhor os problemas das pessoas comuns. E sendo mãe age pelo coração, não representando apenas a Lei; por isso, João Grilo a chama, uma vez que o “filho de chocadeira” (o diabo é tão ruim que não tem mãe) queria levar a todos para o inferno. E é ela mesma, a “compadecida”, que vem interceder pelos “pecadores”. Maria é humana, talvez por isso seja mais fácil para ela entender as dores e os medos dessa população, e por ela se compadecer. Porém, o que mais a aproximaria dessas pessoas é sua condição de mãe; afinal, a mãe sempre perdoa os filhos. Como mãe de Cristo, ela se torna, por extensão, mãe de todos, responsável pelo perdão universal. Apesar de ser mulher (e de uma mulher ser a culpada pelo pecado original), a sua maternidade a santifica e, por extensão, a todas as mulheres que são mães. É a maternidade que salva as mulheres do pecado original. Do amor de mãe não se questiona. Nem de sua autoridade: o próprio Manoel diz que “discordar da minha mãe é que não vou”. À resposta do “encourado” de que isso desmoraliza tudo (um homem ser governado por uma mulher<sup>20</sup>); é o cangaceiro Severino que responde: “você só fala assim porque nunca teve mãe”. Talvez seja isso que explique toda maldade e falta de humor do demônio. Ele personifica algo que não podemos conceber: alguém que não tem mãe (um filho de chocadeira). Como já havíamos aprendido com Gilberto Freyre, a nossa relação com os santos sempre foi marcada por uma grande familiaridade. E o que seria de mais familiar que uma mãe? Aceita-se até muita coisa, desde que não se coloque a mãe no meio; Chico Buarque mesmo já cantava “mas se põe a mãe no meio, dou pernada a três por quatro e nem me despenteio”. E existe xingamento pior do que ser o “filho da puta”? E a mãe não deixa de socorrer um filho; mesmo quando é um filho que até lhe arranca o coração

---

<sup>19</sup> Interessante também é um slogan utilizado por setores da Igreja Católica: “Peça à Mãe, que o Filho atende”.

<sup>20</sup> Mas apesar disso, é à Cristo que cabe a palavra final. A mulher, a mãe é a intermediária, mas quem detém o poder efetivo é representado por um homem.

(como na música “Amor Materno” de Vicente Celestino). Prova desse amor incontestável é que, efetivamente, a Compadecida intercede junto à Cristo, salvando a todos e dando mais uma chance para o nosso herói.

A imagem de Maria é efetivamente um dos modelos da iconografia feminina. Pensando nesses dois ícones, Maria e Eva; a Mãe e a Puta, podemos nos aproximar do texto de Anne Higonnet (1991). Neste, esta autora interpreta as figuras da **Madona** (a mater dolorosa, e nada mais contundente do que a imagem de uma mãe com o filho morto nos braços) e da **Sedutora** (a imagem de Eva e da serpente reaparecem, mostrando o pecado e a magia que envolveriam as mulheres) como arquétipos da imagem feminina que continuam a dominar a imaginação de homens e mulheres. Mas acrescenta também nessa lista, a imagem da **Musa** (podemos pensar aqui na célebre figura de Delacroix, “A liberdade guiando o povo”, de 1830 onde o pintor retrata a figura de uma mulher dando continuidade à batalha pela liberdade. A estátua da liberdade é outro ícone, nesse sentido, assim como a imagem da justiça<sup>21</sup>).

E aqui, podemos novamente fazer um parêntesis para falar sobre a maternidade e sua centralidade nas famílias e na vida das mulheres. A definição mesma da maternidade já é ambígua. Quando terminam os "deveres" de uma mãe? Quando coloca no mundo o embrião ou quando este se transforma num adulto educado e capaz de garantir sua própria sobrevivência? Como afirma Badinter (1985, p. 20), "a função materna, levada ao seu limite extremo, só terminaria quando a mãe tivesse, finalmente, dado à luz um adulto". Eu diria que talvez não termine nem quando esse filho já fosse adulto. Convivemos com uma maternidade idealizada bem distante do cotidiano materno onde nem tudo são flores. A maternidade deve ser vista enquanto uma realidade contraditória e um privilégio de classe. Uma frase de outra entrevistada dá a dimensão do que quero dizer. “Ser mãe? Deus me livre! Ser mãe é a coisa mais linda desse mundo, mais linda”. Ou esta outra que retrata os momentos de preocupação que também fazem parte da maternidade, mas que é agravada dada a sua condição de classe e

---

<sup>21</sup> O que pude perceber em Freitas (2000) é que as figuras da musa e da madona podem conviver sem problemas. Ao estudar as Mães de Acari percebi a construção de outra imagem materna, a mãe em luta que se tornou uma espécie de símbolo, de musa no mundo moderno. Mas efetivamente as imagens da mãe e da sedutora, essas não dialogam como se houvesse um fosso entre elas. O curioso é que as próprias mães (que também são mulheres e possuem desejos sexuais, como qualquer uma) criticavam posturas mais “audaciosas” de outras mães, como o simples fato, por exemplo, de uma estar com as unhas pintadas. Um aspecto central na obra de Del Priore (1995) é exatamente sua ênfase que o lugar materno não é (nem nunca foi) um lugar social desprovido de poder. A maternidade, hoje, continua sendo uma maneira de construir uma imagem para as mulheres e, por implicação, continua definindo um espaço e um poder intimamente associado a ela. Ser uma Mãe de Acari (ou uma Madre da Plaza de Mayo), por exemplo, apesar do aspecto da dor (sempre muito enfatizado), também possibilitou a essas mulheres uma fonte de poder e identidade. Esse grupo que estudei (e outros que fui encontrando pelo caminho) me fazem ter certeza que a maternidade foi, e na maioria das vezes continua sendo, um dos elementos condicionantes para a inserção das mulheres no espaço público e mesmo político.

a violência que cerca sua comunidade: afinal, o filho sai a gente não sabe se volta (FREITAS, 2000, p. 141-146).

As teses discutidas à pouco ganham um tom anedótico na atualidade, mas foram fundamentais para a construção do saber médico e de um modelo de família. Os questionamentos a esses saberes da mesma forma foram fundamentais para repensar essas questões e construir novos olhares. Essa discussão na saúde adquire uma importância fundamental na hora de nos aproximarmos de nossos usuários. Que olhar – e, portanto práticas de cuidados – dedicamos a uma mulher que fez um aborto espontâneo e outra que o provocou (traindo a sacralidade materna)? Como nossas pré-noções interferem nos modos como primeiro, atendemos essas pessoas e segundo, propomos políticas e programas para esse público? Como atendemos os homossexuais que chegam aos serviços médicos, existe diferença na forma como tratamos um casal hetero e um casal gay? Como olhamos os homens que chegam às nossas salas? O que podemos pensar em relação à saúde hoje? Talvez possamos terminar esse escrito avançando no tempo e refletindo um pouco sobre isso.

## TENTANDO CONSTRUIR ALGUMAS CONSIDERAÇÕES (E PROPOSIÇÕES) FINAIS

É difícil por um ponto final num texto como esse em que tantas questões foram colocadas. Mas vou tentar. Primeiro, é importante pensar que as mulheres continuam sendo as intermediárias entre as famílias e as instituições; mas e nós, abrimos espaço para a participação masculina? Ou tememos essa participação ao sentirmos os homens como mais “violentos” (BARBOSA, 2013)? A saúde da mulher, principalmente em decorrência dos movimentos feministas vem sendo alvo de discussões desde os anos 80. E a saúde do homem? O homem continua a ser um grande ausente quando se trata do atendimento. Se o sexo do hospital é predominante feminino (LOPES, 1996), os homens quando aparecem estão nas profissões do tratar. Mas e os homens vulneráveis? Aqueles que têm que ser tratados, mas dificilmente arranjam tempo para ir ao hospital, pois isso não é “coisa de homem”...

As famílias no Brasil tem sido historicamente um importante mecanismo de proteção social e está centrada no pressuposto da existência das mulheres em casa para exercer essa proteção e fazer a mediação entre as famílias e as instituições. A construção social do masculino está estreitamente vinculada à oposição ao que é ser uma mulher. Jaqueline Muniz (1992) tem interessante texto – que sempre discuto em sala de aula – onde estuda as palavras de baixo calão que se utiliza socialmente para nos referirmos às genitálias feminina e

masculina. Em relação a esta última, a autora enfatiza a utilização de termos que destacam sempre a potencia e a virilidade: “uma genitália potencialmente ativa, capaz de morder, picar, ferir, bater e cortar. ‘Bruto’ como um animal, infalível como ‘arma’ e forte e duro como o ‘pau’, o pênis é concebido como algo virtualmente agressivo e violador” (MUNIZ, 1992: 63). Ao contrário da genitália feminina, que é vista como incompleta e ambivalente e, que por isso, necessita de humanização e controle. O que se percebe é que a noção de virilidade e força perpassa a construção social das masculinidades. A virilidade seria “uma noção eminentemente relacional, construída diante dos outros homens, para os outros homens e contra a feminilidade por uma espécie de medo do feminino, e construída, primeiramente, dentro de si mesmo” (WELZER-LANG, 2001, p. 67). Talvez isso explique porque é tão difícil aceitar que um homem possa ser vulnerável.

Outra discussão atual diz respeito ao direito a acompanhante, direito garantido por lei para idosos e crianças e adolescente. Este é um exemplo de direito que virou dever para as mulheres. São estas que são vistas ainda hoje nesse papel de cuidadora. A maioria dos hospitais e mesmo dos profissionais dificultam a permanência de um homem que queira ser cuidador – algumas vezes argumentando a falta de uma infraestrutura adequada. Como afirma Lyra *et. al.* (2003 p. 87) “o homem foi – e, na maioria das vezes, continua sendo excluído (e se exclui) das ações de cuidado”. O fato é que cotidianamente é negado aos homens o direito de cuidar. A falta de uma instalação adequada para acompanhantes é um problema sim que deve ser enfrentado, mas que atinge homens e mulheres.

Outras questões que me preocupam dizem respeito às acusações de negligência e os pedidos de alta a revelia. Efetivamente a negligência existe e deve ser denunciada. O que me preocupa são os casos em que o pejo de negligente seja colado à testa de uma pessoa, em geral mulheres, sem um olhar aprofundado sobre a questão. Muitas mulheres são acusadas de negligentes por não ficarem com seus filhos, por exemplo, porque tem que trabalhar – ou até porque tem outros filhos em casa e muitas vezes pedem alta do filho hospitalizado para irem embora. Ou mesmo que não tenham que trabalhar, mas não se sintam aptas a estar naquele momento naquele lugar, afinal tomar conta de uma criança doente é difícil. É verdade que a presença da mãe muitas vezes é boa para a criança (a própria mãe muitas vezes pode ficar mais confortável perto dos filhos) e para o andamento das enfermarias. Mas o direito a ser acompanhante é exatamente isso: direito e não obrigação. A equipe tem que dar conta das crianças mesmo sem a presença de suas mães – estas não podem ser contadas *a priori* como vem acontecendo. É uma das formas que também assume a precarização dos trabalhos ao se transferir responsabilidades as famílias e não contratando mais profissionais.

Outro ponto a destacar e que já adiantei um pouco diz respeito aos horários de funcionamento, seja em hospitais seja em postos de saúde. Tais horários são ainda hoje pensados na maioria das vezes a partir de um referencial de família de camadas médias (e que não existe em abundância hoje): a família onde a mulher não trabalhava e sua vida girava ao redor dos filhos, das práticas do cuidado. São horários de visita em que os homens e mulheres que trabalham não podem ir – ou se vão correm o risco de perder o emprego. Mesmo as mulheres de camadas médias hoje estão cada vez mais em postos de trabalho. Visitas noturnas para que pais possam ver seus filhos recém-nascidos ou seus familiares doentes pode ser um bom começo. Horários mais flexíveis que possibilitem a ampliação das possibilidades de visita é também uma maneira de melhorar as relações dentro dos hospitais. Como discutir direitos reprodutivos sem a presença de homens? As práticas atualmente existentes tendem a responsabilizar as mulheres nessas questões. Quase não se discute a saúde do homem, a da mulher continua a ser vista basicamente como a saúde reprodutiva<sup>22</sup> e as questões específicas de homens e mulheres homossexuais? Como olhamos esses diferentes sujeitos? O que trazem de específico para os saberes em saúde?

O atendimento a homossexuais e famílias homossexuais está igualmente na agenda. Há que se pensar coisas das mais comuns. Lembro da primeira em que um travesti chegou ao hospital em que trabalhava e ninguém sabia em que enfermaria colocá-lo e este acabou ficando sozinho numa enfermaria que estava em reforma). Esse tipo de constrangimento tem que acabar, assim como os atendimentos de olhares torcidos ou risinhos nervosos. Porque uma esposa pode acompanhar um marido e um companheiro ou companheira não pode acompanhar seu parceiro/parceira? Essa é uma discriminação muito cruel.

Construir um olhar para detectar a violência contra mulheres, criança e adolescente, mas também contra homossexuais é fundamental e aponta para a necessidade de deixar de ver o espaço das famílias como aquele espaço onde não se mete a colher ou como o espaço da proteção, pois muitos estudos apontam ser a casa um dos locais mais perigosos, principalmente para as mulheres. O acolhimento é fundamental para esses sujeitos, já

---

<sup>22</sup> Como afirma Del Priore: “No período colonial, todo conhecimento médico existente sobre o corpo feminino dizia respeito à **reprodução**. Os documentos científicos da época tratados, manuais, receituários revelam o enorme interesse pela *madre* [nome dado ao útero] e a conseqüente obsessão em compreender seu funcionamento. O próprio mapeamento da anatomia do útero submetia-se ao olhar funcionalista dos médicos, que só se referiam ao que importava para a procriação. Um conhecimento tão limitado, contudo, transformava a *madre* num território peculiar e secreto. O esforço da medicina em estudar o útero era proporcional ao mistério que a mulher representava como receptáculo de um depósito sagrado, que precisava frutificar. Tal mistério era refutado por uma crença geral: a fêmea não devia ser mais do que a terra fértil a ser fecundada pelo macho” (1991, p.82).

profundamente abalados e, no entanto, não se está longe de ouvir comentários culpabilizadores das vítimas (como aqueles relacionados à suas roupas ou ao fato de estarem sozinhas em determinado horário. Ou ainda por traírem em seus corpos a visões tradicionais do que é ser homem ou mulher. As práticas violentas de homofobia estão aí para comprovar essas questões). Dar visibilidade a esses sujeitos e suas saúdes é outro item que mereceria uma discussão mais profunda aqui: a construção de indicadores acerca da maternidade materna, por exemplo, é importante. Mas é igualmente importante, por exemplo, construirmos indicadores acerca da violência de gênero (FREITAS *et all*, 2011). Infelizmente o espaço é curto para tantas questões. Enfim, importante pensar qual nossa relação e compromisso com essas famílias, com os indivíduos que atendemos diariamente. Para terminar, não posso deixar de enfatizar a importância de captarmos as vozes desses diferentes sujeitos sociais. Não estou falando aqui de dar a voz nem de falar por ninguém. Mas de ouvir aqueles e aquelas, de qualquer tipo de família que chegue as nossas mesas de trabalho. De aprendermos a ouvir com atenção e respeito, produzindo uma ecologia de saberes aberta aos mais diversos saberes.

## BIBLIOGRAFIA

- BADINTER, Elisabeth. Um amor conquistado: o mito do amor materno, 8ª ed., Rio de Janeiro, Novo Fronteira, 1985.
- BARBOSA, Daguimar de Oliveira. “MASCULINIDADES GÊNERO E POBREZA: o lugar do homem e do masculino na proteção social básica de Niterói-RJ”. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social/UFF, 2013.
- BOURDIEU, Pierre. A dominação masculina, Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.
- BOURDIEU, Pierre. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*, São Paulo: Papyrus, 1996.
- BUTLER, Judith. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2003.
- CARVALHO, Maria do Carmo Brant de (org). *A família contemporânea em debate*, São Paulo: Cortez, 1995.
- CASTELLS, Manuel. *O Poder da Identidade*, São Paulo: Paz e Terra, 1999.
- CUNHA, Maria Clementina Pereira. *O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.
- D’INCAO, Maria Angela. “Mulher e família burguesa no Brasil”, *História das mulheres no Brasil*, (org.: Mary Del Priore), São Paulo: Contexto, 2001.

- DALARUN, Jacques. “Olhares Clérigos”. *História das Mulheres no Ocidente* (org. Michelle Perrot e Georges Duby), Porto: Afrontamentos; São Paulo: Ebradil, vol. 4, 1991.
- DEL PRIORE, Mary. *Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil colônia*, 2ª ed., Rio de Janeiro: José Olympio, 1995.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*, 6ª ed., Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- FREITAS, Rita de Cássia Santos, BRAGA, Cenira e BARROS, Nívia. “Famílias e Serviço Social – algumas reflexões para o debate”. *Família Famílias: práticas sociais e conversações contemporâneas* (org.: Marco José de Oliveira Duarte e Mônica Maria Torres de Alencar), Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2010.
- FREITAS, Rita de Cássia Santos. “Mães de Acari: Preparando a tinta e revirando a praça: um estudo sobre mães que lutam”. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2000.
- FREITAS, Rita de Cássia Santos. “Do Canto da Cigarra ao Trabalho da Formiga – a formação do ‘ethos’ do trabalho no Rio de Janeiro dos anos 30”. Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Serviço Social/UFRJ, março de 1994.
- FREITAS, Rita *et all.* “Violência contra a Mulher – Notas”, *Revista Gênero*, Niterói, v.12, n.1. 2011
- GIDDENS, Anthony. *Transformações na intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*, São Paulo: Editora da UNESP, 1993.
- HIGONNET, Anne. “Mulheres e imagens: Representações”. *História das Mulheres no Ocidente* (org. Michelle Perrot e Georges Duby), Porto: Afrontamentos; São Paulo: Ebradil, vol. 4, 1991.
- IBGE. *Censo de 2010: características da população e dos domicílios – Resultados do universo*, Rio de Janeiro: IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas), 2011.
- LOPES, Marta Júlia M. “O sexo do hospital”, *Gênero & Saúde* (org.: Marta Júlio M Lopes et all), Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- LOURO, Guacira Lopes. *Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista*, Rio de Janeiro: Vozes, 10 ° Ed., 2008.
- LYRA, Jorge et al. “Homens e cuidado: uma outra família”. *Família: redes, laços e políticas públicas* (org.: Ana R. Costa e Maria Amalia Faller Vitales). São Paulo: Cortez, 2005.
- MUNIZ, Jaqueline. “A controvérsia do óbvio”, *Physis*, nº 1, vol 2, Rio de Janeiro: IMS-UERJ; Relumé-Dumará, 1992.
- NUNES, Silvia Alexim. *A medicina social e a questão feminina*. *Physis*, n ° 1, vol. 1, Rio de Janeiro: IMS/UERJ; Relume-Dumará, 1991

- RAGO, Margareth. *Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar – Brasil, 1890-1930*, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.
- ROSENEIL, Sasha. “Viver e amar para lá da heteronorma: Uma análise queer das relações pessoais no século XXI”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 76, 2006.
- SAFFIOTI, Heleieth I. B. “Rearticulando gênero e classe social”. *Uma questão de gênero* (org.: Albertina de Costa e Cristina Bruschini), Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos/ São Paulo, Fundação Carlos Chagas, 1992.
- SANTOS, Boaventura de Sousa. “Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes”, *Revista Novos Estudos*, n. 79, 2007.
- SANTOS, Ana Cristina. “‘Entre duas mulheres isso não acontece’ – um estudo exploratório sobre violência conjugal lésbica”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 98, 2012.
- SARTI, Cynthia A. “Famílias enredadas”, *Famílias: redes, laços e políticas públicas* (org.: Ana Rojas Acosta e Maria Amália Faller Vitale), São Paulo: IEE/PUC, 2003a.
- SARTI, Cynthia. *A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres*, 2ª ed., São Paulo: Cortez, 2003b.
- Scott, Joan. “Os usos e abusos do gênero”, *Projeto História*, São Paulo, n. 45, 2012.
- SCOTT, Joan. “Gênero: uma categoria útil de análise histórica”. *Cadernos SOS Recife*, Recife, 1990.
- SINGLY, François. *Sociologia da família contemporânea*, Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.
- SWAIN, Tania Navarro. “Feminismo e recortes do tempo presente: mulheres em revistas ‘femininas’”, *Revista São Paulo em Perspectiva*, vol 15, n. 3, 2001. [www.scielo.br](http://www.scielo.br)
- TAVARES, Maria Manuela Paiva Fernandes. “FEMINISMOS EM PORTUGAL (1947-2007)” Doutorado em Estudos sobre as Mulheres, Especialidade em História das Mulheres e do Género. Universidade Aberta, 2008.
- VARIKAS, Eleni. “‘O pessoal é político’: desventuras de uma promessa subversiva”, *Revista Tempo*, Rio de Janeiro, vol.2, n. 3, 1996.
- VITALE, Maria Amália Faller. “Famílias monoparentais: indagações”, *Revista Serviço Social e Sociedade*, n. 71, São Paulo: Cortez, 2002.
- WELZER-LANG, Daniel. “A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia”. *Revista Estudos Feministas* (online), 2001, vol. 9, número 2 (citado 29 de outubro de 2002), p. 460-482. Disponível em: [www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br).

## DESAFIOS DA PRÁTICA PROFISSIONAL NA SAÚDE: QUESTÕES SOBRE GÊNERO E FAMÍLIA

Aline Souto Maior<sup>23</sup>

O cotidiano da intervenção no campo da saúde nos remete a encarar questões que se por um lado podem ser consideradas já hoje demasiadamente debatidas, por outro continuam sendo desafios concretos para as políticas sociais.

Nos últimos anos muito tem se discutido sobre a centralidade das famílias para as políticas sociais, em especial as políticas de saúde e assistência social tem se debruçado sobre o tema, propondo novas formas de organizar a atenção prestada à população, bem como uma reorientação do trabalho desenvolvido. A já longa trajetória de estudos feministas e as posteriores contribuições teóricas sobre a categoria gênero, como também as discussões a respeito das relações geracionais, vem influenciando esse debate destacando as questões relativas às desigualdades vivenciadas pelas e nas famílias e destacando a necessidade de compreender a diversidade de arranjos e vivências de família.

Com certa segurança poder-se-ia então, a princípio, afirmar que essas são questões sobre as quais já se conta com extensa produção no debate técnico acerca das políticas sociais. No entanto, a experiência no campo da saúde, em unidade de alta complexidade, tem demonstrado, em meu entender, a enorme necessidade de insistir e avançar nesses temas. O avanço teórico nesse campo é tão significativo, que é precisamente a partir dele que podemos nos aproximar das questões concretas vividas por mulheres e famílias atendidas em nossos serviços e vislumbrar aí as contradições que expressam as desigualdades a serem enfrentadas.

As normatizações das políticas sociais atuais têm avançado no uso de um vocabulário, de certa forma, de frágil materialidade. São inúmeras as referências sobre abordagem às famílias adscritas no território dos serviços, matricialidade familiar, fala-se em trabalho social com famílias, mas esses são conceitos em construção. Não há, nem poderia haver receitas prontas. Protocolos e normatizações podem indicar caminhos, mas não devem se tornar fins em si mesmos, metas a serem cumpridas. O que, note-se bem, não quer dizer que não tenhamos que avaliar criticamente os resultados dos serviços prestados. E nesse sentido, avaliações quantitativas, tanto quanto as qualitativas, são importantes sim, para que se possam dimensionar avanços e desafios a serem vencidos, e alternativas a serem construídas.

---

<sup>23</sup> Assistente Social do Instituto Nacional de Cardiologia, Ministério da Saúde (INC/MS). Mestre em Política Social pela Universidade Federal Fluminense, Doutoranda em Ciências Sociais pela Universidad de Guanajuato.

No lócus da intervenção na alta complexidade, a questão do acompanhamento, da intervenção com famílias, precisa ser problematizada a partir da discussão sobre o trabalho em rede. Trabalhar em rede significa que os serviços se organizam por níveis de complexidade, e que tem atribuições distintas, não eximindo, contudo, os serviços de alta complexidade de prover uma atenção especializada, que pode e deve, também, provocar a rede de atenção, trabalhando de maneira articulada, complementar e subsidiária à intervenção desenvolvida pelos serviços do território das famílias. Nesses termos, cabe ressaltar que estamos abordando uma perspectiva de atuação em rede que envolve distintos saberes e políticas setoriais. E essa transversalidade da temática do trabalho com famílias, é sem dúvida um potencializador da discussão nos distintos campos.

É justamente pensando na diversidade desse avanço teórico que proponho aqui olhar demandas e questões que emanam da prática profissional cotidiana articulando-as ao debate contemporâneo sobre gênero e família. Essa proposta surge de algumas inquietações, a primeira delas, sem dúvida está relacionada à necessidade de permanente reflexão do trabalho desenvolvido no espaço institucional. Soma-se a isso o compromisso em problematizar o aspecto coletivo das situações trazidas de maneira individual pelas famílias, buscando assim destacar seu conteúdo sócio histórico.

Com esses objetivos em mente, circunscrita às minhas limitadas condições, proponho um olhar sobre algumas contribuições teóricas que orientam a reflexão acerca do atendimento de mulheres no Instituto Nacional de Cardiologia (INC), unidade de saúde especializada, onde desenvolvo minha atividade profissional de assistente social no Serviço de Cardiologia da Criança e do Adolescente. Quando chamo a atenção para o atendimento de mulheres no serviço pediátrico, estou, para além de caracterizar uma situação concreta, trazendo a questão central que orienta essa discussão: a responsabilização das mulheres pelos cuidados dos dependentes, sobretudo, mas não exclusivamente, dos filhos. Talvez um dos traços mais persistentes das desigualdades de gênero em nossas sociedades. Traço que, sem dúvida, marcou ao longo do tempo a pauta de lutas femininas na América Latina.

## ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE GÊNERO E FAMÍLIAS

De acordo com Castells (1999) apesar das inúmeras lutas feministas ao longo de nossa história é, sobretudo nos últimos vinte e cinco anos do século XX que esta luta se intensifica e se difunde, ainda que em intensidade correspondente às distintas realidades nacionais. O autor

chama atenção para o fato de que essa é das revoluções sociais mais importantes já vivenciadas, por envolver diretamente as raízes de nossas sociedades, destacando ainda que esse processo de mudança provocado pelo feminismo tem o sucesso de ter se tornado irreversível.

Os avanços em termos de direitos para as mulheres são inegáveis mas ainda é necessário mostrar que as contradições a que estamos sujeitas. Incluindo a persistência da discriminação no emprego e participação política, mas especialmente a sobrecarga das mulheres por ainda sermos responsáveis pelo cuidado da família e do lar, sem mencionar a expressão máxima da desigualdade que é a violência

Castells (1999) nos ajuda a compreender também que o feminismo não é homogêneo, ao apontar para a diversidade dentro do próprio feminismo, enfatizando que o que se mantém como sustentação é o esforço, individual ou coletivo, formal ou informal, para redefinir o gênero feminino em oposição direta ao patriarcado. Para ele o nascimento oficial do feminismo organizado é ano de 1848, em Nova York, o que resultou na conquista do direito de voto no país em 1920 para as mulheres, mas ressalta que em todo o mundo estão registradas mobilizações femininas anteriores. Para ele, embora as mulheres tenham continuado a lutar em diferentes espaços e contextos, os movimentos de mulheres ganha força e destaque no contexto dos movimentos sociais da década de 60 do século XX.

A partir dos anos sessenta o feminismo recupera força no cenário mundial, notadamente nos Estados Unidos e na Europa, concentrando os seus esforços em denunciar as desigualdades, a violência e apelando para a igualdade de direitos entre homens e mulheres. Movimento que tem sido fundamental para desafiar a desigualdade entre homens e mulheres no mundo. Como esclarece Mérola (1985, p. 23):

La denuncia de la opresión de las mujeres es uno de los grandes aportes del feminismo al campo de las ciencias sociales, ya que de ahora en adelante el empleo del término opresión será la base de todo estudio que se haga sobre la mujer, llegando a modificar sustancialmente las ideas fundamentales de esas áreas del conocimiento.

De maneiras diversas o pensamento feminista, a partir destes marcos, mostrou a importância do feminismo como um movimento social que objetivou a transformação social em distintas áreas do pensamento e ação. Em um período de grandes mobilizações sociais, o feminismo como um movimento político influenciou e foi influenciada por outros movimentos de luta pela democracia, direitos humanos e diversidade. Na América Latina

cabe destaque para o envolvimento nos processos de resistência às ditaduras militares que dominaram o continente a partir dos anos sessenta (MANINI, 1996).

O feminismo segue se afirmando como um campo autônomo de ação política e teórica para além dos postulados e de suas ligações com outras tradições de pensamento crítico. A partir do movimento feminista se desenvolveram contribuições teóricas e políticas importantes que provocaram mudanças nas ciências sociais em geral. De acordo com as proposições de Barchet (2002), o movimento feminista, a partir dos anos sessenta assume as discussões elaboradas por Simone de Beauvoir que descontroem a naturalização das diferenças entre homens e mulheres. Em suas palavras:

Los años sesenta, sin embargo, verán nacer un nuevo feminismo y una nueva fase en la lucha de la mujer. El término que da identidad a esta nueva fase es el de *liberación*, y la teoría detrás del nuevo feminismo arranca de la famosísima obra de Simone de Beauvoir, *El Segundo Sexo*, de 1949; obra en la que, como es tan bien conocido, se establece que la realidad vivida y la identidad femenina como una condición subordinada de la mujer ante el hombre y de segundo orden en el mundo social, no es una condición natural sino una diferencia socialmente construida a partir del proceso educativo y formativo que experimentan las mujeres desde pequeñas. No se “nace mujer”, sino que se “hace mujer” a través de la introyección de ideas, preconcepciones, pautas emocionales y expectativas de vida que la sociedad, a través de la familia, de la educación escolar y sobre todo, de la cultura en sus múltiples manifestaciones, proponen e imponen a la mujer a lo largo de toda su trayectoria vital. (BARCHET, 2002, p.11).

Ainda em consonância com a autora, o enorme impacto desta tese mudou a história da construção teórica da diferença sexual, além de incorporar às lutas femininas a denúncia e o desejo de superação de todas as formas de opressão feminina internalizados pela cultura patriarcal. É nesse momento que o feminismo assume a afirmação de que "o pessoal é político", como uma forma de trazer para o debate público todas as formas de opressão, especialmente como acontece no espaço de relações privadas. Nesse momento já se denunciava a exploração do trabalho doméstico das mulheres em casa e sua dupla jornada ao assumir também o trabalho fora de casa, fenômeno crescente ao longo do século XX, especialmente no período entre as duas guerras mundiais e a partir dos anos sessenta. As feministas revelaram então a função econômica de tal exploração para a reprodução social da classe trabalhadora, e também a reprodução social da desigualdade entre homens e mulheres, regulamentado por meio de instituições como a família ou a escola, independentemente da classe social a que pertencessem as mulheres (BARCHET, 2002).

Também por isso as mulheres neste período intensificaram sua luta em torno dos direitos sexuais e reprodutivos, dos direitos sociais relacionados ao trabalho e sobre condições objetivas para cuidar de seus filhos. Denunciaram que a igualdade legal encobria desigualdade e opressão evidente na divisão sexual do trabalho na família e no mercado. Este foi um

período de progresso no reconhecimento da opressão das mulheres como um fenômeno social e, portanto, histórico, enraizado no poder político e econômico dominante (MÉROLA,1985).

É essencial compreender que o feminismo acadêmico não está desvinculado do movimento político cultural feminista e suas várias expressões. O foco central dos estudos feministas e do movimento, é a denúncia de uma opressão específica das mulheres, a partir de diferentes interpretações sobre sua origem e as suas causas, e, finalmente, a proposta de construção de distintas formas de superação. Neste sentido, Brachet esclarece a construção teórica da categoria gênero:

A partir de la conceptualización de la categoría de género, acuñado como sistema sexo-género” por Gayle Rubin (1975) para hablar de las diferencias sociales asociadas a la identidad sexual, el tema de la construcción y desconstrucción de las identidades de hombres y mujeres se revela como la empresa de investigación y desarrollo más importante del feminismo académico. El género como categoría de análisis en los estudios sobre las diferencias de estatus, poder y jerarquía entre mujeres y hombres y como eje para descifrar la construcción social de lo masculino y de lo femenino, comenzó su fecunda trayectoria teórica y política.

É claro que esta contribuição parte de um conjunto de esforços teóricos e que os estudos sobre gênero seguem se desenvolvendo através de diferentes autores. É fato a centralidade da categoria gênero hoje para a compreensão da organização da sociedade, tanto em questões sociais macro e como em análises da vida íntima e privada. Além disso cumpre notar que o desenvolvimento teórico no campo dos estudos de gênero tem contribuído para ampliar o campo de visão sobre as desigualdades sociais, favorecendo um debate para além do antagonismo de classes e que contribue para a inclusão de questões de etnia e geração no campo das ciências sociais (CAROSIO, 2009).

Scott (1990) esclarece que o gênero é um elemento constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças entre os sexos, e neste contexto, realça a importância dos símbolos culturais disponíveis, que se referem às suas representações. Em suas palavras:

Estabelecidos como um conjunto objetivo de referências, os conceitos de gênero estruturam a percepção e a organização concreta e simbólica de toda a vida social. Na medida em que estas referências estabelecem distribuições de poder (um controle ou um acesso diferencial às fontes materiais e simbólicas), o gênero torna-se envolvido na concepção e na construção do poder em si mesmo (SCOTT, 1990, p.16).

O gênero proporciona, desta maneira, pontos de referência do "masculino" e do "feminino". Essas referências são ressignificadas a partir de sua inserção nas relações de classe e étnico/raciais, permitindo a construção de identidades sociais e o desenvolvimento de formas de sociabilidade, a partir das quais as práticas simbólicas e materiais se desenvolvem

(ALMEIDA, 2007). Portanto, é essencial reforçar a compreensão de que o gênero é uma construção social e, portanto, permite compreender que cada pessoa aprende a ser uma mulher ou um homem através de diferentes formas e por diferentes pessoas, instituições e meios. Como ensina Fernández Aguilera (2011, p.39):

A la diferencia del sexo, el género, como es aprendido, puede cambiar y manipularse en beneficio o perjuicio, tanto de hombres como de mujeres, aunque las características asignadas al género femenino en varias sociedades a través de la historia han sido preponderantemente inferiores y desventajosas a las asignadas al género masculino, lo que nos indica una falta de neutralidad ante la diferencia sexual que “naturaliza” una forma de vivir con roles y estereotipos que han transformado esa diferencia en desigualdad principalmente para las mujeres, instituyendo así el sexismo.

A mesma autora (FERNANDEZ AGUILLERA, 2011) destaca que a partir da década de 1980 reivindicações feministas projetaram e instrumentalizaram respostas sociais para intervir contra problemas vividos por mulheres. Afirmando o caráter estrutural da opressão vivenciada puseram em pauta a responsabilidade do Estado em assumir, através de suas instituições oficiais, as respostas a essas demandas através da implementação de políticas públicas dirigidas às mulheres.

Zaremborg (2009), por outro lado aponta que, no caso da América Latina, a força dos movimentos feministas para levar as demandas das mulheres à agenda pública se deve ao fato de que esses movimentos também participaram das lutas pela redemocratização da região. Estratégia que envolveu a participação tanto em movimentos de ação e organizações de base (tais como associações de bairro e comunidades onde a presença e ação feminina se mostraram decisivas), como também a pressão articulada junto às elites decisoras nacionais e internacionais.

Craske (IN: CHANT & CRASKE, 2007) observa a este respeito, que a atenção para as questões relacionadas aos direitos das mulheres ganha expressão a partir do aumento de conferências e convenções promovidas pela Organização das Nações Unidas (ONU) como a primeira Conferência Mundial sobre mulheres, realizada no México em 1975, seguido da Conferência de Copenhague (1980), Nairobi (1985) e Pequim (1995), todas diretamente focadas nos temas de gênero. A autora chama a atenção também para a Conferência sobre Direitos Humanos, realizada em Viena, em 1993, quando se reconheceu que os direitos das mulheres eram parte de direitos humanos. Há um reconhecimento de que, depois de depois da Conferência de Pequim, em 1995, a incorporação da perspectiva de gênero ganhou status de

prioridade em muitas realidades nacionais e em documentos internacionais que passaram a incluir a questão da equidade (FERNÁNDEZ AGUILLERA, 2011; CHANT & CRASKE, 2007).

Por outro lado encontra-se em Almeida (2007) um questionamento importante sobre os resultados dos investimentos para que as demandas do movimento feminista fossem incorporadas aos documentos do direito internacional. A autora destaca que os documentos alcançam as distintas realidades nacionais já que tem ampla circulação e permitem significativa visibilidade para as questões postuladas, mas mudanças nas legislações nacionais, nas políticas públicas e consequentemente nas condições de vida das mulheres são muito mais lentas.

No cotidiano das mulheres frequentemente se observa a persistência das desigualdades de gênero que impactam significativamente sua qualidade de vida, incluindo a contradição entre a conquista de participação no mundo público, sem alcançar a libertação das obrigações do mundo privado como afirma Mérola (1985): “aunque el mundo moderno ha extremado su democracia hasta proclamar a los cuatro vientos que todo lo que hacen los hombres puede ser hecho por las mujeres, aún no se oye la afirmación inversa”.

Para fazer com que a independência feminina seja efetiva e concreta, é necessário desfamiliarizar o cuidado. Nesse sentido entende-se que a luta pela igualdade de gênero deve ser aliada a outras forças sociais, na construção de uma luta comum por direitos de cidadania que reconheçam especificidades de gênero, mas também as exigências de outros grupos sociais e da demanda geral por políticas sociais.

A responsabilização da mulher pelo cuidado é notoriamente agravada diante de situações de enfermidade. Especificidade que enfrentam as mulheres atendidas no serviço, condição inclusive naturalizada e reforçada pela própria instituição que organiza o serviço a partir de uma lógica distante da realidade vivida, como se toda mãe pudesse se dedicar exclusivamente ao cuidado do filho acometido do adoecimento cardíaco. Mas na vida real as mulheres trabalham, têm outros filhos, nem sempre contam com suporte econômico para além dos benefícios assistenciais e tem poucas referências de apoio. Parece estar por trás dessa organização institucional além de uma responsabilização das famílias, uma ideia de família modelo em que há um homem provedor e uma mulher cuidadora que não corresponde com a realidade vivida pelas famílias atendidas.

Esse modelo de família nuclear, segundo Ariès (2006), tem uma história recente. O autor afirma que no início do século XVIII, com o desenvolvimento de instituições de ensino, a preocupação com a privacidade, a igualdade entre os filhos, a manutenção de crianças com

pais, colaboraram para a valorização do sentimento de família por instituições como a igreja e medicina. A constituição da família atende às necessidades de um momento histórico particular. O surgimento da família moderna é geralmente associada com a separação entre espaço público e privado, caracterizando o mundo íntimo mundo como uma zona de sentimentos.

Nessa mesma direção Roudinesco (2003) argumenta que a ordem econômico-familiar burguesa se baseia em três pilares: a autoridade do marido, a subordinação das mulheres e dependência infantil. A autora ainda destaca que a família burguesa a partir do século XX foi espaço de conflito entre autonomia e submissão, autoridade e liberdade. Também esclarece que esta família está incorporada na revolução da afetividade, que associa o casamento com o sentimento de amor romântico, na valorização da infância que gera uma maternalização das famílias, e o desenvolvimento de práticas de contracepção. Conjunto que propicia uma organização familiar mais individualista.

Através das contribuições de Guiddens (1993) para a temática se compreende que a promoção do amor se tornou tarefa predominantemente feminina, as ideias de amor romântico estão diretamente relacionados com a subordinação das mulheres que se tornam as responsáveis pelos afetos. O autor esclarece que a idealização das mães foi central para o processo de construção da família nuclear. Assim explicita que a invenção social da maternidade deu concretude ao desenvolvimento da relação afetiva entre mãe e filhos focado principalmente nas necessidades dos filhos.

Também é importante destacar que nesse sentido se promove uma valorização da família, vista então como base da sociedade, lócus de cuidado e proteção. A construção desse imaginário social, de acordo com as contribuições de Morgado (2012) se refere à família como um espaço de reprodução e socialização baseado no carinho e respeito, o que dificulta a sua apreensão enquanto uma instituição social atravessada por relações de poder e dominação, e que, portanto não está imune às questões sociais mais amplas e transformações históricas.

Pensando em processos de mudanças, há que se destacar as alterações demográficas intensificadas na América Latina nos últimos 50 anos, que estão relacionadas a fenômenos que impactam as diversas organizações familiares. Incluem-se nesse contexto o intenso processo de urbanização, a crescente incorporação da mulher ao mercado de trabalho, o aumento da expectativa de vida, que tem por resultado uma mudança no perfil da população que é manifestada no número crescente de idosos, ao mesmo tempo em que há uma diminuição da fertilidade, levando a diferenças na concepção da pirâmide populacional (CHANT & CRASKE, 2007). Questões que contribuem para que na região se verifique uma

maior diversidade de experiências de família, crescem os quantitativos de famílias sem filhos, famílias monoparentais, especialmente aquelas que são formados por mulheres com filhos e pessoas que vivem sós. Chant (IN: CHANT & CRASKE, 2007) esclarece esse ponto explicitando que:

La mayor incidencia de maternidad individual y de encabezamiento femenino del hogar ha estado acompañada por – e inscrustada en – la disminución de los matrimonios legales, la creciente cantidad de nacimientos fuera del matrimonio, el aumento en las tasas de divorcio y separación, y la mayor participación de las mujeres en actividad históricamente masculina, de asegurar “la obtención del pan” para la familia. (2007, p. 311).

A questão das mudanças demográficas é, além do mais problematizado por Ruiz (IN: ZAREMBERG, 2009) que confirma que, embora realmente exista um processo de mudança demográfica em curso, esse processo é menos pronunciado entre os grupos sociais em condições precárias de vida. O autor identifica que entre esses grupos ainda se destacam a gravidez na adolescência, maior número de filhos e menor expectativa de vida, questões observadas entre as famílias das crianças atendidas no serviço.

O aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho trouxe mudanças significativas para a dinâmica familiar, na garantia do cuidados, mas também em questões que tocam hierarquias familiares e funções atribuídas a cada membro da família. Morgado (2012), neste contexto, também enfatiza que ainda persiste a idealização dos papéis do provedor, o cuidador e protegidos, idealização que contribui para um sentimento de incompetência, especialmente entre as famílias que vivem em dificuldade econômica, na medida em que experimentam diferentes situações familiares.

Também é necessário observar que as mudanças nas formas de organização da vida familiar, além de ter impacto diferente entre os grupos sociais, não foram capazes de romper com a atribuição do trabalho de reprodução social como responsabilidade das mulheres. A reprodução nas relações familiares das atribuições tradicionais perpetua a transmissão intergeracional, como explicam Elias & Scotson (2000, p. 161):

Na verdade, exercer as aptidões necessárias à administração familiar – que incluem cuidar da receita e das despesas da família, dos conflitos e tensões entre os familiares, dos filhos, das refeições, da saúde, dos bens materiais, da limpeza, das atividades de lazer, compartilhadas ou não, e de muitas outras coisas – é tudo menos um dom natural; depende muito da formação, quase sempre informal que as pessoas recebem ou copiam dos pais, parentes, vizinhos e outros conhecidos, à medida que vão caminhando para a idade adulta.

Chant (IN: CHANT & CRASKE, 2007) salienta que a família foi - e continua sendo - central para garantir a reprodução e sobrevivência em condições de insegurança econômica. Programas e políticas sociais tendem a regular a vida familiar e são importantes vetores de controle estatal da família. Rizzini (2007) também compartilha dessa perspectiva ao observar que as famílias pobres, historicamente, foram objeto de intervenção política do Estado numa perspectiva higienista, através de ações voltadas para mulheres / mães e filhos. Esta tendência histórica parece se atualizar hoje em programas de transferência de renda, mas também em práticas na saúde em que o saber técnico-científico se sobrepõe à realidade das famílias sem considerar seus valores e suas próprias opções e em que se transfere para as mesmas responsabilidades em termos de cuidado que nem sempre contam com suporte para garantir.

É importante, então, questionar a centralidade da família e da mulher no contexto da proteção social. Faz-se necessário incluir a questão da prestação de cuidados no ambiente doméstico, na análise da política social. Processo cheio de contradições já que a família é ao mesmo tempo considerada nos serviços públicos como responsável por promover o bem-estar e por outro lado como causadora das situações vivenciadas por seus membros. Os limites das condições de vida e de trabalho de famílias pobres, como as que são atendidas no serviço, impõem enormes dificuldades para enfrentar a rotina de consultas, exames, internações, cirurgias e todas as necessidades que têm seus filhos.

Diante dessas adversidades as famílias lançam mão de estratégias de sobrevivência para otimizar seus recursos, dadas suas condições de vida, as determinações estruturais e conjunturais. Estas estratégias referem-se ao conjunto de atividades realizadas pelas famílias para garantir sua reprodução cotidiana e geracional, frente a contextos de grande precariedade essas estratégias são frequentemente insuficientes (ZAREMBERG, 2009; GARCIA & OLIVEIRA, 2006). Damián faz uma reflexão importante nesse sentido ao destacar que:

Muchas mujeres que en la actualidad se encuentran laborando, o bien tienen un empleo mejor remunerado, vivirán serias dificultades para cumplir cabalmente su doble papel de proveedoras y encargadas de la reproducción de la familia. Algunas tendrán que dejar a sus hijos en el abandono debido a inexistencia de servicios públicos de cuidado de menores, o bien por falta de ingresos suficientes para pagar una escuela privada. Otras serán testigos de la frustración en la que vive alguno de los miembros masculinos del hogar (padre, hijo, esposo) ya que ha sido despedido, no encuentra trabajo o su salario a cada vez alcanza para menos. Esto posiblemente generará conflictos intrafamiliares que pueden llevar a la violencia (IN: BOLTVINIK y DAMIÁN, 2004, p.161).

Também nessa perspectiva, Ruiz (IN: ZAREMBERG, 2009) chama a atenção para o fato de que há uma carência endêmica de serviços de cuidado infantil pré-escolar na América Latina, e que estes, quando existem têm regras de funcionamento que não atendem às exigências do mercado de trabalho (como horários de funcionamento, férias entre outras questões). O autor destaca a gravidade do problema, chamando atenção para o fato de que já foi provado ser esse um investimento que tem profundo impacto na inserção das mulheres no mercado de trabalho e também para o desenvolvimento da criança e para a prevenção do fracasso escolar. Esses serviços além de se adequar às necessidades das famílias em termos de regras de funcionamento, também precisam estar aptos a receber crianças com demandas distintas de cuidado, numa perspectiva inclusiva, como são as crianças atendidas em nossos serviços entre várias outras. Diante de tudo isso, no cotidiano da intervenção percebemos que se perpetua o que Chant (IN: CHANT & CRASKE, 2007) explícita como sendo a tendência para o processo de mudança no que se refere às famílias na América Latina:

Lo más común será que las relaciones de parentesco continúen siendo el corazón de la organización social, pero en formas más variables y con posiciones más flexibles entre los miembros del hogar, en cuanto a derechos y responsabilidades. (2007, p. 337).

Nesse sentido, de acordo com Freitas, Barros & Braga (IN: DUARTE & ALENCAR, 2011) as famílias devem ser compreendidas no plural para que a análise possa ser realizada no contexto da vida concreta e cotidiana das pessoas e de suas relações com a sociedade de modo geral. Essa abordagem também deve, sem desmerecer a importância de fatores econômicos, enfatizar os aspectos simbólicos, culturais e relacionais, fundamentais para as abordagens sobre famílias.

Roudinesco (2003) observa que a família contemporânea frágil tem em sua própria fraqueza uma força inesperada para sua reconstrução, que é a noção de família recomposta. Independentemente da sua configuração, a autora afirma que a família continua, apesar de todos os desafios, a ser o que garante a reprodução geracional, e que ainda se segue afirmando como um valor de segurança no mundo contemporâneo cheio de incertezas. A família, é para ela então, ainda amada, sonhada e desejada por homens, mulheres e crianças de todas as idades a partir de todas as orientações sexuais e todas as condições sociais. A noção de família recomposta, na sua perspectiva refere-se precisamente, então, a um duplo movimento de secularização e humanização dos laços familiares de parentesco.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entre as questões experimentadas cotidianamente pelas mulheres atendidas em nosso serviço, destacaríamos a desproteção do trabalho, a falta de suporte de políticas sociais para o cuidado e a reprodução social em condições de precariedade econômica e de acesso a bens e serviços, e por fim, a responsabilização das mulheres da família pelo cuidado. Todas questões que são pautas históricas das lutas femininas e que, apesar dos avanços conquistados pelas mulheres, permanecem como demandas pendentes.

Nesse sentido, entre os maiores desafios enfrentados pelas famílias atendidas, especificamente pelas mães atendidas, estão a questão de se manter no trabalho e a impossibilidade de compartilhar com outros membros adultos das famílias o cuidado com crianças e adolescentes em grave condição de saúde. Essa dificuldade em ter apoio para prover cuidados pode estar relacionada com o cuidado para que essa demanda não prejudique fontes de renda de outros membros, à necessidade de que esses outros membros apoiem nos cuidados com outros dependentes quando se tratam de internações frequentes e muitas vezes longas, ou ainda a inexistência de suporte. De qualquer forma, trata-se então de uma responsabilização quase exclusiva das mulheres (majoritariamente as mães) pelo cuidado das crianças e adolescentes.

Entre as famílias acompanhadas identifica-se que as acompanhantes são quase na sua totalidade as mães, que na impossibilidade destas são comumente, substituídas por avós, tias e madrinhas, configurando uma rede de suporte para o cuidado, formada por mulheres da família extensa e de grupos próximos. Essa situação em geral não se altera mesmo quando a mãe apresenta melhores condições econômicas em relação à escolaridade e acesso ao mercado de trabalho. Frequentemente as mulheres ainda se vêm na situação de deixar o trabalho devido às exigências de atenção de seus filhos, já que rotinas de consultas, exames, e internação não são pensadas de forma a diminuir os impactos do tratamento de saúde para as famílias.

Diante de um cotidiano de precariedade econômica e adoecimento, a exigência de sobreviver com as ferramentas disponíveis dá destaque às redes de apoio com que cada família pode contar. Estes vínculos são frequentemente inestimáveis fontes de apoio, não necessariamente de apoio econômico, pois suas referências lidam com as mesmas condições materiais, mas o apoio no cuidado e apoio emocional. Marcadamente o apoio envolve a relação geracional, portanto observar as relações entre mães, filhas, avós e netas, somente

desde uma perspectiva de gênero é insuficiente. Estão presentes continuidades, transmissão de afetos e comportamentos que têm imensa repercussão na vida das mulheres.

Essa sobrecarga das mães é agravada pelo fato de que cada vez mais os pais não têm condições de prover a manutenção da família, além de serem frequentes também as situações em que, independente da possibilidade ou não desse suporte, os homens não assumem nenhum tipo de compromisso com o cuidado com os filhos. Nessas situações temos verificado o quanto tem sido importante para essas famílias o acesso aos programas de transferência de renda e, principalmente, ao Benefício de Prestação Continuada<sup>24</sup>.

A questão da sobrecarga feminina com o cuidado nos remete a que a transformação das relações mais privadas e íntimas pode ser mais lenta que mudanças no espaço público. Prova cabal dessa condição é que as mulheres do século XXI, depois de muito avançar na política e no mercado de trabalho, seguem enfrentando a dupla jornada de trabalho e a violência. Questões denunciadas por pensadoras do chamado anarco-feminismo ainda no começo do século XX (GUZZO, 2004), que bem identificaram a família como lócus, também, de opressão e violência. Esse é um desafio e ao mesmo tempo uma questão cotidiana para a intervenção no espaço da saúde, bem como em outros espaços sócio ocupacionais, já que lidamos com usuárias absurdamente sobrecarregadas de responsabilidades que podem contar, quando muito, com outras mulheres também assoberbadas.

Quanto à possibilidade de se manter no mercado de trabalho, a relação de apoio entre as mulheres é central, como encontrado por Ruiz (IN: ZAREMBERG, 2009), já que manter-se trabalhando quando os filhos apresentam tantas demandas de saúde só é possível graças ao apoio de avós e outros membros da família do sexo feminino, ou seja, são as mulheres que permitem que outras mulheres possam trabalhar. Nesse sentido, podemos identificar mudanças geracionais, mas não se verificam mudanças nas relações de gênero.

Portanto, no cotidiano da intervenção na saúde, convivemos com o desemprego de mulheres diretamente causado pelo adoecimento dos filhos já que a legislação trabalhista e previdenciária protege o trabalhador no que se refere ao seu adoecimento, porém permanece sem nenhuma proteção para cuidar de seus filhos e ou dependentes, mesmo em situações de adoecimento grave, como se caracterizam muitas das crianças e adolescentes acompanhados no INC.

---

<sup>24</sup> Benefício instituído pela Lei Orgânica da Assistência Social em 1993, que prevê o a transferência no valor de 1 salário mínimo para idoso, pessoa com deficiência (incluindo nessa perspectiva as pessoas com doenças crônicas incapacitantes) cuja a renda familiar per capita seja inferior à ¼ do salário mínimo.

Dessa maneira, a família passa por uma dupla desproteção: não tem seu trabalho e renda garantidos para cuidar de seus filhos, e ao mesmo tempo se exige que estejam no espaço da saúde assumindo o cuidado. Esse processo é visível no tocante à “solicitação” da presença em tempo integral de acompanhantes. O direito ao acompanhante pensado para gerar conforto para as crianças e adolescentes se tornou uma pressão para que os mesmos auxiliem as equipes nos cuidados, sem contar que as condições de acolhimento dos acompanhantes nem sempre se aproximam do ideal, além de frequentemente privilegiar a presença de mulheres. Enquanto as instituições não estiverem prontas para compreender as diversas dinâmicas familiares, a tendência será tratar como excepcionalidades situações familiares que demandem repostas das instituições, algumas das quais mais correspondem à regra. O tratamento na ótica da excepcionalidade revela, pois, na verdade, um reforço a ideia de favor, enquanto as propostas de adequação dos serviços na direção do suporte e adequação às realidades das famílias reafirmam o direito, e os princípios de universalidade, integralidade e equidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Suely de Souza. Violência de Gênero e Políticas Públicas. Ed UFRJ, Rio de Janeiro, 2007.
- ARIÈS, Philippe. História Social da Criança e da Família. LTC, Rio de Janeiro, 2006.
- BARQUET, Mercedes. Reflexiones Sobre Teorías de Género, Hoy. IN: Revista del Postgrado en Ciencias del Desarrollo. CIDES-UMSA, N° 11, Septiembre 2002.
- BOLTVINICK & DAMIAN (org). La Pobreza en México y el mundo. Realidades y desafíos (varios). Siglo XXI editores y Gobierno de Tamaulipas, 2004.
- CAROSIO, Alba. El Feminismo Latinoamericano y su Proyecto Ético Político en el Siglo XXI. Revista Venezolana de Estudios de la Mujer. Caracas, Venezuela. Julio/Diciembre - volumen 14/n° 33, 2009.
- CASTELLS, Manuel. O Poder da Identidade, vol 2. A Era da Informação: economia, sociedade e cultura. Ed. Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1999.
- CHANT, Sylvia & CRASKE, Nikki. Género en Latinoamérica. Casa Chata, México – DF, 2009.
- DUARTE, Marco José de Oliveira.& ALENCAR, Monica Maria Torres (org). Família e Famílias: Práticas Sociais e Conversações Contemporâneas. Rio de Janeiro, Lúmen Júris, 2011.

- ELIAS & SCOTSON. OS Estabelecidos e os Outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Rio de Janeiro, Zahar, 2000.
- FERNÁNDEZ AGUILLERA, Guadalupe. Transversalidad de la Perspectiva de Género em las Políticas Públicas. Analisis del Instituto Municipal de la Mujer en León, Gto. 1997-2006. León, Universidad Iberoamericana, 2011.
- GARCÍA & OLIVEIRA. Las Familias en el México Metropolitano: Visiones femininas y Masculinas. Colégio de México, DF, 2006.
- GUIDDENS, Anthony. A Transformação da Intimidade. São Paulo, UNESP, 1993.
- GUZZO, Cristina. Luisa Capetillo and Salvadora Onrubia de Botana, two anarchist Icons. IN: ALPHA Nº 20 - 2004 (165-180) Diciembre 2004
- MANINI, Daniela. A Crítica Feminista À Modernidade e o Projeto Feminista no Brasil dos Anos 70 E 80. IN: Cadernos AEL, n.3/4, 1995/1996
- MÉROLA, Giovanna. Feminismo: Un Movimiento Social. In: Nueva Sociedad, n. 78, Jul – Ago 1985.
- MORGADO, Rosana. Mulheres Mães e o Abuso Sexual Incestuoso. Editora UFRJ, Rio de Janeiro, 2012.
- RIZZINI, Irene. O Século Perdido: raízes históricas das políticas públicas para infância no Brasil. Rio de Janeiro, USU, 2007.
- ROUDINESCO, Elisabeth. A Família em Desordem. Rio de Janeiro, Zahar, 2003.
- SCOTT, Joan. Gênero: Uma Categoria Útil para Análise Histórica. Texto original: Joan Scott – Gender: a useful category of historical analyses. Gender and the politics of history. New York, Columbia University Press. 1989.
- ZAREMBERG, Gisela.(org) Políticas Sociales y Género. Tomo II: Los Problemas Sociales y Metodológicos (varios). Flacso México, México-DF, 2009.

## GÊNERO, CUIDADO E TRAJETÓRIAS DE VIDA DE MULHERES

Teresa Kleba Lisboa<sup>1</sup>

Daniele Beatriz Manfrini<sup>2</sup>

O presente texto pretende questionar por que a dimensão do cuidado ainda é predominantemente atribuída às mulheres, inserindo uma concepção de gênero como estruturante das suas trajetórias de vida, pois elas, muitas vezes, interrompem seus projetos de vida, deixam seus trabalhos, abdicam de seus sonhos para dedicar-se ao cuidado dos filhos pequenos, às pessoas enfermas ou idosas, entre outras. Interroga-se: como alcançar a igualdade de oportunidades sem discriminar as mulheres destinando principalmente a elas, as tarefas domésticas e, em especial, aquelas relativas ao cuidado? Teriam os homens uma postura defensiva em relação a essas tarefas com o intuito de não perder seus privilégios e protagonismos? Teriam as mulheres, por sua vez, medo ou resistência em sacrificar determinados valores historicamente relacionados aos seus papéis? Como tornar pública uma cultura privada?

As últimas décadas têm sido caracterizadas por profundas transformações provocadas pela irrupção de mulheres no mundo do trabalho. Estas mudanças tem abrangido, entre outros aspectos, maior acesso das mulheres à educação formal e a diminuição das taxas de fecundidade feminina com consequentes alterações nas relações familiares sinalizando progressos importantes, mas ainda insuficientes, em relação ao empoderamento das mulheres.

Foram os movimentos feministas, que no final dos anos sessenta e início dos setenta, apontaram que uma das maiores desigualdades entre homens e mulheres é “que as mulheres são dominadas só pelo fato de serem mulheres, e é seu pertencimento a um gênero que institui a atribuição do trabalho doméstico e do cuidado, somente a elas” (FOUGEUROLLAS-SCHWEBEL, 1999, p. 62).

Decorrente dessa introjeção de papéis, muitas mulheres interiorizam práticas repetitivas, mediante imposições de que cabe a elas assumirem as tarefas domésticas e, estimuladas pela sua concepção de limpeza e ordem, se encarregam automaticamente da maior parte dos afazeres sem refletir que isso representa uma sobrecarga.

---

<sup>1</sup> Professora do Departamento de Serviço Social da UFSC e do Programa de Pós Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas (UFSC). Pesquisadora do Instituto de Estudos de Gênero e Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Serviço Social e Relações de Gênero (NUSSERGE), da mesma Universidade.

<sup>2</sup> Assistente Social do Ministério Público do Balneário Camboriú/SC, doutoranda do Programa de Pós Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas (UFSC), integrante do NUSSERGE.

A maioria dos homens, por sua vez, permanece acomodada em seus privilégios de não precisar dividir as tarefas do lar, porque a eles é atribuído o papel de provedor, mesmo que as parceiras também trabalhem fora de casa.

Neste sentido, propomos discutir essas questões a partir de uma breve revisão de literatura sobre os temas “ética do cuidado e ética da justiça”, destacando as contribuições de Victória Camps (2001), Helena Hirata (2010), e Betina Dausien que por sua vez, fundamenta-se em Anthony Giddens (1988), no intuito de elaborar algumas recomendações consideradas úteis para as profissionais da área, ou seja as que trabalham com mais frequência com a categoria cuidado.

## A ÉTICA DO CUIDADO – COMO TORNAR PÚBLICA A CULTURA PRIVADA?

Em seu livro “O Século das Mulheres”, Victória Camps (2001) recorda que a igualdade entre homens e mulheres está garantida na legislação brasileira, porém, na prática ainda falta muito para ser alcançada. Para a autora, a discriminação da mulher na vida privada é a principal desigualdade, o lar é o espaço onde se mantém uma divisão do trabalho muito tradicional, que impede as mulheres de assumirem atividades e cargos de maior responsabilidade no espaço público. No seu entender, o mundo exterior, o espaço público, sempre foi identificado com os homens e por isso, é necessário que estes se insiram na cultura privada, e da mesma forma, que esta, seja publicizada. Conseqüentemente, o tempo dedicado às atividades no ambiente privado, geralmente relacionado à reprodução, carece do mesmo reconhecimento social que goza o tempo produtivo e o espaço público. Nesta perspectiva, Camps (2001) sugere a “feminização dos homens” como proposta para tornar pública a vida ou a cultura privada.

Resgatar valores femininos e masculinos nesta reflexão, não significa incentivar essencialismos ou a dicotomia, mas sim, “apostar em uma sociedade que aceite outros modos de olhar e, por conseguinte, outros modos de agir” (CAMPS, 2001, p. 19). Se os homens aceitassem adentrar ao espaço privado e dividir as tarefas com as mulheres, estas poderiam dedicar-se com maior afinco às atividades públicas, assumir cargos políticos e feminizar o modo de fazer política.

A inserção das mulheres no espaço público, porém, traz conseqüências e problemas sociais que precisam ser enfrentados conjuntamente por toda a sociedade. É necessário que ocorra uma mudança de atitudes e comportamentos, tanto dos homens como das mulheres, uma

vez que estas necessitarão de autoconfiança e empoderamento para assumir a condução de políticas públicas e os homens terão que dar apoio efetivo para que as questões do espaço privado não recaiam inteiramente sobre elas.

Não será fácil a eliminação dos privilégios atribuídos aos homens, pois estes ocultam as diferenças que por sua vez apresentam-se demasiado radicais para serem elimináveis individualmente. Este tratamento diferenciado entre homens e mulheres decorre de uma época histórica, o liberalismo, que não reconhecia a desigualdade e era cego à discriminação das mulheres. Camps (2001) sugere corrigir os “mal entendidos” trazidos pelo liberalismo e tirar proveito dos benefícios que ele trouxe, sendo um deles a exigência da universalidade. Esta perspectiva universal, no entanto, teria que ser direcionada tanto para a valorização (por igual) do trabalho reprodutivo das mulheres, como do trabalho produtivo dos homens.

A sociedade ainda é regida por normas baseadas no gênero que reforçam as diferenças, favorecendo dominações e subordinações que oprimem alguns segmentos da humanidade, entre eles, as mulheres. Para corrigirmos as desigualdades de gênero são necessárias ações afirmativas que significam o alcance da equidade de gênero no tratamento das situações, ou seja, tratar diferentemente os desiguais.

Neste sentido, propõe-se complementar a “ética do cuidado” com a “ética da justiça”, pois para Camps (2001), a ética da justiça não dá conta dos valores morais de uma sociedade; sem atitudes solidárias a justiça é insuficiente e não progride; a ética da justiça pauta-se em leis que deveriam valer igualmente para todos os indivíduos, o que não ocorre na prática. As práticas sociais tem evidenciado, ao contrário, a existência de uma ética distante do indivíduo.

A ética do cuidado, por sua vez, não se limita a cumprir a lei, interessa-se pela sua aplicação situacional; é uma ética relacional e seus princípios estão a serviço das pessoas. Por conseguinte, não se rejeita a justiça colocando o cuidado em seu lugar. O que se propõe é que a ética da justiça complemente a ética do cuidado, pois os indivíduos não necessitam somente das instituições, mas também da proximidade, companhia, compreensão e afeto, sobretudo as pessoas mais vulneráveis como crianças, idosos, enfermos, desempregados, excluídos da sociedade entre outros. A ética não pode ser feita somente de normas rígidas e formais; deve incluir atitudes, virtudes e hábitos que formam o caráter das pessoas (CAMPS, 2001).

Por esse motivo, há que se destacar a importância do meio social na socialização das crianças, que deveriam ser educadas (treinadas) desde cedo, a cultivar valores positivos, a expressar sentimentos de compaixão e solidariedade compartilhando tarefas e preocupando-se com as pessoas ao seu redor.

## CUIDADO E TRABALHO EM TEMPO PARCIAL – SÓ PARA AS MULHERES?

Em estudo realizado sobre as teorias do *Care* (cuidado), Helena Hirata (2010) ressalta que o termo surgiu na década de 1980 no mundo anglo-saxão, o debate foi retomado na França em meados dos anos 2000 e, no Brasil, em um período mais recente. No âmbito acadêmico, especialmente na França, é comum a utilização do termo em inglês *care*, mas no Brasil, utilizamos a categoria “trabalho doméstico e de cuidados”, entendida como “um universo de tarefas cotidianas realizadas tanto dentro de casa quanto fora do âmbito doméstico, envolvendo a relação de cuidados com as crianças e a família” (HIRATA, 2010, p. 11).

No caso do Brasil, os primeiros estudos sobre o *care* foram feitos pela enfermagem (SANTOS; RIFIOTIS, 2006) e pela gerontologia. Isso demonstra que a maioria dos aspectos do cuidado se relaciona com a questão da saúde. Porém, a questão do cuidado tem-se configurado como uma prática multidimensional e transversal (tal como os conceitos de trabalho e de gênero), e requer cada vez mais, um tratamento interdisciplinar. Para Leis (2006, p. 106), a interdisciplinaridade “deve ser entendida como o conjunto de princípios facilitadores do diálogo entre as disciplinas, de forma a permitir restabelecer uma visão do todo e revelar a complexidade deste todo e das inumeráveis teias de relações presentes”.

Nesta perspectiva, argumenta-se que a cidadania das mulheres será reconhecida e valorizada somente quando os direitos políticos deixarem de ser apenas formais, ou seja, quando forem colocados efetivamente, em prática. Já é fato reconhecido publicamente que o pleno emprego é uma ilusão. Conforme Camps, (2001) a crise do trabalho ocorre precisamente quando as mulheres começam a se inserir no mercado de trabalho (tendo-se o especial cuidado de não atribuir a crise à entrada das mulheres no mercado de trabalho) e se agrava na passagem da sociedade industrial para a sociedade tecnológica, em função da substituição do trabalho das pessoas por máquinas, eliminando inúmeros postos de trabalho.

Diante das conquistas e da revolução tecnológica surgem questões polêmicas: O que significa continuar proclamando que todas as pessoas têm direito a trabalho digno e remunerado? Queremos pleno emprego? Que as mulheres trabalhem menos! Queremos conservar os serviços sócio assistenciais que o Estado neoliberal afirma que não pode mais fornecer? Que as mulheres voltem para casa e se ocupem do que sempre foi o seu trabalho mais específico!

Aceitar a proposta de trabalho parcial somente para as mulheres, para Victória Camps (2001) significa atribuir-lhes novamente toda a responsabilidade da reprodução social. A

proposta da autora é que a sociedade como um todo – formada por homens e mulheres – organize suas estruturas, principalmente a da família, e compartilhe as tarefas e responsabilidades. Se as mulheres saem para trabalhar ocupando os espaços públicos, por que os homens não podem fazer o movimento contrário e dividir com as mesmas o espaço privado? Por que ambos não podem trabalhar de forma parcial?

Quando a autora propõe feminizar os homens e a sociedade, ela quer dizer que certas atitudes e valores da vida privada também devem invadir a vida pública que se encontra excessivamente racionalizada. É necessário romper a estrutura patriarcal de nossas instituições

Porque nem tudo é questão de justiça: tem de haver também solidariedade, amizade, e até caridade [por parte dos homens e pessoas que trabalham nas instituições]. Porque as pessoas não precisam só de instituições que as sirvam: precisam também de afeto, [compreensão] e carinho (CAMPS, 2001, p.43).

Abordar o tema “trabalho das mulheres” para Victória Camps (2001) significa falar da sobrevivência do Estado Providência. A partir do momento em que a mulher sai para trabalhar fora de casa, “ela deixa de ser a boa fada da família tradicional” (p. 40). Fundamentando-se nos estudos de Helga Hernes (1990), a autora afirma que o Estado Providência favoreceu as mulheres na medida em que ajudou a efetuar a transição da dependência privada para a dependência pública, ou seja, as mulheres tornaram-se não só dependentes dos serviços estatais (públicos), mas também assumiram a maioria dos postos de trabalho no setor público, como servidoras, contratadas.

Contudo, o protagonismo das mulheres na elaboração de políticas públicas que venham ao encontro de suas necessidades básicas ainda é incipiente, tornando-as mais “objeto” das políticas de Bem Estar Social do que sujeitos propositores. Por esse motivo, Camps argumenta que “apesar de terem começado a romper as cadeias, as mulheres continuam sendo cidadãs de segunda categoria” (p. 40). Ao resgatar a função do Estado como a de “fazer justiça” a partir de John Rawls (1997), a autora defende que nas situações de opressão, discriminação e exploração das mulheres na família, este (o Estado) deva intervir no sentido de garantir as mínimas condições de proteção social.

Constata-se que existem várias leis que preconizam a igualdade entre homens e mulheres em nosso país, porém, há uma lacuna muito grande entre os direitos preconizados pelas leis, e as reais necessidades das mulheres que deveriam ser consideradas cidadãs em nível de equivalência aos homens. Sabemos que os valores e as normas em uma sociedade não se modificam por decreto. A sociedade e o conjunto de instituições que a integram se modificam

somente se os significados e valores de quem vive nelas, também se modificarem. Há que pensar em desconstruir o imaginário social que atribui as tarefas domésticas e as relativas ao cuidado somente às mulheres, propondo estratégias de ação que visem à mudança de comportamentos - mais solidários e que levem em conta as trajetórias de vida das mulheres.

## BIOGRAFIAS E TRAJETÓRIAS DE VIDA – DEMARCANDO AS DIFERENÇAS DE GÊNERO

Betina Dausien, Claudia Born e Helga Krüger<sup>25</sup>, sociólogas do Instituto de Pesquisa “Sonderforschungsbereich 186” de Bremen, trabalham com o tema Trajetórias de Vida de Mulheres, tendo como principais linhas de pesquisa: a trajetória das mulheres que iniciam uma carreira profissional e a mudança de status e de rotina que isto acarreta em suas vidas; a trajetória daquelas que interrompem sua carreira profissional porque decidem ter um filho, constituir família e são obrigadas a sair do emprego porque inexistem políticas sociais que favorecem à “mãe trabalhadora”; e ainda a trajetória de mulheres que são obrigadas a interromper sua carreira profissional ou diminuir seu tempo de trabalho por motivo de doença grave, delas ou de alguém da família, ou para cuidar de pessoas com deficiência ou idosas da família, entre outras.

As pesquisadoras alemãs estabelecem uma diferença entre Biografias e Trajetórias de Vida: Biografia é a história individual, pessoal e subjetiva da vida de uma pessoa. Essas histórias individuais são construídas e reconstruídas por sujeitos concretos a partir de situações concretas; as Biografias possuem determinadas razões bem como determinadas funções coletivas e individuais; orientam-se a partir de normas preestabelecidas e subentendem diferentes meios de construção. O termo “construção biográfica” significa não somente o constructo biográfico, o produto final das construções coletivas e individuais, mas o “processo de construção”, ou seja, a produção e reprodução em si (DAUSIEN, 1996, p.4).

Trajetória de Vida (*Lebenslauf*), por sua vez, é considerado um constructo científico, definido em primeira mão pela perspectiva metodológica adotada, podendo utilizar dados quantitativamente analisáveis que possuem relação direta com a seqüência cronológica da vida dos indivíduos (DAUSIEN, 1996). No entender desta autora, a Trajetória de Vida é denominada cientificamente de “transcurso”, pois resgata e analisa mudanças sociais, passagens

---

<sup>25</sup> Pesquisadoras do instituto de Pesquisa “Sonderforschungsbereich 186” de Bremen (Alemanha), no qual a Professora Teresa Kleba Lisboa realizou seu Estágio Doutoral em 1998.

de status, de situação econômica, de atividades profissionais, utilizam-se datas significativas, períodos, números, enfim aspectos quantitativos e qualitativos estão relacionados na mesma abordagem. Nesta perspectiva, a Trajetória de Vida é considerada uma instituição social, um sistema de regras que rege/conduz as relações do indivíduo na modernidade.

Born, Krüger e Meyer (1996) afirmam que a pesquisa relacionada com Trajetórias de Vida é uma área relativamente nova na sociologia, tendo como ponto de partida a mobilidade social, bem como a trajetória das mulheres que iniciam uma carreira profissional e a mudança de *status* e de rotina que isso acarreta em suas vidas: interrompem sua carreira profissional porque decidem ter um filho, constituir família, ou optam em sair do emprego.

Junto à profissões de caráter interventivo, como é o caso do Serviço Social, Vicente de Paula Faleiros (2001) propõe que a intervenção profissional consista na articulação entre mediações, trajetórias e estratégias de ação, configurando-se uma situação de relação entre profissional e usuário, pois este, como sujeito com aspirações, desejos e necessidades passa a ser valorizado pelas ciências sociais como um personagem que entra em cena. O profissional deve considerar a articulação do contexto entre a trajetória social, trajetória individual e familiar do usuário, levando em conta a totalidade das dimensões em que esse indivíduo se constitui. Para o autor, as trajetórias sociais de cada indivíduo trazem imbricados processos de construção e desconstrução de poderes que se entrecruzam configurando mudanças de relações. A trajetória dos dominados geralmente tem a marca da exclusão social, pois, no transcurso de suas vidas, foram alijados de seus patrimônios; tanto culturais e simbólicos quanto materiais. “Esse processo de mudança nas relações implica rupturas que se manifestam em desavenças, revoltas, resistências, deslocamentos e continuidades [...]” (FALEIROS, 2001, p.74).

Trajetórias de vida, portanto, podem ser consideradas como partes de uma história de vida, um determinado percurso, itinerário ou ciclo que deve ser resgatado pelo profissional ou pesquisador. Nos processos investigativos, este percurso, geralmente, vem ao encontro da questão de pesquisa colocada, ou seja, da delimitação do problema. Por exemplo: se pretendo investigar os tipos de trabalho ou ocupação remunerada que as mulheres, sujeitos de minha pesquisa, já tiveram ao longo de suas vidas e quantas vezes tiveram que abdicar de um trabalho em função de uma questão pessoal, pesquisarei a trajetória ocupacional dessas mulheres; se desejo saber o itinerário migracional que um determinado grupo percorreu, os motivos pelos quais tiveram que sair de sua cidade de origem, como chegaram ao seu destino e de que forma estão sobrevivendo, vou pesquisar a trajetória migracional; se desejo conhecer os motivos pelos quais os adolescentes iniciaram sua situação em conflito com a lei, o tempo

em que permaneceram cometendo infração, quais as medidas socioeducativas que lhes foram infringidas, vou pesquisar sua trajetória infracional; se desejo saber como determinado grupo de pessoas se sente após ingressar na aposentadoria, vou pesquisar a trajetória do final da fase laboral e início da vida como aposentadas, entre outros exemplos.

A definição do problema de pesquisa pressupõe uma imersão do pesquisador no contexto teórico-metodológico do tema a ser trabalhado. O pesquisador não parte de uma ‘tábula rasa’ para ir a campo. Ele deve estar submerso nas condições que condicionam o problema, bem como partilhando na prática as experiências e percepções que os sujeitos possuem desses problemas, que por sua vez vão sendo relatados e construídos com relativa coerência em relação à sua visão e à sua experiência.

## GÊNERO COMO UMA CATEGORIA ESTRUTURANTE DAS TRAJETÓRIAS DE VIDA

Para a historiadora Joana Pedro (2011, p. 277) “os estudos de gênero, aqui incluindo (...) relações de gênero, têm buscado se colocar no centro do debate historiográfico, tentando fazer com que essas categorias se tornem comuns para quem pesquisa nesse campo”. Essas categorias, porém, como quaisquer outras, vivem as instabilidades dos sentidos que lhes são atribuídos, resultado de lutas dentro do próprio campo.

Com a intenção de estabelecermos uma relação entre as categorias “gênero” e “trajetórias de vida” seguindo a concepção adotada pelas pesquisadoras alemãs, adotaremos para esta análise a construção teórica sobre “relações de gênero” feitas por Betina Dausien que por sua vez, fundamenta-se em Anthony Giddens (1988).

No entender de Dausien (1996), “trajetórias de vida” e “relações de gênero” não podem ser consideradas realidades ontológicas nem abstrações teóricas em si, pelo fato de serem categorias estruturantes. Estruturas são, conforme Giddens (1989), desenvolvidas sistematicamente, e produzidas mediante um complexo processo de “estruturação” por indivíduos e pelas coletividades que fazem parte da mesma. Portanto, as estruturas reproduzem-se nas suas relações e através destas, as modificam. Por sua vez, as ações devem ser entendidas como práxis que por sua vez subentende uma prática conscientizadora e emancipadora. Os sujeitos produzem em sua práxis cotidiana, estruturas, que através das relações de produção e reprodução retornam como objetivos individuais.

A relevância do critério da práxis é um critério importante para os estudos de gênero, uma vez que a teoria não emerge por si só dos dados nem surge de uma forma indutiva a partir

dos mesmos, mas sim desempenha um papel importante desde o início do processo de pesquisa. “Ela direciona a atenção do pesquisador e o sensibiliza para determinados fenômenos no campo que requerem uma escolha entre as múltiplas observações” (DAUSIEN, 1996, p. 97).

Assim, as estruturas não funcionam de modo global nem abstrato, mas sim intervêm sobre inúmeras instituições e sistemas de regras em diferentes projeções. Da mesma forma, as Trajetórias de Vida não surgem de estruturas abstratas, mas sim de ações produzidas e reproduzidas por sujeitos que cruzam velhas fronteiras e abrem novas perspectivas (GIDDENS, 1988).

Gênero, visto especialmente sob forma relacional (masculino e feminino) é uma destas instituições, uma instituição elementar em todas as sociedades históricas. Por isso as teorias feministas insistem em afirmar que o gênero é social e historicamente construído; que os indivíduos nas suas práxis cotidianas reproduzem e constroem as classificações de gênero.

Relações de Gênero, portanto, tanto podem ser analisadas como instituição social (socialização), como também sob o aspecto de ações (relações) humanas num processo dialético de estruturação: a construção social do gênero é uma ação relacional. Identificar-se com um determinado gênero implica pertencimento social àquele gênero e como tal, a responsabilidade de agir em conformidade à determinadas normas, evitando certos comportamentos, ou seja, agindo dentro dos padrões “sócio-culturalmente esperado (s)”. Gênero é pois uma categoria da ação cotidiana.

Segundo Dausien (1996, p. 03), “a construção lógica da categoria gênero necessita ser produzida teoricamente a partir de recortes históricos, sociais, culturais, regionais, dependendo o contexto de cada realidade”. Esta construção só poderá partir da análise de um quadro concreto de dados empíricos. Da mesma forma que um indivíduo possui ou se identifica com um gênero, ele também possui e se identifica com uma trajetória biográfica. Esta, também é uma construção social que se dá a partir de relações conflituosas do cotidiano e que perpassa a estrutura e a ação.

Portanto, a constatação de que uma “trajetória de vida” não é um princípio biológico, mas sim uma instituição social, um sistema de regras que rege/conduz as relações do indivíduo na modernidade, nos leva a crer que estas trajetórias são fenômenos históricos, que surgem a partir dos processos da modernidade e estão relacionadas de forma complexa com os demais sistemas de regras sociais.

Toda a vida humana é constituída biograficamente e isto implica que todo o relacionamento humano contém uma dimensão biográfica profunda. Se permanecermos na perspectiva da ação, acontecerá o previsto, que ambas categorias - biografia e gênero,

obrigatoriamente se inter-relacionarão no cotidiano da realidade social. Quando estou agindo em determinadas situações, o faço como mulher/homem (e reproduzo imediatamente as relações de gênero), me relaciono como mulher/homem a partir de uma experiência e uma expectativa biográfica específica (que ao mesmo tempo reproduzo).

## TRAJETÓRIAS DE VIDA DE MULHERES - EM BUSCA DA EQUIDADE DE GÊNERO

Dausien (1996), parte do pressuposto que as Trajetórias de Vida das mulheres são bem mais complexas do que a dos homens. Nas trajetórias sócio-ocupacionais, por exemplo, a profissão nem sempre tem o mesmo significado para homens e mulheres: homens geralmente têm trajetórias lineares enquanto que a trajetória das mulheres na grande maioria das vezes é descontínua, interrompida. Essa relativa tranquilidade dos homens em relação à sua trajetória de trabalho é de certa forma legitimada pela sociedade que impõe a ele o papel de provedor, e a ela as tarefas de cuidado. Portanto, se alguém tem que abdicar da realização profissional, por exemplo, na vida de um casal que acabou de ter um bebê, quase sempre será a mulher.

Born, Krüger e Meyer (1996), também confirmam que, para conciliar trabalho e família a mulher deve desdobrar-se em mil, submeter-se à dupla jornada, fazer “arranjos” em relação aos filhos pequenos e a casa, e quando por algum motivo, tem que interromper o trabalho, geralmente o faz contra a vontade, como se fosse uma separação, uma perda, o que é confirmado pelo depoimento de uma das mulheres entrevistadas pelas pesquisadoras: “se quero emancipar-me em troca tenho que submeter-me...” (p.187).

Alguns modelos de Trajetórias de Vida de mulheres foram construídos através da história, com base na desigualdade de gênero. Os paradigmas biográficos construídos por Dausien (1996) estão diretamente relacionados com a divisão sexual do trabalho e partem do seguinte questionamento: qual o peso da questão profissional (formação, profissão, carreira, condições de existência) e da questão familiar (relações, filhos, sexualidade, projeto familiar) para os planos de vida de uma mulher?

A partir destas questões e pressupostos a autora construiu os seguintes modelos, os quais, em nosso entender são úteis para explicar a realidade de muitas mulheres brasileiras.

1. “Vida pela Metade” (Halbiertes Leben) - Entre os dois aspectos da estrutura social: profissão e família, muitas mulheres, no decorrer de suas vidas, optam pela família ficando sem perspectiva de integrar o outro mundo da vida (o profissional). Somente ouvindo as trajetórias

dessas mulheres saberemos como elas se sentem em relação às frustrações e realizações. Sob o conceito de “reprodução”, ao longo da história, todas as atividades relativas ao espaço privado foram delegadas às mulheres: o trabalho doméstico, cuidado com doentes e com idosos, educação dos filhos e estrutura psicológica da família. Pergunta-se se essas mulheres tiveram em algum momento, vida própria ou suas vidas foram dirigidas constantemente para os outros. Pode-se afirmar neste contexto, que as mulheres “estão para os outros” enquanto os homens “estão para si”.

2. “Vida Dupla” (Doppeltes Leben) - Significa concretamente que muitas mulheres vivem e trabalham em dois mundos completamente diferentes - o local de emprego e a casa, mas são obrigadas a sincronizar no cotidiano as duas estruturas de tempo que estão sob sua responsabilidade: o tempo para a família e o tempo para o emprego numa só vida. Por esse motivo, as mulheres sentem-se mais “amarradas” quando convidadas a ocupar um cargo político ou de chefia, não raras vezes sentem-se culpadas por não corresponder à multiplicidade de funções para a qual são demandadas: além de ser uma profissional competente, deve ser uma boa mãe, esposa fiel e ótima administradora do lar.

3. “Vida Descontínua” ( Brüchiges Leben) Os estudos feministas comprovam que a vida laboral das mulheres é bem mais descontínua do que a dos homens, principalmente com o nascimento de um (a) filho (a). Creches para bebês praticamente inexistem na Alemanha e os Jardins de Infância aceitam crianças a partir dos quatro anos de idade. Portanto, se o casal decide ter um filho, a mulher deve estar ciente de que deverá interromper sua carreira profissional. No Brasil, da mesma forma, as mulheres que trabalham fora de casa encontram uma série de empecilhos, geralmente quando ganham filhos sua jornada de trabalho reduz-se pela metade quando não solicitam licença sem vencimento até que os filhos estejam criados e possam voltar a trabalhar “sem sentimento culpa” de deixá-los nas creches ou com babás. Esta descontinuidade também acontece nos casos de: a) uma pessoa da família ficar doente; b) ter que assumir os pais na fase da velhice; c) mudança de local de trabalho do cônjuge (muito comum no caso de militares, gerentes de banco e outros), na grande maioria dos casos cabe às mulheres acompanhá-los de cidade em cidade, tendo que abdicar de sua carreira; d) em caso de fluxos migratórios, quando as mulheres deixam seus afazeres nos locais de origem e devem aculturar-se no novo destino, entre outros.

4. “Vida Não Vivida” (Ungelebtes Leben) – Corresponde à vida daquelas mulheres que se sacrificam pelos outros. O papel de “cuidadora” geralmente tem sido atribuído às mulheres: cuidar de doentes, pessoas com deficiência, idosos. As funções do Estado de garantir os direitos básicos, através de políticas mais efetivas de atendimento aos doentes, às pessoas com deficiência, instituições asilares para abrigar os idosos, com qualidade, tem sido deixadas de lado atribuindo-se muitas dessas funções às famílias, o que logicamente recai sobre as mulheres. Outro exemplo de “vida não vivida” é quando em determinado momento de suas vidas, mulheres são acometidas de doenças crônicas, ou ainda quando sofrem com a separação e não conseguem reconquistar sua autonomia.

Estes são alguns modelos de Trajetórias de Vida nos quais a técnica da entrevista e todos os passos que envolvem este procedimento metodológico serão fundamentais para o pesquisador conhecer e compreender a realidade de mulheres que dividem seu cotidiano entre o espaço profissional e a esfera doméstica. A modalidade Trajetórias de Vida permite reconhecer a importância e a riqueza de experiências individuais e coletivas relatadas pelos sujeitos pesquisados, o universo que se desenha a partir da construção e reconstrução dessas experiências, decifrando, ordenando, organizando e analisando um saber que contribuirá, sem dúvida, para a construção do conhecimento nas ciências humanas e sociais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao discutir o significado do trabalho doméstico, o Colectivo IOÉ (2001, p. 26) propõe ampliar o conceito de trabalho para "incluir todas as atividades dos seres humanos que constituem um esforço ou gasto de energia para satisfazer suas necessidades mediante produção de bens e serviços". Ressalta o viés androcêntrico de alguns autores que insistem em designar como "trabalho" as atividades desempenhadas na maioria por homens e como "não-trabalho" as que incluem a maioria das mulheres, evidenciando que por trás dessas definições estão presentes questões culturais e ideológicas.

Trazendo para a discussão a multidimensionalidade do trabalho humano, o grupo considera o espaço doméstico como "um espaço de produção e reprodução dos mais variados bens e serviços, entre os quais as múltiplas práticas de comunicação verbal, afetiva e sexual, que possuem grande importância na integração pessoal dos adultos e crianças bem como na socialização de novos cidadãos" (COLECTIVO IOÉ, 2001, p.26). Dito de outro modo, o trabalho realizado no espaço doméstico não deveria ser invisibilizado porque, o fato de ocorrer

no âmbito privado, não diminui seu valor. É o lugar de reprodução social no sentido de produzir e fazer circular normas e valores sociais acerca da família, do gênero, da nacionalidade, da identidade e de outras representações sociais.

É sabido que os serviços domésticos e as tarefas relativas ao cuidado em uma casa são imprescindíveis. Em relação a como e por quem são desempenhados esses serviços, o Colectivo IOÉ (2001) sugere três formas possíveis: a) sob a forma de reciprocidade - entre os membros da casa, que dividem as tarefas simétrica ou assimetricamente entre si; b) redistributivas - quando acessamos serviços coletivos (lavanderias coletivas, restaurantes comunitários, instituições que abrigam idosos ou crianças) que são disponibilizados pelo poder público em troca do pagamento de impostos; ou c) quando contratamos pessoas (diaristas, cuidadoras, faxineiras) através de uma relação mercantil que se constitui por uma troca de trabalho entre agentes privados mediada por dinheiro.

Com o avanço dos estudos de gênero, que entre outros temas pertinentes propõem discutir a "desconstrução" do modelo de homem cujo papel foi fixado pela sociedade patriarcal, entra em questão a divisão sexual do trabalho. Esta requer uma distribuição equitativa do trabalho doméstico, ou seja, requer democracia de oportunidades que subentende senso de justiça, mas também envolve a ética do cuidado, que não deve ser entendida como específica das mulheres, assim como a questão da racionalidade e da justiça não é específica dos homens!

A proposta de Camps (2001) – de complementar a ética da justiça com a ética do cuidado, refere-se a uma crítica à ética racional e universal centrada na defesa da liberdade e igualdade para todos, que, baseada no individualismo abstrato, elimina toda a diferença. Para a autora, a ética do cuidado deve ser vista como complemento da ética da justiça, por duas razões: a ética da justiça não dá conta de todos os valores morais de uma sociedade e porque é preciso revelar valores relacionados ao espaço doméstico no espaço público.

Somente quando acontecer o reconhecimento mútuo da importância e necessidade de cada domínio – público e privado – quando o intercambio dos papéis que foram atribuídos aos homens e mulheres pela sociedade for concretizado, se conseguirá a revitalização da política. Quando os dois mundos se complementarem, deixará de haver problemas exclusivos de mulheres e a esfera política ganhará mais prestígio porque se humanizará.

## REFERÊNCIAS

- ALBERTI, V. *O fascínio do vivido, ou o que atrai na história oral*. Rio de Janeiro, CPDOC, 2003. Disponível em <[www.cpdoc.fgv.br](http://www.cpdoc.fgv.br)>. Acesso em: 19 set. 2007.
- ALBERTI, Verena. *História oral na Alemanha: semelhanças e dessemelhanças na constituição de um mesmo campo*. Rio de Janeiro: CPDOC, 1996. Disponível em <[www.cpdoc.fgv.br](http://www.cpdoc.fgv.br)>. Acesso em: 19 set. 2007.
- ARANGO, L. Família, trabajo e identidad de género. Analogias y contrastes entre dos categorías socio-profesionales en América Latina. In: ABRAMO, L.; ABREU, A. *Gênero e trabalho na sociologia latino-americana*. São Paulo, Rio de Janeiro, ALAST, 1998. (Série II Congresso Latino-Americano de Sociologia do Trabalho).
- BORN, C.; KRÜGER, H.; LORENZ-MEYER, D. *Der unentdeckte Wandel – annäherung na das Verhältnis von Struktur und Norm im weiblichen Lebenslauf*. Berlin: Ed. Sigma, 1996.
- BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989. (Coleção Memória e Sociedade).
- CAMPS, Victória. *O Século das Mulheres*. Lisboa, Editorial Presença, 2001.
- COLETIVO IOÉ. *Mujer, inmigración y trabajo*. Madri: IMSERSO – Ministério de Trabajo y Assuntos Sociales, 2001.
- DAUSIEN, B. *Biographie und geschlecht - zur biographischen konstruktion sozialer wirklichkeit in frauenlebensgeschichten*. Bremen: Donat, 1996.
- FALEIROS, V. de P. *Estratégias em Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 2001.
- FARIA, Nalu e MORENO, Renata (org.s). *Cuidado, trabalho e autonomia das mulheres*. São Paulo: SOF, 2010. 80 p. (Coleção Cadernos Sempreviva Organização feminista. Série Economia e Feminismo 2).
- FOUGEYROLLAS-SCHWEBEL, Dominique. *Trabalho Doméstico, Serviços Domésticos*. In: FARIA, Nalú e NOBRE, Miriam (orgs.). *O Trabalho das Mulheres: tendências contrárias*. São Paulo, Sempreviva Organização Feminista, 1999 (Coleção Cadernos Sempreviva).
- GIDDENS, A. *A constituição da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- GONÇALVES, R. de C. *Gênero e gerações – O processo de aposentadoria de idosos junto a Previdência Social*. 2006. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.
- GONÇALVES, Rita de Cássia e LISBOA, Teresa Kleba. *Sobre o método da história oral em sua modalidade trajetórias de vida*. *Revista Katálysis*, vol. 10, nº especial, 2007, p.83-92.
- LEIS, Héctor Ricardo. *Sobre o conceito de interdisciplinaridade*. *Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas*, N.73. Florianópolis, UFSC, 2005.

LISBOA, Teresa Kleba. *Gênero, classe, etnia. Trajetórias de vida de mulheres migrantes*. Florianópolis, Chapecó: Edufsc, Argos, 2003.

\_\_\_\_\_ Fluxos Migratórios de mulheres para o trabalho reprodutivo: a globalização da assistência. In. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, 15 (3) set.dez, 2007

MARRE, J. L. História de vida e método biográfico. *Cadernos de Sociologia*, Porto Alegre, UFRGS, v.3, n. 3, p.89-141, 1991.

SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos e RIFIOTIS, Theophilos. Cuidadores familiares de idosos dementados: uma reflexão sobre a dinâmica do cuidado e da conflitualidade intra-familiar. Laboratório de Estudos das Violências, CFH/UFSC, 2006. Disponível em <http://www.cfh.ufsc.br/>

## A VIOLÊNCIA QUE NÃO OUSA DIZER O NOME – NOTAS EXPLORATÓRIAS SOBRE VIOLÊNCIA CONJUGAL LÉSBICA EM PORTUGAL<sup>1</sup>

Ana Cristina Santos<sup>2</sup>

A investigação sociológica sobre violência doméstica em Portugal remonta aos anos 1990 (LOURENÇO *et al.*, 1997; CASIMIRO, 1998; PAIS, 1998). Como resultado parcial destes estudos, e também influenciada pelas prioridades estabelecidas a nível da União Europeia (UE), a agenda governamental nacional começou a incluir preocupações relativas à prevenção e combate da violência doméstica, com a criação do Plano Nacional para a Igualdade (desde 1997), do Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (desde 1999) e da Estrutura de Missão Contra a Violência Doméstica (em 2005). A este propósito assume particular relevo a lei n.º 7/2000, que, pela primeira vez, considerou a violência doméstica um crime público. Durante a década de 2000 assistiu-se a uma expansão da rede de abrigos para mulheres vítimas de violência: entre 1993 e 2011, registou-se um aumento de 9 para 35 neste tipo de estrutura de apoio (COUTINHO e SANI, 2011). Por iniciativa pública e de organizações não-governamentais (ONGs), realizaram-se durante este período diversas campanhas contra a violência doméstica tendo como população-alvo os escalões etários mais jovens. Exemplo disso é a campanha “Amor Verdadeiro”, lançada pela CIG – Comissão pela Cidadania e Igualdade de Género – em 2008<sup>3</sup> e a campanha “Love Hurts?”, levada a cabo pela associação Não te Prives – Grupo de Defesa dos Direitos Sexuais, também no mesmo ano, ambas incluindo um enfoque especial no tema da violência no namoro.<sup>26</sup> Refira-se também a relevância do Observatório de Mulheres Assassinadas, coordenado pela UMAR<sup>27</sup>, responsável pela recolha e denúncia de mortes por violência doméstica com base nos casos noticiados pelos média.<sup>28</sup>

Na sequência da revisão do Código Penal em 2007, o crime de violência doméstica foi redefinido, desta feita abrangendo “pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente

---

1 Uma primeira versão deste capítulo foi publicada na Revista Crítica de Ciências Sociais. Agradeço a Rita Freitas pela revisão, entretanto, efetuada.

2 Professora do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, Portugal.

3 Mais informações sobre esta campanha disponíveis em <http://www.amorverdadeiro.com.pt/> (consultado a 25.11.2008).

26 Mais informações sobre esta campanha disponíveis em <http://naoteprives.blogspot.com/2008/11/campanha-contra-violencia-degenero.html> (consultado a 25.11.2008).

27 A UMAR - União das Mulheres Alternativa e Respostas – é uma ONG de referência em Portugal na área de atenção às mulheres. Cf. [www.umarfeminismos.org](http://www.umarfeminismos.org).

28 Mais informações em <http://umarfeminismos.org/index.php/observatorio-de-mulheres-assassinadas> (consultado a 25.01.2012).

mantenha ou tenha mantido uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação” (artigo 152, n.º 1, alínea b). Todavia, no que se reporta explicitamente à violência conjugal lésbica, entendida enquanto atos de violência física, psicológica, simbólica e/ou sexual *não consensual* perpetrados no contexto de uma relação íntima, não são conhecidas medidas específicas de prevenção e combate a este tipo de violência.

No que se reporta à violência que vitima pessoas lésbicas, gays, bissexuais e transgénero (LGBT) em geral, regista-se algum trabalho associativo de relevo. A este respeito destaca-se a APAV (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima), cuja campanha em 2008 tratou especificamente o tema da violência entre casais do mesmo sexo; bem como a Associação ILGA Portugal, cujo investimento nesta área inclui: formação junto das autoridades policiais bem como a Linha LGBT – um serviço telefónico de apoio e de informação LGBT em funcionamento desde 2011 – responsável pela recepção de diversas denúncias de violência.<sup>29</sup> Refira-se também a existência de um número verde a funcionar desde 2004 por iniciativa do PortugalGay.PT, igualmente responsável pelo reencaminhamento de denúncias de violência. No entanto, nenhuma destas iniciativas visou exclusiva ou diretamente a violência conjugal entre mulheres.

O défice de trabalho de prevenção e combate à violência conjugal lésbica não constitui uma característica própria da realidade portuguesa, sendo, pelo contrário, assinalada a nível internacional. Na verdade, as intervenções institucionais e políticas em torno do tema da violência doméstica refletem uma visão heteronormativa, resultante, de resto, da tradição dos estudos sobre família e sexualidade que, até à década de 1990, se ancoravam sobretudo nas relações entre pessoas de sexo diferente. Como resultado, constata-se a invisibilidade de outras violências de género – incluindo a violência transfóbica e bifóbica –, bem como da violência doméstica entre pessoas do mesmo sexo. Para esta invisibilidade contribui também, seguramente, o receio de patologizar comunidades já de si fragilizadas devido ao contexto de homofobia social e institucional dominante, no qual a conquista de direitos enfrenta obstáculos e representa riscos (HESTER e DONOVAN, 2009). Neste contexto, as associações LGBT também não têm priorizado o tema da violência, seja por estratégia política – *i.e.*, pelo medo do efeito de ricochete em face de conquistas jurídicas e sociais previamente adquiridas –, seja por ausência de recursos humanos e financeiros (KNAUER, 1999; SCHERZER, 1998; TOPA, 2010).

---

29 Mais informações sobre estas iniciativas em <http://www.apav.pt/lgbt/menudom.htm>, <http://www.ilga-portugal.pt/noticias/191.php> e <http://dezanove.pt/203138.html> (consultado a 25.08.2011).

Não obstante os fatores que justificam o déficit de intervenção política e institucional nesta área, constata-se que, em Portugal, também a investigação sobre violência doméstica entre casais do mesmo sexo é escassa, com as poucas exceções – algumas das quais em material não publicado – a incidirem no campo da psicologia (ANTUNES e MACHADO, 2005; COSTA, 2008; COSTA *et al.*, 2011; RODRIGUES *et al.*, 2010; TOPA, 2009). No que respeita ao tema da violência doméstica entre mulheres, o déficit de reflexão científica torna-se ainda mais gritante, consolidando, também em meio académico, não só a dupla discriminação que afeta as mulheres lésbicas, mas também o ‘duplo armário’ de que são vítimas as mulheres lésbicas em situação de violência (VICKERS, 1996; TOPA, 2010). A ausência de uma ampla base de dados coloca questões importantes ao nível das políticas e dos serviços disponíveis para mulheres vítimas de violência conjugal lésbica.

Este artigo tem um objetivo triplo. Em primeiro lugar, trata-se de proceder a uma revisão dos principais contributos teóricos sobre violência conjugal entre mulheres a nível internacional. Segue-se uma análise temática com base num estudo empírico de carácter exploratório realizado no contexto português, visando identificar experiências, representações e necessidades por parte da comunidade lésbica relativamente ao tema da violência doméstica. Por fim, apresentam-se propostas de intervenção teórica, institucional e política tendo como pontos de partida os aspetos levantados nas secções precedentes.

## ESTUDOS INTERNACIONAIS SOBRE VIOLÊNCIA CONJUGAL LÉSBICA

A maior parte dos estudos realizados conclui que a incidência de violência conjugal é semelhante em casais de sexo diferente e do mesmo sexo (MATTHEWS *et al.*, 2002), contribuindo para este fenómeno um conjunto de fatores de risco que incluem assimetrias de poder, dependência económica, experiência passada de abuso, stress e consumo de substâncias como álcool e drogas (FARLEY, 1996; LIE *et al.*, 1991; GOGLUCCI, 2000).

No caso particular da violência conjugal entre mulheres, acrescem fatores especificamente associados à condição lésbica num contexto heterossexista, heteronormativo e lesbofóbico dominante. Tal contexto é propiciador de condições favoráveis à acumulação de fatores de opressão, colocando as vítimas de violência conjugal lésbica numa situação de particular vulnerabilidade, decorrente do estatuto invisível da sua biografia íntima. Incluem-se nestes fatores de opressão o isolamento, a falta de redes sociais de apoio (família, amigas/os, vizinhança, etc.), a homofobia internalizada, a falta de formação de agentes institucionais e as

ameaças de *outing*<sup>30</sup> em contexto familiar e profissional (ELLIOT, 1996). Esta conjunção de elementos amplifica a gravidade dos processos de violência conjugal lésbica, remetendo a vítima para uma vivência particularmente isolada e silenciada (MATTHEWS *et al.*, 2002; SCHERZER, 1998).

A montante da invisibilidade da violência entre mulheres estão razões de ordem cultural. Com efeito, os dicotômicos papéis de gênero associados à construção sociocultural da mulher (e do homem) tendem a descurar a possibilidade de as mulheres serem agressoras no contexto de uma relação íntima (ROSE, 2003; LITTLE e TERRANCE, 2010). Tal fator contribui para o déficit de informação sobre violência conjugal lésbica.

Contrariamente ao que o sistema binário de gênero procura reproduzir, a incidência de violência doméstica entre mulheres é uma evidência. Se alguns estudos falam de 11 a 12% de violência conjugal entre lésbicas (TJADEN e THOENNES, 2000; ROSE, 2003), para outros estes números são mais elevados, de 22 a 46% (ELLIOT, 1996; WALDNER-HAUGRUD *et al.*, 1997). A maior parte dos comportamentos violentos caracterizava-se por destruição de propriedade (10%), seguindo-se-lhe espancamento (9%), perseguição (7%) e violência sexual (menos de 3%) (ROSE, 2003: 129).

Paralelamente à variância estatística encontrada, o enquadramento teórico das questões de violência doméstica entre mulheres é também diverso. Algumas interpretações, influenciadas por correntes feministas e foucaultianas acerca de dinâmicas de gênero e poder, leem a violência segundo um paradigma dicotômico de desigualdade de gênero (HESTER, 2004), que faz coincidir a agressora com um modelo masculinizante de sexualidade, segundo o qual não há lugar para a negociação, a partilha ou a cedência (GIMENO, 2008; PLATERO, 2008; LITTLE e TERRANCE, 2010). Neste paradigma hermenêutico, a vítima tem pouca agência, estando remetida para um papel reativo de dependência face a redes de ajuda que lhe são externas.

Outros contributos criticam o paradigma anterior por alegadamente reproduzir uma ótica heteronormativa e binária pouco adequada para a análise da violência entre pessoas do mesmo sexo (RISTOCK, 2002). Outros sugerem uma abordagem de gênero mais neutra e individual, que valoriza a interpretação psicológica do fenómeno (ISLAND e LETELLIER, 1991). Há ainda quem defenda que a violência conjugal lésbica e gay apresenta características distintas, designadamente a sua bidirecionalidade, configurando alegadamente situações de

---

30 Outing pode ser definido como a revelação não consentida da orientação sexual de terceiros.

violência recíproca, mais do que unidirecional (JOHNSON, 2006; LIE e GENTLEWARRIOR, 1991).

## VIOLÊNCIA CONJUGAL LÉSBICA EM PORTUGAL – CONTRIBUTOS EMPÍRICOS

Apesar da invisibilidade estatística ou mediática, a violência conjugal lésbica exerce-se de forma tão agressiva quanto qualquer outra forma de violência doméstica. Foi no intuito de proceder a um levantamento inicial das experiências, representações e necessidades em torno da violência conjugal lésbica que, no terceiro trimestre de 2011, foram recolhidos os testemunhos que analiso a seguir. Os dados empíricos analisados neste texto reportam-se a vinte e três respondentes, entre os 20 e 64 anos, vivendo em meio urbano e maioritariamente envolvidas do ativismo LGBT<sup>31</sup>. As entrevistas foram realizadas em 2011, inserindo-se num projeto de pós-doutoramento financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia<sup>32</sup>, bem como no projeto de investigação “Cidadania Sexual das (Mulheres) Lésbicas em Portugal. Experiências de Discriminação e Possibilidades de Mudança”, também financiado pela FCT.

Tendo-se procedido a uma análise temática das entrevistas, sobressaíram três dimensões principais. Em primeiro lugar, no discurso das participantes deste estudo está presente alguma *menorização face à importância do tema*, seja através da sua alegada insignificância estatística, seja pela reprodução do mito da não-violência entre mulheres.

A violência conjugal entre lésbicas apresenta diferenças face à violência entre casais heterossexuais ou gays na medida em que as mulheres são menos violentas fisicamente do que os homens. (Entrevista 02, 35-39 anos).

Há aquela ideia de que a mulher é sempre a vítima e é fragilzinha e é passiva, não há agressora, no caso das mulheres. [...] E depois também há aquele, um bocado...que a relação é uma coisa assim perfeita, que vivem muito bem, e portanto negam-se muito essas questões, não se fala, não se nomeia o assunto, não são identificadas como sendo violência doméstica, não são identificadas como violência, sequer. (Entrevista 11, 45-49 anos).

Talvez não existam, talvez [...] sejam muito poucos casos. Porque as relações homossexuais são mais saudáveis e não geram tanta violência. [...] Para já, não há o domínio de um género sobre o outro, normalmente o masculino, não é? [...] Portanto, num casal hetero, há sempre a força do masculino sobre o feminino, isso é inevitável. Dois homens medem forças; duas mulheres, isso não acontece. (Entrevista 12, 40-44 anos).

---

31 A decisão de incluir ativistas neste estudo decorre do seu carácter intencionalmente exploratório, interessado em reunir informações junto de um sector porventura mais politizado e conhecedor de um conjunto de expectativas e necessidades sentidas por parte da comunidade lésbica que recorre às redes associativas como fonte de apoio ou informação.

32 O projeto de pós-doutoramento intitulava-se “A micropolítica da intimidade: um estudo comparativo sobre conjugalidade lésbica em Portugal e Inglaterra” (referência SFRH/BPD/73148/2010).

Apesar do conteúdo destas respostas tipificar de forma evidente uma das dificuldades reconhecidas pela literatura internacional quando se trata o tema da violência conjugal lésbica – a recusa em admitir que as mulheres possam ser agressoras –, importa sublinhar que esta tendência de recusa não reflete a atitude maioritariamente presente entre as participantes deste estudo. Ainda assim, apenas uma minoria das entrevistadas (9 num total de 23) admitiu conhecer pessoalmente casos de violência entre lésbicas, registando-se apenas três situações em que a experiência de violência foi descrita na primeira pessoa.

Quando questionadas acerca das razões subjacentes à invisibilidade do tema em Portugal, são várias as vozes apontadas no sentido do estigma associado à condição de mulher batida e lésbica:

É o duplo preconceito, dupla vergonha. Estar a assumir que é maltratado, as mulheres da violência doméstica também têm essa vergonha, esse estigma, acresce a esse estigma seres homossexual e estares a ser agredido. Não haver denúncias tem a ver com isso, com medo: do agressor e da própria pessoa que vai receber a denúncia. (Entrevista 14, 30-34 anos).

É através deste duplo armário que opera a armadilha em que frequentemente se enredam as vítimas de violência conjugal lésbica, remetendo estas mulheres para um silêncio difícil de romper:

As vítimas, lésbicas neste caso, não identificam de imediato a acção exercida sobre elas como violência. Dão outro nome – chamam-lhe “outra coisa qualquer”. [...] Não passa de um puxão de cabelos, soco nos braços, pontapés, empurrões. Mas como não “sovam” a outra pessoa até à exaustão, estes casos ficam na fronteira do ser-se violento. Lá está, a violência entre duas mulheres é complicada. É identificada, mas não classificada como tal. (Entrevista 04, 30-34 anos).

No caso das mulheres lésbicas batidas, assume particular relevo a sua dupla pertença identitária enquanto “elo mais fraco” de um sistema de género binário, patriarcal e heteronormativo, propício à emergência de situações de homofobia internalizada, com baixa autoestima associada. Alguns testemunhos dão também conta da ausência de redes sociais de apoio, descrevendo uma situação de isolamento para a qual são frequentemente remetidas as vítimas de violência conjugal lésbica:

Uma amiga minha teve uma companheira que a agredia sobretudo verbal e psicologicamente. Ela escondeu a situação e só quando chegou ao limite e à agressão física é que procurou ajuda na família e amigos. [...] A companheira fazia chantagem psicológica e ameaçava expô-la no local de trabalho, o que a faria perder o emprego. Manteve-a afastada da família e dos amigos durante vários anos, evitando todo o contacto social, vigiando-a quase 24 horas por dia e destruindo-lhe a autoestima, fazendo-a crer que ninguém queria saber dela e que ela não valia nada e por isso nem pensasse em deixá-la. [...]. A situação só acabou quando a namorada da

minha amiga foi ter com a agressora e ameaçou denunciá-la à polícia. (Entrevista 10, 45-49 anos).

São ainda apontadas razões de natureza socioeconómica, associadas designadamente à acumulação de fatores de discriminação:

Penso que os casais de duas mulheres estejam sujeitos a uma maior probabilidade de pobreza (via disparidades de género na remuneração, tipos de emprego e progressão na carreira em detrimento das mulheres) poderá criar situações de maior tensão, pelas dificuldades do dia-a-dia, no casal. (Entrevista 08, 30-34 anos).

E eu sempre a esquivar-me: ‘eu não tenho solução, não vou viver para a rua’, ‘isto é muito complicado’. [...] O que me afastou de pedir ajuda à polícia foi que eu não tinha para onde morar, não tinha para onde ir. (Entrevista 23, 60-64 anos).

Independentemente das justificações encontradas, os testemunhos recolhidos reforçam a hipótese de que as mulheres batidas se tornam invisíveis e as mulheres agressoras são, invariavelmente, as ‘outras’. Neste processo de alterização, verifica-se a prevalência de um paradigma binário de género que associa violência a comportamentos masculinos, bem como uma ênfase na diferença geracional:

Porque é que eu associo isto sempre às mais antigas e mais retrógradas? Porque são as escolheram os modelos mais estereotipados de homem e de mulher, portanto também absorvem os modelos da violência. São as que...aquelas do Memorial, que uma ia de smoking e outra ia de vestidinho e punha-lhe a mãozinha assim nas costas para dançar. Por acaso olhavas para o bar, olhavas para a namorada dela e era logo ‘Estás a olhar para quê?’ – horrível. (Entrevista 15, 40-44 anos).

Outras pessoas fazem incidir as causas da violência em características pessoais, o que decorre de um entendimento individual, mais do que social, da violência. O excerto que se segue é disto um bom exemplo:

Ela não faz queixa, tem medo, tem pânico... [...] Ela é uma rapariga [...] insegura, indecisa, hoje quer isto, amanhã quer aquilo, não sabe ser uma pessoa direta. [...] Pronto, e essas pessoas [ex-companheira e atual namorada desta] já sabem que esse é um dos calcanhares de Aquiles e é por aí que elas entram, pela parte das ameaças, ‘nós vimos e acontecemos’, ‘fazemos-te e acontecemos’ e ela é pachachona [sic] e não faz queixa e se for preciso volta a ser agredida e, pronto, acomoda-se. (Entrevista 16, 20-24 anos).

As razões subjacentes à invisibilidade da violência conjugal entre mulheres são várias, convocando níveis distintos de responsabilização individual e coletiva. Destes excertos resulta claro que a transversalidade da violência doméstica no que respeita ao capital escolar, à classe social e à origem étnica (RENZETTI, 1992; CRENSHAW, 1994; DIAS, 2004; DUARTE *et*

al., 2011) exige análises de incidência micro, centradas na especificidade de cada fator que contribui para processos de exclusão.

Em segundo lugar, uma análise temática dos discursos produzidos pelas entrevistadas revelou uma maior incidência da *avaliação negativa face ao papel do Estado e serviços*. Ao nível da alteração jurídica e da inclusão deste tema da agenda político-partidária, a intervenção estatal é considerada insuficiente, sendo várias as críticas levantadas que suportam este argumento. Quando questionada acerca do papel do Estado na prevenção da violência conjugal lésbica, uma das entrevistadas respondeu: “As lésbicas existem?”, enquanto outra entrevistada respondeu simplesmente “NADA feito”. Outros depoimentos colocam sérias dúvidas face à qualidade dos (poucos) serviços disponíveis. As críticas relativamente aos apoios existentes vão ao encontro das conclusões avançadas no estudo desenvolvido por Helena Topa em 2010:

As entrevistadas referem não ter recorrido a qualquer tipo de pedido de ajuda para enfrentar ou resolver as situações de violência conjugal vividas. Os apoios solicitados foram de índole particular e provisória. Não houve recurso à denúncia por motivo de falta de confiança na eficácia das autoridades e por medo de revitimação. (TOPA, 2010, p. 17)

Não obstante o peso da avaliação negativa face às respostas públicas, há um reconhecimento generalizado acerca da importância que o Estado pode ou deve assumir na resolução de problemas associados à violência doméstica.

A revisão do Código Penal em 2007, que veio reformular o conceito de violência doméstica independentemente da orientação sexual, é identificada como uma mudança positiva por diversas entrevistadas. Por exemplo,

Penso ser muito importante. Reconheceu a existência de relações conjugais (e de namoro) entre pessoas do mesmo sexo e que a violência doméstica pode também ocorrer no seu seio. Passou a mensagem que o Estado sabe e que é suposto as pessoas cidadãs nessas situações recorrerem à lei para se protegerem. (Entrevista 08, 30-34 anos).

Foram ainda identificadas áreas em que se reconhece a urgência de um maior empenho público, nomeadamente associações da sociedade civil, polícias, profissionais de saúde e agentes educativos.

Por fim, a análise das entrevistas realizadas revela uma *avaliação negativa face ao papel do movimento LGBT*. Com efeito, domina a ideia de que o associativismo LGBT em geral e, lésbico, em particular, se caracteriza pela falta de investimento na área da prevenção e combate à violência conjugal lésbica. Este défice de intervenção associativa é interpretado de

várias formas. Por um lado, coloca-se a tônica na necessidade de priorizar algumas lutas em detrimento de outras, na sequência de recursos limitados. Por outro lado, para algumas participantes a invisibilidade social do tema plasma-se numa certa alienação por parte do ativismo:

Ainda que já tenha sido referido algumas vezes, a violência conjugal entre mulheres ainda não faz parte do “imaginário” da população. (Entrevista 09, 35-39 anos).

Há ainda quem interprete a ausência de maior intervenção por parte do movimento LGBT nesta área como sinal da falta de interesse político em refletir sobre – e agir contra – a violência conjugal lésbica:

Pouco trabalho específico sobre este tema, por vezes até parece ser tabu abordar estas questões e romper com o mito da “relação perfeita”. (Entrevista 05, 45-49 anos).

Por exemplo eu lembro-me da primeira sessão de debate em que eu estive presente depois de entrar para a associação, [...] foi a partir de um filme, mas por acaso na semana anterior tinha saído num jornal – já não sei qual – um artigo relacionado com a violência dentro das relações homossexuais<sup>33</sup> e na altura do debate haver alguém que comentou que [...] nas relações lésbicas isso nunca poderia acontecer, e eu disse ‘Nunca pode acontecer?’, e depois apresentei o estudo que tinha acabado de sair e as pessoas... Eu era a primeira vez que estava ali, e as pessoas quase acharem que eu ia ali para boicotar o trabalho, porque isso de certeza que era alguém heterossexual que estava a fazer esse estudo e que queria mostrar que nas relações homossexuais, e nas lésbicas em particular que isso existia. Isso foi para mim... Eu disse “não, mas... vocês... mas isso é uma ilusão porque todos nós, sejamos homossexuais ou não, nascemos todos do mesmo caldo, não é por sermos lésbicas que temos aqui um botãozinho ‘olha eu agora vou ser perfeita’, porque não somos”. E isto não é para nós nos martirizarmos, não, é porque em todos nós existe também um lado que não é só brilhante. Não é para nos martirizarmos, mas é para nós também assumirmos que estes lados também existem e que também têm que ser trabalhados. (Entrevista 18, 55-59 anos).

Num contexto dominante desfavorável ao reconhecimento da diversidade sexual, a estratégia de idealização dos relacionamentos tem sido seguida por parte do ativismo LGBT. Assim se compreende, por exemplo, o investimento na chamada normalização do *queer*, cuja face mais visível tem sido as campanhas em torno do casamento civil entre pessoas do mesmo sexo (SANTOS, 2013b).

A resistência política por parte do movimento LGBT em trabalhar o tema da violência está associada a razões amplamente tratadas por outros estudos internacionais e que decorrem, em larga medida, do receio de efeito de ricochete jurídico, mas também cultural, face a direitos previamente conquistados. Ainda assim, foi visível o desconforto da maioria das

---

<sup>33</sup> O artigo em questão, “Violência entre casais homossexuais é maior do que nos heterossexuais”, foi publicado no jornal Público, a 12.07.2009, e pode ser consultado no link [http://www.publico.pt/Sociedade/violencia-entre-casais-homossexuais-e-maior-do-que-nos-heterossexuais\\_1391381](http://www.publico.pt/Sociedade/violencia-entre-casais-homossexuais-e-maior-do-que-nos-heterossexuais_1391381).

participantes deste estudo relativamente ao défice de trabalho associativo nesta área específica:

[O movimento LGBT] tanto quanto sei, não tem aparecido muito em prol desta questão. Acho que está tudo por fazer, mas é óbvio que as associações LGBT (e não especificamente as lésbicas, mas tod@s, porque é um assunto que diz respeito a tod@s) têm de começar a sair das “guerrinhas” internas e do politicamente correto e começarem a trabalhar especificamente no assunto da violência doméstica, pois é um problema importante que atinge muitos LGBT. (Entrevista 10, 45-49 anos).

Não deixa de ser também notório o desconhecimento face às iniciativas, ainda que escassas, levadas a cabo pelo associativismo na área da violência LGBT. Por exemplo, apenas uma em 23 entrevistadas referiu a Linha LGBT – linha telefónica de apoio, da responsabilidade da Associação ILGA Portugal – e nenhuma entrevistada se referiu ao número verde facultado pelo PortugalGay.PT desde 2004, apesar da necessidade deste tipo de serviço ter sido identificada por várias entrevistadas.<sup>34</sup> De modo semelhante, somente um outro testemunho mencionou a iniciativa do Clube Safo quando, em 2006, emitiu um comunicado de imprensa contestando a recusa da Associação Sindical de Juizes em admitir a existência de violência doméstica entre pessoas do mesmo sexo.<sup>35</sup>

## PROPOSTAS PARA UMA INTERVENÇÃO DIRECIONADA

Como vimos, uma característica da violência conjugal lésbica é a sua ancoragem em processos múltiplos de opressão e exclusão, para os quais contribuem o isolamento, a homofobia (internalizada e externa) e a dependência (emocional, financeira, etc.). Tal realidade torna particularmente significativa uma análise interseccional do fenómeno da violência conjugal entre mulheres.

O conceito interseccionalidade, inicialmente avançado por Kimberlé Crenshaw (1994) e Patricia Hill Collins (1998) para sublinhar a dupla opressão experienciada por mulheres negras nos Estados Unidos da América, tem vindo a ser desenvolvido enquanto metodologia feminista que tem em conta a ação simultânea de uma multiplicidade de eixos de identidade e opressão que constituem cada sujeito. Neste caso, socorro-me da Association for Women’s

---

34 O facto de esta linha ser muito recente – dado que entrou em funcionamento em 2011 – pode contribuir para justificar este aparente desconhecimento.

35 Sobre este incidente ver, por exemplo, [http://www.dn.pt/inicio/interior.aspx?content\\_id=650267](http://www.dn.pt/inicio/interior.aspx?content_id=650267) (consultado a 14.09.2011). O comunicado do Clube Safo encontra-se em <http://www.clubesafo.com/doc/CI%2021%20dez%2006.pdf> (consultado a 12.06.2011).

Rights in Development, que define interseccionalidade enquanto “ferramenta de análise, militância e desenvolvimento de políticas que considera a discriminação múltipla e que nos ajuda a compreender o impacto de diferentes eixos identitários no acesso a direitos e oportunidades” (AWID, 2004: 1-2)<sup>36</sup>.

Uma análise interseccional da violência conjugal lésbica parte do princípio de que a violência é situada e multifacetada, exigindo um entendimento holístico do fenómeno. Tal como assinalava Renzetti, já na década de 1990, a investigação sobre violência doméstica entre mulheres necessita considerar os impactos da experiência situada e da discriminação associada à sexualidade, à ‘raça’ e à etnia (RENZETTI, 1992). Com efeito, mesmo a nível internacional, os estudos têm tendência para reproduzir uma imagem monocromática – *i.e.*, apenas sobre mulheres brancas – da violência conjugal lésbica, descurando sectores minoritários<sup>37</sup>. Um modelo analítico interseccional, que considere o género apenas como uma variável entre outras, apresenta, de resto, vantagens no estudo e tratamento do fenómeno da violência doméstica independentemente da orientação sexual, fato que já havia sido ressaltado na análise desenvolvida por Duarte *et al.* (2011).

Por outro lado, importa considerar o fenómeno da violência desde um ponto de vista caleidoscópico, que englobe as suas múltiplas facetas e nuances. Verifica-se ainda um excessivo enfoque analítico em questões de violência física, descurando processos porventura igualmente corrosivos de violência emocional, psicológica e simbólica, identificados como frequentes entre as participantes lésbicas deste estudo exploratório. Nesta mesma linha, também as causas da violência devem ser entendidas na sua multiplicidade. Como referem Duarte *et al.* (2011: 11), “se é fundamental que o género não seja esquecido na violência nas relações de intimidade, é imprescindível que não se caia num essencialismo que entenda as mulheres como categoria homogénea. Até porque se as causas são homogeneizadas, também facilmente o serão as soluções.”. Propondo um modelo analítico atento à variedade de facetas e nuances, afasto-me, portanto, de outros entendimentos teóricos propostos para a análise da violência conjugal, incluindo os paradigmas de género binário e individual, referidos anteriormente.

Para além dos aspetos mencionados, também os modelos de intervenção institucional e política requerem a convocação de um conjunto de conhecimentos situados, emergentes a partir de diferentes locais de violência e resistência. A articulação de diferentes abordagens, que maximize a experiência acumulada proveniente das organizações de imigrantes,

---

36 Para uma reflexão sobre interseccionalidade e sexualidade, ver Taylor et al. (2010).

37 Duas importantes exceções a este propósito constituem os trabalhos de Crenshaw (1994) e Kanhua (2005).

antirracistas, de deficiência, feministas e lésbicas, para citar apenas alguns exemplos, poderá revestir a intervenção institucional e política neste tema da necessária complexidade de resposta em tempo útil, aproximando, finalmente, a lei formal dos usos quotidianos do direito. Neste mesmo sentido seguiam, de resto, algumas das propostas avançadas por Rodrigues *et al.* (2010: 248) quando diziam que a colaboração “entre as associações de mulheres maltratadas e as comunidades gays e lésbicas tem de ser facilitada para fornecer recursos mais eficazes”.

Com o intuito de robustecer a prevenção e combate à violência conjugal lésbica, identifica-se a seguir um conjunto de medidas de intervenção.

*Envolvimento da academia.* O conhecimento acerca da violência conjugal entre mulheres é escasso. Importa obter dados estatísticos fiáveis, investigar o perfil das vítimas e das agressoras, proceder a uma tipificação da violência, aferir da hipótese da violência multilateral, identificar os catalisadores da violência e conhecer mecanismos de resolução do conflito conjugal utilizados pelas mulheres<sup>38</sup>. Para tal, torna-se fundamental o desenvolvimento de uma área de estudos lésbicos, claramente deficitária num contexto em que os Estudos Lésbicos, Gays e Queer, de uma forma geral, ainda se debatem com fortes resistências institucionais (CASCAIS, 2004; NOGUEIRA e OLIVEIRA, 2010; SANTOS, 2006)<sup>39</sup>.

*Consolidação do trabalho associativo.* Um fator importante para a prevenção e combate à violência conjugal entre pessoas do mesmo sexo é o investimento por parte das associações LGBT no tema. Tal investimento está por sua vez dependente da existência de recursos humanos e financeiros que permitam a diversificação de valências, bem como a inclusão do tema na agenda política do movimento. A este respeito, importa salientar o trabalho realizado pela Associação ILGA Portugal junto das forças de segurança pública, no sentido de capacitar os/as agentes para a receção e encaminhamento de denúncias por parte de

---

38 A necessidade de estudar mecanismos de resolução de conflitos por parte de casais lésbicos foi de resto já identificada por outros/as autores/as, que se reportam a métodos e resolução de conflitos mais positivos e geradores de maior grau de autossatisfação entre casais lésbicos do que entre os seus congéneres gays ou heterossexuais. Ver, por exemplo, Metz et al. (1995).

39 Como exemplos de boas práticas de envolvimento académico no campo da violência conjugal (ainda que não especificamente lésbica), ver os projetos “Amor, Medo e Poder: Percursos de vida para a não-violência”, desenvolvido na Universidade do Porto ([http://www.fpce.up.pt/love\\_fear\\_power/projecto.html](http://www.fpce.up.pt/love_fear_power/projecto.html)), e “Trajetórias de Esperança: Itinerários institucionais de mulheres vítimas de violência doméstica”, desenvolvido no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra ([http://www.ces.uc.pt/projectos/index.php?prj=4029&id\\_lingua=1#proj](http://www.ces.uc.pt/projectos/index.php?prj=4029&id_lingua=1#proj)).

peçoas LGBT. No que respeita ao campo específico da violência conjugal entre mulheres, a consolidação do trabalho associativo está ainda diretamente relacionada com o fortalecimento do associativismo lésbico, sector que se tem debatido com fortes problemas de afirmação, desenvolvimento e reconhecimento em Portugal (BRANDÃO, 2011; COELHO e PENA, 2009; NOGUEIRA e OLIVEIRA, 2010; SANTOS, 2007; SANTOS, 2009). Importa a este propósito sensibilizar também as associações feministas, em especial as que trabalham diretamente o tema da violência, para que desenvolvam iniciativas específicas visando prevenir e construir respostas para esta problemática.

*Formação de agentes institucionais.* Três grandes áreas de intervenção institucional assumem uma importância incontornável a este propósito: agentes educativos, profissionais de saúde e profissionais das áreas de justiça e direito. No primeiro caso, trata-se de desenvolver uma política educativa que assuma a preocupação contra o *bullying* em meio escolar, alargando-a ao conceito de violência conjugal independente da orientação sexual, sem deixar de referir os fatores diversos associados a cada forma de violência. Uma comunidade escolar que investe inequivocamente na luta contra a violência estará seguramente mais apta para denunciar e combater essa mesma violência em todos os contextos. Um exemplo de boas práticas a este respeito é a Campanha “Amor Verdadeiro”, lançada pela CIG – Comissão pela Cidadania e Igualdade de Género, em 2008<sup>40</sup>, que se dirige maioritariamente a um público em idade escolar.

Outra área de intervenção institucional significativa é a dos/as profissionais de saúde, incluindo-se aqui médicos/as, enfermeiros/as, psicólogos/as e demais técnicos/as responsáveis pelo acesso aos cuidados de saúde. A homossexualidade deixou de constar da lista de transtornos mentais em 1973, por iniciativa da Associação Americana de Psiquiatria e, em 1991, foi a Organização Mundial de Saúde que a retirou da sua lista de patologias. No entanto, constata-se que a homofobia, bifobia e transfobia são ainda preconceitos insidiosos em meio clínico (CARNEIRO, 2009; GATO *et al.*, 2011; MOITA, 2001; MOITA, 2006; MOLEIRO e PINTO, 2009), sendo conhecidos entre nós diversos incidentes a este respeito. Basta recordar que, em 1999, a Classificação Nacional de Deficiências incluiu a expressão “deficiência da função heterossexual”, classificando como pessoa deficiente qualquer pessoa não-heterossexual, e que, ainda na atualidade, persistem os episódios de discriminação por homofobia no ato de doação de sangue (NOGUEIRA e OLIVEIRA, 2010; SANTOS, 2005;

---

40 Mais informações sobre esta campanha disponíveis em <http://www.amorverdadeiro.com.pt/> (consultado a 25.11.2008).

SANTOS, 2013a). Outro exemplo flagrante de homofobia em meio clínico registou-se em 2009 e incidiu sobre as chamadas terapias de reconversão da orientação sexual e, mais especificamente, sobre declarações de Adriano Vaz Serra, presidente da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e de Saúde Mental (SPPSM), e de João Marques Teixeira, presidente do Colégio da Especialidade de Psiquiatria da Ordem dos Médicos,<sup>41</sup> cujo conteúdo demonstra como, para alguns/mas médicos/as portugueses/as, a homossexualidade ainda é interpretada como um distúrbio, à revelia das evidências científicas de sentido contrário (MOITA, 2001; MOITA, 2006; MOLEIRO e PINTO, 2009).

Também nesta área se registam já alguns exemplos de boas práticas, entre os quais se destaca o Observatório da Homofobia e Transfobia na Saúde desenvolvido pela Associação Médicos pela Escolha,<sup>42</sup> bem como tomadas de posição públicas por parte de profissionais de saúde denunciando situações de discriminação.<sup>43</sup> É fundamental que os bons exemplos passem a regra, em vez de exceção, sobretudo num contexto em que a discriminação contribui para o agravamento de situações de saúde das pessoas LGBT (ALVES, 2010; PEREIRA e LEAL, 2004; RODRIGUES, 2010).<sup>44</sup>

No que se reporta aos profissionais a trabalhar nas áreas da justiça e direito, importa recordar que, ainda em 2006, a Associação Sindical de Juízes se recusava a reconhecer a possibilidade de crime de violência doméstica quando o casal era composto por duas pessoas do mesmo sexo. Num parecer redigido por Pedro Albergaria e Mouraz Lopes, a Associação Sindical de Juízes justificava a sua tomada de posição face à alegada inexistência de uma "relação de superioridade física do agente em relação à vítima" no caso de relações gays ou lésbicas (sem, no entanto, referir jamais as palavras 'gay' ou 'lésbica'<sup>45</sup>). Este incidente é

---

41 De acordo com o que foi noticiado pelo jornal Público, as declarações foram as seguintes: "Se um indivíduo tiver uma homossexualidade primária (isto é, com um cunho biológico muito marcado, traduzido em tendências homossexuais desde muito novo e tendo tido sempre este tipo de orientação ao longo da vida) será muito difícil 'deixar de ser assim'. Aqui, a ajuda será no sentido de o ajudar a aceitar-se como é", explica. Já "se for uma homossexualidade secundária (ou seja, mais uma opção aprendida ao longo do desenvolvimento, muitas vezes com experiências heterossexuais positivas e gratificantes, antes da opção homossexual)", então, diz o professor da Universidade do Porto, deve estudar-se a possibilidade "de se reenquadrar a identidade de género e as opções de relacionamento sexualizado" do cliente. Como? Através das "várias formas de psicoterapias" (Público, 02.05.2009).

42 Mais informações disponíveis em <http://www.medicospelaescolha.pt/intervencao/sexualidades/observatorio-introducao/> (consultado a 14.09.2011).

43 Ver, por exemplo, <http://www.apf.pt/?area=000&tipo=noticias&id=CNT4a0af476ea611> (consultado a 04.10.2011).

44 Ver, a este propósito, a reportagem publicada a 7 de julho de 2002 pelo jornal Diário Notícias com o título "Polémica: Homofobia Reina na Saúde", disponível em <http://www.clubesafoc.com/Actividades/jornadas/dn2.html> (consultado a 01.09.2011).

45 Este facto foi amplamente noticiado pelos órgãos de comunicação social. Ver, entre outros exemplos, [http://www.dn.pt/inicio/interior.aspx?content\\_id=650267](http://www.dn.pt/inicio/interior.aspx?content_id=650267), [http://www.tsf.pt/paginainicial/interior.aspx?content\\_id=878508](http://www.tsf.pt/paginainicial/interior.aspx?content_id=878508) e <http://www.publico.pt/Sociedade/juizes->

revelador do trabalho que urge realizar junto de profissionais da justiça, um sector reconhecidamente conservador e estagnado (SANTOS, 2010), mas cujo papel no desenvolvimento e implementação do progresso jurídico é fundamental. Importa também consolidar o trabalho junto de associações profissionais responsáveis pela implementação da lei e da segurança, nomeadamente as forças policiais. Recorde-se, entre outros exemplos, que, em 2006, o Gabinete de Relações Públicas da PSP fez as seguintes declarações:

Do ponto de vista jurídico, violência doméstica entre casais homossexuais não existe. [...] Na lei portuguesa, casais são homem e mulher, por isso, do ponto de vista jurídico, não se trata de violência doméstica. Não existem casais homossexuais. [...] Um homossexual quando se dirige a uma esquadra vítima de violência pelo companheiro é tratado da mesma forma como é tratado um cidadão vítima de agressão. (CORREIO DA MANHÃ, 30.03.2006)<sup>46</sup>.

Este exemplo recente reforça a necessidade de incluir as forças policiais entre os públicos-alvo do trabalho associativo (à semelhança do que vem sendo feito pela associação ILGA Portugal), bem como de medidas específicas por parte do Estado visando o respeito integral pelos direitos humanos e constitucionais de cada cidadão e cidadã.

*Responsabilização do Estado.* O papel do Estado na prevenção e combate à violência conjugal lésbica deve ser fortalecido através da formulação de políticas inclusivas que tratem, de forma direta, este tema. Com efeito, até o momento o Estado tem sido cúmplice da invisibilidade das mulheres lésbicas vítimas de violência conjugal, ao assumir uma atitude alegadamente neutra face à orientação sexual em matéria de violência – poder-se-ia dizer ‘sex-blind’ –, que, ao invés de proteger as vítimas, as empurra para uma terra de ninguém.

Como referem Duarte *et al.* (2011: 10) reportando ao caso específico das mulheres imigrantes vítimas de violência doméstica, o atual enquadramento político e cultural da violência corre o risco de

estabelecer uma hierarquia entre aquelas mulheres que merecem mais ajuda: a mulher branca, mãe de família, que se sujeita a uma violência. Isto cria uma barreira entre a “boa vítima” e a “má vítima”, ou, na verdade, entre a “boa mulher” e a “má mulher”, ou a mulher ‘Maria’ e a mulher ‘Eva’. O risco é, portanto, o de se obter uma definição de vítima que estabeleça hierarquias informadas por valores morais, que acabem por se traduzir em barreiras legais e/ou práticas, entre as mulheres que merecem mais ajuda, as que merecem uma ajuda relativa e as que não merecem qualquer tipo de ajuda. As políticas sociais destinadas às mulheres brancas

---

consideram-que-nao-existe-violencia-domestica-entre-casais-homossexuais-1280235 (consultados a 14.09.2011).

46 Notícia disponível em <http://www.cmjornal.xl.pt/detalhe/noticias/nacional/actualidade/agressoes-entre-casais-gay-estao-a-crescer> (consultado a 08.09.2011).

nacionais de classe média são, obviamente, estruturadas com base numa invisibilidade de todas as outras vítimas que não encaixam nessa categoria<sup>47</sup>.

O mesmo excerto poder-se-ia seguramente aplicar ao caso das mulheres vítimas de violência conjugal lésbica, particularmente invisíveis, por exemplo, nos Planos Nacionais Contra a Violência Doméstica (PNCVD), pese embora, no IV PNCVD (2011-2013), a menção *en passant* da atual definição inclusiva de violência doméstica<sup>48</sup>.

## CONCLUSÃO

A ausência de medidas específicas de prevenção e combate à violência conjugal lésbica em Portugal contrasta com o que vem sendo feito noutros contextos geográficos desde a década de 1990. Por exemplo, em São Francisco, EUA, diversas organizações que trabalham na área da luta contra a violência doméstica implementaram serviços de proximidade para lidar com vítimas lésbicas em particular. Intervenções nesta área incluem artigos em órgãos de comunicação locais, campanhas publicitárias acerca dos serviços disponíveis e sessões de debate sobre o tema levadas a cabo em bairros e escolas (SCHERZER, 1998). Este tipo de intervenção contribui não só para a dignificação do estatuto da vítima, como para a desmistificação de uma realidade frequentemente invisível.

Para que medidas políticas e jurídicas inclusivas possam ter uma boa receptividade social, é imperioso investir publicamente em campanhas específicas que deem nome, rosto e voz ao tema da violência conjugal lésbica. Estas campanhas podem estar voltadas para um conjunto de intervenientes sociais, entre os quais se incluem os órgãos de comunicação social, as escolas, as associações de moradores, os clubes desportivos, as associações de imigrantes e as comunidades religiosas, entre outras.

Este artigo procurou refletir acerca da violência conjugal entre lésbicas, partindo das vozes nem sempre ouvidas das mulheres. Se, a nível internacional, este continua a ser um tema pouco desenvolvido, no contexto português constitui, seguramente, uma das áreas mais

---

47 Para uma argumentação semelhante, referindo-se à ‘vítima ideal de violência íntima’ e à tipologia *deserving* versus *undeserving* no caso norte-americano, ver Garcia e McManimon (2011).

48 “Assim, e no âmbito do IV PNCVD, o conceito de violência doméstica abrange todos os atos de violência física, psicológica e sexual perpetrados contra pessoas, independentemente do sexo e da idade, cuja vitimação ocorra em consonância com o conteúdo do artigo 152.º do Código Penal. Importa salientar que este conceito foi alargado a ex-cônjuges e a pessoas de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem co-habitação.”, Diário da República, 1.ª série, n.º 243, 17 de dezembro de 2010, p. 5766.

marginais dos, já de si minoritários, Estudos de Género ou dos Estudos LGBT e Queer. Não se fala, não se denuncia, não existe – é com este muro de silêncio que as mulheres lésbicas batidas pelas suas companheiras se debatem quotidianamente, enfrentando um duplo estigma: enquanto lésbicas e enquanto vítimas de violência. Acresce a este ‘duplo armário’ a sua condição de género num sistema dominado pelo patriarcado e pelo sexismo, que remete as mulheres para situações agravadas de pobreza e exclusão. Neste sentido, podemos mesmo falar de uma discriminação tripla que afeta de forma insidiosa mulheres lésbicas batidas.

Com base num estudo empírico de carácter exploratório incluindo vinte e três participantes lésbicas, resultou clara a necessidade de incluir maior reflexão em meio académico, bem como um maior investimento político por parte do Estado, movimentos sociais e demais instituições no desenhar de respostas públicas eficazes na prevenção e combate à violência conjugal lésbica.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, Maria José (2010), “A saúde é um direito de tod@s”, *Les Online*, 2(1), 22-24.
- ANTUNES, Rute e MACHADO, Carla (2005), “Dupla invisibilidade: A violência nas relações homossexuais”, *Psychologica*, 39, 167-187.
- AWID - Association for Women’s Rights in Development (2004), “Intersectionality: A Tool for Gender and Economic Justice”, *Women’s Rights and Economic Change*, 9, 1-8.
- BRANDÃO, Ana Maria (2011), “Not Quite Women: Lesbian Activism in Portugal”, in Alison E. Woodward; Jean-Michel Bonvin e Mercè Renom (orgs.), *Transforming Gendered Well-Being in Europe: the Impact of Social Movements*. Farnham: Ashgate, 151-168.
- CARNEIRO, Nuno Santos (2009), *‘Homossexualidades’. Uma psicologia entre ser, pertencer e participar*. Porto: LivPsic.
- CASCAIS, António Fernando (2004) (org.), *Indisciplinar a teoria: Estudos gays, lésbicos e queer*. Porto: Fenda.
- CASIMIRO, Cláudia (1998), *Representações sociais da violência conjugal*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa.
- COELHO, Salomé e PENA, Cristiana (2009), “Da INTERvenção à INTRAvenção: pistas para um activismo lésbico-feminista”, *LES Online*, 1(1), 3-11.
- COLLINS, Patricia Hill (1998), *Fighting Words: Black Women and the Search for Justice*. Minneapolis: University of Minnesota.

- COSTA, Laura Gil (2008), *Violência nas relações homossexuais: O (des)coibir de uma realidade*. Tese de Mestrado. Braga: Universidade do Minho.
- COSTA, Laura Gil *et all* (2011), “Violência nas relações homossexuais: A face oculta da agressão na intimidade”, *Psychologica*, 1, 2-15.
- COUTINHO, Maria José e SANI, Ana Isabel (2011), “Casas de abrigo para mulheres e crianças vítimas de violência doméstica”, in Ana Isabel Sani (org.), *Temas em vitimologia, realidades emergentes na vitimação e respostas sociais*. Coimbra: Almedina, 295-305.
- CRENSHAW, Kimberle (1994), “Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics and Violence against Women of Colour”, in Martha Fineman e Rixanne Mykitiuk (orgs.), *The Public Nature of Private Violence*. New York: Routledge, 93-118.
- DIAS, Isabel (2004), *Violência na família. Uma abordagem sociológica*. Porto: Edições Afrontamento.
- DUARTE, Madalena *et all* (2011), “Cultura e violência sobre as mulheres: a construção de uma retórica da ‘outra’”. Comunicação na International Conference on Intercultural Studies. Porto: CEI – ISCAP, 25 de maio a 27 de maio.
- ELLIOT, Pam (1996), “Shattering Illusions: Same-sex Domestic Violence”, in Claire Renzetti e Charles Miley (orgs.), *Violence in Gay and Lesbian Domestic Partnerships*. New York: Harrington Park Press, 1-8.
- FARLEY, Ned (1996), “A Survey of Factors Contributing to Gay and Lesbian Domestic Violence”, in Claire Renzetti e Charles Miley (orgs.), *Violence in Gay and Lesbian Domestic Partnerships*. Harrington Park Press, 35-42.
- GARCIA, Vanessa e MCMANIMON, Patrick (2011), *Gendered Justice. Intimate Partner Violence and the Criminal Justice System*. Lanham: Rowman & Littlefield Pub.
- GATO, Jorge *et all* Marie (2011), “Contributo para uma revisitação histórica e crítica do preconceito contra pessoas não heterossexuais”, *Crítica e Sociedade: Revista de Cultura Política*, 1(1), 139-167.
- GIMENO, Beatriz (2008), *La construcción de la lesbiana perversa*. Barcelona: Gedisa.
- GOGLUCCI, Nicholas (2000), “Domestic Violence in Lesbian Relationships”, *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60(9-B), 4963.
- HESTER, Marianne (2004), “Future Trends and Developments – Violence against Women in Europe and East Asia”, *Violence Against Women*, 10(12), 1431-1448.
- HESTER, Marianne e DONOVAN, Catherine (2009), “Researching Domestic Violence in Same-Sex Relationships – A Feminist Epistemological Approach to Survey Development”, *Journal of Lesbian Studies*, 13(2), 161-173.

- ISLAND, David e LETELLIER, Patrick (1991), *Men Who Beat the Men Who Love Them*. New York: Harrington Park Press.
- JOHNSON, Michael (2006), "Conflict and Control: Gender Symmetry and Asymmetry in Domestic Violence", *Violence against Women*, 12(11), 1003-1018.
- KANHUA, Valli (2005), "Compounding the Triple Jeopardy. Battering in Lesbian of Colour Relationships", in Natalie Sokoloff (org.), *Domestic Violence at the Margins. Readings on Race, Class, Gender and Culture*. New Brunswick: Rutgers University Press, 71-82.
- KNAUER, Nancy (1999), "Same-Sex Domestic Violence: Claiming a Domestic Sphere While Risking Negative Stereotypes", *Temple Political & Civil Rights Law Review*, 8, 325-350.
- LIE, Gwat Yong e GENTLEWARRIOR, Sabrina (1991), "Intimate Violence in Lesbian Relationships: Discussion of Survey Findings and Practice Implications", *Journal of Social Service Research*, 15(1-2), 41-59.
- LIE, Gwat Yong *et all* (1991), "Lesbians in Currently Aggressive Relationships: How Frequently Do They Report Aggressive Past Relationships?", *Violence and Victims*, 6(2), 121-135.
- LITTLE, Betsi e TERRANCE, Cheryl (2010), "Perceptions of Domestic Violence in Lesbian Relationships: Stereotypes and Gender Role Expectations", *Journal of Homosexuality*, 57(3), 429-440.
- LOURENÇO, Nelson *et all* (1997), *Violência Contra as Mulheres*. Lisboa: CIDM.
- MATTHEWS, Alicia *et all*. (2002), "A Comparative Study of Lesbian and Heterosexual Women in Committed Relationships", *Journal of Lesbian Studies*, 7(1), 101-114.
- METZ, Michael *et all* (1995), "Differences in Conflict-Resolution Styles among Heterosexual, Gay, and Lesbian Couples", *Journal of Sex Research*, 31(4), 293-308.
- MOITA, Gabriela (2001), "Discursos sobre homossexualidade no contexto clínico: A homossexualidade de dois lados do espelho". Tese de Doutorado. Porto: Universidade do Porto.
- MOITA, Gabriela (2006), "A patologização da diversidade sexual: homofobia no discurso de clínicos", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 76, 53-72.
- MOLEIRO, Carla e PINTO, Nuno (2009), "Diversidade e psicoterapia: expectativas e experiências de pessoas LGBT acerca das competências multiculturais de psicoterapeutas", *Revista Ex Aequo*, 20, 159-172.
- NOGUEIRA, Conceição e OLIVEIRA, João (orgs.) (2010), *Estudo sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de género*. Lisboa: CIG.

- PAIS, Elza (1998), *Homicídio conjugal em Portugal: Rupturas violentas da conjugalidade*. Lisboa: Hugin.
- PLATERO, Raquel (2008), “Las lesbianas en los médios de comunicación: madres folclóricas y masculinas”, in Raquel Platero (org.), *Lesbianas: Discursos y representaciones*. Madrid: Melusina, 307-339.
- PEREIRA, Henrique e LEAL, Isabel (2004), “A homofobia internalizada e os comportamentos para a saúde numa amostra de homens homossexuais”, in António Fernando Cascais (org.), *Indisciplinar a teoria: Estudos gays, lésbicos e queer*. Lisboa: Fenda, 245-260.
- RENZETTI, Claire (1992), *Violent Betrayal: Partner Abuse in Lesbian Relationships*. Newbury Park, CA: Sage.
- RISTOCK, Janice (2002), *No More Secrets: Violence in Lesbian Relationships*. London: Routledge.
- RODRIGUES, Liliana *et all* (2010), “Violência em casais LGB – estudo preliminar”, in Conceição Nogueira e João Oliveira (orgs.), *Estudo sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de género*. Lisboa: CIG, 243-266.
- RODRIGUES, Patrícia (2010), “Homofobia internalizada e suicidalidade em jovens LGB e não LGB”, *Les Online*, 2(2), 22-34.
- ROSE, Suzanna (2003), “Community Interventions Concerning Homophobic Violence and Partner Violence Against Lesbians”, *Journal of Lesbian Studies*, 7(4), 125-139.
- SANTOS, Ana Cristina (2005), *A lei do desejo: Direitos humanos e minorias sexuais em Portugal*. Porto: Afrontamento.
- SANTOS, Ana Cristina (2006), “Entre a academia e o activismo: Sociologia, estudos *queer* e movimento LGBT em Portugal”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 76, 91-108.
- SANTOS, Ana Cristina (2007), “Feminismos e lesbianismos: notas para uma tradução (ou alicerces de uma ponte por reconstruir)”, in Lúcia Amâncio; Manuela Tavares; Teresa Joaquim e Teresa Sousa de Almeida (orgs.), *O longo caminho das mulheres: Feminismos 80 Anos depois*. Lisboa: D. Quixote, 336-348.
- SANTOS, Ana Cristina (2009), “Um nome que seja só seu – Para uma cartografia da (in)visibilidade política lésbica”, *LES Online*, 1(1), 21-28.
- SANTOS, Ana Cristina (2010), “Molduras públicas de performatividade *queer* e representação mediática em Portugal”, *Revista Ex Aequo*, 20, 97-112.
- SANTOS, Ana Cristina (2013a), *Sexual Citizenship and Social Movements in Southern Europe*. Palgrave MacMillan.

- SANTOS, Ana Cristina (2013b), “Are We There Yet? Queer Sexual Encounters, Legal Recognition and Homonormativity”, *Journal of Gender Studies*, 22(1), 2-11.
- SANTOS, Boaventura Sousa (2010), *Para uma revolução democrática da justiça*. São Paulo: Cortez Editora.
- SCHERZER, Teresa (1998), “Domestic Violence in Lesbian Relationships”, *Journal of Lesbian Studies*, 2(1), 29-47.
- TAYLOR, Yvette *et al.* (orgs.) (2010), *Theorizing Intersectionality and Sexuality*. Basingstoke: Palgrave MacMillan.
- TJADEN, Patricia e THOENNES, Nancy (2000), “Extent, Nature, and Consequences of Intimate Partner Violence: Findings from the National Violence against Women Survey”. (NJ Report no. 118167). Washington, DC: U.S. Department of Justice.
- TOPA, Helena (2009), “Violência Doméstica em Casais Homossexuais: das representações sociais dos profissionais que trabalham com vítimas à vivência das vítimas”. Dissertação de Mestrado. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- TOPA, Helena (2010), “No arco-íris também há roxo: violência conjugal nas relações lésbicas”, *LES Online*, 2(1), 13-21.
- VICKERS, Lee (1996), “The Second Closet: Domestic Violence in Lesbian and Gay Relationships: A Western Australian Perspective”. Consultado a 12.06.2011, em <http://www.murdoch.edu.au/elaw/issues/v3n4/vickers.html>.
- WALDNER-HAUGRUD, Lisa *et al.* (1997), “Victimization and Perpetration Rates of Violence in Gay and Lesbian Relationships: Gender Issues Explored”, *Violence and Victims*, 12, 173-184.

# DIFERENÇAS DE GÊNERO EM SAÚDE SEXUAL. PERSPECTIVAS TEÓRICO-METODOLÓGICAS NA ITÁLIA

Rita Biancheri<sup>1</sup>

## A SOCIOLOGIA DA SAÚDE E A ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

A saúde foi concebida pelo paradigma biomédico como ausência de doença e essa ideia permaneceu confinada a medicina por um longo tempo; a principal referência interpretativa era a esfera orgânica. Esta hegemonia excluiu a avaliação de elementos “externos”, como fatores que concorrem para a criação de uma condição patológica, fazendo prevalecer uma tese exclusivamente biologizante e, conseqüentemente, uma abordagem reducionista e médico-centrica.

Somente com os primeiros estudos de medicina social - sobre a difusão de doenças infecciosas, favorecido por precárias condições habitacionais, laborais e de higiene em que as pessoas viviam durante a revolução industrial - se começa a considerar a doença como resultado da interação entre fatores internos e fatores ambientais. Mais tarde, com a difusão do modelo bio-psico-social, a saúde torna-se um conceito complexo e multidimensional, superando, assim, a visão de sujeitos reduzidos a corpos, a organismos para considerá-los globalmente como uma pessoa. A partir deste reconhecimento da doença como uma construção social, a sociologia também começou a se ocupar com este âmbito disciplinar - mas registrando um certo atraso especialmente na Itália - e focalizar a atenção para certas condições de saúde, tais como: fatores socioeconômicos, ambientais, seus estilos de vida e acesso aos serviços.

A Organização Mundial de Saúde, como é bem sabido, define a saúde “um estado de completo desenvolvimento físico, mental e social”, referindo-se explicitamente aos vários fatores envolvidos na determinação do equilíbrio geral, enfatizando os limites de uma ação exclusivamente médica responder às necessidades dos cidadãos. A carta de Ottawa defende a necessidade de operar não só em questões de saúde/sanitária, mas também sobre as dinâmicas sociais, como condição prévia para a promoção da saúde e bem-estar, bem como importantes

---

<sup>1</sup> Rita Biancheri é professora no Departamento de Ciência Política e Social da Universidade de Pisa. É membro da Comissão Ministerial “Mulheres e Saúde”. Atualmente é membro do Conselho de Sociologia, seção de Saúde e Medicina da Associação Italiana de Sociologia. Coordena equipe multidisciplinar sobre "Saúde, prevenção e riscos de trabalho a partir de uma perspectiva de gênero".

fatores individuais e coletivos, incluindo: recursos econômicos, a habitação, a educação<sup>2</sup>, a alimentação, a paz, um ecossistema estável, justiça social e equidade.

É nesta perspectiva que se multiplica o número de estudos multidisciplinares, estendendo as metodologias e técnicas utilizadas na pesquisa e se começa a falar sobre as desigualdades de acesso também para o direito à saúde, incluindo discriminações e exclusão, também presentes nos sistemas de Welfare universalista. Esta abordagem abrange múltiplos fenômenos relacionados inicialmente à questão da estratificação social e renda, ao trabalho, ao nível cultural e em seguida, a fatores como a localização geográfica<sup>3</sup>, etnia, deficiência física e gênero.

Esta última dimensão está se tornando uma categoria mais importante não só para a compreensão das diferenças entre homens e mulheres no aparecimento de doenças, seus cursos e resposta ao tratamento, mas também para evidenciar as diferenças nos papéis sociais e familiares, no acesso a recursos materiais e simbólicos, condições e estilos de vida, nos relacionamentos, nas redes comunitárias e experiências individuais.

Sexo e gênero representam duas dimensões que caracterizam a identidade femininas e masculinas; se a primeira define o caráter das diferentes funções reprodutivas, a segunda diz respeito a divisão de papéis culturalmente construídos. Mas, se o conceito de gênero entrou numa parte do patrimônio conceitual das ciências humanas, desde os anos setenta, não aconteceu nas ciências médicas, onde foi recentemente introduzido para entender a complexa interação entre biológico e social e como intervir na incidência desigual entre homens e mulheres, certas doenças e, mais genericamente, sobre a promoção da saúde.

Na verdade, se os determinantes genéticos dão origem a algumas doenças específicas de biologia feminina, outros fatores influenciam a ocorrência de doenças que estão precisamente relacionados com os papéis sociais, ou seja, as tarefas, obrigações e expectativas que são derivados destes; em outras palavras, como é hierarquizada a esfera reprodutiva. Estatísticas de saúde mostram que as várias tarefas realizadas na profissão para o mercado, e nas esferas de cuidados, todos os dias produzem trabalho, consequências e impacto não só sobre a expectativa de vida, mas também na qualidade. Se a maior longevidade das mulheres também é devido à menor incidência de eventos traumáticos, por estar menos “em risco”, a mais alta morbidade reflete uma desvantagem e desconforto no curso da vida, promovendo, por exemplo, uma maior incidência de depressão.

---

<sup>2</sup> A educação pode ser entendida como a transmissão de saberes e também como o ensinamento de um ofício. NT.

<sup>3</sup> Muito mais que apenas o local em que se está, tal pertencimento regional se liga a noção de regionalidade, ou seja, lugar aonde as transmissões de saberes, culturais e vivências construíram ou constroem o sujeito. NT.

Além do mais, os aspectos concretos das discriminações se acentuam quando se somam a outros fatores: a dependência econômica e psicológica, a falta de autonomia, a subordinação de escolha laborativa sobre a responsabilidade familiar, o sentimento de culpa; elementos que agem juntos às componentes genético e hormonais, no aparecimento de doenças, sua duração, sua motivação para o restabelecimento ou sua cronicidade.

Segue-se que os aspectos que reproduzem as desigualdades devem entrar plenamente na investigação e na prevenção e tratamento de doenças, a fim de aumentar o conhecimento através de novos indicadores. Se para falar sobre a saúde é melhor, como alguns autores defendem, relacionar mais plenamente as condições e estados de bem-estar e equilíbrio, então isso se torna uma abordagem estratégica para o surgimento de novos instrumentos de análise relacionada não só com a diferença sexual, mas também de gênero. Essencial definir programas e ações, organização de serviços, analisar dados estatísticos, a pesquisa de endereços e implementar a “*governance*” eficaz de nosso sistema de saúde, melhorando a qualidade, mas também o nível de equidade.

Tudo isso pode ser implementado se mudarmos de medicina de gênero para gênero na saúde, através de uma ampliação da perspectiva que favorece a convergência de conhecimento disciplinar e explícita<sup>4</sup> as diferenças, superando a exclusão das mulheres de todas as áreas da esfera pública.

## A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA CIÊNCIA

Para abordar a questão da saúde, a partir de uma perspectiva de gênero, deve ser decomposta por um prisma, ou seja, através de uma abordagem multidisciplinar, as múltiplas variáveis da sua dimensão. Em particular, é fundamental para as mulheres trazer essas diferenças que foram eliminadas dos paradigmas científicos, da mesma forma que a presença de mulheres tem sido excluída dos locais de conhecimento/saber.

Como temos enfatizado, a organização do trabalho, família, sistemas de *Welfare*, influenciam as condições de vida e determinam o acesso aos recursos, bem como os modelos culturais concorrem a construir o nosso mundo simbólico e nosso conhecimento. O pensamento feminista há muito tempo destacou a criticidade de uma ciência não neutra,

---

<sup>4</sup> No sentido de trazer para fora as diferenças, dar visibilidade. NT

contrária a crença generalizada de sua objetividade que pressupõe a independência dos valores do contexto.

A histórica Margaret Rossiter em seu trabalho pioneiro “*Women Scientists in America*” observou que, apesar do acesso ao ensino superior, na realidade, as mulheres só foram introduzidas no vestíbulo do templo e não na “*sancta sanctorum*”, há um corte da ciência que as coloca fora.

Estas fronteiras traçadas pelo gênero é resultado de um ascetismo prevalente clerical que foi fundada a ciência ocidental (NOBLE, 1994) e têm excluído capacidades, inibido motivações, forçado muitas mulheres que pediram<sup>5</sup> para participar do conhecimento e explorar “a seiva do conhecimento” à esfera privada. Mas na verdade, como escreve Wertheim (1996, p. 317), “a ideia de que um grande número de mulheres pode mudar a cultura dominante dentro de uma área científica e, portanto, também o seu conteúdo, não é apenas uma hipótese”.

A partir dos anos setenta, as vozes das mulheres começaram a questionar toda uma série de paradigmas, permitindo a introdução de novos pontos de vista (GILLIGAN, 1987). Como resultado, as revisões feitas na história da ciência tem prejudicado a fundação de núcleo da cultura ocidental, refutando a ideologia da objetividade, os seus pressupostos sexuais e os condicionamentos decorrentes das estruturas simbólicas e por estereótipos de gênero (MERCHANT, 1988).

Muitas das mudanças que ocorreram no século passado marcaram, portanto, uma passagem para novas formas em que a sociedade está organizada, e como resultado, muitas categorias exigem uma mudança do eixo hermenêutico, para que possam exercer a sua função explicativa.

Não há problemas científicos separados de normas culturais e das ideologias sociais, mas “através da interação dialética, ciência e cultura se desenvolvem como um todo orgânico, fragmentando-se e reintegrando-se sob a influência de tensões e tendências não só intelectual, mas também sociais” (MERCHANT, 1988, p. 35). Por exemplo, como é conhecido, houve uma mudança substancial de atitude na direção à “prática médica” quando as “mulheres sábias”, reconhecidas por Paracelso como a fonte de conhecimento da farmacopeia, foram mais tarde condenadas por bruxaria.

---

<sup>5</sup> O verbo *chièdere* dá a ideia de solicitação, súplica. *chièdere* [kʲedere] *v.tr. e intr.* 1 *vtr.* domandare per ottenere o sapere 2 *vtr.* pretendere per una merce che si vende. Talvez, a autora do texto tenha querido mostrar o esforço transpassado por práticas de opressão. NT.

Hoje, certamente, as categorias de cuidados/cura e prevenção requerem a inclusão de mais dimensões, no que diz respeito aos critérios clínicos e funcionais da ciência médica. E mais, aproximaram saúde e gênero em uma abordagem multidisciplinar, que está aberta a complexidade do objeto de estudo, envolvendo uma revisão crítica dos estatutos individuais, para superar algumas das barreiras e permitir reações a estímulos recíprocos de diferentes setores.

Na famosa obra “*Laboratory life*” com o subtítulo, “*The social construction of scientific facts*”, Latour e Woolgar (1979) argumentaram que a atividade científica não é mero registro de um evento natural, mas o resultado de uma negociação cujo resultado final não aparece construído. Trata-se, portanto, de conciliar as partes em um todo, incluindo a polaridade, livrando de ruptura epistemológica e revendo o que pretende o universalismo escondido. Como Kuhn argumentou em seu conhecido livro “*La struttura delle rivoluzioni scientifiche*”, o que se vê depende tanto do que se procura, quanto do que sua experiência visual-conceitual anterior o ensinou a ver.

Assim a história da medicina tem demonstrado claramente por que algumas disciplinas têm mais influência sobre a política de saúde e de suas práticas, em particular a “primazia epistêmica do bio-saber” e “visão prescritiva da economia”, embora certamente tenha impactado menos a perspectiva descritiva e analítica dos estudos sociológicos e aquisições resultantes da identificação de gênero como categoria analítica.

Para dar apenas alguns exemplos, um dos paradoxos da medicina é a presença de duas tendências contraditórias, o constante crescimento da expectativa de vida “média” e a persistência, se não um aperto ao longo do tempo (CARDANO 2009), das desigualdades de saúde atreladas à diferentes dimensões que não são limitadas apenas à condição de privação material, mas levando em consideração uma série de fatores que são identificados como “determinantes sociais” e incidem as condições de vida das pessoas e seu bem-estar cotidiano.

Junto a este complexo fenômeno de origem múltipla, bem enfatizado pela bibliografia consistente sobre estas questões, pode-se apontar outro ponto relevante, certamente menos investigado, que diz respeito as mulheres que vivem mais tempo, mas sofrem de maior morbidade do que os homens (BIANCHIERI, 2010, 2012).

O primeiro paradoxo que podemos referir é uma série de teorias explicativas, da necessidade de uma maior integração entre pobreza e saúde, que é uma relação recorrente. Mas outras pesquisas têm mostrado que a relação entre os problemas de desigualdade e de saúde podem estar relacionados à toda a população e a “sociedade mais inclinada a uma

igualdade do estado geral de melhores condições de saúde da população”. Wilkinson e Pickett (2009) sustentam que a qualidade de vida não depende do crescimento econômico, mas do grau de desigualdade de renda mais ou menos alta, como resultante estrutural, as divisões sociais, menos reciprocidade e participação, perda de confiança, falta de densidade de relacionamentos. Em outras palavras, não há um “efeito alone” do contexto ambiental, que pode ser mais ou menos incisivo a nível individual, dependendo das operações institucionais e dos funcionamentos sociais.

Em segundo, as chaves para interpretações são baseadas em um terreno “frágil”, como afetados pela falta de um ambiente especulativo “forte” e os dados que temos ainda apresentam deficiências e, portanto, tanto teórica como em termos de metodologia seriam necessários aprofundar conhecimentos quali-quantitativos. Um processo de abstração analítica, livre de paradigmas tradicionais, para implementar uma revisão crítica das diferentes opções epistemológicas que podem permitir uma fusão fecunda entre contextos de pesquisa.

Não se trata de explicar a complexidade e os “novos dilemas” (VIGNERA, 2012) que a mudança de paradigma implica, mas de encontrar, mesmo nas muitas ambiguidades e contingências (BAUMAN, 1982), formas de diálogo, que são possíveis na perspectiva aqui utilizada, através de uma utilização partilhada do conceito de gênero e as diferenças que dele derivam. Como resultado do colapso do desmoronamento da lógica binária, podemos dialogar com Derrida se o pensamento ocidental está em condições de pensar sobre as diferenças de uma maneira diferente?

## DIFERENÇA DE GÊNERO E SAÚDE

Nesta visão do masculino como neutro, as diferenças de gênero, se antes eram do todo ausentes, atualmente permanece muita confusão e frequentemente aquilo que emerge são as diferenças sexuais. Os dois termos, de fato, às vezes são usados como sinônimos em uma sobreposição que encontra dificuldades de ser declinada por si mesma no interior da concepção holística de saúde.

Assim escreveu Rousseau: Émile

A dificuldade de compará-los surge da dificuldade de determinar a constituição de uma e de outra, o que depende do sexo e o que não. A anatomia comparada e até mesmo a simples observação revela entre eles diferenças gerais que não parecem estar relacionadas com o sexo (...) sob este duplo aspecto, encontramos muitas afinidades e tanto disto e daqueles contrastes entre eles, que talvez seja uma das

maravilhas da natureza que pôde fazer (criar) seres tão parecidos com uma constituição tão diferente.

Esta observação do notório filósofo, não foi depois suficientemente aprofundada, deixando espaço para prevalecer convencimentos e estereótipos que atribuíam exclusivamente à “natureza”, não só as características físicas, mas também, como consequência, a imutabilidade dos papéis sociais.

A história mostrou como tal pensamento dominante teve efeitos importantes sobre a grande exclusão das mulheres da educação, da política e da esfera produtiva, confinando-as no ambiente doméstico e privado, expropriando-as dos seus direitos e do reconhecimento da sua própria subjetividade (BIANCHIERI, 2008).

Surgiu um vazio de conhecimento relacionado com a necessidade de identificar aquele “qualquer outra coisa”, sobre qual falava Rousseau, a qual se refere para explicar tais diferenças e/ou semelhanças; isto é uma nova dimensão que hoje podemos denominar conscientemente: gênero.

Por trás deste termo, há um debate e uma variedade de estudos em que o pensamento feminista e o não, têm por um longo período de tempo se empenhado em destacar aquela “maravilha da natureza” que torna seres tão semelhantes em diferentes. Uma diversidade que, no entanto, não está incluída nos estatutos disciplinares e na produção do saber, reconectando a um sujeito assumido neutro as categorias utilizadas em diferentes disciplinas.

Gostamos de citar essa passagem, porque ela pode ser útil para explicar muitos dos equívocos ainda existentes, tanto no pensamento científico quanto na regra e na sua aplicação. Sobreposições e mal-entendidos que devem ficar explícitos quando pretendemos aproximar o termo gênero à saúde.

Já é uma opinião difundida de que este termo é usado em uma dinâmica perspectiva e relacional, e em quanto pertencente na sua construção os contextos culturais específicos, tem certamente um valor explicativo além dos limites que podem ser inevitavelmente identificados.

Em outras palavras, o gênero permite refletir sobre variáveis que diferentemente vieram exclusas das aproximações onde, contrapondo os papéis femininos e masculinos, foram também construídas dicotomias que simplificaram a complexidade com a qual hoje, no entanto, devemos relacionar. Além disso, consente “dialogar” entre as diferentes disciplinas, antes divididas por barreiras intransponíveis, e ampliar na medicina, por exemplo, o cenário para o diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças; refletindo-se proficuamente em uma concepção diferente da saúde (BIANCHIERI, 2012; 2007).

A opacidade na compreensão de muitos fenômenos pode ser reduzida se, de acordo com a perspectiva de investigação, adota-se um critério apropriado para referir-se ao gênero, nas suas diferentes articulações não só relacionais e comunicativas, mas também naquelas relativas à construção dos papéis e dos significados coletivos.

Appadurai no seu texto “*Modernità in polvere*”, sugere que mesmo nas suas diversas conotações a qualidade principal do conceito de diferença é “o seu valor heurístico que permite evidenciar pontos de semelhança e de contraste entre todos os tipos de categorias; Classe, gênero, papéis, grupos e nações” (p.28).

O debate sobre qual verte a reflexão certamente não é novo e a sociologia estabeleceu, desde a sua criação, o seu sistema fundamental, através da penetração capilar que foi a cultura científica do século VIII. Mas agora não é mais necessário implantar uma “virada cognitiva indispensável”, partindo da complexidade do objeto de estudo sobre o qual atuamos (MORIN, 1977).

Em uma fase de revisão dos sistemas de Welfare da crise financeira e econômica a capacidade de fornecer informações para as decisões políticas, usando os atuais indicadores e fontes de dados existentes permanecem no centro de um amplo e controverso debate.

Permanecendo no âmbito dos acessos aos recursos, tanto materiais quanto simbólicos, os estudos que se concentram sobre indicadores não materiais e sobre as condições do quotidiano feminino (BIANCHIERI, 2008), sem separar o ambiente familiar daquele produtivo (LEWIS, BRANNEN, NILSEN 2009; BIANCHIERI 2012; 2009), podem representar um campo teórico paradigmático no que diz respeito à saúde das mulheres, superando as referências biológicas e hormonais que têm prevalecido até agora no campo da medicina.

Se o que foi dito antes chama a atenção para a eficácia/eficiência das políticas públicas e dos sistemas de saúde, incluindo os de natureza universal, nessa perspectiva analítica, a tentativa que se busca realizar, confrontados com uma redução constante de recursos, é aquela de superar a fragmentação dos serviços e construir instrumentos e intervenções capazes de agir sinergicamente para atuar em uma eficiente integração sócio-sanitária.

Medidas, por exemplo, que assumem a conciliação dos tempos da vida não simplesmente como resposta às mutações necessárias das famílias, mas torna-se uma ação de prevenção junto com as mudanças dos modelos culturais.

Continuando com uma aproximação bio-psico-social, que leva em conta as diferenças, a Comissão sobre os determinantes de saúde da OMS, em 2008, produziu um documento no qual se lia três recomendações principais:

“Melhorar as condições de vida diária, combater a distribuição desigual de poder, do dinheiro, dos recursos, compreender e medir o problema das desigualdades sociais de saúde e avaliar o impacto das intervenções de oposição”.

Uma aproximação, portanto, abrangente por todo o percurso da vida, a partir do favorecimento adequado das condições de trabalho até a promoção da equidade de gênero.

Nesta perspectiva, considera-se importante também remeter-se aos estudos sobre *agency* e sobre aqueles que, em geral, referem-se à dimensão do poder, ou seja, a capacidade autônoma de determinar a própria existência, de desdobrar totalmente as próprias capacidades, além daquela de influenciar as escolhas dos outros (BRANDOLINI, SARACENO, SCHIZZEROTTO, 2009).

Sobre a influência deste fator na saúde, recorda-se a pergunta original de quantas idéias foram perdidas, trazendo aqui algumas considerações importantes extraídas da tese de Maria Fischmann, licenciatura em Medicina na Universidade de Pisa, em 1893 (BIANCHERI, 2010C; PERETTI, 2010)

“Ainda acredito que não se distancia da verdade que uma vida mais livre e independente da mulher contribuirá para torná-la mais ativa, menos ocupada de suas próprias doenças e desgraças... Como podem estar bem às mulheres que passam o dia todo em casa com preocupações contínuas, que por causa de suas posições sociais estão sempre excitadas e se encontram num estado agitado... que se vestem contra todas as leis fisiológicas, nutrem-se mal, leem apenas livros sensíveis e entregam-se totalmente aos seus sentimentos e as suas paixões... Estas são as causas comuns que tanto fazem dano ao organismo do homem, quanto aquele da mulher. Mas há casos especiais que acabam destruindo o organismo daquela última... o estado depressivo no qual a mulher se encontra na sociedade atual... sendo casada e estando sob o domínio do marido, ela está sempre em um estado de inferioridade que a oprime, ela não pode se defender, lutar - as leis como os usos sociais lhes prescrevem sofrer e calar-se... a influência da disposição de espírito sobre o funcionamento do intestino<sup>6</sup> não é uma utopia”.

Tais reflexões – como precursoras de futuros desenvolvimentos em sua própria interpretação correta da medicina de gênero, em uma época onde prevalecia a observação clínica do corpo enfermo – contribuem para retomar uma passagem anterior do percurso cognitivo do qual consideramos alguns lugares teóricos, suposições nas suas interdependências.

De fato não se pode deixar de abrir outra área significativa de análise e considerar como algumas transformações sociais, como o acesso à educação e a inclusão das mulheres no mercado de trabalho (BIANCHIERI, 2008), influenciaram as práticas sanitárias, rompendo

---

<sup>6</sup> Intestino refere-se ao órgão e também ao interno/interior. NT

o monopólio do conhecimento médico e feminilizando a profissão. Um longo percurso que produziu importantes êxitos do ponto de vista numérico, como evidenciado nas presenças universitárias naquelas diferentes especializações. Mas a questão ainda permanece, o que exigiria análises anteriores e aprofundamentos: as médicas introduziram uma nova forma de fazer medicina? (VICARELLI, 2008).

Certamente a resposta não é tão simples enquanto partir do modelo de ensino, com os seus conteúdos, contexto normativo-institucional no que diz respeito a todo o aparato de organização, e não só para a saúde. Ainda é muito clara a concepção do sujeito masculino como neutro que excluiu as diferenças dos fundamentos da ciência, a partir de Bacon e Galileu, e da construção do Estado como bem nos faz recordar o Leviatã de Hobbes.

Portanto, a questão poderia ser reformulada da seguinte forma: o acesso das mulheres as “cidadelas do saber” produziu mudanças nos estatutos disciplinares? O movimento feminista e as lutas das mulheres pela conquista de seus direitos, que determinou a chamada revolução silenciosa do século XIX, alcançou seus objetivos e quanto ainda resta fazer para que a revolução seja realizada? (ESPING-ANDERSEN, 2011; BIANCHIERI, 2012B).

O objetivo deste artigo é, portanto, aquele de consolidar uma reflexão sobre estas questões, sem a pretensão de ser exaustivo, mas alimentando uma estrada que esclareça muito sobre os nós presentes, ainda apertados em torno de convenções e estereótipos. Renovar muitos dos tópicos que foram artificialmente separados por barreiras construídas firmemente entre os diversos saberes e linguagens, reconstruir as interdependências, superando as dicotomias, pode permitir confrontar os territórios que ficaram de fora das trajetórias de pesquisa mais consolidadas e abrir novos cenários na produção de conhecimento.

Não podemos, em seguida, deixar de destacar ainda outra vez, que se pretende confrontar o tema da saúde, através da lente de gênero e em uma perspectiva multidisciplinar. É necessário referir-se a uma reflexão mais ampla sobre os “conhecimentos situados”, no que diz respeito à suposta objetividade da ciência, para aquele *eurocentrismo androcêntrico*, segundo a definição de Sandra Harding, que constitui um dos principais pilares do “paradigma da modernidade”.

Se por um lado a crítica feminista contribuiu para evidenciar a *gravidez* da orientação masculina nas diversas disciplinas, as outras culturas denunciaram a *hegemonia* do olhar europeu. Uma “conotação autista” escreve Rada Ivekovic, do sujeito ocidental moderno prisioneiro pela dicotomia opositiva entre si e si mesmo.

Esta dupla crítica, para aqueles que lidam com as questões da sociologia da saúde, certamente é uma contribuição importante, e ainda pode-se dizer muito sedimentada, para

superar a aproximação bio-médica em favor de um conceito que incorpora a complexidade das variáveis que interveem na sua construção. Não adianta lembrar a produção notável da literatura no campo da medicina não convencional (GIARELLI, 2005; CEBOLA, SARSINA, 2009) ou da aproximação narrativa (MASINI, 2005), citando somente alguns exemplos, para ter a percepção de que tal trilha tenha sido e está extremamente desgastada. O mesmo não pode ser dito para o uso do gênero como categoria analítica, aplicada à saúde na medida em que ele é lido ou como um determinante que afeta as condições, sem abrir mão do potencial heurístico, ou foi usado como sinônimo de diferenças sexual, sobretudo na medicina.

As explicações para o atraso, registradas na Itália, para abrir caminhos teóricos e pesquisas empíricas ligadas ao gênero, podem encontrar elementos relevantes - a fim de compreender os obstáculos - em muitos setores a partir das dificuldades para aplicar normas de oportunidades iguais, para estender o olhar para a organização da produção e reprodução social.

De fato, justo sobre estas questões resulta evidente a construção cultural dos nossos conhecimentos, estes quadros de referência nos quais se desenvolvem as orientações de pensamento que influenciam os contextos de vida e determinam a dinâmica do poder. Harding denunciou esta base, a impossibilidade de ter uma visão “de lugar nenhum” em ambientes experienciais onde as relações são marcadas pela desigualdade.

Há, portanto, um caráter historicamente, socialmente e culturalmente contingente para a ciência, mas isso não significa segundo Barad que não se obtenham os resultados, ainda que se deva ter presente à “dimensão humana”, ou seja, os múltiplos critérios de relevância e significados que derivam das peculiaridades do sujeito conhecedor.

Huhnerfeld (1960) no seu texto “*La medicina moderna*”, referindo-se a Dilthey e as ciências do espírito, releva que são tantos os pontos de vista e “é o ponto de vista do interrogador que determina essencialmente a resposta”, só entrando “no ambiente vital” se pode reconhecê-lo. Portanto, devemos nos questionar, de acordo com o autor, se a medicina não colocou essas questões, adquirindo também as descobertas que vieram de outros campos, por exemplo, o princípio da incerteza na física desenvolvido por Heisenberg.

Certamente não queremos entrar aqui no debate sobre as diferentes definições epistemológicas e sobre a eficácia ou não das metodologias utilizadas, mas a história do pensamento nos ensina que as mudanças são à base de novas aproximações, por vezes, bastante revolucionárias.

A ciência médica é uma visão renovada do que hospitais representam nesta importante passagem, a observação do corpo, o crescimento do conhecimento anatômico e prática

cirúrgica contribuíram para a definição dos fundamentos da disciplina. Ordem racional, observações concretas e demonstrações coerentes, eram de fato os pilares do método experimental e de um saber que excluiu as mulheres da esfera pública e da instrução, com a convicção de sua inferioridade natural.

As mesmas parteiras foram substituídas pelos médicos durante o século XVII, quando disseram que queriam definir esta ciência sobre bases científicas.

Embora, como muitas vezes destacado, “um tempo de cura” sempre existiu, mas era desenvolvido prevalentemente no interior das famílias e eram as mulheres que se ocupavam de fazê-lo. Somente em seguida à profissionalização, se obteve a distinção entre cuidado e o tratamento como terapia, uma lacuna entre o conhecimento tradicional das mulheres e o conhecimento especialista masculino que se tornará sempre mais profundo e hierarquizado.

Na verdade, competências técnicas e espaço de relações, lugares institucionais com um estatuto forte e ambiente doméstico de acudimento e partilha – separados artificialmente – encontram ainda forte resistência para se recompor. (BOTTI, VICARELLI, 2013).

Resíduos daquela invisibilidade das atividades femininas, enquanto gratuitas, e das oposições dicotômicas entre esfera pública/esfera privada, mente/corpo, razão/emoção – resultante do positivismo – que assinalou esta exclusão e eliminou as diferenças.

Foi necessário esperar até o final do século XVIII, para que as primeiras mulheres médicas pudessem ter acesso às faculdades universitárias e darem as suas valiosas contribuições, como vimos com Maria Fischmann.

Não há dúvida de que neste solo consolidado, o uso do gênero como paradigma, tenha encontrado sérios obstáculos em todos os setores disciplinares, e particularmente, lá onde os condicionamentos acadêmicos são mais cristalizados nos estudos em torno aos temas, que são considerados relevantes, pela comunidade científica; excluindo os caminhos que, erradamente, eram considerados somente reivindicações para ganhar oportunidades iguais, portanto, de pertinência feminina.

Tal concessão é evidente se, até mesmo para a sociologia, levarmos em consideração seja o âmbito teórico, seja as pesquisas empíricas; de fato, muitas das produções bibliográficas do nosso país, incluindo os manuais, frequentemente não consideram a aproximação de gênero, negligenciando o escopo heurístico.

Neste nível, como é evidente, a respeito das dificuldades que se encontram ao propor trajetórias semelhantes de pesquisa, ainda há muito a ser feito em todas as escolas de cada ordem e grau e a universidade não está excluída enquanto o tratamento de determinado

conteúdo<sup>7</sup> é deixado para a sensibilidade de um docente único, ou melhor, de uma docente única, além de ser precária a institucionalização de cursos específicos, como ao contrário acontece em outros países ocidentais<sup>8</sup> (BESOZZI, 2003; CAMARÃO, MAIO, SELMI, 2010; BIANCHIERI 2012d).

No que diz respeito à prática médica, com base naquilo que até aqui foi sustentado, não há dúvida de que deva rever seus próprios modelos epistemológicos hiperespecialistas, também reconhecendo que estes eram a base dos principais objetivos conquistados por esta ciência, e abrir as próprias fronteiras (CEBOLA, SARSINA, 2009).

O contato com “outras culturas”, a difusão da medicina “não convencional”, as duplas leituras da doença - considerada no sentido subjetivo, como representação cognitiva autoperceptiva e autoavaliada, e objetiva, como não integridade orgânica – propôs chaves de leitura “não simplificadas“ para superar a incomunicação entre ciências naturais e ciências culturais (GIARELLI, 2003, 2005).

Em outras palavras, como defende Morin (1977) o princípio da complexidade por meio do qual se revê os princípios da organização do saber, nos permite procurar uma inteligibilidade não redutora... e de abrir as fronteiras para um foco duplo: sujeito e objeto.

Em particular, os *women's studies* contribuíram para refutar aquilo que Keller chamou a pretensão da racionalidade, sem corpo confiada ao olho da mente, enquanto resulta bem estruturada uma visão masculina técnico científica sobre a qual foram construídos e consolidados os principais *frame* teóricos e metodológicos.

As desigualdades decorrentes do lugar que ocupam as mulheres no mercado de trabalho, a fadiga da “presença dupla” para as permanentes assimetrias nos investimentos de cuidados familiares, as desgraças produzidas pelas políticas sociais residuais ajudam a explicar a incidência de muitas patologias e, portanto, o paradoxo com o qual começamos pode ser lido, na verdade, através do gênero, superando as diferenças sexuais que diz respeito principalmente aos desfechos e as curas das doenças, sem interferir nos instrumentos para ajudar numa prevenção eficaz, a qual exigiria uma extensão das variáveis e uma integração real das políticas sócio-sanitárias.

Diante das mudanças da nossa sociedade, o que é certo, é a necessidade de redefinir tanto as nossas formas de produção do saber quanto os nossos modelos de organização; há

---

<sup>7</sup> Como o gênero. NT.

<sup>8</sup> A oferta de apoio didático ao docente da Faculdade de Medicina da Universidade de Pisa foi reforçada nos últimos anos por cursos adicionais (ADO) sobre Gênero Medicina (Veja. Biancheri 2013). Nota da autora.

muitas diferenças e já não pode ser mais declinadas como desigualdade, mas, pelo contrário, são necessários para constituir novos valores.

O percurso, como foi mostrado, é certamente longo e não é privado de obstáculos, por isso é necessário: apoiar a formação, promover grupos de pesquisa multidisciplinar, envolver as instituições, fazer crescer os debates, acolher as diretrizes da União Europeia e incrementar o confronto internacional. Em outras palavras, passar da medicina do gênero para o gênero na saúde.

## BIBLIOGRAFIA

APPADURAI, A. (2001), *Modernità in polvere. Dimensioni culturali della globalizzazione* (ed orig.1996), Roma, Meltemi

BAUMAN, Z. (1982), *Critica del senso comune. Verso una nuova sociologia* (ed. orig. 1976), Roma, Editori Riuniti.

BIANCHERI, R. Dell'Osso L. (a cura di) (2007), *Da Esculapio a Igea un approccio di genere alla salute*, Pisa, Plus University Press.

BIANCHERI, R.(a cura di) (2008), *La dimensione di genere nel lavoro. Scelte o vincoli nel quotidiano femminile*, Pisa, Plus University Press.

BIANCHERI, R. (a cura di) (2009), *Tempi di vita e welfare. Verso un sistema territoriale della conciliazione*, Pisa, Plus University Press.

BIANCHERI, R. (a cura di) (2010a), *Il genere della partecipazione. Come promuovere la cittadinanza attiva delle donne*, Pisa, Plus University Press

BIANCHERI, R.(2010b), *Formazione e carriere femminili.La scelta di ingegneria*, Pisa, ETS

BIANCHERI, R. (2010c), *Genere e salute*, in Magnier A., Vicarelli G. (a cura di), AIS, *Mosaico Italia. Lo stato del paese agli inizi del XXI secolo*, Milano, Franco Angeli, 2010 pp. 289-295.

BIANCHERI, R. (2010 c) *Introduzione* in Peretti A., *Storie di donne non comuni. Le prime laureate in medicina all'Università di Pisa*, Pisa, Plus University press.

BIANCHERI, R. (a cura di) (2012a), *La rivoluzione organizzativa.Differenze di genere nella gestione delle risorse umane*, , Pisa, Plus University Press

BIANCHERI, R. (a cura di) (2012b), *Ancora in viaggio verso la parità* , Pisa, Plus University Press

- BIANCHERI, R.(2012c), Benessere tra differenze e disuguaglianze di genere in salute in, *Società e salute* numero monografico Niero M. Bertin G. (a cura di) Vulnerabilità e fragilità sociale. Una teoria delle disuguaglianze di salute, F. Angeli .
- BIANCHERI, R. (a cura di), (2012d), *Educare alle differenze*, Pisa, ETS.
- BIANCHERI, R. (2012 e), *Famiglia di ieri, famiglie di oggi. Affetti e legami nella vita intima*, Pisa, ETS
- BIANCHERI, R. (2013 a), *Genere e salute. Un progetto pilota nella Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Pisa* in Guidi L, Pellizzari M.L., *Nuove frontiere per la storia di genere* voll. III, Salerno, Collana Scientifica dell'Università di Salerno
- BIANCHERI, R.,CARDUCCI, A., FODDIS, R., NINCI, A. (2013), *Salute e sicurezza sul lavoro, una questione anche di genere. Rischi lavorativi, un approccio multidisciplinare*. Quaderno monografico della Rivista degli infortuni e delle malattie professionali, n° 4, Milano, INAIL
- BOTTI, G. VICARELLI, G. (a cura di) (2013), *Curare al femminile. Idee scientifiche e pratiche tra pubblico e privato*, cap. VII in Guidi L, Pellizzari M.L., *Nuove frontiere per la storia di genere* voll. III, Salerno, Collana Scientifica dell'Università di Salerno
- BOURDIEU, P. (2009), *Il dominio maschile*, Milano, Feltrinelli.
- BOUDON, R., BOURRICAUD, F. (1991), *Dizionario critico di sociologia* (ed. orig.1982), Roma Armando
- CIPOLLA, C & AGNOLETTI, V.(a cura di), *La spendibilità della sociologia fra teoria e ricerca*,Milano Franco Angeli
- CIPOLLA, C. e MATURO, A. (a cura di) (2008), *Scienze sociali e salute nel XXI secolo: nuove tendenze, vecchi dilemmi?*, Franco Angeli, Milano.
- CIPOLLA, C, di SARSINA, P.R.(2009), *Le peculiarità sociali delle medicine non convenzionali*, Milano, Franco Angeli.
- ESPING-ANDERSEN, G. (2011), *La rivoluzione incompiuta. Donne, famiglia, welfare*, Bologna, Il Mulino.
- GIARELLI, G. (2003), *Il malessere della medicina. Un confronto internazionale*, Milano, Franco Angeli.
- GIARELLI, G. (2005), *Medicine non convenzionali e pluralismo sanitario*, Milano, Franco Angeli.
- GIARELLI, G., VIGNERA, R. (a cura di) (2012), *Sociologia e sociologia della salute: andata e ritorno*, *Salute e società*, XI, n. 2

- GIDDENS, A.(1979), *Nuove regole del metodo sociologico*(ed orig. 1976), Bologna, Il Mulino.
- GILLIGAN, C. (1987), *Con voce di donna*, Milano, Feltrinelli
- GUIDI L, PELLIZZARI M.L. (2013), *Nuove frontiere per la storia di genere* voll. III, Salerno, Collana Scientifica dell'Università di Salerno
- GUTHRIE, D. (1967), *Storia della medicina*, Milano, Feltrinelli
- HÜHNERFELD, P.(1960), *La medicina moderna*, Firenze, Sansoni.
- KELLER, E.F.(1987), *Sul genere e la scienza*, Milano, Garzanti.
- KOYRÉ, A. (1970), *Dal mondo chiuso all'universo infinito* (ed. orig, 1957), Milano, Feltrinelli
- KUHN, T.S, (2009), *La struttura delle rivoluzioni scientifiche* (ed. orig. 1970), Torino, Einaudi.
- LATOURET, B. (2009), *Non siamo mai stati moderni* (ed. orig. 1991), Milano, Elèuthera
- LEWIS S., BRANNEN J., NILSEN A. (a cura di) (2009), *Work, families and organisations in transition*, Bristol, The policy press.
- MASINI V.(2005), *Medicina narrativa*, Milano, Franco Angeli.
- MERCHANT, C.(1988), *La morte della natura: le donne, l'ecologia e la rivoluzione scientifica* (ed. orig. 1980), Milano, Garzanti.
- MORIN, E. (1977), *Il metodo. La natura della natura*, Milano, Feltrinelli
- NOBLE, D.(1994), *Un mondo senza donne*, Torino, Bollati Boringhieri.
- PERETTI , A. (2010), *Storie di donne non comuni. Le prime laureate in medicina all'Università di Pisa*, Pisa, Plus University press.
- VICARELLI, G.(2008), *Donne di medicina. Il percorso professionale delle donne medico in Italia*, Bologna, Il Mulino.
- WERTHEIM, M.(1996), *I pantaloni di Pitagora. Dio, le donne e la matematica*,Torino, Instar libri.
- WILKINSON, R., PICKETT K.(2009), *La misura dell'anima. Perché le diseguaglianze rendono le società più infelici*, Milano Feltrinelli.

## CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: O QUE PENSAM AS MULHERES?<sup>49</sup>

Denise Marques da Silva<sup>50</sup>

Luciana Patrícia Zucco<sup>51</sup>

### INTRODUÇÃO

O presente texto discute a compreensão das mulheres acerca de seu processo de adoecimento por câncer de colo de útero em tratamento no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). Na prestação à assistência à saúde na Unidade de Ginecologia/HU/UFSC, nos deparamos cotidianamente com situações de mulheres com câncer de colo de útero em estado avançado ou necessitando de procedimentos cirúrgicos invasivos.

Entende-se que o enfrentamento das situações de câncer ou de alterações de alto de colo uterino grau não se limitam às formas de prevenção ou ao acesso das mulheres a tratamento e acompanhamento, embora fundamentais e de direito dos sujeitos. Os profissionais de saúde ao lidarem com tais situações se deparam com temas que ainda se encontram fadados ao silenciamento, como sexo e sexualidade, e que permanecem nesta condição mesmo após a assistência prestada. O desconhecimento de si e do outro/a com quem se relaciona permanece, com recorte geracional, de gênero<sup>52</sup>, cultural, social e econômico refletido na saúde das mulheres e em sua subjetividade.

Dados estatísticos do Instituto Nacional do Câncer (Inca, 2013) demonstram que o câncer de colo de útero é o segundo tipo mais comum entre as mulheres e em mortalidade, sendo o câncer de mama o que prevalece na população feminina. Para o biênio 2014-2015, a estimativa é de 57 mil novos casos de câncer de mama e 15 mil de colo de útero, este último com um risco estimado de 15 casos a cada 100 mil mulheres (Inca, 2013). Destacam-se, ainda, as diferenças regionais de incidência da doença no Brasil. De acordo com dados do

---

<sup>49</sup> A pesquisa foi financiada pelas próprias autoras.

<sup>50</sup> Assistente Social. Especialista pelo Programa Residência Integrada Multiprofissional em Saúde na ênfase Saúde da Mulher e Criança pelo Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago – (HU/UFSC). Assistente Social da Secretaria Municipal de Saúde de Bombinhas-SC. E-mail: <marquesdeni@gmail.com>

<sup>51</sup> Assistente Social. Doutora em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do IFF, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, Brasil). Professora Adjunta do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina /CSE/UFSC (Brasil). Integrante do Núcleo de Estudos em Serviço Social e Relações de Gênero (NUSSERGE/UFSC) e do Instituto de Estudos de Gênero (IEG/UFSC). E-mail: <lpzucco@uol.com.br>

<sup>52</sup> De acordo com Scott (1990, p.14), gênero “é um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos e é um primeiro modo de dar significação ao poder.”

DATASUS (2015), referente a internações decorrentes de neoplasia maligna de colo de útero em mulheres de 20 a 69 anos, de janeiro de 2013 a fevereiro de 2015, foram registrados 388 internações pela doença em Florianópolis, sendo 1.631 em Santa Catarina. Na região sul foram 7.986 internações, na região sudeste 15.958, no centro-oeste 2.611, no nordeste 11.905 e na região norte 2.311.

De acordo com Correia e Russomano (2012), acredita-se que a infecção pelo papilomavírus humanos (HPV) seja a causa primária do câncer uterino. Sua prevalência na lesão do colo é superior a 98%, e dois subtipos do vírus (16 e 18) estão presentes em mais de 80% dos casos de câncer invasor, sendo, igualmente, relacionados como cofatores a outras doenças sexualmente transmissíveis. No Brasil, o exame citopatológico (teste Papanicolau) é a principal estratégia de rastreamento da doença, recomendado pelo Ministério da Saúde prioritariamente para mulheres de 25 a 65 anos de idade.

É estimado que uma redução de cerca de 80% da mortalidade por este câncer pode ser alcançada pelo rastreamento do vírus HPV, através do citopatológico e do tratamento de lesões precursoras com alto potencial de malignidade. Ademais, estudos (Thuler; Aguiar; Bergman, 2014; Thuler, 2008; Correa e Russomano, 2012) apontam que quando diagnosticado na fase inicial, o câncer de colo de útero tem 100% de chance de cura. Logo, a redução da mortalidade depende também da capacidade de detecção precoce e tratamento adequado.

Vale ressaltar que a existência de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população, bem como o acesso a consultas e exames para o diagnóstico do câncer, são imprescindíveis ao tratamento. No entanto, os avanços científicos conquistados no campo da prevenção, diagnóstico e tratamento não são suficientes, caso não haja uma rede acessível às usuárias/os e profissionais dispostos a discutir os aspectos que envolvem o processo de adoecimento.

Em contrapartida, é uma das doenças com baixo custo para prevenção. Thuler, Aguiar e Bergman (2014), assim como Correa e Russomano (2012), ressaltam que a redução da incidência da doença está diretamente associada às medidas de prevenção e de informação da população sobre os fatores de risco. Todavia, chama-se a atenção para as expressões sociais e o modo de vida da população, que precisam ser considerados. (Mascarello et al., 2012; Albuquerque et al., 2009; Nogueira e Silva, 2012).

Pesquisas (Goulart, 2014; Nunes, 2012; Aragão et al., 2009; Ferreira, 2009; Nogueira e Silva, 2009) indicam um conjunto de motivos que contribuem para o adoecimento das mulheres, com destaque aos aspectos de gênero, a saber: desconhecimento sobre o câncer e o

próprio corpo; vergonha e medo de fazer o exame, que incluem o medo dos resultados; aspectos religiosos; relações de trabalho, pois algumas mulheres justificam sua dificuldade de realizar o exame devido ao ritmo de trabalho, uma vez que não encontram tempo hábil para este acompanhamento; além da demora no agendamento no setor público de saúde.

Ressalta-se que dados estatísticos são fundamentais para ilustrar a magnitude do problema e subsidiar políticas públicas, bem como novas investigações sobre o tema. Entretanto, não retratam as mulheres em suas trajetórias de adoecimento e ‘cura’. Nogueira e Silva (2012, p. 4) afirmam que “no cotidiano da assistência aos usuários acometidos por câncer e aos seus familiares, verifica-se a complexidade da experiência de adoecimento por essa patologia – multifacetada e espoliante - e que não se explica apenas na doença em si”. Nessa chave de compreensão, a fala das mulheres a respeito dos significados atribuídos a sua saúde e adoecimento, e ao acesso ao sistema de saúde para promoção e prevenção se projeta como tema caro à atenção à saúde das mulheres.

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa contemplou uma ampla revisão bibliográfica sobre o câncer cérvico uterino e suas lesões precursoras decorrentes do HPV. Para tanto, foram utilizadas as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). O estudo caracteriza-se como uma pesquisa empírica de abordagem qualitativa e teve como técnica de análise dos dados a modalidade temática (Bardin, 2011). A discussão dos resultados ocorreu a partir de categorias analíticas que orientaram o estudo e possibilitaram organizar e codificar os dados em temas e seus sentidos.

Das 10 mulheres abordadas, sete se colocaram disponíveis para participar da pesquisa e três não aceitaram devido às circunstâncias decorrentes do estagiamento da doença. Para composição do *corpus* foi utilizado como critério de inclusão a condição de pacientes em tratamento no HU/UFSC, com diagnósticos oriundos de alterações de alto grau no colo uterino. Das sete mulheres entrevistadas, três tinham a confirmação de câncer de colo de útero e se encontravam em tratamento em unidade de internação. Quatro pacientes apresentavam diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical nível II (NIC II) e estavam em tratamento ambulatorial.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi a entrevista semiestruturada com roteiro, gravada e posteriormente transcrita. Todas foram realizadas nas dependências físicas do hospital, com um tempo médio de duração de 30 minutos, no segundo semestre de 2015.

Cada entrevista teve início com a apresentação, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), uma vez que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UFSC, sob o número de parecer 1183111, conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A organização dos dados ocorreu a partir de leituras sucessivas do material coletado, através da leitura flutuante. Esta objetivou uma visão geral do *corpus*, bem como o processo de codificação das unidades de registro e de contexto. Posteriormente, foi realizada uma leitura transversal para a identificação dos temas. Dessa forma, as ideias centrais foram categorizadas em temas - **Acesso à saúde e aos serviços; HPV e sexualidade; Promoção da saúde sexual e reprodutiva e relações de gênero**, dando projeção aos seus sentidos. A interpretação dos resultados foi embasada em diferentes argumentos encontrados na literatura sobre a temática.

## APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A disposição dos resultados considerou o perfil das mulheres entrevistadas, o contexto institucional em que as mesmas estavam em tratamento e os principais temas que emergiram de suas falas. Observa-se uma diferença no entendimento das pacientes sobre a situação em que se encontravam e a doença.

A compreensão é resultante de um conjunto de variáveis que se somam, a saber: nível de atenção à saúde (média e alta complexidade); aspecto geracional; estagiamento do câncer cérvico uterino e suas lesões precursoras; escolaridade. Ou seja, o acompanhamento em ambulatório, o fato de a mulher estar em idade reprodutiva, o estágio inicial da doença, a necessidade de menores intervenções cirúrgicas, associadas à escolaridade, corroboram para um domínio das informações e de seu processo de adoecimento.

As mulheres com diagnóstico de câncer cérvico uterino confirmado foram identificadas como entrevistadas: E1, E2 e E3. As mulheres com diagnóstico de NIC II foram identificadas como: E4, E5, E6 e E7, conforme apresentado no transcorrer da análise.

## PERFIL DAS MULHERES ENTREVISTADAS

Em relação à faixa etária, a idade das mulheres variou de 25 a 63 anos, sendo a média das entrevistadas de 36 anos. Observa-se uma diferença no processo de adoecimento pelo aspecto geracional, pois as mulheres com idade mais avançada são as que apresentaram o

diagnóstico confirmado de câncer de colo uterino, e as mulheres entre 20 e 40 anos são as que estão em tratamento ambulatorial. Dados semelhantes são apontados por estudos do Inca (2012, 2011), ao constatarem que o câncer de colo do útero acomete mulheres na faixa etária reprodutiva, concentrando-se naquelas com idade acima de 35 anos e incidência entre 45 e 49 anos.

Todas afirmaram ter uniões e relações afetivo-sexuais heterossexuais, sendo cinco casadas; uma declarou viver em união estável e uma divorciada. Todas possuem filhos, sendo a média de dois. Uma mulher com caso confirmado de câncer residia em área rural e as demais residiam em área urbana.

No que se refere à escolaridade, as mulheres que apresentavam câncer de colo uterino confirmado possuíam ensino fundamental incompleto e as que estavam em tratamento ambulatorial, uma declarou possuir ensino fundamental completo e três tinham ensino médio completo. Pesquisas (Thuler; Aguiar; Bergman, 2014; Goulart, 2014; Correa e Russomano, 2012; Mascarello et al., 2012; Nunes, 2012; Cruz e Loureiro, 2008) desenvolvidas em território nacional indicam que o câncer cérvico uterino e lesões de alto grau em colo uterino são mais frequentes em mulheres de populações urbanas, e de classe social e escolaridades mais baixas, estabelecendo uma relação direta com o grau de informação e conhecimento sobre a doença.

Destaca-se que as entrevistadas possuíam vínculo com a Previdência Social, sendo: quatro contribuintes, com ocupações de empregada doméstica, agente de terminal de ônibus, vendedora de comércio, vendedora de alho; duas aposentadas, uma como agente de limpeza e outra como agricultora; uma em seguro desemprego.

Todas afirmaram acessar os serviços de saúde através da rede pública e nunca terem participado de grupos de educação em saúde. Segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2004), a cobertura da assistência à saúde das mulheres deva ser assegurada tanto para a mulher urbana quanto para a agricultora, com destaque às mulheres indígenas, quilombolas, entre outras.

Em relação à religiosidade, três são evangélicas, duas católicas, uma adventista e uma declarou não possuir vínculo religioso. Tais características perfazem o contexto de produção das narrativas das mulheres, além de contribuir para uma aproximação aos dados e interpretação dos resultados, dispostos em Núcleos Temáticos (Acesso à saúde; HPV e sexualidade; Promoção da saúde sexual e reprodutiva).

Este núcleo temático discorre sobre o acesso das mulheres aos serviços de saúde, tendo como principais sentidos: 1) atenção básica como “porta de entrada” do SUS; 2) dificuldades nos trajetos terapêuticos de assistência ao câncer de colo uterino.

Em relação ao primeiro sentido, quatro mulheres (E4; E5; E6; E7) afirmaram que o acesso foi através de Centros de Saúde, situados em Florianópolis. A motivação para a busca da assistência ginecológica foi a realização dos exames de rotina (preventivo), sugerindo noções de auto cuidado, como exemplificam as narrativas abaixo.

Eu procuro fazer exames, né, que foi dessa forma que eu descobri. Fiz por conta. Eu mesma que fui atrás do preventivo. Todo ano eu faço. Meu próximo passo vai ser fazer o da mama. (E6);

Faço Checkup...exames de sangue, coração, rins, tudo. Ginecológico já fazia antes. (E7).

As entrevistadas que acessaram a atenção básica se encontram em fase inicial da doença (NIC II). São mulheres na faixa etária reprodutiva e com maior escolaridade se comparadas a E1, E2 e E3. Esses dados sugerem à ciência das entrevistadas sobre a importância do “Postinho”, Centro de Saúde, como espaço onde se previne e identifica precocemente o processo de adoecimento.

Eu descobri no mês de agosto, quando fiz o preventivo. Ta no grau II. No início eu tava tratando com remédio, medicamento, mas ai como já ta no II... (E5);

É uma doença que tu não sente nada. Eu não tenho nada de secreção. Não tem como perceber. Eu não sinto dor na relação. Não tinha nada que eu pudesse dizer que tá diferente, a não ser fazer exame. Ai tu só vai perceber quando ta avançado e tira tudo e faz quimio e radio. Ela (médica) me explicou que tem vários níveis da doença e o nível III já tem que tirar o colo inteiro. Por isso que quanto antes melhor, né. (E6).

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Rastreamento do Câncer de Colo de Útero (Inca, 2011), a atenção básica em saúde se constitui como porta de entrada preferencial da rede de serviços de saúde e de acesso universal, sendo o local privilegiado para desenvolver ações voltadas para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST). Implica, portanto, na mobilização de informações e conhecimentos a serem partilhados com a população.

As mulheres com idade entre 50 e 60 anos (E1, E2, E3) explicitaram não ser o preventivo uma prática rotineira em suas vidas. A ida à unidade de saúde ocorreu em função

dos sintomas e da busca pelo tratamento/cura. Destaca-se que essas apresentaram um diagnóstico avançado da doença.

Nunca tinha feito [preventivo]. Vim na emergência. Tava com dor...já tava avançado no colo do útero. Foi tudo aqui no HU (...) Primeiro tirou um pedacinho pra ver se era maligno ou benigno. Ai, depois, a médica falou que tinha que tinha tirar tudo pra não se espalhar. (E1);

Eu não sentia nada, por isso, eu nunca tinha feito exame. Mas ai as minhas filhas e a agente de saúde sempre falavam pra eu ir. Ai eu fui e descobri meu probleminha. (E2);

Tava com dor. (E3).

As narrativas expressam um entendimento relacionado à compreensão de saúde<sup>53</sup> como ausência de doença, indicando que as mulheres procuram o atendimento quando sentem algum problema. Tal associação interfere diretamente em ações de prevenção e na busca por serviços de saúde, embora se considere que outras leituras e motivações possam reafirmar suas condutas. Para Goulart (2014), ainda estão presentes visões restritivas das mulheres sobre saúde.

Em relação ao atendimento prestado no itinerário terapêutico, as entrevistadas afirmaram que após diagnosticarem a alteração no exame, realizaram todo o tratamento na rede pública de saúde. As mulheres com NIC II foram encaminhadas aos serviços de média complexidade, com o objetivo de confirmação diagnóstica e tratamento ambulatorial das lesões precursoras do câncer de colo do útero. Aquelas com o diagnóstico confirmado de câncer foram referenciadas para a alta complexidade, para a realização de intervenções cirúrgicas e tratamentos especializados no Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON).

A maioria (E2; E3; E5; E6) das mulheres apontou a resolubilidade<sup>54</sup> dos serviços de saúde da rede pública de Florianópolis, a partir de alguns aspectos que consideraram importantes no atendimento, como: tempo de espera, relacionamento, entre outros.

Sempre me atendem bem. Eu venho duas vezes por ano. (E2);

Gostei. Todos foram ótimos. O atendimento no posto foi ótimo. (E5);

---

<sup>53</sup>O conceito ampliado de saúde possui como determinantes e condicionantes fatores relacionados à alimentação, à moradia, ao saneamento básico, ao meio ambiente, ao trabalho, à renda, à educação, à atividade física, ao transporte, ao lazer e ao acesso aos bens e serviços essenciais. Tal conceito é resultante da produção teórico-crítica da saúde coletiva no Brasil, assumido pela 8ª Conferência Nacional de Saúde e pela legislação constitucional. (Assumpção, 2007; Brasil, 2013).

<sup>54</sup> Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 1990a, p.5), a resolubilidade é definida como "a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência."

Eu achei muito bom, confesso que no início fiquei assim, achei que ia demorar bem mais, mas Graças a Deus deu tudo certo. Mas eu tava bem preocupada com a questão do tempo. Foi tudo rápido. Não tenho queixas. Não sei se é porque é prioridade, né, porque avança e dá mais trabalho. (E6).

Duas usuárias fizeram críticas em relação ao acesso aos serviços. Uma mencionou a demora no agendamento dos exames pelo posto de saúde; outra se referiu à distância do deslocamento, uma vez que residia em outro município, o que lhe gerava cansaço.

Demora do posto. Tive que pagar exames. Aqui [HU] é tudo muito bom, muito explicadinho. Lá, não! No posto, não. Outubro rosa só ser for pros outros, pra mim foi vermelho. (E7);

A dificuldade é que a viagem é cansativa. É muito longe, são três horas de ônibus [cidade de origem até Florianópolis]. (E2).

Os dados indicam que a assistência clínica ginecológica está sendo ofertada às mulheres com câncer de colo de útero e lesões precursoras no município de Florianópolis, assim como a referência preconizada pelo SUS (Brasil, 2012; Brasil, 2005). No entanto, nota-se a necessidade de problematizar a trajetória das mulheres por atendimento de saúde, compreendendo seu acesso para além da entrada no Sistema (Nunes, 2012). A complexidade que envolve a prevenção da doença abarca tanto dimensões subjetivas quanto a estrutura e oferta dos serviços. Nesse sentido, o que é a doença, como ocorre, suas formas de prevenção e os sujeitos envolvidos se colocam como importantes de serem discutidos junto às mulheres e usuários dos serviços, uma vez que estão diretamente relacionadas as suas práticas afetivas e sexuais.

## HPV E SEXUALIDADE

Os conhecimentos que atravessaram o processo de adoecimento pelo câncer cérvico uterino se projetaram na discussão, com destaque aos sentidos: informações das mulheres sobre HPV; práticas de prevenção da doença; orientações dos profissionais de saúde sobre a temática às mulheres.

As narrativas das entrevistadas explicitaram informações difusas sobre prevenção e práticas preventivas relacionadas à doença. De modo geral, a ausência de conhecimento gerou vulnerabilidades e exposição ao vírus HPV. Algumas (E2, E3) desconheciam o que é o vírus e sua forma de contágio; outras (E2, E3, E4, E5, E7) não relacionaram o vírus HPV com o desenvolvimento do câncer de colo uterino.

Não. HPV não sei. (E3);

Já ouvi falar. Minha netinha fez aquela vacina, ela tá com 9 anos. Mas vem do homem? Não pode, né! (E2);

Ele é sexualmente transmissível, né? Mas aí é o parceiro que transmite pra gente ou já é um vírus que tu tem em si? (E4);

Não sei. Sou leiga. Não sei se eu tenho ou não. Vi campanhas na TV sobre a vacina, panfletos no posto, mas não me interessei porque to sem relação há 24 anos. (E7).

Apenas duas (E1, E6) detinham informações sobre o que era o HPV, sua forma de contágio e a possibilidade de desenvolverem o câncer cérvico uterino; uma antes de ter o diagnóstico (E6) e outra a partir da sua confirmação (E1). Chama a atenção que a ausência de informações permanece após as mulheres receberem orientações das equipes de saúde sobre o adoecimento, pois estas limitaram-se aos procedimentos clínicos a serem realizados. Questionadas sobre a prevenção do câncer de colo uterino, cinco entrevistadas (E2; E3; E4; E5; E7) relataram desconhecimento do tema.

Não, ela só me explicou o que ela ia fazer, né. Mas não como previne. Ações de prevenção não explicaram. (E4);

Prevenção, não sei. (E5);

Não sei te explicar. (E3).

Essa realidade gera questionamentos tanto sobre as informações asseguradas pelos profissionais quanto sobre a compreensão das mulheres a respeito do que foi a elas repassado. Ademais, sugere que o atendimento teve como centralidade o processo de adoecimento e sua recuperação, historicamente apontado pela literatura (Rico, 2012; Cruz e Loureiro, 2008).

Rico (2012), retomando Fernandes et al. (2009), afirma que um estudo realizado no nordeste brasileiro sobre câncer cérvico uterino demonstrou que a linguagem ou a metodologia de orientação utilizadas por profissionais médicos não são suficientemente esclarecedoras às mulheres. A partir de uma pesquisa realizada no sul do país com mulheres e profissionais de saúde, Bertocchi et al. (2014) referem deficiências na comunicação interpessoal com o profissional, resultando em falta de orientação sobre algumas temáticas. Relatam que as usuárias consideraram insuficiente o tempo de consulta de rastreamento de câncer de mama e de colo de útero para sanar todas as suas dúvidas.

Vale ressaltar que uma mulher (E6) possuía informações sobre a doença e suas formas de prevenção, obtidas em casa, desde a adolescência. Dentre as demais entrevistadas, projetou-se pelo seu potencial de multiplicadora de informações.

Desde adolescente minha mãe sempre trazia aqueles revistinhas pra mim (...) O que aconteceu comigo foi que eu não sinto, não tenho verruga, nada. Mas é HPV, e acabou fazendo essa lesão ai (...) não foi nada bom pra mim, mas consegui conscientizar um pouco as minhas amigas. Porque logo no início que eu descobri a alteração e podia ser câncer; isso assusta. (E6).

Duavy et al. (2007) apontam que as questões relacionadas à sexualidade são secundarizadas pelas equipes. Sua incorporação às práticas de saúde é permeada por resistências, havendo pouco preparo dos profissionais para trabalharem com essas questões. A maioria das mulheres sente dificuldade em abordar o assunto, e embora haja um papel educativo presente em toda ação de saúde, eventuais orientações para o exercício da sexualidade ainda se mantêm fora dos serviços, configurando-se como um desafio aos profissionais de saúde. Os autores estendem as dificuldades de discussão sobre a sexualidade a outros espaços, como família e escolas. Afirmam que a falta de educação sexual é uma possível causa do pouco conhecimento dos sujeitos acerca da sexualidade e do corpo.

Teixeira et al. (2009) enfatizam que o êxito dos programas de prevenção de câncer de colo uterino, além da assistência clínico-ginecológica, depende também da capacitação dos profissionais de saúde, com o estabelecimento de intervenções humanizadas e equitativas, que respeitem as diferenças culturais e sociais entre as mulheres.

A literatura (Goulart, 2014; Nunes, 2012; Inca, 2011; Cruz e Loureiro, 2008) evidencia que o desconhecimento da mulher sobre a doença é oriundo de um conjunto de aspectos e se constitui em dificuldades para a prevenção do câncer cérvico uterino. Dentre eles, os estudos citam: a desinformação sobre o câncer, o baixo nível de escolaridade, a falta de conhecimento sobre o próprio corpo e o despreparo profissional no atendimento integral à saúde da mulher.

Nesse sentido, cabe aos profissionais a atuação para além do conhecimento clínico e técnico científico de sua área de formação. Para atingir objetivos que melhorem a qualidade de vida da população atendida, é necessário ações educativas que apresentem resolubilidade e práticas integrativas. Cruz e Loureiro (2008, p.129) apontam que “a educação em saúde não deve ser apenas uma transmissão de orientações que despreza o conhecimento de quem as recebe, ou pouco acredita na sua capacidade de aprender ou modificar-se”. Educação em saúde compreende formas de provocar ‘mudanças’ nos indivíduos, para que estes passem a atuar com autonomia e exercer sua cidadania em sociedade (Cruz e Loureiro, 2008).

Os sentidos deste núcleo referem-se às invisibilidades, a saber: do homem na prestação da assistência à saúde da mulher portadora de HPV; da sexualidade nos espaços religiosos. Tais dados, também identificados na literatura (Goulart, 2014; Rico, 2012; Nunes, 2012), tem implicações direta sobre as práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Os princípios da política de saúde remetem a uma abordagem integral das ações (Brasil, 1990b), assim como a discussão de gênero contribui para uma leitura relacional da construção da identidade dos sujeitos (Scott, 1990), bem como da expressão e vivência de suas sexualidades. Essa chave de interpretações possibilita problematizar a ausência de atividades com homens e a limitação do trabalho informativo ao âmbito das instituições de saúde, com a secundarização de espaços de socialização estratégicos para a promoção da atenção em saúde.

De acordo com Goulart (2014), as ações educativas não devem alcançar apenas as mulheres que se encontram nos critérios para o rastreamento do câncer de colo de útero. Devem, sobretudo, estender-se aos seus familiares, amigos e, em especial, seus maridos e companheiros. Tal orientação é fundamental para que se viabilize a ida de mulheres e homens aos serviços de saúde, incentivando-os na adesão às práticas preventivas.

Focam mais na mulher, né!. Meu esposo sempre acompanha minhas consultas. Lá na UPA, ele foi junto, entrou junto, e ela disse que pode ter sido dele pra ti [apontando para a usuária] ou de ti [novamente apontando para a usuária] pra ele. Não tem como saber, pode ter sido lá de antes. Mas assim ó (...) é fato que eu tenho e ele tem também. Só que a gente não tem sintomas. O nosso tipo de HPV não aparece nada. Tem uns que são horríveis, tem que fazer cauterização, né. E como a mulher desenvolve câncer de colo de útero, eles acabam focando na mulher. A mais prejudicada na verdade é a mulher. (E6).

Das sete participantes da pesquisa, apenas dois maridos (E4; E6) foram orientados e atendidos em consulta juntamente com a mulher. Tal realidade demonstra que os sujeitos atendidos pelos serviços são aqueles que apresentam os sintomas da doença e que necessitam de uma atenção clínica. Invisibilizam-se aqueles que estão implicados no processo da transmissão do vírus HPV, ficando estes sem orientação e informação. Projeta-se a mulher como responsável e alvo das ações de cuidado e prevenção, sugerindo a ausência de uma leitura das relações de gênero no campo da saúde.

Arcoverde e Wall (2005) apontam em seus estudos que apenas um pequeno número de parceiros sexuais das mulheres infectadas pelo HPV são atendidos nas unidades básicas de

saúde e orientados sobre a magnitude do problema. Afirmam, ainda, que há uma escassez de material bibliográfico sobre o tema 'HPV e o gênero masculino', embora exista um vasto conhecimento referente ao vírus e sua relação com a saúde da mulher. Ademais, nota-se que a parca produção de conhecimento acerca da saúde do homem é mencionada por outros autores (Osis; Duarte; Sousa, 2014; Santos; Maioral; Haas, 2011; Gomes et al., 2011).

No campo da saúde, particularmente da saúde sexual e reprodutiva, é notória a compreensão de que a prevenção vai além da realização de exames preventivos e do uso de camisinha. Abarca os sujeitos que estão em relação, com destaque aos seus aspectos sociais, culturais, econômicos e de gênero, além da rede intersetorial de serviços e de socialização. Logo, a discussão se espalha por outros espaços, como locais de trabalho, escolas, centros comunitários e organizações religiosas.

Seis mulheres entrevistadas (E1, E2, E3, E5, E6 e E7) relataram participar de instituições religiosas, as quais se caracterizam como espaços de invisibilidade da sexualidade. Nunes (2012, p.32) afirma que

É notório que a religião influencia no comportamento sexual das mulheres, inclusive em relação ao uso de métodos contraceptivos. É sabido que ambas as religiões adotam certo rigor em relação às práticas sexuais de seus fiéis, e isso, acaba por influenciar as decisões sobre o não uso do preservativo, sobretudo, o masculino. Isso pode contribuir para a desinformação e facilitar o crescimento vertiginoso das doenças sexualmente transmissíveis, com destaque para o vírus HPV, que é o principal responsável pelo desenvolvimento do câncer de colo uterino em mulheres.

O reconhecimento da centralidade da religião na vida das pessoas coloca as instituições religiosas como estratégicas na promoção da saúde, particularmente na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Configuram-se como espaços a serem ocupados pelos profissionais de saúde e pelas universidades, possibilitando discussões sobre a saúde sexual e reprodutiva dos sujeitos.

Para além dos espaços religiosos, Duavy et al. (2007) entendem como fundamental as parcerias entre universidades, escolas e organizações para o desenvolvimento da educação permanente em saúde, com atividades educativas junto às mulheres e homens. Através do trabalho intersetorial a prevenção do câncer cérvico uterino seria promovida, sobretudo, atingindo a população masculina, que nem sempre é sujeito dessa prevenção.

A promoção da saúde sexual e reprodutiva possibilitaria, ainda, dar visibilidade aos sentimentos associados ao adoecimento pelo câncer. No caso das entrevistadas, os sentimentos que se projetaram como mais recorrentes foram o medo e a indiferença frente à possibilidade de as mulheres o desenvolverem, seguidos de tristeza.

Eu to com medo, vou fazer um procedimento simples, mas é uma cirurgia, né. É arriscado, é o meu corpo (...) No momento, agora eu não tenho muita opção, a única opção que eu tenho é tirar fora [colo do útero]. Então, eu não posso ficar esperando mais. Quanto mais esperar, pior pra mim. (E6).

Nota-se que o câncer de colo uterino e suas lesões precursoras acabam por gerar repercussões emocional e social na vida das mulheres e de suas famílias, além de explicitarem o estigma que envolve a doença. Para Goulart (2014), é inegável que o diagnóstico de uma doença sexualmente transmissível e precursora do câncer cérvico uterino tem importantes impactos psíquicos na construção da autoimagem e na sexualidade feminina. Logo, as vivências das mulheres ganham destaque se forem conhecidas, bem como os significados por elas atribuídos, pois podem servir como embasamento para às equipes de saúde planejarem e adequarem as orientações de prevenção. (Goulart, 2014).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apontaram que o adoecimento por câncer cérvico uterino envolveu múltiplas dimensões, como: escolaridade; aspectos geracionais; gênero; informação sobre a temática; práticas preventivas; rastreamento da doença e acesso a serviços de saúde; inclusão de todos os sujeitos envolvidos na atenção em saúde; aspectos subjetivos em relação à doença; atendimento prestado pela equipe de saúde. Do mesmo modo, medidas de prevenção do câncer de colo uterino e suas lesões precursoras, assim como informações sobre a doença, asseguradas pelas unidades de saúde que prestaram os primeiros atendimentos às mulheres, caracterizaram-se como insuficientes e pouco esclarecedoras. Alguns temas, em particular relacionados ao campo da sexualidade, ainda se apresentam como um desafio ao campo da saúde.

A incipiente discussão de gênero no campo da saúde dificulta a compreensão da doença como resultado de interações entre os sujeitos, atravessadas por poderes diferenciados. Tal fato contribui para projetar a mulher como aquela que necessita da atenção, gerando inclusive interpretações sociais que as tornam vulneráveis moralmente. A leitura de gênero reafirma o olhar integral previsto pela política de saúde e problematiza os saberes biomédicos centrados no adoecimento do corpo. Sugere, ainda, uma interação entre sujeitos e profissionais ancorada na autonomia, igualmente apontada pelas referências acadêmicas do campo da saúde.

Destaca-se a necessidade do desenvolvimento de ações de educação em saúde voltadas à saúde sexual dos homens. Estes, diretamente envolvidos no processo de adoecimento, foram invisibilizados no atendimento prestado às mulheres, sendo privados do acesso à informação, de práticas preventivas e que informam o auto cuidado, e do acompanhamento da situação de suas companheiras. Enfatiza-se que essa ação micro é, de certo modo, reafirmada nas campanhas governamentais sobre a doença.

Compreender as experiências das mulheres sobre o adoecimento de câncer de colo de útero contribui para que as ações preventivas e de assistência sejam desenvolvidas de acordo com a real necessidade das usuárias e para que a atenção integral à saúde sexual e reprodutiva de mulheres e homens seja efetivada. Por fim, ressalta-se que os resultados encontrados auxiliam na discussão sobre o tema, proporcionando visibilidade dos direitos sexuais e reprodutivos no contexto da saúde pública.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALBUQUERQUE, K.M. et al . Cobertura do teste de Papanicolau e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2. 2009.

ARAGÃO, J.C.S.; SILVEIRA, C.O.; HUNGRIA, M. M.; OLIVEIRA, M. P.. O uso da técnica de role-playing como sensibilização dos alunos de Medicina para o exame ginecológico. **Rev. Bras. Educa. Med.** Rio de Janeiro, v.33, n.1, mar. 2009.

ARCOVERDE, M. A. M.; WALL, M. L. Assistência "prestada ao ser" masculino portado do HPV: contribuições de enfermagem. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 133-137. 2005.

ASSUMPÇÃO, P. F.S. **A integralidade em saúde e o debate do Serviço Social**. Florianópolis, 2007. Dissertação ( Mestrado em Serviço Social)-Universidade Federal de Santa Catarina, 2007.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BERTOCCHI, F.M. et al. Conduta de profissionais durante a consulta de rastreamento do câncer de mama e útero. **Rev Rene**, Fortaleza, v.15, n.6, p. 973-979. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília. 1990a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 444 p. 2012.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília. 1990b.

BRASIL. Lei nº 12.864 de 24 de Setembro de 2013. Altera o **caput** do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. Brasília. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005. Institui a **Política Nacional de Atenção Oncológica**: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher**. Brasília. 2004.

CORRREA, F.M.; RUSSOMANO, F. B. Novas Tecnologias de Prevenção do Câncer do Colo do Útero: Quem de Fato se Beneficia? **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.58, n.3, p.525-527. 2012.

CRUZ, L.M.B.; LOUREIRO, R.P. A Comunicação na Abordagem Preventiva do Câncer do Colo do Útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.17, n.2, p.120-131. 2008.

DUAVY, L.M. et al. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 733-742, Jun. 2007.

GOMES, R. et al. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl.1, p. 983-992. 2011.

GOULART, T.P. **Dimensões influenciadoras da não realização do exame preventivo do câncer do colo do útero**. Juiz de Fora, 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Juiz de Fora, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Abc do Câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer, Rio de Janeiro. 2012.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer de colo de útero**. Rio de Janeiro. 2011.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Estimativas de Câncer para 2014**. Rio de Janeiro. 2013. Disponível em [www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)

MASCARELLO, K. et al. Perfil Sociodemográfico e Clínico de Mulheres com Câncer do Colo do Útero Associado ao Estadiamento Inicial. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.58, n.3, p. 417-426. 2012.

NOGUEIRA, A.C.C.; SILVA, L.B. Saúde, gênero e Serviço Social: contribuições sobre o câncer e saúde da mulher. **Vértices**, Campos dos Goytacazes, v. 11, n. 1-3, p. 7-17, jan.-dez. 2009.

NOGUEIRA, A. C. C.; SILVA, L.B. Serviço Social e Oncologia: algumas considerações sobre determinantes sociais do adoecimento. In: **XX Seminário Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social**, 2012, Córdoba. Anais do XX Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social, 2012.

NUNES, A.C. **Uma análise da trajetória de mulheres com câncer de colo uterino na saúde pública no município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2012. Trabalho de conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde (Especialização em Residência em Saúde)- Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2012.

OSIS, M.J.D.; DUARTE, G.A.; SOUSA, M.H. Conhecimento e atitude de usuários do SUS sobre o HPV e as vacinas disponíveis no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n.1, p. 123-133, Fev. 2014.

RICO, A.M. **Tem mulher, tem preventivo: gênero, sexualidade e moralidade nos discursos e práticas preventivas do câncer de colo de útero entre mulheres de bairros populares de Salvador**. Salvador, 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Universidade Federal da Bahia, 2012.

SANTOS I.M.; MAIORAL, M.F.; HAAS, P. Infecção por HPV em homens: Importância na transmissão, tratamento e prevenção do vírus. **Revista Estudos de Biologia**, Curitiba, v.33, n.76-81, p.111-118, jan-dez. 2011.

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

TEIXEIRA, C.A.B. et al. Comunicação interpessoal como instrumento que viabiliza a qualidade da consulta de enfermagem ginecológica. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v.12, n.1, p.16-28. 2009.

THULER, L.C.S.; AGUIAR, S.S.; BERGMAN, A. Determinantes do diagnóstico em estadiamento avançado do câncer do colo do útero no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, p. 237-243, jun. 2014.

THULER, L.C.S. Mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 216-218, mai. 2008.

## Parte II:

# A transversalidade de gênero nas políticas públicas de saúde

# SERVIÇO SOCIAL E A INTERFACE COM A SAÚDE CARDIOVASCULAR: ANTECEDENTES HISTÓRICOS E AÇÕES INTERDISCIPLINARES

Ana Beatriz Ribeiro Lima

## APRESENTAÇÃO

O texto apresentado consiste na narrativa de meu percurso, como assistente social atuando no campo da saúde cardiovascular, no Instituto Nacional de Cardiologia (INC), passando por um período de inserção na Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro (SOCERJ). O objetivo é apresentar uma retrospectiva do decorrer dessa história, dando enfoque a alguns programas realizados, em equipe interdisciplinar, no INC.

Como marco tem-se a década de 80, momento em que a saúde passou por mudanças importantes que contribuíram para a melhoria das condições de vida, da população brasileira, sendo a área que mais se destacou na Constituição de 1988. (BRAVO, 2004). Vale destacar o empenho do Serviço Social, que intensificou sua participação nos fóruns em favor da Reforma Sanitária, marcando sua trajetória em proposições voltadas ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Do conhecimento acumulado nas lutas sociais, o assistente social contribuiu para a politização do campo da saúde. Inseriu o debate sobre os determinantes sociais de forma definitiva e ainda hoje se insere nas frentes de trabalho para demarcar um posicionamento macropolítico que luta por um SUS menos biomédico nas suas mais diversas redes de serviços e especialidades. (SODRÉ, 2010, p. 453-475).

Entretanto, a viabilização do SUS, segundo seus princípios e diretrizes, é um desafio para o cotidiano de assistentes sociais que lutam para que os direitos sociais sejam efetivados à população usuária. No Instituto Nacional de Cardiologia (INC), que é considerado uma “ilha de excelência” na Cardiologia do Rio de Janeiro e referência do Ministério da Saúde para tratamento de alta complexidade, cirurgias e transplantes cardíacos, o desafio do serviço social é evidente. Estes profissionais se deparam com normas institucionais que não condizem com a proposta de universalização recomendada pelo atual sistema de saúde. Há um descompasso entre o período em que os agravos das doenças do coração poderiam ser evitados ou controlados e o momento em que essa população de doentes se torna elegível para ingressar no Instituto e gozar de plenos direitos ao acesso à cirurgia ou ao transplante cardíaco.

Para compreensão da contradição institucional contemporânea vivenciada pelos profissionais, apresentarei um panorama sobre a origem do INC e o concomitante processo de implantação do Serviço Social, que integra a trajetória desta Unidade Hospitalar, desde sua criação, há mais de 40 anos, até os dias atuais.

## A ORIGEM DO SERVIÇO SOCIAL NO INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA

O atual INC teve sua origem no Hospital Nossa Senhora das Vitórias, pertencente ao extinto Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciários (IAPC), à época, localizado no bairro de Botafogo, no Rio de Janeiro. Era um hospital geral e cirúrgico de pequeno porte, porém se caracterizava, principalmente, por atendimentos e procedimentos cardiológicos: assistência ao paciente cardíaco e referência em ensino da cardiologia no Rio de Janeiro.

Destaca-se que a demanda pelo atendimento em cardiologia naquele Hospital aumentava no período em que a política de repressão estava em ebulição no país. Nessa época, o governo militar estabelecia um controle político e ideológico, especialmente nas estatais e através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), a Previdência passou a ser proprietária da rede de hospitais dos antigos IAP'S. Tal realidade favoreceu a criação do Hospital de Clínicas de Laranjeiras, inicialmente assim denominado por ter trazido do antigo Hospital Nossa Senhora das Vitórias outras clínicas que lá funcionavam e por estar localizado no bairro de Laranjeiras, no Rio de Janeiro.

O Hospital de Clínicas de Laranjeiras foi inaugurado em 1974, em um prédio onde funcionava a Casa da Comerciária Pobre, sendo esta o local de moradia de comerciárias solteiras, de baixa renda, criada pelo IAPC. Com a estrutura do novo hospital instalada e em funcionamento, as mulheres comerciárias que resistiram às mudanças foram impelidas a deixar de ocupar o espaço onde viviam, por determinações judiciais, para abrigar o novo Hospital de Cardiologia.

A partir daí, o Hospital de Cardiologia de Laranjeiras passou por um longo período de obras de remodelação. Em meados de 1990 esteve sob a gestão do Estado do Rio de Janeiro, durante quatro anos, como Instituto Estadual de Cardiologia Nelson Botelho Reis. Em 1994, voltou à denominação e vinculação anterior, permanecendo como Hospital de Cardiologia de Laranjeiras até se transformar no atual Instituto Nacional de Cardiologia (INC), pela Portaria Ministerial 473, publicada no Diário Oficial nº 92-E, de 15 de maio de 2000.

Cabe destacar que o Serviço Social acompanhou esse processo de mudanças e decisões históricas no INC, em um cenário de transformações econômicas e políticas do país, sendo implantado como setor no antigo Hospital Nossa Senhora das Vitórias. Duas assistentes sociais, que pertenciam às Coordenadorias de Bem Estar Social e de Assistência Médica do extinto INPS, às quais o Serviço Social do Hospital esteve subordinado por um longo período<sup>1</sup>, foram as responsáveis por sua institucionalização. O setor de Serviço Social se integrou ao processo de sucessivas mudanças estruturais, estabelecendo canais de comunicação com os diferentes gestores do Hospital, ainda que com frequentes divergências, via de regra causadas pela intolerância destes ao acolhimento de usuários que não respondiam aos critérios e normas de elegibilidade da Instituição.

Em quase três décadas de nossa história como assistente social neste Instituto, vivenciamos muitos encontros e desencontros que nortearam nosso processo de trabalho, em diferentes momentos da história política brasileira, em diferentes gestões da Instituição, além de diferentes momentos da história teórico metodológica do Serviço Social. Foram incansáveis esforços, mas também conquistas importantes, que ainda hoje nos estimulam a continuar produzindo.

## A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO INC

Considerei oportuno documentar nesse artigo alguns projetos realizados para responder às demandas dos usuários, a fim de conduzi-los ao processo de tratamento, promovendo o acesso e tornando-os visíveis à Instituição. Usuários do INC são atendidos e acompanhados pela equipe de Serviço Social em diferentes Departamentos da Unidade e pela Equipe Interdisciplinar que compõe o Departamento de Hipertensão do Instituto, sendo os projetos apresentados no transcorrer da discussão.

### Serviço Social na Cardiopediatria

O trabalho do assistente social tem uma dimensão ética, que é constitutiva da profissão. Segundo Martinelli (2011), as dimensões técnico-operativas e teórico-metodológicas articulam-se com poderes, fazeres e saberes como mediações da prática

---

<sup>1</sup> Informações fornecidas pela Assistente Social Maria Izabel Brito, que integrou o quadro de Assistentes Sociais do INC, tendo sido Chefe do Serviço Social por onze anos. Atualmente está aposentada.

profissional e expressões da práxis humana. Para a autora, todas as ações profissionais são dimensionadas eticamente e, por menores que sejam, direcionam-se à emancipação humana.

A consolidação da prática do Serviço Social na Cardiopediatria, se deu em um período em que as mães não eram autorizadas a acompanhar seus filhos internados e não havia legislações, como por exemplo: o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), para respaldar nossa intervenção e garantir legalmente esse direito. As alegações da equipe, para ausência da família no acompanhamento da criança internada eram; desde a falta de infraestrutura, até o risco de contaminação. Nesse sentido, nossa argumentação era tarefa cotidiana e sustentada na compreensão da importância das mães estarem junto de seus filhos, por ser um direito tanto do usuário, considerado à época menor, quanto de sua família.

Utilizávamos argumentos de que o apoio familiar à criança internada seria fundamental para a recuperação, que o ambiente hospitalar era, como ainda é, hostil à criança gerando sentimentos de tristeza, pela separação da família, além de terem que lidar com pessoas desconhecidas e enfrentar longos tratamentos.

A mãe ao lado do filho internado propicia um ambiente de conforto e, de certo modo, atenua a dor física e psicológica, as quais uma internação causa às crianças e suas famílias<sup>55</sup>. Cabe lembrar, que as crianças internadas na Cardiopediatria do Instituto são portadoras de cardiopatias graves, doenças que ameaçam a vida e trazem sofrimento psíquico aos doentes e suas famílias.

Tal posicionamento se tornava um desafio possível de assumirmos, pois a particularidade do nosso trabalho, associada ao domínio teórico do cenário de prática, nos habilitava a ter uma avaliação da realidade familiar, institucional e do processo de adoecimento do usuário. Somado a isso, acompanhávamos a dor da separação daquelas famílias e crianças em situação de internação, o que potencializava nossa intervenção para requerer o acompanhamento às crianças como um direito no âmbito da Instituição.

Como estratégias de intervenção, estabelecemos parceria com outros profissionais da área de Pediatria, sensíveis a essa questão. O pediatra Lauro Monteiro Filho, Chefe da Pediatria do Hospital Municipal Souza Aguiar, foi um desses técnicos. A questão dos direitos da criança levou este pediatra a promover cursos sobre os direitos da criança internada, dos quais participamos, fundar a Associação Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA) e ter uma expressiva participação na construção do ECA. Nota-se que naquela Instituição, pais e mães de crianças internadas tinham acesso garantido.

---

55 Manual de orientação aos pais de criança hospitalizada (<http://www.sbp.com.br>)

Segundo Ariès (1978, p.158), durante o século XVII um novo sentimento de infância havia surgido, em que “a criança por sua ingenuidade, gentileza e graça, se tornava uma fonte de distração para todo adulto”. Esse sentimento, que o autor denominou de “paparicação”, originariamente pertencia às mulheres, mães e amas, encarregadas de cuidar das crianças que se dedicavam e sentiam pena, quando estavam doentes.

Outra estratégia adotada foi o trabalho de organização das mães em um grupo, pois trocávamos informações sobre o estado de saúde de seus filhos e as incentivávamos a exercer sua autodeterminação. As mães se tornavam fortalecidas e conseguiam dialogar com os profissionais da clínica para que autorizassem sua permanência, o quê, por vezes, gerava uma tensão entre nosso trabalho, equipe médica e de enfermagem, que preferiam a opção de manter as mães fora da enfermaria.

Para trabalhar com os conflitos, passamos a convidar às equipes de enfermagem e medicina, incluindo-os na discussão com o grupo de mães. Após um percurso de intervenção, o conjunto dos técnicos passou a compreender melhor os sentimentos dessas famílias e, pouco a pouco, as regras da enfermaria foram sendo flexibilizadas, facilitando o acesso e a permanência das mães por mais tempo junto às crianças.

A Cardiopediatria é um serviço que tem características peculiares. Cuidar de crianças mobiliza mecanismos internos da equipe, o que por vezes dificulta a interação do conhecimento e técnicas profissionais e de sentimentos pessoais. Contudo, esta especificidade na Cardiopediatria do INC, atualmente Serviço de Cardiologia da Criança e Adolescente, sempre esteve associado à dedicação, experiência, competência técnica e humanidade dos profissionais que ali trabalham.

## Serviço Social no Departamento de Coronariopatias

As doenças cardiovasculares (DCV) são a primeira causa de mortes no mundo, destacando-se nos países em desenvolvimento.

No Brasil, um fato que agrava esse quadro é que, aproximadamente, um terço dos óbitos por DCV ocorrem precocemente em adultos na faixa etária de 35 a 64 anos. Nesta faixa etária, as principais causas de óbito por doenças do aparelho circulatório são as doenças isquêmicas do coração, as doenças cerebrovasculares e as doenças hipertensivas. Ressalte-se que essas causas são em grande parte evitáveis, diante da probabilidade de diminuição da ocorrência dessas mortes, se houver assistência, ou prevenção oportunas. (ISHITANI, 2006, p. 684-91.)

A formação de profissionais de saúde que atuam em áreas específicas, como a da saúde cardiovascular, requer competência técnica para desempenhar funções que não só propiciem atenção curativa, mas que visem cuidados preventivos, ainda que, de forma secundária. Tal ênfase é fundamental para estabelecer ações que possibilitem melhoria na qualidade de vida dos nossos usuários e de seus familiares.

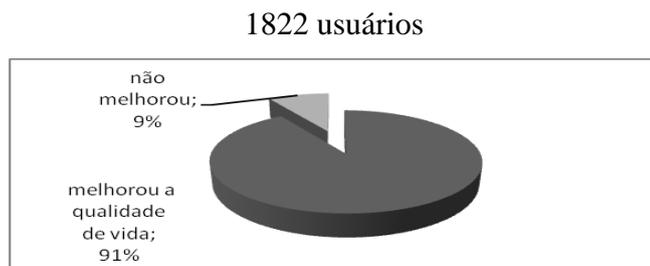
No período de 1997 a 2002, coordenamos um trabalho interdisciplinar de educação em saúde, denominado “Programa de Estudo, Educação, Controle e Prevenção Secundária de Fatores de Risco para Doença Coronariana”. Este trabalho envolvia; nutricionista, psiquiatra, cardiologistas e assistente social. O objetivo era incentivar o interesse dos pacientes em desenvolver hábitos saudáveis de vida, estimulando-os a seguir o tratamento.

No primeiro atendimento, realizávamos entrevista individual de avaliação social e, posteriormente, reuniões de grupo, onde participavam também os familiares. Promovíamos palestras sobre a importância da educação e controle dos fatores de risco, o processo saúde x doença e a possibilidade de melhorar a qualidade de vida. Os grupos eram fechados em até dez pacientes, que participavam de cinco reuniões, com temas sobre: nutrição, tabagismo, estresse, direitos sociais e cidadania. Ao final de cada ciclo, cada participante, em auto referência, avaliavam sobre a possível contribuição do Programa em sua qualidade de vida.

Com um universo em torno de dois mil pacientes atendidos, realizamos uma pesquisa, no período de 1998 a 2001 para identificar os indicadores sociais. Os resultados da pesquisa, assim como o Programa foram apresentados em Congressos Brasileiros de Cardiologia. A intenção era divulgar o trabalho realizado e suscitar o interesse de profissionais de outras unidades de saúde sobre o Programa de Prevenção de Doenças Cardiovasculares.

De 1822 usuários pesquisados, 1658 responderam que melhoraram a qualidade de vida após a participação no Programa, como descrito no gráfico I.

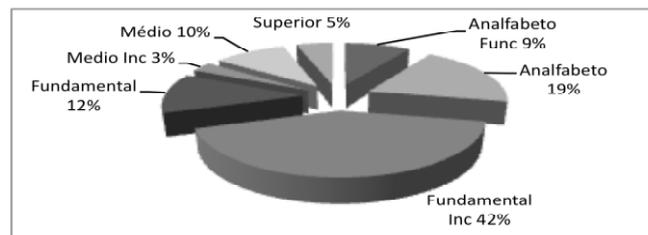
Gráfico I - Contribuição do programa na melhoria da qualidade de vida



Fonte: produzido pela autora.

De 1502 pacientes atendidos, 28% se declarou entre analfabetos e analfabetos funcionais, e 54% entre ensino fundamental completo e incompleto, como demonstrado no gráfico II.

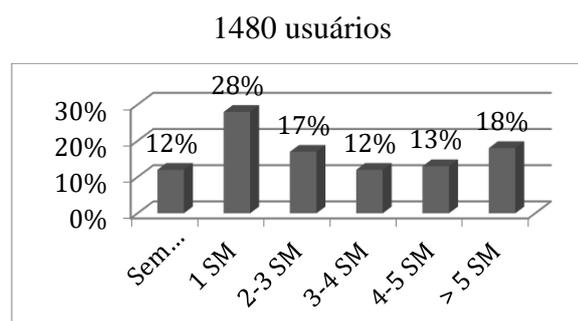
Gráfico II – Escolaridade dos usuários



Fonte: produzido pela autora.

Outro indicador que nos chamou atenção foi a renda pessoal, 12% sobreviviam sem renda própria e 28% com apenas um salário mínimo. Em relação à renda familiar, 1% sobrevivia com ajuda de terceiros, sem renda alguma, e 9% das famílias dispunha de um salário mínimo, conforme gráfico III e IV.

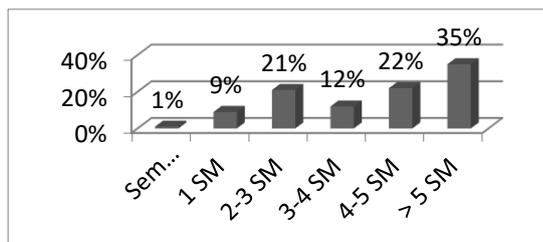
Gráfico III – Renda Pessoal



Fonte: produzido pela autora.

Gráfico IV – Renda Familiar

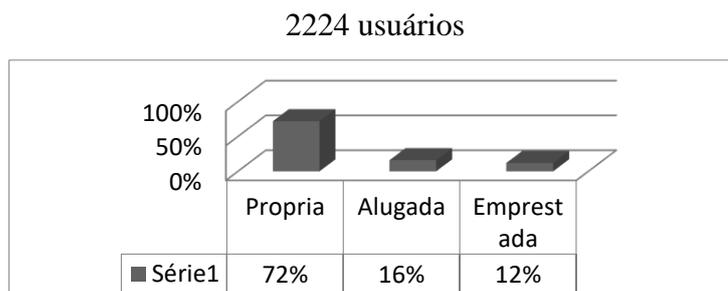
1502 usuários



Fonte: produzido pela autora.

Com base na renda descrita, as condições de moradia sugeriram precariedade. Dos 2224 pacientes entrevistados, (72%), viviam em casa própria, conforme Gráfico V. Esse indicador foi considerado positivo, uma vez tornava menor o comprometimento da renda familiar.

Gráfico V - Situação de Moradia



Fonte: produzido pela autora

### 3.3. Serviço Social no Programa de Prevenção à Febre Reumática (PREFERE)

A Febre Reumática (FR) e a cardiopatia reumática crônica (CRC) são complicações da faringoamigdalite, causada pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A (EBGA), e decorrem de resposta imune tardia a esta infecção em populações geneticamente predispostas. Está ainda, relacionada à pobreza, à precariedade das condições de moradias, a fatores ambientais e a índices socioeconômicos insuficientes para a manutenção da qualidade de saúde. É a principal causa de cardiopatia adquirida em crianças e adultos jovens nos países em desenvolvimento. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2009).

As estatísticas indicam uma situação alarmante, com consequências dramáticas para a sociedade, uma vez que atinge uma faixa da população em idade produtiva. Muitos destes

jovens são excluídos do mercado de trabalho formal, pois em função do tratamento prolongado, não conseguem uma participação efetiva na escola e sua formação se dá de forma precária. Essa situação culmina na “formação” de jovens despreparados para exercer funções que requeiram formação profissional de nível superior, restando-lhes atividades que demandam a utilização da força física, o que na maior parte dos casos, não podem ser executadas pelos agravos da doença. (LIMA, 2005).

No período de 2003/2004, participamos do PREFERE do INC/Ministério da Saúde. O objetivo era diminuir a incidência da FR no Brasil, através de educação, informação e conhecimento sobre a importância de tratar a amigdalite bacteriana, como a única forma de prevenção primária. Nessa perspectiva, a equipe do PREFERE, composta por assistente social, médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, realizou treinamento para profissionais de saúde e educadores de outros municípios, com o objetivo de capacitá-los a identificar de forma competente os sintomas da doença.

Com o desenvolvimento do Programa, professores, pedagogos, gestores em educação e funcionários das escolas de ensino fundamental foram incluídos na equipe de treinamento e capacitação. O foco foi torná-los aptos a identificar os sintomas iniciais de uma amigdalite bacteriana e fazer o devido encaminhamento para unidades de saúde. Sendo assim, o aluno seria tratado de forma eficaz, diminuindo o risco de evoluir para formas mais graves da doença, como as cardites reumáticas propriamente ditas.

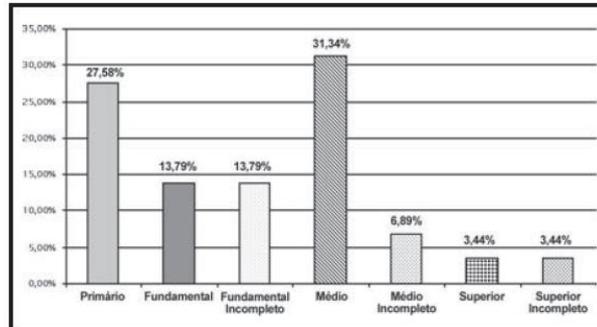
Durante nossa participação no PREFERE, realizamos uma pesquisa, com 120 sujeitos, para conhecer o perfil social das crianças e adolescentes portadores de CRC, atendidos no Ambulatório do INC. Esta pesquisa foi apresentada no Departamento de Epidemiologia do Congresso da Sociedade de Cardiologia do Rio de Janeiro (SOCERJ), além de ter sido publicada em artigo científico.

A despeito dos indicadores sociais descritos, a equipe do PREFERE promoveu um Curso de informática no INC para adolescentes portadores de cardites reumáticas, em tratamento em nosso ambulatório, com o objetivo de inserí-los no mercado de trabalho. Esses adolescentes tiveram a oportunidade de serem contratados em empresas que prestam serviço para o INC e, a partir dessa experiência, alguns puderam buscar melhores oportunidades de emprego. Apresentaremos a seguir alguns indicadores sociais, resultantes de nossa pesquisa:

De 120 crianças e adolescentes pesquisados, encontramos 33% fora da escola. Observamos uma tendência destes jovens, em se considerarem formados, ao terminarem o ensino médio, não buscando dar continuidade à vida escolar, comprometendo sua qualificação profissional. A escolaridade destes usuários está descrita no gráfico VI.

Gráfico VI - Escolaridade

120 usuários

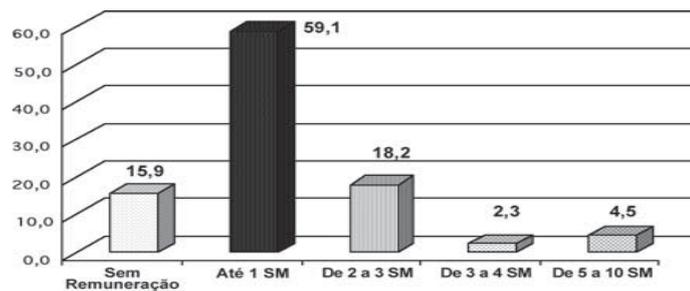


Fonte: produzido pela autora (12)

Dos usuários que trabalham, 59,1% têm remuneração de até 1 salário mínimo, conforme demonstrado no Gráfico VII. Foi curioso observar que 100% dos entrevistados declararam estar satisfeitos com suas atividades profissionais, o que evidencia a valorização do trabalho por estes jovens.

Gráfico VII - Renda Pessoal

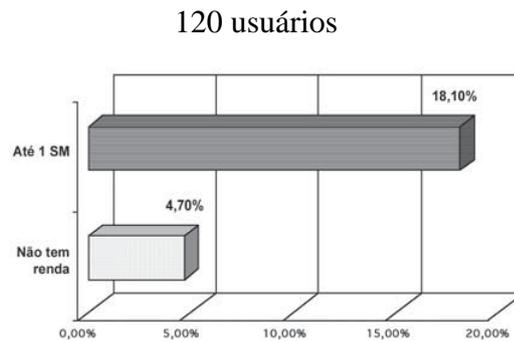
120 usuários



Fonte: produzido pela autora ( 12

A precariedade das condições de vida desta população está demonstrada no Gráfico VIII. Encontramos 18,1% destas famílias com renda de até 1 salário mínimo e 4,7% sobrevivendo da caridade alheia.

Gráfico VIII - Renda Familiar



Fonte: produzido pela autora (12)

O reconhecimento deste trabalho propiciou nossa inserção na SOCERJ, onde estabelecemos uma rotina anual de organização de Jornadas Científicas de Serviço Social, que acontecem concomitantes aos Congressos de Cardiologia. Em nossa trajetória na Sociedade de Cardiologia do Rio de Janeiro, contamos com uma comissão científica, formada por professoras universitárias e assistentes sociais da área da saúde, especialmente da cardiologia.

#### O Serviço Social no Ambulatório de Anticoagulação

A Constituição de 1988 trouxe novos desafios e compromissos ao Serviço Social. Na perspectiva de *Saúde como direito de todos e dever do estado*, a saúde passa a ser um direito constitucional que deve ser garantido à população brasileira. As autoras Zucco & Senna (2012) afirmam que a Constituição de 1988 promoveu a noção de que a saúde é um bem público a ser garantido pelo Estado e, portanto, um direito social de cidadania.

Desse modo, apesar dos indiscutíveis avanços que o SUS trouxe para a sociedade, demanda aos profissionais de saúde, especialmente aos assistentes sociais, um enfrentamento cotidiano para garantia de direitos à saúde. Para tanto, exige um conjunto de ações que, quase sempre não são suficientes para atender as necessidades prementes da realidade social, que perpassa por moradia digna, lazer, trabalho, aquisição de medicação, acesso a tratamento, entre outros.

Os usuários do Ambulatório de Anticoagulação do INC são pacientes portadores de doenças cardíacas com predisposição à formação de trombos. Dentre as mais frequentes estão as valvulopatias, de origem reumática. Em geral esses pacientes, recebem próteses mecânicas, em procedimentos cirúrgicos.

No Brasil, a doença valvar representa uma significativa parcela das internações por doença cardiovascular. Diferentemente de países mais desenvolvidos, a FR é a principal etiologia das

valvopatias no território brasileiro, responsável por até 70% dos casos. (TARASOUTCH, 2011, p.1).

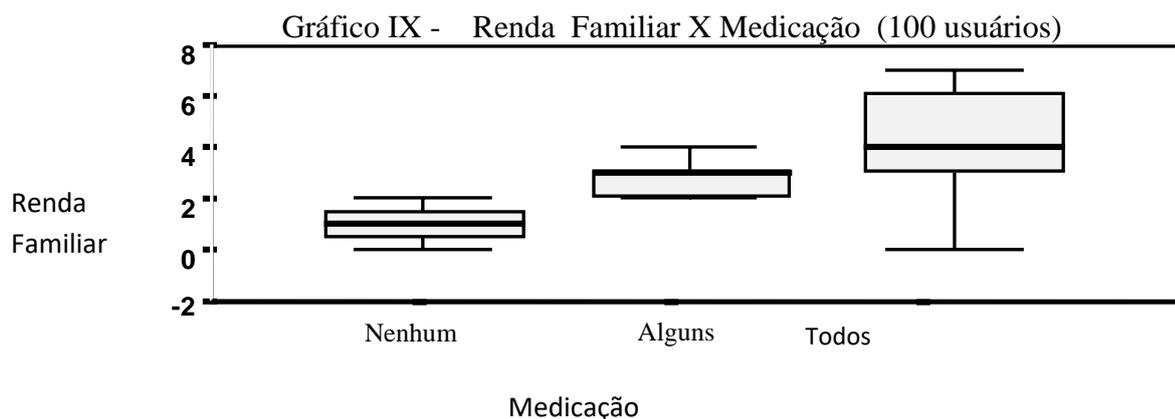
Os portadores de próteses mecânicas dependem de medicação anticoagulante, que deve ser ministrada e acompanhada por médicos habilitados. É um tratamento que, embora traga benefícios aos usuários, possui alto risco, se mal administrado, podendo ocorrer distúrbios tromboembólicos ou acidentes hemorrágicos. Em função de supostas complicações, é preciso ter uma vigilância constante com esses usuários. O controle laboratorial para verificação frequente dos índices de coagulação sanguínea é fundamental. A análise desses índices deve ser realizada com periodicidade específica para cada paciente e analisados pelo médico para adequação da dosagem. É um tratamento complexo, que exige rigorosa precaução, tanto da prescrição médica, quanto da administração adequada pelo paciente.

Como se não bastasse à complexidade do cenário descrito, esse grupo de usuários faz parte da parcela da população onde a precariedade das condições de vida se destaca pela baixa escolaridade, subemprego ou ausência dele, moradias inadequadas e em bairros periféricos, distantes do local de tratamento. Enfim, é um grupo onde a expressão da questão social se manifesta de forma bastante evidente.

Realizamos um perfil social, para conhecer a realidade em que vive esse grupo de usuários e pensar em estratégias de ação para o encaminhamento às políticas de aquisição de medicamentos básicos e reverter os resultados dessa discussão, em garantia de direitos à população estudada. A pesquisa foi efetuada com 100 usuários e os resultados apresentados em Congressos, gerando um debate importante e conseqüentemente um olhar mais direcionado a esse Ambulatório, que culminou na dispensação da medicação básica para os usuários em tratamento no INC.

A seguir demonstraremos os dados mais relevantes, os quais serviram para comprovar cientificamente os indicadores que subsidiaram as ações na direção da resolução da necessidade mais premente dos usuários desse Ambulatório.

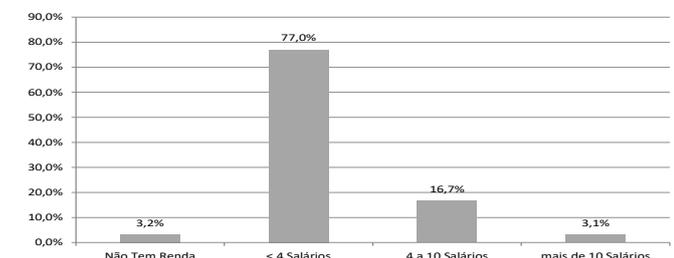
O gráfico IX, revela que, quando cruzamos renda familiar e aquisição de medicação dos 100 usuários pesquisados, apenas conseguem adquirir toda a medicação necessária para o tratamento, àqueles cujas famílias têm renda superior a 4 salários mínimos.



Fonte: produzido pela autora (12)

Neste mesmo universo de usuários, observamos no Gráfico X, que 77% possuem renda familiar inferior a 4 salários mínimos e 3,2% destas famílias não possuem renda, revelando a dificuldade de aquisição integral das medicações necessárias ao tratamento dessa população.

Gráfico X - Renda Familiar  
100 usuários



Fonte: produzido pela autora (12)

Atualmente, há uma demanda diária de cem pacientes nesse ambulatório, o que evidencia a enorme responsabilidade das equipes de saúde. Enfatizamos a importância da ação profissional do assistente social na coordenação de Programas Educativos, que traduzam em um comprometimento com os usuários na promoção da garantia de direitos sociais, além de adequar às necessidades do tratamento correto, minimizando a possibilidade do agravamento da doença.

## Serviço Social no Departamento de Hipertensão

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica, considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública. Tem alta prevalência e baixas taxas de controle, além de ser um dos principais fatores de risco para as Doenças Cardiovasculares. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

As diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial têm comprovado que a maior prevalência de hipertensão arterial e de fatores de risco para elevação da pressão arterial se encontra nos setores mais pauperizados da sociedade. Frequentemente encontramos fatores associados à Hipertensão Arterial, como: obesidade, estresse, sedentarismo, dislipidemia, alcoolismo, tabagismo, histórico familiar, além de questões socioeconômicas e ambientais que podem vir a influenciar nos agravos da doença. Nota-se que em nossa sociedade o aumento da prevalência da obesidade e hipertensão ocorre entre os mais pobres. Segundo Kaiser (2003) parece existir uma espécie de gradiente social na exposição a estas doenças.

Sendo a HAS um dos principais fatores de risco para as DCV, a prevenção, a detecção, o tratamento e o controle são fundamentais para a redução da mortalidade e dos eventos, como: infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência renal e cardíaca. Cientes da possibilidade desses desfechos; como poderíamos prevenir os agravos da HAS, se o acesso aos serviços básicos de saúde é limitado? Ou se a saúde como direito de todos e dever do estado preconizado pelo SUS é restrito, ineficiente, insuficiente ou descompromissado, não atendendo à população em seu direito constitucional mais fundamental?

As inúmeras contradições do SUS findam por gerar um recuo na busca por tratamento, levando os usuários a abandoná-lo. No caso da Hipertensão Arterial, em que frequentemente a doença tem uma progressão lenta e seus sinais mais evidentes tardam a revelar-se, essa atitude é desastrosa para a saúde do indivíduo, porque além de ocorrerem mortes evitáveis, em muitos casos, a doença se torna resistente ao tratamento. A Hipertensão Resistente é assim diagnosticada quando o paciente, embora utilizando três classes diferentes de anti-hipertensivos, sendo um diurético, não consegue controlar a Pressão Arterial (PA), ou, quando a controla, necessita de quatro tipos de anti-hipertensivos. (CALHOUN, 2008).

Trabalho em equipe interdisciplinar, a chave para o tratamento em Hipertensão?

Como a hipertensão arterial é uma doença multifatorial, seus cuidados devem ser orientados para diferentes áreas de conhecimento. Segundo a V Diretrizes Brasileiras de

Hipertensão (2007), o sucesso do tratamento depende de diferentes abordagens, e a formação de uma equipe multiprofissional proporcionará essa ação diferenciada, ampliando o sucesso do controle da hipertensão e dos demais fatores de risco cardiovasculares.

A importância do trabalho em equipe multidisciplinar declarada na V Diretrizes de Hipertensão respalda e foi vital para o trabalho dos profissionais do INC, embora nossa ação seja anterior às orientações citadas. No início da década de 2000 começamos o Programa Interdisciplinar de Estudo, Educação e Prevenção, no sentido de acompanhamento em grupo aos pacientes portadores de Hipertensão Resistente, em tratamento no Ambulatório de Hipertensão.

Esse Programa foi estruturado considerando os atendimentos individuais e em grupos. Seu objetivo era promover educação em saúde, potencializar a qualidade da atenção aos pacientes, motivando-os a participar do seu processo saúde-doença numa dimensão mais ampla, não apenas no sentido biologizante da doença, mas da saúde como um bem e um direito social a ser usufruído para a melhoria da qualidade de vida.

Cabe destacar que até o momento trabalhamos na coordenação do Programa, que funciona em um grupo aberto aos, pacientes do INC, portadores de Hipertensão Resistente, selecionados pelo cardiologista e encaminhados ao Serviço Social. Em atendimento individual, realizamos entrevista de avaliação social, na direção de proporcionar ao usuário a promoção dos direitos sociais e do acesso aos serviços. Orientamos sobre o objetivo do grupo, sobre a importância da participação nos encontros mensais e em seguida, encaminhamo-os ao nutricionista, que realiza consulta de acompanhamento individual, além de orientações em grupo. A última etapa desse primeiro atendimento em equipe é uma visita à farmácia do INC, onde os usuários adquirem a medicação necessária, até o próximo atendimento.

Os encontros mensais são organizados a partir de temas, alguns discutidos previamente com os próprios participantes. Esses temas giram em torno de esclarecimentos sobre fatores de risco para DCV, Nutrição, Atividade Física, Saúde Bucal, Saúde da Mulher, Prevenção de Doença Renal e Direitos Sociais, como; Legislação Previdenciária, Estatuto do Idoso, entre outros. Somam-se a essa ação, atividades culturais, como: Cinema, Teatro, Música, Show de Arpas e Comemorações em finais de Ano. Oferecemos aos usuários, de forma descontraída, uma gama de informações, que possam traduzir em retorno para sua vida cotidiana.

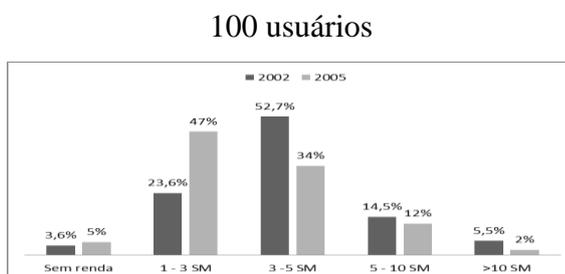
A partir das intervenções, construímos um banco de dados onde são catalogadas as informações dos usuários do grupo. Este compreende informações relativas: à vida pessoal e cotidiana; aos dados socioeconômicos, culturais e nutricionais; às respostas laboratoriais,

exames de imagem dos usuários, além de desfechos que podem ocorrer. A partir dos resultados obtidos, sistematizamos as ações de trabalho voltadas aos direitos sociais dos usuários. Para a equipe interdisciplinar esse conhecimento possibilita focar o tratamento de acordo com as deficiências observadas. A análise dos dados se traduz, ainda, em textos apresentados em Congressos, além de publicações de artigos em periódicos científicos.

Atualmente, o grupo é constituído por 331 pacientes, usuários do INC, sendo 67% de mulheres, média de idade  $56,7 \pm 10,6$  anos, residentes em bairros periféricos. Esses usuários têm um gasto com transporte que representa 3,4% do salário mínimo, a cada visita ao Instituto, constituindo uma das mais importantes dificuldades desse grupo. Uma das pesquisas produzidas no Departamento de Hipertensão, em 2002 foi realizada dois anos após o início do Programa. Passados três anos, em 2005, refizemos a pesquisa utilizando o mesmo percurso metodológico, com o objetivo de verificar a evolução ou alteração dos resultados obtidos inicialmente.

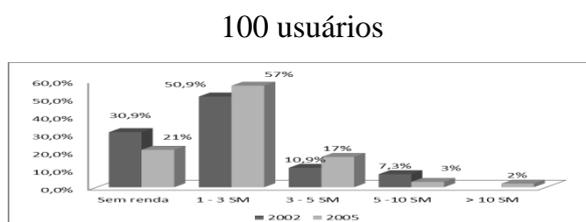
Constatamos com a segunda avaliação, uma piora na renda familiar, porém uma melhora da renda pessoal da população estudada, conforme descrição nos Gráficos XI e XII.

Gráfico XI - Renda Familiar



Fonte: produzido pela autora (12)

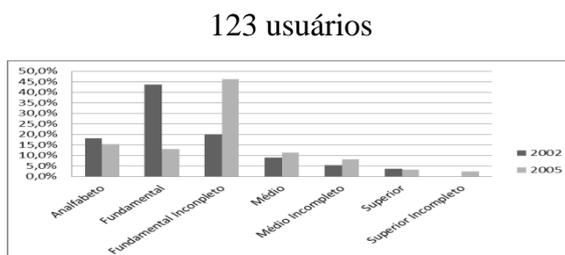
Gráfico XII - Renda Pessoal



Fonte: produzido pela autora (12)

Foi percebida uma melhora na escolaridade, tendo diminuído o número de analfabetos, que passou de 18 a 15%, aumentando o número de pacientes cuja escolaridade está na faixa de fundamental incompleto.

Gráfico XIII - Escolaridade



Fonte: produzido pela autora ( 12

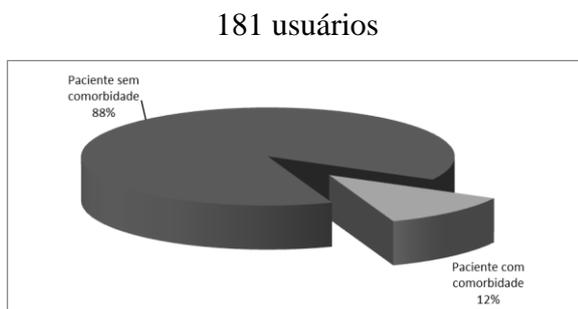
#### Resposta de um Programa Interdisciplinar

Propondo uma avaliação científica de nossa ação em equipe interdisciplinar, realizamos uma pesquisa em 2007 sobre o efeito do nosso trabalho com o Grupo de pacientes Hipertensos Resistentes ao tratamento medicamentoso. Embora seja um consenso os benefícios dessa modalidade de atendimento, declarado em Diretrizes de Hipertensão, precisávamos analisar, se o método de trabalho adotado no Programa estaria se traduzindo em benefícios para a saúde dos usuários que aderiram essa modalidade de tratamento.

Elegemos 181 sujeitos inscritos no grupo e consideramos para análise quatro categorias de desfechos: internações por crise hipertensiva(ICH); insuficiência renal crônica (IRC); acidente vascular cerebral (AVC); infarto agudo do miocárdio (IAM). (LIMA, 2008).

Esses pacientes foram dispostos em dois grupos: usuários que estavam aderidos e os não aderidos ao programa interdisciplinar. Foram considerados aderidos, os usuários que participaram das palestras de educação em saúde cardiovascular com presença superior a 50%, durante 1 ano. No Gráfico XIV, está descrito que, 12% do universo pesquisado, estava acometido de algum tipo de comorbidade.

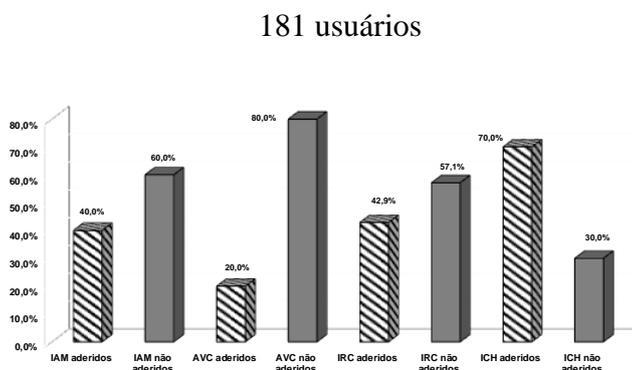
Gráfico XIV - Pacientes que apresentaram comorbidades



Fonte: produzido pela autora (12)

Constatamos a ocorrência de desfechos em menor número entre os sujeitos que estavam envolvidos no Programa, isto é, àqueles que participavam dos encontros mensais com a equipe, conforme descrito no gráfico XV.

Gráfico XV - Desfechos



Fonte: produzido pela autora ( 12

Estas respostas ratificaram nosso investimento em equipe interdisciplinar, demonstrando que contribui positivamente para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, nos estimulando a dar continuidade ao trabalho. Atualmente, estamos realizando uma nova pesquisa, ainda em fase de projeto, sobre os custos ao SUS do paciente hipertenso resistente a tratamento matriculado no INC.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Relatar uma experiência profissional de um longo caminho percorrido não é tarefa fácil. Entretanto, reconstituir meu percurso na Instituição foi instigante, pois à medida que recuperava a história, as lembranças me tomavam por sentimentos, ora de tristeza, ora de muita compensação e alegria.

O resgate da história do Serviço Social no INC remonta à abordagem do Serviço Social de Casos e de Grupos, que foram técnicas pioneiras e importantes para a época, por terem problematizado a visão missionária de vocação. Essa linha metodológica foi fundamental na época, uma vez que instrumentalizou o assistente social e forneceu caráter técnico à profissão. Todavia, admitia em suas ações “sócio educativas” uma lógica disciplinadora, sem contextualizá-las. Nessa trajetória, a ausência de resultados profissionais, incentivou-me a buscar caminhos para o aperfeiçoamento e supervisão, com assistentes sociais mais experientes, além do Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais (CBCISS), que foi, na época, uma boa fonte de consultas, me proporcionando novas formas de conhecimento.

Nessa perspectiva, meu interesse se voltou para os departamentos do ambulatório, onde pude trabalhar com grupos, realizando ações voltadas para direitos sociais e promoção à saúde. Construindo indicadores sociais, fui obtendo respostas sobre os usuários, sobre minha atuação, além do trabalho em equipe, reveladas através de resultados obtidos com processos de investigação.

A inauguração dessa nova forma de trabalho configurou um fazer profissional mais investigativo, interventivo e eficiente para trabalhar com as questões sociais, que são matéria prima para a atuação profissional. Estas estão postas no cotidiano de trabalho do Serviço Social e representam um investimento no relacionamento institucional. Cabe, ainda, ressaltar que o Serviço Social do INC desenvolve suas ações com base nas reais demandas dos usuários, a partir de uma leitura crítica da realidade social, com vistas à garantia de acesso às políticas sociais públicas. Entretanto, por vezes, a dicotomia entre os princípios da profissão e a relação com a Instituição se constitui num entrave que dificulta dar respostas plenas à demanda da população usuária.

## REFERÊNCIAS

- ARIÈS, P. *Historia Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro, Ed. Zahar, 1978.
- BRAVO, M.I; MATOS, M.C.. Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: Elementos para o Debate. *In: Saúde e Serviço Social* BRAVO, M. I. S et all (Orgs). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.
- CALHOUN, D.A, et. al.; Resistant hypertension: diagnosis, evaluation, and treatment: a scientific statement from the American Heart Association Professional Education Committee of the Council for High Blood Pressure Research. *Circulation* **117**: e 510–26, 2008.
- ISHITANI, L.H. et al. Desigualdade Social e Doenças Cardiovasculares. *Rev. Saúde Pública*; **40(4)**: 684-91, 2006.
- KAISER, E.S. Hipertensão Arterial: Prevalência, Significado, Prognóstico e Estagiamento In: COUTO, A.A & KAISER. E.S *Manual de Hipertensão Arterial da Sociedade de Hipertensão do Rio de Janeiro*. RJ – SOHERJ - Ed. Lemos, 2003.
- LIMA, AB; BARROS, M; SANTOS, M. Descrição dos indicadores sociais em adolescentes portadores de febre reumática. *Revista da SOCERJ*; **18**:30-5, 2005.
- LIMA, A.B. et. al.. *The multidisciplinary team care to secondary prevention in a group with resistant hypertension treated in a public institute of cardiology in Rio de Janeiro, Brasil*. *Circulation*. **118**: e 162-e413, 2008.
- MARTINELLI, M.L. *Serv. Soc. Soc.* São Paulo. Ed Cortez. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. *Condições de Trabalho Saúde*, **107**, 497-508, 2011.
- ZUCCO, L.P. & SENNA, C. M. Sistema Único de Saúde e Serviço Social, In. SENNA, C. M & ZUCCO, P.L & LIMA, A.B.R. *Serviço social na saúde coletiva reflexões e práticas*, Rio de Janeiro, Ed. Garamond, 2012.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq. Bras. Cardiol.* São Paulo , v. **89**, n. **3**, 2007.
- \_\_\_\_\_. Diretrizes brasileiras para o diagnóstico, tratamento e prevenção da febre reumática. *Arq. Bras. Cardiol.* São Paulo, v. **93**, n. **3**, supl. **4**, 2009.
- \_\_\_\_\_. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq. Bras. Cardiol.* São Paulo, v. **95**, n. **1**, supl. **1**, 2010.
- SODRÉ, F. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos *Serv. Soc. Soc. São Paulo*, n. **103**, p. 453-475, 2010.
- TARASOUTCHI, F. et. al. Diretriz Brasileira de Valvopatias - SBC 2011/ I Diretriz Interamericana de Valvopatias. *Arq. Bras. Cardiol.* São Paulo, v. **97**, n. **5**, supl. **1**, 2011.

# GÊNERO E DOENÇA ATEROSCLERÓTICA CORONARIANA

Andrea De Lorenzo

## INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares constituem atualmente a principal causa de morte em todo o mundo (WHO, 2013). Dentre elas, a doença aterosclerótica coronariana (DAC) se destaca por sua elevada prevalência, morbidade e mortalidade, em ambos os sexos (MOZAFFARIAN et al., 2015). Todavia, uma vez que sua ocorrência está associada, dentre outros fatores, ao sexo masculino (LERNER e KANNEL, 1986), durante muito tempo acreditou-se que a DAC era uma “doença de homens”. Com o tempo e o reconhecimento de que em diversas sociedades a principal causa de morte nas mulheres é a DAC, superando mortes por câncer de mama e doenças infecciosas (MOZAFFARIAN et. al., 2015), essa noção tem sido progressivamente refutada.

As diferenças entre os sexos no diagnóstico e tratamento da DAC têm sido estudadas desde a descrição, em 1991, de que mulheres eram menos frequentemente submetidas à coronariografia diagnóstica e à cirurgia de revascularização. (ROETERS VAN LENNEP et. al., 2000; AYANIAN e EPSTEIN, 1991). Contudo, várias inconsistências têm sido apontadas, algumas sugerindo um viés de gênero<sup>1</sup>, outras justificando os achados por diferentes padrões de risco em homens e mulheres. (EPSTEIN, 2003; GHALI et. al., 2002). Dito de outro modo, a questão ainda se mantém em processo de investigação científica.

Nesse sentido, o presente capítulo discute como os dados sobre a DAC estão atravessados pela discussão de gênero. Os dados epidemiológicos, os aspectos clínicos, os fatores de risco e a diferença de tratamento por sexo apontam como a DAC acomete tanto homens quanto mulheres, e problematizam que esta não é uma doença de homens. Ademais, o texto sinaliza a importância do recorte de gênero no cotidiano de trabalho dos profissionais que atuam na assistência às doenças cardiovasculares.

---

<sup>1</sup> Gênero é aqui utilizado como categoria analítica capaz de elucidar a construção particular dos atributos feminino e masculino, bem como suas interações nas relações sociais. Tal construção evidencia hierarquias e poderes presentes no social, além de lugares e experiências singulares para os sujeitos em função de seus sexos biológicos. (PISCITELLI, 2002).

## ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

No Brasil, a mortalidade atribuível às doenças crônicas não-transmissíveis diminuiu 20% entre 1996 e 2007, sobretudo, devido a reduções em doenças cardiovasculares (31%). (SCHMIDT et al, 2010). É interessante notar que na população norte-americana, de 1998 a 2008, a taxa de morte atribuída à DAC diminuiu 30.6%, exceto nas mulheres com idade <55 anos, nas quais aumentou. A DAC já é a principal causa de morte nas mulheres nos EUA, superando as mortes por câncer, doenças respiratórias, Alzheimer e acidentes, apesar de provavelmente ainda ser subdiagnosticada (MOZAFFARIAN et al., 2013). Esses fatos podem em parte ser atribuídos ao acúmulo de tarefas “de homem” pelas mulheres, no lar e fora dele, e à aquisição de hábitos como dieta inadequada, fumo e inatividade física (DA LUZ E SOLIMENE, 1999).

## ASPECTOS CLÍNICOS

A DAC é frequentemente negligenciada nas mulheres, por suas manifestações atípicas e muitas vezes atribuídas à ansiedade ou estresse emocional. As mulheres têm sua avaliação de sintomas prejudicada pela definição de angina típica ser derivada de estudos em populações predominantemente masculinas, nas quais o padrão de sintomas desencadeados por esforço físico reflete a apresentação mais típica nos homens. (DOUGLAS e GINSBURG, 1996).

As diferenças na manifestação da DAC entre mulheres e homens são explicadas pela fisiopatologia diferente: as artérias coronárias das mulheres são de menor diâmetro do que as dos homens, e menos frequentemente há obstrução significativa. (SHAW et al., 2008). Distúrbios microvasculares têm sido apontados como responsáveis pelos sintomas nas mulheres (BAIREY MERZ et al., 2009). A isquemia miocárdica com coronárias angiograficamente normais, que pode ser a expressão da doença microvascular ou disfunção endotelial, e que é conhecida como síndrome X, ocorre predominantemente nas mulheres (PILOTE et al. 2007). A história clínica, que constitui a principal fonte de informação para o diagnóstico da doença coronária no homem, pode não ajudar expressivamente no diagnóstico da mulher. (HUMPHRIES et al., 2008)

No estudo CASS (*Coronary Artery Surgery Study*), cerca de 30% das mulheres com angina típica e 64% das com angina atípica não tinham doença coronária obstrutiva; para os

homens, essas cifras foram respectivamente de 7% e 34%. (CHAITMAN et al., 1981). Essa incidência não desprezível de sintomas que não identificam doença obstrutiva talvez seja uma das causas de as queixas cardíacas das mulheres serem subestimadas pelos médicos. Inclusive, tem sido proposto que nas mulheres seja usado o termo doença isquêmica do coração, evitando a conotação anatômica da obstrução coronariana. (SHAW, BUGIARDINI e BAIREY MERZ, 2009).

Os testes não-invasivos para o diagnóstico da DAC nas mulheres apresentam problemas, uma vez que dependem da prevalência da doença (probabilidade pré-teste); dada a menor prevalência da DAC na mulher, em especial na idade fértil, resultados falso-positivos têm sido descritos em 50 a 67%. (CERQUEIRA, 1995; TAYLOR e BECKER, 1990).

## FATORES DE RISCO

A DAC geralmente se manifesta nas mulheres após a menopausa (LERNER E KANNEL, 1986). O *National Cholesterol Education Program* (NCEP) III considera a idade acima de 55 anos como fator de risco para mulheres (NCEP, 2002). De fato, as mulheres possuem o fator hormonal como protetor, o que determina que a idade média das mulheres no primeiro infarto seja cerca de 1 década superior à dos homens; todavia, a mortalidade após o infarto é maior nestas (ROGER et al., 2002). Além disso, DAC prematura (abaixo de 65 anos) em parentes de primeiro grau das mulheres é um fator de risco mais potente do que observado para homens. (SCHEUNER et al., 2008). Além do conhecido aumento de risco após a menopausa, a menarca precoce (<12 anos) parece estar associada à DAC prematura. (LAKSHMAN et al., 2009).

O diabetes é um importante fator de risco de DAC, que nas mulheres assume um significado especial, aumentando em três vezes o risco cardíaco. (BREZINKA e PADMOS, 1994). No estudo de Framingham, o risco de reinfarto em mulheres diabéticas foi o dobro do risco em homens diabéticos. (ABBOTT et al., 1988). Interessante é o impacto da obesidade na incidência de DAC, que parece ser maior nas mulheres do que nos homens: de acordo com o estudo de Framingham, a obesidade aumenta o risco relativo de DAC em 64%, contra 46% nos homens. (WILSON et al., 2002).

Várias maneiras de avaliar o risco cardiovascular das mulheres têm sido propostas. Uma das mais recentes (MOSCA et al., 2011) sugere que sejam consideradas sob risco as mulheres com pelo menos 1 dos seguintes fatores ou condições: tabagismo; pressão arterial

sistólica  $\geq 120$  mmHg, pressão diastólica  $\geq 80$  mmHg ou hipertensão tratada; colesterol total  $> 200$  mg/dl, HDL-colesterol  $< 50$  ou tratamento para dislipidemia; obesidade (principalmente a central); dieta inadequada; inatividade física; história familiar (DAC em parente de primeiro grau, se homens  $< 55$  anos ou mulheres  $< 65$  anos); síndrome metabólica; evidência de aterosclerose subclínica (calcificação coronariana, espessamento carotídeo etc); baixa capacidade de exercício na esteira durante teste ergométrico; doença auto imune sistêmica com possível acometimento vascular (lupus eritematoso sistêmico, artrite reumatóide); história de pré-eclâmpsia, hipertensão ou diabetes gestacional.

## DIFERENÇAS ENTRE OS SEXOS NOS TRATAMENTOS DA DAC

A abordagem da DAC na mulher é um desafio. Mais da metade das mulheres com síndromes coronarianas agudas sem DAC obstrutiva demonstrada continuam com sintomas e têm internações repetidas. (JOHNSON et al., 2006). Conforme comentado, distúrbios de pequenos vasos parecem justificar os sintomas (HAN et al., 2008), mas o tratamento para essa condição é controverso e pouco específico, podendo lançar mão dos mesmos medicamentos usados no tratamento da DAC obstrutiva, porém com resultados menos consistentes.

Estudos mostram que as mulheres com síndromes coronarianas agudas são tratadas menos intensivamente do que os homens, recebendo menos medicamentos, procedimentos como cateterismo cardíaco e revascularização. De fato, diferenças entre os sexos no manejo invasivo das síndromes coronarianas agudas têm sido frequentemente descritas, mostrando que mulheres têm menor probabilidade de serem submetidas à terapia de reperfusão (ALFREDSSON et al., 2007; DOYLE et al., 2005). A forma de apresentação clínica das mulheres tem sido apontada como responsável pelas diferenças (ANDERS et al., 2010). Algumas das diferenças, no entanto, têm sido atribuídas a diferenças de idade e comorbidades, sem diferença quanto ao sexo se esses fatores forem levados em consideração (REINA et al., 2007).

Diferenças têm se mostrado evidentes, na verdade, desde antes do estabelecimento da doença: estudos mostram que mulheres recebem menos terapias preventivas (desde aconselhamento sobre mudanças de hábitos até estatinas para controle de dislipidemia) do que homens na mesma categoria de risco. (MOSCA et al., 2005). Assim, as mulheres em geral se encontram menos frequentemente dentro das metas preconizadas para controle da pressão arterial e do colesterol. (CHOU et al., 2007).

Um dado interessante é o pouco conhecimento das próprias mulheres sobre a importância da DAC. Num levantamento norte-americano, apenas 30% das mulheres possuíam esse conhecimento, o que se elevou para 54% em 2009, mas claramente mantendo-se ainda abaixo do ideal (38-1).

## CONCLUSÃO

São necessários estudos para melhor compreender o “paradoxo feminino”: por que mulheres têm menos doença coronariana obstrutiva, porém pior prognóstico da doença coronariana do que homens (WENGER, SPEROFF E PACKARD, 1993). Idade mais avançada quando do diagnóstico e elevado número de comorbidades pode ajudar a justificar a maior mortalidade feminina, mas persistem os questionamentos sobre a subutilização, nas mulheres, de terapias comprovadamente eficazes e recomendadas, sendo a maior lacuna no conhecimento observada nas mulheres mais jovens, nas quais vários estudos mostram diferenças persistentes entre os sexos, a despeito de ajustes para possíveis covariáveis implicadas.

## REFERÊNCIAS

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2013. World health statistics. Disponível em [www.who.int](http://www.who.int)

MOZAFFARIAN D, et al . 2015 American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics—2015 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*;131:e29-e322.

LEMER DJ, KANNEL WB. 1986 Patterns of coronary heart disease morbidity and mortality in the sexes: a 26-year follow-up of the Framingham population. *Am Heart J*; 111: 383-90.

AYANIAN JZ, EPSTEIN AM. 1991 Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. *N Engl J Med*;325: 221–225

ROETERS VAN LENNEP JE, ZWINDERMAN AH, ROETERS VAN LENNEP HW, WESTERVELD HE, PLOKKER HW, VOORS AA, BRUSCHKE AV, VAN DER WALL EE. 2000; Gender differences in diagnosis and treatment of coronary artery disease from 1981 to 1997. No evidence for the Yentl Syndrome. *Eur Heart J* 21:911–918

GHALI WA, FARIS PD, GALBRAITH PD, NORRIS CM, CURTIS MJ, SAUNDERS LD, DZAVIK V, MITCHELL LB, KNUDTSON ML. 2002; Sex differences in access to coronary revascularization after cardiac catheterization: importance of detailed clinical data. *Ann Intern Med* 136:723–732

EPSTEIN AM, WEISSMAN JS, SCHNEIDER EC, GATSONIS C, LEAPE LL, PIANA RN. 2003 Race and gender disparities in rates of cardiac revascularization: do they reflect appropriate use of procedures or problems in quality of care? *Med Care* ;41: 1240–1255

SCHMIDT MI, et al. 2009: Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco. *In: Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde*, ed. Saúde Brasil

DA LUZ PM, SOLIMENE MC. 1999 Peculiaridades da doença arterial coronária na mulher. *Rev Ass Med Brasil*; 45: 45-54

DOUGLAS PS, GINSBURG GS. 1996 The evaluation of chest pain in women. *N Engl J Med*;334:1311–5.

VON MERING GO, et al., 2004; Abnormal coronary vasomotion as a prognostic indicator of cardiovascular events in women: results from the National Heart, Lung, and Blood Institute-Sponsored Women’s Ischemia Syndrome Evaluation (WISE). *Circulation* 109: 722–5.

SHAW LJ, SHAW RE, BAIREY MERZ CN, et al. 2008 Impact of ethnicity and gender differences on angiographic coronary artery disease prevalence and in-hospital mortality in the American College of Cardiology– National Cardiovascular Data Registry (ACC-NCDR). *Circulation*; 117:1787– 801.

BAIREY MERZ CN, SHAW LJ, REIS SE. 2006 Ischemic heart disease in women: insights from the NHLBI-sponsored Women’s Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) Study. Part II: Gender differences in presentation, diagnosis, and outcome with regard to sex-based pathophysiology of atherosclerosis, macro- and micro-vascular CAD. *J Am Coll Cardiol*;47 Suppl:21s–9s.

HUMPHRIES KH, PU A, GAO M, CARERE RG, PILOTE M. 2008 Angina with “normal” coronary arteries: sex differences in outcomes. *Am Heart J*;155:375– 81

WONG TY, KLEIN R, et. al. 2002 Retinal arteriolar narrowing and risk of coronary heart disease in men and women. *JAMA*;287:1153–9.

PILOTE L, et. al. 2007 A comprehensive view of sex-specific issues related to cardiovascular disease. *CMAJ*;176:S1–44

CHAITMAN BR, et al. 1981 Angiographic prevalence of high-risk coronary artery disease in patient subsets (CASS). *Circulation*;64: 360-7.

SHAW LJ, BUGIARDINI R, BAIREY MERZ N. 2009 Women and Ischemic Heart Disease. Evolving Knowledge. *JACC*; 54: 1561–75

TAYLOR P, BECKER RC. 1990 Noninvasive diagnosis of coronary heart disease in women. *Cardiology*; 77(suppl 2): 91-8

CERQUEIRA MD. 1995 Diagnostic testing strategies for coronary artery disease: special issues related to gender. *Am J Cardiol*; 75: 52D-60D

LERNER DJ, KANNEL WB. 1986 Patterns of coronary heart disease morbidity and mortality in the sexes: a 26-year follow-up of the Framingham population. *Am Heart J*; 111: 383-90

NATIONAL CHOLESTEROL EDUCATION PROGRAM (NCEP) EXPERT PANEL ON DETECTION, EVALUATION, AND TREATMENT OF HIGH BLOOD CHOLESTEROL IN ADULTS (ADULT TREATMENT PANEL III). 2002; Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation*. 106: 3143-3421.

ROGER VL, et al. 2002 Trends in the incidence and survival of patients with hospitalized myocardial infarction, Olmsted County, Minnesota, 1979 to 1994. *Ann Intern Med*; 136:341–8.

SCHEUNER MT, SETODJI CM, PANKOW JS, BLUMENTHAL RS, KEELER E. 2008 Relation of familial patterns of coronary heart disease, stroke, and diabetes to subclinical atherosclerosis: the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Genet Med* ;10:879–87

LAKSHMAN R, et al. 2009 Early age at menarche associated with cardiovascular disease and mortality. *J Clin Endocrinol Metab* ;94:4953–60.

BREZINKA V, PADMOS I. 1994; Coronary heart disease risk factors in women. *Eur Heart J* 15: 1571-84

ABBOTT RD, DONAHUE RP, KANNEL WB, WILSON PW. 1988; The impact of diabetes on survival following myocardial infarction in men vs women. The Framingham Study. *JAMA* 260: 3.456-60

WILSON PW, D'AGOSTINO RB, SULLIVAN L, PARISE H, KANNEL WB. 2002 Overweight and obesity as determinants of cardiovascular risk: the Framingham experience. *Arch Intern Med*;162:1867–72.

MOSCA L, et al. 2011 Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women—2011 update: a guideline from the American Heart Association. *Circulation*;123:1243–62.

JOHNSON BD, et al. 2006 Persistent chest pain predicts cardiovascular events in women without obstructive coronary artery disease: results from the NIH-NHLBI sponsored Women's Ischaemia Syndrome Evaluation (WISE) study. *Eur Heart J*;27:1408–15.

HAN SH, et al. 2008 Sex differences in atheroma burden and endothelial function in patients with early coronary atherosclerosis. *Eur Heart J*; 29:1359–69.

DOYLE F, DE LA HARPE D, MCGEE H, SHELLEY E, CONROY R. 2005 Gender differences in the presentation and management of acute coronary syndromes: a national sample of 1365 admissions. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*; 12:376–379.

ALFREDSSON J, STENESTRAND U, WALLENTIN L, SWAHN E. 2007 Gender differences in management and outcome in non-ST-elevation acute coronary syndrome. *Heart*; 93: 1357–1362.

ANDERS HVELPLUND, SØREN GALATIUS, METTE MADSEN, JEPPE N. RASMUSSEN, SØREN RASMUSSEN . 2010 Women with acute coronary syndrome are less invasively examined and subsequently less treated than men. *European Heart Journal* 31, 684–690.

REINA A, COLMENERO M, DE AGUAYO H, AROS F, MARTI H, CLARAMONTE R, CUNAT J. 2007 Gender differences in management and outcome of patients with acute myocardial infarction. *Int J Cardiol* ; 116:389–395

MOSCA L, Linfante AH, Benjamin EJ, et al. 2005 National study of physician awareness and adherence to cardiovascular disease prevention guidelines. *Circulation*;111:499–510

CHOU AF, SCHOLLE SH, WEISMAN CS, BIERMAN AS, CORREA-DE-ARAÚJO R, MOSCA L. 2007 Gender disparities in the quality of cardiovascular disease care in private managed care plans. *Womens Health Issues*;17: 120-30

MOSCA L, MOCHARI-GREENBERGER H, DOLOR RJ, NEWBY LK, ROBB KJ. 2010; Twelve-year follow-up of American women's awareness of cardiovascular disease risk and barriers to heart health. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 3:120–7

WENGER NK, SPEROFF L, PACKARD B. 1993 Cardiovascular health and disease in women. *N Engl J Med*; 329:247–56.

PISCITELLI, ADRIANA. 2002 "Recriando a (categoria) mulher?" In: ALGRANTI, Leila (Org.). *A prática feminista e o conceito de gênero*. Campinas: IFCH-Unicamp,. Disponível em: <http://www.pagu.unicamp.br/sites/www.pagu.unicamp.br/files/Adriana01.pdf>.

# SOCIABILIDADE MASCULINA, IMPACTO NA SAÚDE E POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

Aline Carvalho Martins<sup>561</sup>

Rozânia Bicego Xavier<sup>2</sup>

## INTRODUÇÃO

Pensar políticas de saúde para grupos específicos pressupõe o conhecimento de suas formas de produção e reprodução da vida social. Como atores sociais, as ações do indivíduo são diretamente influenciadas por vinculações - conscientes ou não – que estes fazem a determinados modos de viver. Se “a vida determina a consciência” (MARX, 1978, p. 37) é preciso pensar e questionar os modos de viver e suas repercussões nos diversos aspectos da vida cotidiana – incluindo o da saúde.

Existem nas sociedades, diferentes marcadores pelos quais as pessoas são classificadas, hierarquizadas e socializadas. Na atualidade, podemos destacar as categorias *trabalho* (quer por sua existência ou falta, impacta diretamente na existência diária da pessoa), a *raça/etnia* (ainda hoje um importante preditor do futuro e do acesso ou não de um indivíduo à riqueza socialmente produzida) e a categoria *gênero* (como um modo de socialização e atribuição de valores às experiências consideradas masculinas e femininas em uma dada sociedade) como fundamentais para o entendimento mais aprofundado do lugar que determinada pessoa ocupa no contexto social.

Estas categorias interagem entre si e possuem valores e relevâncias diferentes em contextos específicos, atravessados pela cultura local. São transversais à totalidade da vida humana e vão ter interações importantes nos modos como os indivíduos vivem, experienciam a saúde e adoecem, mostrando-se fundamentais para que o profissional de saúde possa atuar na perspectiva da integralidade (MARTINS E MELO, 2013).

A ordenação social agrega espaços diferenciados para as pessoas em função do gênero a que eles se vinculam e desdobramentos acontecem em virtude de uma inserção não equitativa nestes espaços (MARTINS E MELO, 2013; ARAUJO, SCHRAIBER E COHEN, 2011; SCOTT, 1995).

---

1 Assistente Social, doutora em Serviço Social pela UERJ.

2 Enfermeira, doutora em Saúde Coletiva pelo IFF/Fiocruz.

Se o senso comum atribui ao gênero masculino o status de dominador, associado somente às vantagens inerentes desta relação, estudos reforçam estes achados e apontam outras questões (COUTO E GOMES, 2012, GOMES ET AL 2013, SCHRAIBER, ET AL, 2013). De fato, já se encontra amplamente divulgado na literatura e nos indicadores sociais os malefícios que esta ordenação social traz à vida das mulheres: salários inferiores aos dos homens (BRASIL, 2012) maior tempo de trabalho doméstico (IPEA, 2012), menor acesso à renda, menor acesso aos espaços de decisão política e empresarial. Entretanto, os indicadores sociais também sinalizam o impacto negativo deste tipo de socialização na vida dos homens como a maior presença no sistema carcerário (BRASIL, 2008), maior mortalidade precoce (BRASIL, 2010), envolvimento mais intenso com drogas e álcool (BRASIL, 2013). É preciso pensar os homens em suas condições e questões específicas, a fim de garantir possibilidades de um atendimento voltado para suas necessidades (COUTO E GOMES, 2012, GOMES ET AL 2013, SCHRAIBER, ET AL, 2013).

Para atender ao propósito deste capítulo nesta coletânea, estaremos, a partir de agora, discutindo as formas como os homens se percebem e são estimulados a se portar no cenário social e o impacto desta situação no cotidiano de suas vidas e saúde. Embora a literatura já tenha se manifestado de maneira suficiente quanto ao caráter relacional de gênero (GIFFIN, 2012, LYRA, 2009) ainda se torna relevante avaliar especificamente as questões colocadas ao universo masculino, entendendo suas demandas particulares e os desafios que lhes são inerentes. Tais questões são fundamentais para o profissional de saúde, uma vez que o entendimento mais alargado do homem na sociedade pode elucidar o entendimento das dificuldades e desafios encontrados no trabalho junto a eles e ao desenvolvimento de estratégias exequíveis, que visem superar estas adversidades.

## SOCIABILIDADE MASCULINA NO CENÁRIO BRASILEIRO

Se a biologia confere às pessoas um órgão reprodutor, como um instrumento capaz de garantir a continuidade da espécie, os atributos sociais - construídos através de processos históricos amplos e complexos - tenderão a classificar e hierarquizar pessoas a partir de seu sexo biológico, da cor da sua pele, de suas preferências sexuais. Este processo -inscrito em uma perspectiva cultural e histórica, capaz de ser modificada- tende a espelhar a dinâmica desigual da própria sociedade além das expectativas sobre os comportamentos de cada um em relação a si mesmo e em relação aos outros (VILLAS, 1999).

Assim, socializações bastante distintas serão oferecidas para homens e mulheres, baseadas em uma relação de poder, que confere aos homens, certos privilégios nas sociedades ocidentais. Nas sociedades latinas (incluindo a brasileira) é clara a associação entre masculinidade, prestígio e poder, dando aos homens uma centralidade social. Esta associação tem sua gênese no lugar central que o homem ocupa na esfera pública, que é por excelência o espaço da emancipação, do poder e da realização, capaz de garantir um acesso diferenciado aos direitos, à riqueza e à participação política. O contraponto é o âmbito privado, local do trabalho não remunerado e desqualificado, historicamente reservado às mulheres.

Quando se analisa a perspectiva de gênero masculino, percebe-se, em geral, a busca da valorização dos atributos como a força física e a virilidade, e um reduzido acesso, real ou simbólico ao mundo das emoções. “...o status hegemônico regional dos jovens homens na realidade alerta para que eles façam as coisas que seu grupo de pares local define como masculinas – enlouquecer, se mostrar, dirigir bêbado, entrar em uma briga, defender seu próprio prestígio” (CONNELL, 2013, p.251).

Portanto, o homem sempre procura desempenhar um papel que o identifique como o provedor e como o guerreiro – estereótipos mais intensos da cultura masculina. Estes fatos esclarecem porque muitas expressões relativas ao universo masculino têm como fundamento a guerra (luta, batalha) e reforçam uma postura masculina, o estimulado a revidar imediata e violentamente qualquer investida que lhe seja feita.

Atributos que definem o masculino na nossa sociedade encontram-se relacionados à valorização do hormônio testosterona (agressividade, impulsividade...) e a associação desta às características de gênero masculino visa reforçar o seu papel dominante na sociedade. Assim, virilidade, poder, invulnerabilidade, proatividade, destemor, violência e potência sexual, marcam as tendências socialmente valorizadas em nossa sociedade para o homem.

A masculinidade hegemônica constitui um conceito normativo, que realiza as mediações entre práticas pessoais e estruturas sociais:

A masculinidade hegemônica não se assumiu normal num sentido estatístico; apenas uma minoria dos homens talvez a adote. Mas certamente ela é normativa. Ela incorpora a forma mais honrada de ser um homem, ela exige que todos os outros homens se posicionem em relação a ela e legitima ideologicamente a subordinação global das mulheres aos homens (CONNELL, 2013, p.245).

Para o autor, a masculinidade hegemônica continua sendo um conceito fundamental para o entendimento atual, capaz de nos ajudar a entender a exclusão dos homoafetivos e o policiamento exagerado da heterossexualidade.

O desprestígio e a falta de centralidade feminina no mundo moderno impõem ao homem um explícito desinteresse e distanciamento de qualquer atividade relacionada ao cuidado, caracterizada como feminina por excelência. A perspectiva do masculino reafirma-se fundamentalmente na oposição aos valores e práticas considerados femininos, a fim de que os homens possam se resguardar da subalternidade que historicamente foi associada às mulheres e aos espaços femininos. Estas questões ilustram o pavor que muitos homens possuem em guardar qualquer relação com as atividades atribuídas socialmente às mulheres.

Em níveis mais sutis, interdições nas mais simples atividades diárias estão presentes e reforçam o homem como aquele que demarca, em todos os momentos sociais, o outro homem como um sujeito diferente de uma mulher. Assim explica-se o cumprimento diferenciado, onde um homem pode beijar uma mulher, mas nunca outro homem. É uma estratégia (ainda que nem sempre consciente) de reconhecer o outro como distante do universo feminino.

A proliferação de um radicalismo homofóbico na vida social brasileira, expressa um claro repúdio dos homens por aqueles que, embora biologicamente iguais a eles, se recusam a partilhar de suas experiências tradicionais de gênero e obrigam a sociedade a repensar as formas hegemônicas de viver.

Minimizar ou negar a vivência de sofrimento ou de dor, tem sido uma estratégia masculina de reforço de sua imagem de invulnerabilidade (MANCHIN ET AL, 2011). A manutenção da imagem de invulnerabilidade acarreta, além da exposição mais intensa a eventos adversos, a negação da prática de cuidados com a saúde e com o corpo (MANCHIN ET AL, 2011).

Assim, o referencial de masculinidade não comporta o cuidado consigo mesmo ou com outrem. O cuidado ainda é visto na sociedade brasileira como uma atividade feminina, da qual o homem deve manter-se afastado, reforçando a estratégia masculina para evitar que o homem seja identificado e tratado como mulher (MANCHIN ET AL, 2011), afastando-se assim, de toda a subalternidade associada à vivência do gênero feminino.

Por isso, o envolvimento ativo no cuidado e a responsabilidade com as crianças, parece ainda estar fora do imaginário social de muitos homens, onde o filho é percebido como exclusivo da mãe (LYRA, 1998). Ilustrativo também é a falta de participação masculina nas questões de planejamento reprodutivo brasileiro, onde os métodos adotados pelos casais são essencialmente femininos.

Assim, modelos são oferecidos para lidar com os sexos e garantir a continuidade da hierarquia de gênero vigente. Entretanto, há que se avaliar os custos agregados a esta

perspectiva de identificação com o masculino. Se é verdade que ser homem possibilita alguns privilégios, principalmente nos aspectos tradicionais da vida, há que se problematizar as possíveis perdas que podem estar vinculadas a essa postura.

## O IMPACTO DA SOCIABILIDADE HEGEMÔNICA MASCULINA NA VIDA, NA SAÚDE, NO ADOECIMENTO E NA MORTE DOS HOMENS

Os estilos de vida centrados na masculinidade hegemônica, sem dúvida, impactam de maneira adversa nos sujeitos. O alto número de mortes masculinas por acidentes de trânsito, violência e armas de fogo, são, entre outras coisas, frutos de uma visão de virilidade que encoraja o homem a assumir riscos, sem refletir sobre suas conseqüências (BARKER, 2002).

No Brasil, na última década, ocorreu uma queda na probabilidade de morte durante a fase adulta da vida, sendo as causas externas e as doenças crônicas não transmissíveis as principais causas entre ambos os sexos. No ano de 2010, observou-se mais que o dobro da taxa de mortalidade proporcional no sexo masculino, quando comparado ao feminino (BRASIL, 2010). A principal explicação para a sobremortalidade masculina é influência dos determinantes biológicos e de gênero, que podem sofrer alterações em determinados períodos de evolução histórica da humanidade (LAURENTI, JORGE E GOTLIEB, 2005; LAURENTI ET AL, 1998).

Quando se observa mais atentamente a mortalidade masculina verifica-se a importância das causas externas – ou seja, estamos tratando de mortes evitáveis, vinculadas a uma adesão a um determinado modo de viver.

A mortalidade masculina é predominante (80,1%) na faixa etária de 20 a 29 anos, sendo o homicídio a principal causa de morte, seguidos por acidentes de transporte terrestre e pelos eventos de intenção indeterminada na região nordeste, ao passo que, no Brasil e nas demais regiões, este lugar foi ocupado pelos suicídios. Na faixa etária de 30 a 39 anos, as duas primeiras causas de mortalidade mantiveram-se as mesmas no Brasil e em todas as regiões. Acidentes de transporte terrestre, no Brasil foram considerados a primeira causa de morte para homens com idades entre 40 e 49 anos e para homens na faixa etária de 50 e 59 anos, as doenças isquêmicas do coração foram a primeira causa de morte no Brasil e em todas as regiões. Ao realizar a análise de toda a faixa etária de 20 a 59 anos, observa-se que os homicídios foram a primeira causa de morte para o sexo masculino no Brasil e em todas as regiões, seguidas de acidentes de transporte terrestre e doenças isquêmicas do coração

(BRASIL, 2011).

Em relação à morbidade, verifica-se no ano de 2012 até março de 2013, o Sistema Único de Saúde (SUS) registrou 876.813 internações, sendo 361.577 internações masculinas, compreendendo 41,2% do total de internações. As principais causas de internações masculinas no SUS são as doenças do aparelho respiratório, lesões por causas externas, doenças do aparelho circulatório e digestivo (BRASIL, 2013).

Fatores objetivos, subjetivos e culturais se somam para explicar este quadro de morbimortalidade masculina. Inicialmente, vale destacar que os homens buscam se associar ao gênero masculino. Um exemplo ilustrativo é a questão da sexualidade. A virilidade violenta, dominadora e de difícil controle é um elemento frequentemente associado à masculinidade. Promove-se assim a identificação desta com poder e violência, fato que legitimaria tanto os abusos e as práticas violentas masculinas como reforçaria a ideologia de que o homem não é totalmente responsável por suas ações (GIFFIN 2012).

Além disso, é necessário ressaltar os homens “...são educados, desde cedo para responder a expectativas sociais, de modo proativo, em que o risco não é algo a ser evitado, mas superado cotidianamente. A noção de auto-cuidado dá lugar a um estilo de vida destrutivo, a uma vida, em diversos sentidos, vulnerável” (MEDRADO, ET AL, 2000 P.14).

Apesar do alto custo social da virilidade e mesmo diante do quadro epidemiológico apresentado, a presença feminina por demandas aos serviços de saúde é soberana. Também é a cultura de gênero que faz com que as mulheres sejam as principais frequentadoras dos serviços de saúde devido aos fatores culturais ou sociais, visto que, de uma maneira geral as mulheres freqüentam as unidades no período gestacional e acompanham seus filhos e demais parentes nas instituições de saúde (LAURENTI, JORGE E GOTLIEB, 2005).

O próprio Ministério da Saúde afirma que os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, negando a possibilidade de adoecer, já que muitas vezes são os provedores da família, não podendo ausentar-se do trabalho. Assim, acessam o Sistema de Saúde por meio de atenção especializada, tendo como consequência o agravamento na morbidade, o que ocasiona maior custo financeiro.

Além disso, os homens possuem pouca disponibilidade para tratamentos contínuos e estão menos dispostos que as mulheres a alterar seus estilos de vida em prol de sua saúde, sendo necessária a garantia da promoção da saúde e a prevenção aos agravos evitáveis, através do fortalecimento da atenção primária (BRASIL, 2009).

É neste contexto que necessitamos compreender a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

## POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM.

Diante de um quadro inequívoco de adversidades para um segmento populacional e partindo da constatação que os homens frequentam menos os serviços básicos de saúde e sua inserção no sistema se dá por meio da atenção especializada, mais cara e mais voltada para as morbimortalidade, nos anos 2000 se conseguiu implementar uma política de saúde para o público masculino.

Leal, Figueiredo e Nogueira-da-Silva (2012) localizam a gênese desta política, através do Programa Mais Saúde, uma estratégia nacional formulada pelo Ministério da Saúde em 2008, que contemplava 73 medidas e 165 metas para a saúde. Dentre os eixos de intervenção do programa, eixo de Atenção à Saúde, que previa a implantação de ações específicas para a saúde do homem.

Os trabalhos para a elaboração da política foram precedidos por cinco seminários realizados no ano de 2008, com Sociedades Médicas, profissionais da saúde, pesquisadores, acadêmicos, representantes do CONASS e CONASEMS e de entidades civis organizadas para discutir os principais problemas de saúde que acometem os homens (idem, ibidem). A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem buscou “delinear caminhos que incentivem a procura pelos serviços de atenção primária, antes que os agravos requeiram atenção especializada” (BRASIL, 2008, pág 8).

Note-se que, diferente das políticas voltadas para as mulheres e para a população LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros) no Brasil, a política de saúde voltada para os homens não foi solicitada por movimentos sociais e sim pelo Estado e por profissionais de saúde. A ação governamental, que contemplasse a prevenção e promoção de saúde e contribuísse para o entendimento da realidade masculina inerentes aos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, possibilitando o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população (BRASIL, 2008), não foi, em sua gênese, idealizada por aqueles que seriam beneficiados por esta ação.

Durante a formulação da Política, questões foram vistas como necessárias para a inserção dos homens dentro das políticas de saúde: as barreiras institucionais (como por exemplo a dificuldade de ingressar em uma unidade de saúde que funciona em seu período de trabalho) e as sócio-culturais – descritas por nós nos itens anteriores (BRASIL, 2008).

A partir desta movimentação foram publicados os princípios e as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no ano de 2008 e a política oficialmente

lançada no ano seguinte, através de Portaria Ministerial (LEAL, FIGUEIREDO E NOGUEIRA-DA-SILVA, 2012, BRASIL, 2009).

Considerando as questões elencadas nos encontros delineadores dos princípios e diretrizes foram citados como elementos importantes a necessidade de alinhamento da PNAISH com a Política Nacional de Atenção Básica - porta de entrada do Sistema Único de Saúde – e o estímulo ao autocuidado (Brasil 2009), apontando a necessidade de alteração na forma com que o homem se posiciona de maneira objetiva no seu cotidiano.

Assim, a PNAISH apresenta como princípios a universalidade e equidade nas ações, humanização e qualificação na atenção à saúde do homem, co-responsabilidade quanto à saúde masculina entre governo e sociedade e orientação aos homens, familiares e comunidade sobre promoção, a prevenção, a proteção, o tratamento e a recuperação dos agravos e das enfermidades do homem. Estes princípios demandam a valorização e o respeito à ética e aos direitos do homem, o reconhecimento de suas particularidades sociais e culturais.

As diretrizes da política se baseiam na integralidade (assistência do usuário em todos os níveis de atenção e compreensão de que os agravos do indivíduo articulam-se também à sua condição social), organização dos serviços de modo a acolher e integrar os homens, hierarquização dos serviços, priorização da rede básica, reorganização dos serviços de saúde, de modo que estes possam também ser considerados “masculinos”, estimulando assim a presença e permanência do homem nos mesmos e integração da PNAISH às demais políticas e ações do Ministério da Saúde.

Deste modo, foram elencados como objetivos da política:

- I - promover a mudança de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família;
- II - captar precocemente a população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes;
- III - organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo o território brasileiro, a atenção integral à saúde do homem;
- IV - fortalecer a assistência básica no cuidado com o homem, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde;
- V - capacitar e qualificar os profissionais da rede básica para o correto atendimento à saúde do homem;
- VI - implantar e implementar a atenção à saúde sexual e reprodutiva dos homens, incluindo as ações de planejamento e assistência às disfunções sexuais e reprodutivas, com enfoque na infertilidade;
- VII - ampliar e qualificar a atenção ao planejamento reprodutivo masculino;
- VIII - estimular a participação e a inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, enfocando as ações educativas, inclusive no que toca à paternidade;
- IX - garantir a oferta da contracepção cirúrgica voluntária masculina nos termos da legislação específica;
- X - promover a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV;

- XI - garantir o acesso aos serviços especializados de atenção secundária e terciária;
- XII - promover a atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, e em situação carcerária, entre outros;
- XIII - estimular a articulação das ações governamentais com as da sociedade civil organizada, a fim de possibilitar o protagonismo social na enunciação das reais condições de saúde da população masculina, inclusive no tocante à ampla divulgação das medidas preventivas;
- XIV - ampliar o acesso às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e as enfermidades que atingem a população masculina;
- XV - incluir o enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações socioeducativas;
- XVI - estimular, na população masculina, o cuidado com sua própria saúde, visando à realização de exames preventivos regulares e à adoção de hábitos saudáveis; e
- XVII - aperfeiçoar os sistemas de informação de maneira a possibilitar um melhor monitoramento que permita tomadas de decisão (BRASIL, 2009).

Note-se que o primeiro objetivo, vincula-se a necessidade de uma mudança de paradigma, na qual possam ser repensadas as formas tradicionais do exercício da masculinidade e o homem possa se reconhecer como um sujeito que necessita de cuidados. Um segundo eixo importante dos objetivos refere-se à capacidade a rede de saúde em implementar esta política e atender aos homens de maneira diferente. E, embora tais ações estejam neste âmbito pensadas exclusivamente para espaços tradicionalmente masculino, muitas práticas – como discutiremos a seguir – tem reais possibilidades de serem incluídas nos espaços de saúde que tradicionalmente atendem mulheres e crianças, ressignificando o cuidado e o espaço dos homens nas unidades de saúde. Permitir ao homem informações e acesso sobre as questões que impactam em sua saúde através de dados compilados e valorizar uma ação de cuidados de saúde pautada na prevenção, constituem importantes inovações da política.

Inovações importantes também podem ser identificadas na Portaria Nº 2.773, de 19 de novembro de 2013, Emitida pelo Ministério da Saúde que dispõe sobre o repasse financeiro para a PNAISH. Esta portaria privilegiou o repasse de recursos para o “acesso e acolhimento dos homens nas unidades de saúde; os direitos sexuais e reprodutivos; paternidade e cuidado; promoção da saúde e prevenção de violências e acidentes; atenção integral às doenças prevalentes na população masculina; e prevenção do uso de álcool e outras drogas” (Brasil, 2013). Tratam-se de eixos importantes de ações, pelo potencial impacto que podem implicar para uma mudança de paradigma.

É preciso lembrar que a incorporação desta política vem sendo alvo de algumas críticas como, por exemplo, a implementação de serviços sem considerar o perfil da realidade do município, a pouca capacitação dos profissionais para sua efetivação, a ausência de dados sistematizados sobre os serviços realizados e a valorização dos procedimentos urológicos, em

detrimento de outros problemas que atingem a saúde dos homens (LEAL ET AL, 2013).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desta reflexão vimos que existe uma lógica na socialização masculina que é adversa à saúde. Trata-se de uma construção social, passível de modificação, já existindo o reconhecimento governamental para o enfrentamento desta realidade.

É preciso garantir elementos para o que o homem repense os modos de vida abusivos e auto-destrutivos impostos pelo padrão de masculinidade vigente. Para além de trabalhos específicos da PNAISH os demais âmbitos de atenção, que não atendem diretamente ao homem, podem ter uma postura receptiva e integrativa, contribuindo para a alteração do perfil epidemiológico atual. Trata-se de pensar em um novo modelo de vida, no qual o exercício da masculinidade não se traduza em adoecimento e morte, que pode ser facilmente incorporado nos espaços já existentes, mesmo os focados no atendimento de mulheres e crianças.

Existem atividades que impactam positivamente na saúde dos homens e podem ser desenvolvidos por equipes interdisciplinares em diferentes níveis de complexidade, com repercussões positivas também na saúde da mulher e da criança.

Uma inovação que deve ser considerada é a valorização do homem em suas ações reprodutivas e no cuidado com seus filhos. A discussão da paternidade afetiva (já prevista pela PNAISH) torna-se um exemplo da integração masculina no âmbito da assistência direcionada à saúde da criança e da mulher, podendo contribuir para a valorização de práticas de cuidado, constituindo um importante modo de divulgação positiva da masculinidade.

O estímulo ao exercício da paternidade no plano político obteve reconhecimento internacional com a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento do Cairo, em 1994 e a Conferência Mundial da Mulher, em 1995, promovidas pela Organização das Nações Unidas. Estas conferências enfatizaram a responsabilidade masculina no exercício da paternidade, sexualidade, saúde reprodutiva e a participação ativa destes nos cuidados com suas famílias, em uma perspectiva de igualdade de gênero.

A relação de cada homem com o exercício da paternidade é uma unidade complexa entre elementos singulares, individuais, sociais, subjetivos e objetivos. Deste modo, admitir as possibilidades de um papel próprio para o homem nas relações com seu filho, exige o repensar das relações sociais e de poder que se exercem no cotidiano (VILLAS, 1999). Admitir a possibilidade de que os homens possam desenvolver uma especificidade masculina

no processo de educação dos filhos, implica em desconstruir abordagens equivocadas que tratam o homem sempre como o algoz na relação de paternidade, abrindo possibilidades para que este também possa ser protagonista nos processos de cuidado infantil (MEDRADO, 1998). Implica também em reconhecer o lado positivo e o comportamento cuidadoso de vários homens e o potencial deles para adotar atitudes mais igualitárias, respeitosas e cuidadosas em seus relacionamentos (BARKER, 2002).

As práticas de atenção à saúde podem facilitar a modificação do papel de gênero no cuidado à saúde ou contribuir para a sua manutenção. Carvalho (2001) em uma reflexão sobre a participação do pai no nascimento dos filhos afirma que a maioria dos serviços públicos de pré-natal e maternidade na América Latina e Brasil, não consideram os homens em suas práticas. Desta forma, reforçam o afastamento dos homens dos cuidados com os filhos, ignoram as transformações sociais relativas à paternidade em voga e contribuem para uma sobrecarga feminina. Fica evidente em grande parte dos serviços públicos de saúde a lacuna de informações que existe a respeito da importância da participação do pai na vida de seus filhos. Muitas vezes, a retórica valoriza a sua presença, entretanto, não existe como contrapartida a oferta de saberes conhecimentos e práticas que efetivamente o incluam neste processo. Muitos profissionais não se sentem à vontade com a presença do pai, apresentando dificuldades para incluí-lo no serviço. O fato é que “... o pai ainda é visto principalmente como o acompanhante, pois o sistema ainda está longe de proporcionar um atendimento (...) voltado para a família...” (CRUZ, 2002, p. 85). Os pais ainda são tidos como visitas nas unidades de saúde. Sua experiência, dúvidas e temores são desconhecidos e por isso não são considerados como demandas e nem são atendidos pelos serviços (CARVALHO, 2001). O desconhecimento dos profissionais de saúde em relação às experiências dos homens/pais acaba por gerar o desenvolvimento de ações parciais, que desqualificam e afastam o homem na sua relação com seu filho, não reconhecendo sua importância em relação à saúde e desenvolvimento sócio-afetivo e emocional das crianças.

A inserção do homem no cuidado à saúde sexual e reprodutiva (tradicionalmente caracterizados como espaços de discussão femininos), faz-se necessária tanto para repensar o reducionismo da sexualidade humana à atividade sexual, quanto para possibilitar que o homem possa planejar a sua prole. A abordagem da sexualidade de uma forma mais ampliada pode estimular o homem a se reconhecer como sujeito sensível e demandante de cuidados, contribuindo para a desmistificação de invulnerabilidade, permitindo a prevenção dos agravos à saúde e tratamento precoce das enfermidades. O planejar o número de filhos e em que momento concebê-los estimula as tomadas de decisões compartilhadas e planejadas, bem

como equidade de gênero.

Divulgar dados e informações sobre o impacto do estilo de vida masculino, nas suas condições de saúde, contribui para a conscientização da necessidade de alteração de comportamentos geradores de agravos. A inclusão da discussão de gênero, identidade sexual, identidade étnico-racial e promoção de estilos de vida saudáveis podem estimular a revisão de práticas violentas, homofóbicas e a adesão de estilos de vida mais respeitosos com outros sujeitos e consigo mesmo. Além disso, a divulgação de imagens e atitudes positivas de homens em relações aos diversos cuidados em saúde possibilita sua adesão às práticas benéficas e a sua inclusão nos serviços de saúde. Acolher e incluir o homem nos atendimentos de familiares e demais pessoas integrantes do seu círculo social podem oportunizar seu comparecimento nos atendimentos profissionais direcionados para as suas necessidades específicas.

Ao longo deste estudo demonstramos como os estilos de vida influenciam nas condições de saúde e adoecimento, sendo os profissionais de saúde atores importantes na promoção, prevenção de agravos à saúde do homem, bem como sua inclusão no processo de cuidado e equidade de gênero, nos diversos níveis de assistência à saúde.

## REFERÊNCIAS

ARAUJO, Maria de Fátima; SCHRAIBER, Lilia Blima; COHEN, Diane Dede. 2011. Penetração da perspectiva de gênero e análise crítica do desenvolvimento do conceito na produção científica da Saúde Coletiva. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 15, n. 38, set. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832011000300015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000300015&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 28 maio 2012. Epub 30-Set-2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011005000039>.

BRASIL. 2013. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datasus). *Informações de saúde, demográficas e socioeconômicas*. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2773\\_19\\_11\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2773_19_11_2013.html)>. Acesso em: 28 de março 2014.

BRASIL. 2013. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.773, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2013. Dispõe sobre o repasse de recursos financeiros de custeio a Estados, Distrito Federal e Municípios para o fortalecimento e/ou aperfeiçoamento de iniciativas prioritárias da Política

Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 26 agosto 2013.

BRASIL. 2012. Relatório “Salário das mulheres permanece 28% inferior aos dos homens nos últimos três anos,” IBGE. Disponível em [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=2096](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2096), acessos em 19 de junho 2012.

BRASIL. 2010. Ministério da Saúde. Mortalidade do adulto no Brasil: taxas de mortalidade segundo o sexo, as causas e as regiões. Disponível em [http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/21/saudebrasil2011\\_parte1\\_cap7.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/21/saudebrasil2011_parte1_cap7.pdf). Acesso em 05 de setembro de 2013.

BRASIL. 2009. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; *Brasília, Diário Oficial da União*. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944\\_27\\_08\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html). Acesso em 31 de março de 2014.

BRASIL. 2008. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes; *Brasília*. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_homem.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf) Acesso em 31 de março de 2014.

BRASIL. 2008. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. INFOPEN. Dados consolidados. Disponível em <http://portal.mj.gov.br/main.asp?View={D574E9CE-3C7D-437A-A5B6-22166AD2E896}&BrowserType=IE&LangID=pt-br&params=itemID%3D%7BC37B2AE9-4C68-4006-8B16-24D28407509C%7D%3B&UIPartUID=%7B2868BA3C-1C72-4347-BE11->

BARKER, Gary. 2002. *AIDS: O que os homens tem a ver com isso?* Disponível em: <https://sistema.planalto.gov.br/spmulheres/textos/PROMUNDO/AIDS-oquequehomentemaver.doc> acesso em 19 de setembro de 2012.

CARVALHO, Maria Luiza. 2001. A participação do pai no nascimento da criança: as famílias e os desafios institucionais em uma maternidade pública. Rio de Janeiro, UFRJ. Dissertação de mestrado em psicologia. (mimeo)

COUTO, Marcia Thereza; GOMES, Romeu. 2012. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. *Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, out.* Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001000002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000002&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 12 ago. 2013.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000002>.

CONNELL, Robert. 1995. Masculinities. *Cambridge, UK: Polity Press*.

\_\_\_\_\_. 2013. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. *Revista Estudos Feministas [On-line] Santa Catarina Universidade Federal de Santa Catarina*, Pág 241-282 : [Data de consulta: 26 / agosto / 2013] Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=38126283020>> ISSN 0104-026X

CRUZ, Maria. Helena. Simão. 2002 O pai e a amamentação do filho. Um estudo exploratório com pais de classe média. [Dissertação de mestrado] Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira. (Mimeo).

GOMES, Romeu et al . 2013. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro*. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700030&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700030&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 12 ago. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700030>.

GIFFIN, Karen. 2012. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2002000700011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700011&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 28 maio 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700011>.

GIFFIN, Karen. 2012b. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1994000500010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000500010&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 28 maio 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1994000500010>.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA) 2012. Comunicado do Ipea - nº 157. Tendências demográficas mostradas pela PNAD 2011. *Rio de Janeiro, IPEA*. [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/121011\\_comunicadoipea157.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/121011_comunicadoipea157.pdf) Acesso em 19 de agosto de 2013.

LAURENTI R, BUCHALLA CM, MELLO JORGE MHP, LEBRÃO ML & GOTLIEB SLD 1998. Perfil epidemiológico da saúde masculina na Região das Américas: uma contribuição para o enfoque de gênero. *Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, São Paulo*.

LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. 2005. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro* , v. 10, n. 1. pág.35-46.

- LEAL, Andréa Fachel; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos; NOGUEIRA-DA-SILVA, Geórgia Sibeles. 2012. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro*, v. 17, n. 10.. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001000010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000010&lng=en&nrm=iso). access on 01 Sept. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000010>.
- LYRA, Jorge . “Paternidade adolescente: da investigação à intervenção” In:ARILHA, Margareth, UNBEHAUN, Sandra e MEDRADO, Benedito. *Homens e Masculinidades. Outras Palavras*. São Paulo: ECOS/ Editora 34, 1998. Pág.185-214.
- LYRA, Jorge. 2009. Gênero, saúde e análise de políticas: caminhos e (des)caminhos. *Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro*, v. 14,. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000400005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400005&lng=pt&nrm=iso). acessos em 28 maio 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000400005>.
- MACHIN, Rosana et al . 2011. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro*, v. 16, n. 1. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001200023&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200023&lng=pt&nrm=iso). acessos em 28 maio 2012.
- MARTINS, Aline de Carvalho e MELO, Fernanda dos Reis “Gênero: dimensão fundamental da saúde humana” (no prelo)
- MARX, Karl. 1978. Para a crítica à economia política. In.: *Coleção os pensadores*. São Paulo, Abril cultural.
- MEDRADO, Benedito. 1998. Homens na arena do cuidado infantil: imagens vinculadas pela mídia. In.: ARILHA, Margareth, RIDENTI, Sandra e MEDRADO, Benedito. (orgs ) *Homens e masculinidade: outras palavras*. São Paulo: Ecos editora. pág 145-162.
- MEDRADO, Benedito et al. Homens, por quê? Uma leitura da masculinidade a partir de um enfoque de gênero In: MAC, A. *Perspectivas em saúde e direitos reprodutivos*. Sem local: Fundação MacArthur, 2000.
- SCHRAIBER, Lilia Blima et al . 2012. Homens, masculinidade e violência: estudo em serviços de atenção primária à saúde. *Rev. bras. epidemiol., São Paulo*, v. 15, n. 4. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2012000400011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000400011&lng=pt&nrm=iso). acessos em 12 ago. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000400011>.

SCOTT, Joan Wallach. 1995. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. *Educação e realidade*, v. 20, n. 2, pág. 71-99..

VILLAS, Alejandro. 1999. Sexualidad, reproducción y paternidad: una introducción al análisis de la demanda social em las relaciones de genero. In.:SILVA, Dayse (org) *Novos contornos do espaço social: gênero, geração e etnia*. Rio de Janeiro, UERJ, pág 7-22.

# DIVERSIDADE SEXUAL E CUIDADO EM SAÚDE: A POLÍTICA DE SAÚDE LGBT

Marco José de Oliveira Duarte (1)

## INTRODUÇÃO

Este trabalho tem por objetivo trazer alguns elementos analisadores a partir de uma pesquisa sobre a associação do campo da saúde e saúde mental em relação a diversidade sexual. Para tanto é necessário contextualizar, a partir da análise documental, as referidas políticas públicas de saúde e saúde mental, para observarmos como se situa a transversalidade do tema da diversidade sexual para o referido campo da produção de cuidado em saúde e saúde mental.

Toma a questão da orientação sexual e das expressões das identidades dos gêneros, para além do binarismo imposto pela heteronormatividade e cissexismo, como determinante social do processo saúde-doença/sofrimento-cuidado que se coloca como eixo estruturante da construção de uma política nacional de saúde integral para a população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT), no que se refere as discriminações, esteriótipos, preconceitos, estigmas e medos como agravantes e atenuantes para esses sujeitos nos cenários de cuidado em saúde em instituições concretas em diferentes níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS).

## O CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE E A QUESTÃO DA DIVERSIDADE SEXUAL

Assim, nosso recorte inicial tem como parametro e como referência legislativa, a Constituição Federal de 1988 e as Leis 8.080/90 e 8.142/90 que insituem, no âmbito do Estado brasileiro, o Sistema Único de Saúde, com seus princípios e diretrizes. Neste bojo a institucionalidade da Lei 10.216/01 que formaliza a nova política de saúde mental, que antes do aparato legal já vinha sendo desenvolvida no campo prático e político da saúde mental em diversas cidades e estados.

Em todos os documentos acima o conceito de saúde não se opera pelo modelo biomédico nem mesmo corrobora pela definição veiculada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) - agência subordinada à Organização das Nações Unidas (ONU) criada no final da Segunda Guerra Mundial, em 1948 (2) - que no seu documento de fundação afirma que

saúde é “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Mesmo que possa parecer um salto conceitual romper com a leitura biologicista, medicalizante, prescritivo e curativo que tem como foco a “ausência de doença ou enfermidade” no corpo, o “completo estado de bem-estar físico, mental e social” é idealista, utópico e inatingível. Por pressupor uma existência sem angustias ou conflitos inerentes à própria história de cada ser humano e de cada sociedade e por outro, ao reforçar a ordem médica em tudo que é considerado perigoso, insesejável e desviante se torna passível de intervenção e cuidado médicos para se restabelecer a normalidade e a normatização do corpo assujeitado do outro justificando práticas arbitrárias de controle e exclusão sociais, tais como medicalização, psiquiatrização e psicologização das relações sociais.

O conceito de saúde, todavia, está intrinsecamente articulado a produção de subjetividade, sendo que esta é inerente e inseparável à definição do processo saúde-doença, seja historicamente, na concepção restrita acima, ou mesmo no seu sentido ampliado contemporâneo, como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986: 4) (3).

Posteriormente, essa definição embasou o processo constituinte na elaboração da Constituição Cidadã, e na seção II (da Saúde), no Art. 196, entendida como “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Já no Art. 198, dentre as três diretrizes do sistema, destacamos apenas duas para o nosso estudo, o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”; e a “participação da comunidade”. Acrescenta que a Carta Magna tem como princípio basilar a dignidade humana e a pluralidade (CF, artigo 1º, III e V).

No sentido de regulamentar o capítulo constitucional do direito à saúde foram promulgadas as Leis 8.080/90 e a 8.142/90 que afirmam tais diretrizes, como o conceito ampliado de saúde e conformam diversos princípios, com destaque para o exposto no Cap. II, Art. 7º, alínea IV, sobre a “igualdade da assistência à saúde, *sem preconceitos* ou privilégios de qualquer espécie” (grifos nossos). Neste sentido todos os documentos acima, no seu estatuto legal, tratam das seguintes temáticas: a saúde como direito social, a universalidade do

acesso, a igualdade e equidade do acesso e do tratamento, redução de danos e riscos, a integralidade do cuidado e a participação social.

No entanto, pressupõe que esses temas se fazem presentes na construção desta política pública e na realidade concreta do SUS, de forma contraditória, ou seja, no encontro entre seus trabalhadores e usuários nos serviços de saúde e na gestão participativa e democrática entre os agentes que implementam, avaliam e controlam as ações planejadas do setor saúde.

Afirmado as mesmas diretrizes e princípios do SUS, a política pública de saúde mental, expressa na Lei 10.216/01, em seu Art 2º registra os diversos direitos dos seus usuários, destacamos o que se coloca na alínea II, quando afirma “ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade” e da alínea VIII, quando o mesmo deve “ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis”.

A partir deste quadro comparativo e complementar das políticas públicas de saúde e saúde mental, para o campo da Saúde Coletiva e não para o saber biomédico em si, mas sabendo que este é constitutivo do referido campo, a temática da diversidade sexual, como expressão das singularidades de sujeitos auto-identificados como lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) surgem neste contexto, tanto de forma transversal até a configuração de uma política nacional de saúde integral de LGBT pelo Ministério da Saúde.

A aparição desse segmento da população usuária do SUS, durante muito tempo e ainda se mantém, restringiu-se ao campo da Aids/Hiv. Primeiro pela necessidade de organização dos movimentos sociais LGBT organizados na década de 1980 em responder prioritariamente a epidemia da Aids, e segundo, por ocupar a gestão, pela forma da participação e controle social, desde 1986, com a criação do Programa Nacional de DST e Aids - hoje, Coordenação Nacional de DST/Aids, reforçado como espaço privilegiado de intervenção e militância, muito mais, pela constituição do SUS a partir de 1990.

## POLÍTICAS, DIREITOS E SAÚDE LGBT

Em 2004, portanto, o governo federal lança o Programa Brasil Sem Homofobia (BSH), mas sem financiamento público, no sentido de atender as demandas dos movimentos sociais LGBT, com relação as suas vulnerabilidades específicas desse segmento populacional, submetidos as diversas formas de preconceito, discriminação e marginalização, inclusive nos territórios dos serviços técnico-assistenciais de saúde, nos seus diversos níveis de atenção e

cuidado. Não podemos esquecer das diversas resistências dos trabalhadores da saúde com relação aos atendimentos e procedimentos técnico-operativos com LGBT infectados pelo Hiv/Aids, em particular, a expressão “peste gay” e todo uma gama de preconceitos, violências e mortes que esses sujeitos foram tratados pela sociedade em geral.

No respectivo programa BSH, no campo da saúde, há sinalizadas três ações, e talvez, a principal delas seja

a formalização do Comitê Técnico de Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais, do Ministério da Saúde (4), com o objetivo de estruturar uma Política Nacional de Saúde para essa população. As outras duas reportam-se à produção de conhecimentos sobre saúde da população LGBT e à capacitação de profissionais de saúde para o atendimento a essa população. (BRASIL, 2004a) (5).

Entretanto, cabe destacar uma série de Portarias do Ministério da Saúde que são lançadas em seguida e que colocam esse segmento populacional como portadores de direitos e cidadania no campo da saúde, tais como a Portaria GM Nº. 426, de 22 de março de 2005, que institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida; A Portaria GM Nº 675, de 30 de março de 2006, que aprova a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o país e a Portaria GM Nº. 1.707, de 18 de agosto de 2008, que instituiu, no âmbito do SUS, o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, em decorrência, tardiamente, da Resolução do Conselho Federal de Medicina Nº. 1.652/2002, que em maio de 2002 permitiu a realização de cirurgia de redesignação sexual do/a transexual ou transgenitalização, já em curso no país de forma clandestina.

Em 2008, portanto, é realizado a I Conferência Nacional LGBT, e “das 559 propostas consolidadas no Relatório Final, 167 correspondem à área da saúde. No referido documento, temos um total de 166 estratégias de ação, destas, 48 dizem respeito ao campo da saúde” (DUARTE, 2011:90). Oriundo deste produto final da Conferência, o governo federal, em 2009, institui o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT, através da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República. Mas somente em 2010 temos aprovado a versão final da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (BRASIL, 2010), depois de um processo longo e demorado de debates e pactuações entre os atores necessários, inclusive com o Conselho Nacional de Saúde, que tem, segundo Mello (2012), “uma ausência de referência explícita a transexuais” (op. cit; 16) em sua Comissão

Intersetorial de Saúde da População LGBT e a retomada e reestruturação do Comitê Técnico de Saúde da População de LGBT no âmbito do Ministério da Saúde.

No entanto, a despeito dos ditos avanços no campo dos direitos sexuais para LGBT na saúde e não exclusivamente neste setor, mas a construção de uma política pública para a população LGBT, no tocante ao reconhecimento dos efeitos da discriminação, do preconceito e da exclusão destes sujeitos em diversos segmentos sociais e, em particular, aos agravos e danos a esses sujeitos no processo saúde-doença, ainda, deparamo-nos com serviços de saúde com determinados discursos e práticas que colocam uma distância e um hiato entre o que está no papel, como vimos anteriormente, e o que se efetiva e concretamente se faz no cotidiano do cuidado à saúde de LGBT.

Cabe destacar que muitos ao insistirem em enquadrá-los/as no lugar próprio da patologia, do desvio e da segregação social, mesmo que não os/as sejam (6), esse discurso de forte conteúdo higiênico e moralista foram impostos não só pelo viés do conservadorismo da ordem médica, em particular a psiquiátrica (DUARTE, 2014), desde que a questão da orientação sexual foi retirada da tutela policial por afetar à ordem pública, mas também, pela esquerda stalinista, quando muitos homossexuais foram exilados, mortos ou presos e torturados, sob o rótulo que se enquadravam no “desvio pequeno burguês”, como até mesmo como enquadrados como “pecaminoso” (SEFFNER, 2011, p. 67) pelo viés de um certo fundamentalismo religioso presente na sociedade e conseqüentemente pelo credo de alguns profissionais da saúde.

Por outro lado, as ambigüidades dos espaços vêm a tona quando temos recursos tecnológicos de educação em saúde, principalmente, nos serviços da atenção básica, em particular pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), como por exemplo, com o Cadernos de Atenção Básica (CAB) (7) que no seu número 26 (BRASIL, 2010a), ao tratar do tema da saúde sexual e saúde reprodutiva, apresenta um capítulo específico sobre diversidade e um sub-capítulo sobre a população LGBT. No entanto, apesar de apresentar a temática da diversidade sexual, ela é tímida e nem sequer trata da referida política de saúde à essa população.

Além do mesmo vir de cima pra baixo e não identificarmos nenhum tipo de capacitação que contemple as equipes técnicas da ESF, incluindo os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), quiçá no território, em que se dão articulações diversas, intersetoriais e com possibilidades de construção de rede de atenção e cuidado à saúde desta população. Isso revela, também, a ausência de efetivação da política nacional de educação permanente do SUS junto aos seus/suas trabalhadores/as.

De forma diferente, portanto, vem acontecendo no setor da educação, através do Ministério da Educação (MEC), em parceria com a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) e com a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) que vem patrocinando e promovendo esses tipos de cursos, presencial e semi-presencial, com a temática da diversidade, gênero e sexualidade e relações étnico-raciais, por intermédio das universidades, mesmo com a suspensão do kit-anti-homofobia, de um outro projeto encabeçado pelo MEC, escola sem homofobia, que foi suspenso pelo governo federal.

Infelizmente sabemos que as situações de discriminação e preconceito institucional, bem como o despreparo e a falta de conhecimento sobre identidade ou expressão de gênero e orientação sexual, o completo descaso e ignorância formam o cerne da questão e que muito ainda há que ser feito para reverter minimamente os efeitos de anos de exclusão e invisibilidade.

Ao longo dos anos, desde 1988 e da implantação do SUS, houve muitos acertos em suas ações, mas também muitos obstáculos demarcados por cenas e discursos preconceituosos que, de acordo com níveis de intensidade distintos, discriminam, estigmatizam, violentam e excluem pessoas pelas mais variadas categorias, seja classe social, raça, etnia, identidade de gêneros, orientação sexual, relação intergeracional ou estética corporal (PERES, 2010, p. 309).

Apesar dos relatórios das duas últimas Conferências Nacionais de Saúde e da última de Saúde Mental apontarem para necessidade da formação/capacitação continuada, como propiciadora de acesso ao conhecimento sobre a temática da diversidade sexual, e apesar de alguns Conselhos Profissionais da saúde, como o de Medicina, Psicologia e Serviço Social terem deliberações próprias para a inibição das práticas discriminatórias sobre a população LGBT, compete ao Ministério da Saúde, como sinalizado no Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (2012 – 2015) essa tarefa institucional (BRASIL, 2011b), deliberada pelo conjunto da população LGBT na I Conferência Nacional LGBT, de 2008, e que foi reafirmada, por sua lacuna ainda existente, na II Conferência, em 2011, quando da sistematização das suas diretrizes (BRASIL, 2011a).

Embora seja verdade que a ausência da temática da diversidade sexual é presente em muitos outros setores da saúde, se articulada com a perspectiva dos direitos sexuais no campo dos direitos humanos em saúde, o tema, portanto, continua visível e operativo, reincidentemente, para a capacitação dos profissionais da área e nas campanhas de prevenção de HIV/AIDS, em decorrência dos efeitos acumulativos da presença da militância LGBT desde os anos 1980, tendo em vista ser o “grupo de risco” mais focado por conta das suas práticas sexuais discriminadas, incluindo aí HSH.

Mas se por um lado, foi nesse campo que a temática da diversidade sexual estreou no cenário das práticas de saúde em geral, hoje, ele se amplia junto com o processo transexualizador do SUS, apesar de se limitarem nestes escopos, mas também se associam de forma transversal, as outras políticas nacionais do Ministério da Saúde, como jovem e adolescente, da mulher, do homem, de humanização e da população negra, bem como, estrategicamente, no Programa de Saúde na Escola, e como vimos, na ESF, na publicação Cadernos da Atenção Básica, para citar algumas. O que já é um avanço, mas tímido, no que concerne à temática da orientação sexual e as expressões das identidades de gênero.

Desta forma, a experiência acumulada mais em decorrência da epidemia de HIV/AIDS, e recentemente, com o processo transexualizador, vem possibilitando a quebra de paradigmas biomédicos na abordagem à saúde da população LGBT, fazendo com que muitos profissionais refizessem, em outro patamar, a relação com seus usuários/as, repensassem a inter-relação entre promoção da saúde e outros direitos humanos, incluindo os direitos sexuais e reprodutivos, introduzindo outros determinantes sócio-culturais no processo saúde-doença/sofrimento-cuidado, como da orientação sexual e identidade de gênero, e mesmo o estigma e o preconceito resultantes, e em decorrência destes, o enfrentamento a iniquidade em saúde, podendo produzir novas tecnologias e linhas de cuidados à saúde deste segmento, levando, em consideração, o conceito ampliado de saúde e de clínica ampliada, ao perceber que o adoecimento e o sofrimento de LGBT podem ser agravados quando correlacionados ao seu modo de vida.

O direito à saúde integral para essa população requer o redimensionamento dos direitos sexuais e reprodutivos, demandando a desnaturalização da sexualidade e de suas formas de manifestação, bem como a recusa à medicalização da sexualidade, que tende a normatizar as expressões da sexualidade humana segundo a lógica heteronormativa e da linearidade na determinação do sexo sobre o gênero. Isso implica considerar outros discursos sobre a sexualidade humana como legítimos, inclusive como ferramenta crítica ao saber/poder médico que tende a patologizar e medicalizar as diferenças que denunciam a não naturalidade, no humano, dos processos constitutivos e das práticas sociais e relacionais vinculadas à sexualidade (LIONÇO, 2008, p. 18).

No entanto, sinalizamos alguns desafios, por nós encontrados, quanto ao rompimento com certos tabus presentes no cotidiano das instituições de saúde, e em particular, um deles se coloca na ordem do medo. Tanto do lado do profissional quanto dos usuários/as, quando se tem que dizer alguma informação quanto a determinados assuntos ligados à sexualidade. É observável que impera um silêncio ou mesmo um interdito sobre o tema das práticas sexuais.

A nosso ver, isso demonstra que mesmo que o cuidado em saúde esteja intrinsecamente ligado ao contato interpessoal entre o profissional e o/a paciente, há um

encontro intercessor, já que o processo de trabalho em saúde depende desses dois sujeitos, na perspectiva da integralidade. Observa-se que não é em qualquer lugar que se fala sobre isso, nem é para qualquer um que se permite essa abertura de diálogo, exceto para os campos de HIV/AIDS e no processo transexualizador.

Por outro lado, e frisamos, há uma ignorância ou preconceito por parte dos profissionais da saúde, independente de sua área de conhecimento, em abordar questões ligadas à sexualidade revelada, mesmo que dissidente, ou em lidar com um “corpo diferente”, alterações corpóreas. O estranhamento, muitas vezes, cria resistência e repulsa em ambos os agentes na atenção à saúde, quando não há também omissão ou indiferença. E isso interfere em muito na produção do cuidado, no projeto terapêutico singular, na conduta. As situações vexatórias, os olhares curiosos, certas brincadeiras de mau-gosto, atitudes preconceituosas e discriminatórias são reais e presentes no contexto assistencial do cuidado em saúde (DUARTE, 2014b).

O lidar com a diferença e a singularidade dos sujeitos LGBT não se limita aos muros das instituições da saúde, no entanto, promover o respeito à diversidade é orgânico aos padrões civilizatórios de uma sociedade justa e solidária, todas as profissões da saúde, mesmo aquelas que até agora não se pronunciaram quanto a isso, em seus fóruns de deliberação, devem assumir coletivamente o compromisso de contribuir com essa mudança, no caso, a partir da saúde, compreendendo a diferença como uma pluralidade enriquecedora das relações sociais.

Essas diferenças não podem continuar sendo usadas como instrumento para perpetuar tratamentos desiguais e discriminatórios e sim a emancipação humana. A existência das mais variadas formas de diversidade, portanto, deve ser vista e trabalhada como própria da condução humana. Somos diversos e plurais e nisso reside à democracia e a garantia dos direitos sexuais e humanos.

## CONSIDERAÇÕES CONCLUSIVAS SOBRE A SAÚDE LGBT EM TELA

Em síntese, podemos aferir que a *Política de Saúde LGBT* (BRASIL, 2011c), instituída pelo Ministério da Saúde, tem como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT. Suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para mudanças na determinação social da

saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais. (BRASIL, 2010b, p. 4)

Assim, as ações contidas nos documentos oficiais têm, como diretriz, a perspectiva de eliminar a discriminação e a marginalização, para tanto, a referida política provoca a inclusão dos quesitos de identidade de gênero e de orientação sexual nos formulários, prontuários e sistemas de informação em saúde; A ampliação da participação dos movimentos sociais LGBT nos conselhos e conferências de saúde; O incentivo à produção de pesquisas científicas, inovações tecnológicas e compartilhamento dos avanços terapêuticos; A garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e o respeito ao direito à intimidade e à individualidade; O estabelecimento de normas e protocolos de atendimento específicos para as lésbicas e travestis; A manutenção e fortalecimento de ações da prevenção das DST/AIDS, com especial foco nas populações LGBT; O aprimoramento e ampliação do Processo Transexualizador do SUS; A implementação do protocolo de atenção contra a violência, considerando as identidades de gênero e a orientação sexual, bem como a notificação compulsória pelas unidades de saúde; A garantia do uso do nome social; O reconhecimento do/a parceiro/a de mesmo sexo como família;

Ainda há muito a ser feito para promover o respeito à diversidade sexual no que se refere à conquista de uma sociedade justa e solidária, e, particularmente, pela democracia sexual. Nesse sentido, as profissões da saúde, seus/suas trabalhadores/as e os sujeitos-usuários-cidadãos/ãs de direito devem estar cientes do seu papel na luta por esse objetivo. Assim, há que se assumir coletivamente – trabalhadores da saúde e movimentos sociais LGBT e tantos outros no campo da diversidade e da diferença - de contribuir com a construção desta nova sociedade que não tolere a desigualdade que oprime, inferioriza, hierarquiza e até mata.

Quebrar os paradigmas e superar os tabus é uma das missões dos/as profissionais comprometidos com o atendimento de demandas da maioria da sociedade e com uma formação profissional (graduação e pós-graduação, na extensão e na pesquisa) crítica e propositiva, na qual se inserem, transformando essa mesma sociedade, dotando-a de conhecimento para a promoção do respeito às diferenças. Portanto, essas diferenças não podem continuar sendo usadas como *instrumento*, também, de repressão, para perpetuar tratamentos desiguais e discriminatórios e sim a emancipação humana. Assim, a existência das mais variadas formas de diversidade devem ser vista e trabalhada como própria da condução humana, e nisso reside a democracia e a unidade no diverso.

## NOTAS

- (1) Assistente Social, Sanitarista. Mestre e Doutor em Serviço Social. Professor Adjunto da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e do Pós-Graduação Lacto Sensu - Especialização em Serviço Social e Saúde da UERJ. Coordenador do Núcleo de Estudos, Pesquisas e Extensão em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (NEPS), do PROAFRO-CCS/UERJ, do PET-Saúde-Redes-RAPS da UERJ, do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UERJ e Pesquisador do Laboratório Integrado em Diversidade Sexual e de Gênero: Políticas e Direitos (LIDIS) da UERJ.
- (2) Cabe sinalizar que neste mesmo ano, 1948, obtivemos a Declaração Universal dos Direitos Humanos, pela mesma ONU.
- (3) Definição deliberada na VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília, em 1986 (BRASIL, 1986).
- (4) Ver detalhadamente a esse respeito: BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM Nº. 2.227*, de 14 de outubro de 2004
- (5) Cf. em MELLO, L. et al. (Orgs). *Políticas Públicas para a população LGBT: Um mapeamento crítico preliminar*. Goiânia: Ser-tão – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gênero e Sexualidade da FCS/UFG, 2010, p.8; MELLO, L et al. (Orgs). Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. In: *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*. n. 9, p. 7–28, dec. 2011b, p. 14 e DUARTE, M. J. de O. Diversidade Sexual e Política Nacional de Saúde Mental: contribuições pertinentes dos sujeitos insistentes. *Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*. Rio de Janeiro: Faculdade de Serviço Social da UERJ, n. 28, vol. 9, p. 83–115, dezembro de 2011, p. 90-1.
- (6) Salientamos que tanto no CID 10 como no DSM-IV e DSM-IV-RT o desaparecimento do homossexualismo enquanto categoria de patologização médica, embora, encontrem-se ainda no CID 10 as categorias transexualismo (F64.0) e travestismo (F64.1) como transtorno de identidade sexual, que nos DSM-IV são tratados como transtorno de identidade de gênero (F64) e que é assim comumente tratado nas instituições médicas, como do consenso na área quanto aos mesmos critérios diagnósticos tanto pela CID-10 quanto dos DSM-IV a esses usuários quando do processo terapêutico e transexualizador do SUS. No entanto, emerge um movimento internacional de despatologização da transexualidade e da travestilidade para o reconhecimento dos direitos e cidadania desses segmentos “Ts” pelas expressões da identidade de gênero, no campo da saúde coletiva.

(7) Trata-se de uma brochura elaborada pelo Ministério da Saúde para o trabalho de educação em saúde na atenção básica – Estratégia de Saúde da Família. Da Série A. Normas e Manuais Técnicos. Disponível em:

[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abacad26.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abacad26.pdf)

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases (DSM-IV-TR): text revision*. 4th ed. text revision. Washington (DC): APA, 2000.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases (DSM-IV)*. 4th ed. Washington (DC): APA, 1994.

BRASIL. *Anais da 2ª Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos para LGBT*. Brasília: SDH/PR, 2011a.

\_\_\_\_\_. *Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (2012 – 2015)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

\_\_\_\_\_. Portaria GM Nº 2.836 de 1 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica (CAB), n. 26: Saúde sexual e saúde reprodutiva*. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

\_\_\_\_\_. *Política Nacional de Saúde Integral de LGBT*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b.

\_\_\_\_\_. *Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT*. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria GM Nº. 1.707*, de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. *Portaria GM Nº 675*, de 30 de março de 2006. Aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o país. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. *Portaria GM N.º 426*, de 22 de março de 2005. Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. *Brasil Sem Homofobia*: programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria GM N.º 2.227*, de 14 de outubro de 2004. Dispõe sobre a criação do Comitê Técnico para a formulação de proposta da política nacional de saúde da população de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais - GLTB. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b.

\_\_\_\_\_. *Lei Federal N.º 8.080*, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF, 1990.

\_\_\_\_\_. *Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 1986.

\_\_\_\_\_. *Constituição da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 1988.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução N.º 1.652/2002*, de maio de 2002. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalização e revoga a Resolução CFM 1.482/97. Disponível em [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1652\\_2002.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1652_2002.htm) Acesso em: 20 jun. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Resolução N.º 01/1999*, de 22 de março de 1999. Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da orientação sexual. Disponível em: [http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999\\_1.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf). Acesso em: 20 jun. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. *Resolução N.º 489/2006*, de 3 de junho de 2006. Estabelece normas vedando condutas discriminatórias ou preconceituosas, por orientação e expressão sexual por pessoas do mesmo sexo, no exercício profissional do assistente social, regulamentando princípio inscrito no Código de Ética Profissional. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/pdf/resolucao\\_4892006.pdf](http://www.cfess.org.br/pdf/resolucao_4892006.pdf). Acesso em: 20 jun. 2011.

DUARTE, M. J. de O. Cuidado de si e diversidade sexual: Capturas, rupturas e resistências na produção de políticas e direitos LGBT no campo da saúde. In: RODRIGUES, A et al. (Orgs). *Transposições: Lugares e fronteiras em sexualidade e educação*. Vitória: EdUFES, 2014a.

\_\_\_\_\_. Saúde, cuidado e diversidade sexual: A temática da transexualidade na atenção básica em saúde. In: COELHO, M. T. A. D.; SAMPAIO, L. L. P (Orgs). *Transexualidades: Um olhar multidisciplinar*. Salvador: EdUFBA, 2014b.

\_\_\_\_\_. Diversidade sexual e política nacional de saúde mental: contribuições pertinentes dos sujeitos insistentes. *Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*. Rio de Janeiro: Faculdade de Serviço Social da UERJ, n. 28, vol. 9, p. 83–115, dezembro de 2011.

LIONÇO, T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. In: *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, vol. 17, n. 2, p. 11-21, 2008.

MELLO, L. et al. (Orgs). Políticas públicas para a população LGBT: Um mapeamento crítico preliminar. Goiânia: Ser-tão – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gênero e Sexualidade da FCS/UFG, 2010. Disponível em <<http://www.sertao.ufg.br/politicaslgbt/index>> Acesso em 19 de maio de 2011.

\_\_\_\_\_. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. In: *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*. n. 9, p. 7–28, dec. 2011b. Disponível em <<http://www.redalyc.org/pdf/2933/293322075002.pdf>> Acesso em 14 de dezembro de 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: OMS; 1993.

PERES, W. S. Travestis, Cuidado de Si e Serviços de Saúde: Algumas reflexões. In: COSTA, H. et. al. (Orgs) *Retratos do Brasil Homossexual*: Fronteiras, subjetividades e desejos. São Paulo: EdUSP, Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2010.

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA. *Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero*. Disponível em: [http://www.clam.org.br/pdf/principios\\_de\\_yogyakarta.pdf](http://www.clam.org.br/pdf/principios_de_yogyakarta.pdf). Acessado em 23 de maio de 2011.

SEFFNER, F. “Composições (com) e resistências (à) norma: pensando corpo, saúde, políticas e direitos LGBT”. In: COLLING, L. (Org.) *Stonewall 40 + o que no Brasil?* Salvador: EdUFBA, Coleção Cult (9), p. 57-78, 2011.

## TRABALHO INTERSETORIAL E REDE DE APOIO AO IDOSO DEPENDENTE: RECONHECENDO DESAFIOS A PARTIR DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Aldarice Pereira da Fonseca

Maria Elisabeth Kleba

O crescimento elevado da população idosa em nível mundial tem produzido mudanças significativas nas demandas relacionadas as políticas sociais, com consequências diretas na organização e na oferta de serviços assistenciais. Uma destas mudanças diz respeito ao aumento das doenças crônicas degenerativas, com impacto nas condições de vida dos idosos e suas famílias e implicações diretas aos setores da saúde e da assistência social. A Organização Mundial da Saúde define como idosa a pessoa que tem idade igual ou superior a 60 anos em países em desenvolvimento e 65 anos ou mais em países desenvolvidos. Há um crescimento importante desta faixa etária no Brasil e no mundo; espera-se que em 2050 o Brasil seja o sexto país em número de idosos (BRASIL, 2006).

O processo de envelhecimento da população teve início no final do século XIX em alguns países da Europa Ocidental, acompanhando melhorias nas condições sanitárias e de vida dos diferentes grupos sociais, fenômeno percebido posteriormente em países de outros continentes, inclusive no Brasil. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009) revelam que existem no Brasil cerca de 20 milhões de pessoas com 60 anos de idade ou mais, equivalendo a 10,5% do total da população. Este número expressivo se deve, principalmente, à diminuição das taxas de natalidade, melhora das tecnologias em saúde, bem como das condições sociais, permitindo que o percentual de idosos aumentasse significativamente. Entretanto, viver mais não significa, necessariamente, viver com qualidade. Registra-se um crescimento expressivo de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, que traz a prerrogativa do cuidado permanente e resulta em diferentes custos para a população idosa. Além disso, embora muitos continuem no mercado de trabalho, ou mesmo estejam retornando para ele, um número expressivo de idosos não possui rendimentos ou tem seus rendimentos reduzidos.

O envelhecimento da população vem acarretando mudanças em várias dimensões da vida em sociedade, seja no trabalho, no direito, na política, na cultura, na economia, na educação, seja em relação aos serviços, entre outros. Na atividade econômica, por exemplo, há projeções de que em 2030, a relação será de 30 pessoas idosas para cada 100 com idade entre 15 e 59 anos e que em 2040 a razão chegará a 43 para cada 100 (BATISTA et al, 2009).

Embora a criação de novas leis oriente estratégias de proteção ao idoso no Brasil, o que mostra certa preocupação por parte do poder público com esta faixa etária, poucas ações têm sido efetivadas no sentido de viabilizar o exercício dos direitos que estas asseguram. A atuação governamental nessa direção ainda é pequena. Mesmo iniciativas privadas estão, em sua maior parte, mais direcionadas para o assistencialismo, levando a uma tendência de afastamento do idoso de atividades que lhe possibilitavam convivência social, favorecendo seu isolamento. Ocorre uma imposição de padrões estéticos de produtividade e de socialização, direcionando para um processo de exclusão do idoso (MENDES et al, 2005).

A situação é ainda mais preocupante quando focamos a prerrogativa da dependência – que tende a aumentar com a idade –, tanto em relação à realização de atividades fora do espaço domiciliar, que se constituem atividades instrumentais da vida diária (pegar um ônibus, ir ao banco, fazer compras, entre outras), quanto atividades básicas (como realizar a higiene, alimentar-se, vestir-se). Dados coletados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD IBGE 2003), que levantou as condições de saúde da população, mostraram que cerca de 13,5% dos idosos – correspondendo a 2,3 milhões de brasileiros – apresentavam dificuldades para lidar com algumas atividades básicas da vida diária, como comer, tomar banho ou ir ao banheiro (BATISTA et al, 2009).

Essa realidade requer das políticas públicas ações inclusivas que dêem suporte e assistência, na perspectiva de garantir os direitos dessa população que deixa de fazer parte da escala produtiva e passa a fazer parte de uma parcela que depende de apoio familiar, comunitário e social (BRASIL, 2006). No Brasil, a garantia dos direitos do idoso está prevista pela Constituição Federal e, mais especificamente, pela Política Nacional do Idoso, aprovada em 1994 pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome, pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, instituída em 1999 pelo Ministério da Saúde (atualizada em 2006) e pelo Estatuto do Idoso, aprovado em 2003. Em 2013, é assinado o decreto 8.114, que estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo, visando unir esforços entre poder público e sociedade civil, em prol da “valorização, promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa” (BRASIL, 2013, p. 1).

Entretanto, a efetivação dos direitos instituídos nestes documentos requer da gestão pública e da sociedade civil diálogos que possibilitem uma perspectiva integral dos cuidados endereçados aos idosos e seus cuidadores, potencializando iniciativas e fortalecendo os existentes na comunidade, seja de grupos autônomos, seja de organizações, seja institucionais. Requer ainda maior diálogo dos setores da administração pública mais diretamente implicados com esta temática – a saúde e a assistência social – na perspectiva da interdisciplinaridade e

da intersectorialidade, tanto na formulação e no desenvolvimento de ações e estratégias que impactem favoravelmente na autonomia dos idosos e seus familiares, quanto no fortalecimento da rede de apoio e proteção ao idoso dependente.

Este trabalho teve como foco o reconhecimento da percepção de idosos dependentes sobre sua qualidade de vida, bem como a identificação da rede de apoio e proteção a estes idosos, tendo como referência o território de um centro de saúde da família do município de Chapecó.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de casos, envolvendo idosos dependentes da área de abrangência de um dos 27 centros de saúde da família do município de Chapecó. O município de Chapecó situa-se a aproximadamente a 600 Km da capital do estado de Santa Catarina e conta com cerca de 180 mil habitantes. Desde 1995, tem adotado a Estratégia Saúde da Família como opção prioritária na organização da atenção básica, a qual cobre atualmente mais de 75% da população.

Os idosos incluídos na pesquisa foram primeiramente mapeados através dos registros existentes no referido centro de saúde, em agosto de 2011. Foram incluídos idosos com 60 anos ou mais, com histórico de dependência (a partir de depoimentos da equipe de saúde), que estavam em condições cognitivas para responder ao questionário e aceitaram participar do estudo. Dos 22 idosos registrados como dependentes e acamados, 14 não apresentavam condições para responder ao questionário, resultando em oito idosos participantes do estudo.

Os dados foram coletados nos domicílios dos idosos, no período de agosto a outubro de 2011. Após o aceite e assinatura do TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram aplicados formulários para identificar: dados bio-sócio-demográficos, o índice de Katz, de Lawton e o nível de qualidade de vida – QV.

Os dados bio-sócio-demográficos incluem informações sobre idade, sexo, renda, estado civil, escolaridade, com quem reside, participação em grupos na comunidade, atividades que desenvolve, se recebe auxílio, dados sobre a assistência à saúde, assistência social, quem é o cuidador principal e de quem recebe apoio quando necessita. A Escala de Katz (apud FREITAS & MIRANDA, 2006) avalia as atividades básicas de vida diária (AVD), verificando a necessidade de auxílio para tarefas como: tomar banho, vestir-se, prover higiene pessoal, continência e alimentação. A Tabela de Lawton (apud FREITAS &

MIRANDA, 2006) avalia atividades instrumentais da vida diária (AIVD), considerando atividades mais elaboradas como: uso do telefone, de medicação e controle de finanças. Em relação à qualidade de vida, foram usados dois instrumentos propostos como complementares pela Organização Mundial de Saúde, sendo: WHOQOL-bref (World Health Organization Quality of Life Instrument), que inclui questões gerais de qualidade de vida das pessoas adultas (FLECK, 2000), e o WHOQOL-old, para mensurar questões específicas da QV na terceira idade, abrangendo intimidade, satisfação/felicidade e como os órgãos dos sentidos interferem nas aptidões e relacionamentos (FLECK; CHACHAMOVICH & TRENTIN, 2003). Estes dois instrumentos requerem que as respostas sejam baseadas nas últimas duas semanas de vida do idoso.

Os dados foram analisados de forma qualitativa, a partir de categorias relevantes apontadas nos instrumentos de coleta, percebidas como mais significativas de acordo com os objetivos do presente estudo, sendo: domínio físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente, funcionamento do sensorio e autonomia.

Para melhor compreensão de como os idosos percebem e se relacionam com as redes de apoio identificadas, utilizou-se o genograma e o ecomapa, representações gráficas que demonstram, respectivamente, o mapa da família em termos de composição e relações existentes e seu relacionamento com recursos sociais e institucionais presentes no ambiente externo. São indicados para coleta de dados na metodologia qualitativa, em especial para pesquisas com famílias (WENDT & CREPALDI, 2008).

O projeto foi aprovado junto ao Comitê de Ética da Unochapecó, sob o protocolo 033/11, sendo no desenvolvimento da pesquisa observados os preceitos éticos recomendados pelo parecer 196/96.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O território de abrangência do Centro de Saúde da Família (CSF) sorteado para este estudo, compreende moradores que, em sua maioria, são trabalhadores das agroindústrias da região ou proprietários de pequenos empreendimentos comerciais. Dos 7.753 cadastrados neste CSF, 652 são idosos, representando 8,4% dos usuários cadastrados nesta unidade em 2011, proporção dentro da média do município (8,33%) e abaixo da média de Santa Catarina (10,51%) e do Brasil (10,79%). Este dado evidencia a necessidade de o município prever em seu planejamento futuro estratégias e serviços de promoção da saúde, mobilizando recursos de

apoio ao envelhecimento saudável. Pessoas de mais de 80 anos representam maior demanda de serviços de saúde, decorrentes de limitações funcionais e doenças crônicas próprias do envelhecimento (CALDAS, 2003).

Dos idosos incluídos no estudo, um está na faixa dos 60 e outro na faixa dos 70, os demais têm acima de 80 anos. Houve igual distribuição entre sexo e estado civil, sendo 50% viúvos e 50% casados vivendo com seus cônjuges. Um idoso é analfabeto e os demais tem primeiro grau incompleto. Em estudo sobre habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos realizado em Veranópolis, Rio Grande do Sul, foi evidenciado que a maioria dos idosos com mais idade eram viúvos, sendo o grau de escolaridade também considerado escolarização básica incompleta (ARGIMON & STEIN, 2005).

A faixa salarial ficou abaixo de dois salários mínimos mensais. No aspecto da aposentadoria, seis idosos são aposentados e dois recebem auxílio doença. A maioria refere não ter recursos suficientes para realizar o que gostariam. Neste sentido, Mendes et al (2005) pondera que a diminuição dos rendimentos frequentemente observada na terceira idade pode interferir na saúde e qualidade de vida dos mesmos.

A aposentadoria pode representar para muitos segurança, quando deixam a condição de trabalhadores, mas permanecem com remuneração garantida. Porém, a redução significativa no rendimento deste grupo social pode implicar em diminuição de sua autonomia, requerendo que a família supra novas demandas advindas com o envelhecimento (MENDES et al, 2005; INOUE et al, 2010). Por outro lado, pesquisa realizada no interior de São Paulo mostrou que grande parcela de idosos recebem no máximo um salário mínimo, vivendo de aposentadoria ou pensão, sendo esta a principal renda da família (SANTOS; PAVARINI & BRITO, 2010).

No aspecto da autonomia, foi evidenciada relação significativa entre nível de dependência e faixa etária, pois o grau de dependência maior foi encontrado nos idosos com idade acima de 80 anos. Entre as atividades básicas de vida diária, as atividades menos desempenhadas pelos idosos foram as de higiene, em especial o banho; já a alimentação é uma tarefa desempenhada por todos. Quanto às atividades instrumentais de vida diária, existem dificuldades para tomar seus remédios na dosagem e horários corretos, bem como cuidar de suas finanças. Três idosos necessitam de cadeira de rodas e um necessita de apoio para deambular.

É de se supor que, com o avançar da idade, os idosos apresentem maior grau de dependência, com o aparecimento de doenças crônicas e incapacitantes. Em pesquisa realizada no município de São Carlos (SP), sobre a funcionalidade de idosos em diferentes

contextos de vulnerabilidade social, não houve diferença significativa com relação ao Índice de Katz entre sexo feminino e masculino, tampouco em relação à condição social, mas sim de acordo com o aumento da idade. O banho foi a atividade básica menos desempenhada e a alimentação foi a atividade mais realizada pelos idosos (SANTOS & PAVARINI, 2011).

Quanto ao domínio físico, a maioria necessita de cuidados prescritos em tratamento médico para levar sua vida diária, sentindo-se com pouca energia, com dificuldades para se locomover, limitações provocadas por dor e manifestando insatisfação com a capacidade de desempenhar plenamente atividades cotidianas. Entretanto, estão contentes com seu sono. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa evidencia que a perda da funcionalidade, que restringe a capacidade de executar atividades básicas da vida diária, se constitui principal problema enfrentado pelas pessoas idosas (BRASIL, 2006).

Quanto a perdas relativas aos órgãos dos sentidos como audição, visão, paladar, olfato e tato, os idosos referem que as mesmas afetam pouco a sua vida diária e a capacidade de interagir com outras pessoas. A aceitação da aparência de forma geral é boa, metade deles está satisfeito consigo; porém relatam sentimentos negativos como mau humor, desespero, ansiedade e depressão.

Por outro lado, a maioria dos idosos está contente com suas relações pessoais e todos estão satisfeitos com o apoio que recebem de seus familiares, amigos e vizinhos mais próximos. Para Bula e Tsuruzono (2010) a família é uma dimensão fundamental no apoio aos idosos que apresentam doenças crônico-degenerativas, tanto pela questão das limitações advindas das doenças como pelo afeto e carinho necessários nesta situação. É importante reconhecer, entretanto, que há famílias distantes e outras superprotetoras que, quanto mais avançada a idade, conferem ao idoso menor liberdade e autonomia. Muitas vezes isso resulta em cuidados desnecessários ou mesmo prestados de forma inadequada, com implicações na qualidade de vida do idoso (INOUE et al, 2010).

O idoso capaz de definir sozinho onde e como fará suas atividades, o que deve ou não realizar, será visto como saudável, mesmo sendo usuário de medicações (RAMOS, 2003). Mesmo se estiver sob tratamento, sentir-se com autonomia favorece sua inserção na sociedade, contribuindo para que se sinta útil e feliz. Já aquele que perde sua autonomia, descompensa suas patologias e passa a ser visto como doente (RAMOS, 2003).

Para os idosos entrevistados, o sentimento de companheirismo é bastante presente em suas vidas, bem como as oportunidades para amar e ser amado. Qualidade de vida está ligada a sentimentos positivos como ter alegria, amor, amizade e saúde; afetividade e saúde são muito importantes para os idosos (IRIGARAY & TRENTINI, 2009). Há forte

interdependência entre qualidade de vida e bem-estar, o que requer suporte social, boas condições financeiras e de vida, mas também o sentimento de ser útil (FLECK; CHACHAMOVICH & TRENTIN, 2003).

## REDE DE APOIO SOCIAL POTENCIALIZANDO O CUIDADO AO IDOSO DEPENDENTE

As redes de apoio social ao idoso podem ser formais e informais. Entre as formais salientam-se as políticas públicas, tais como: jurídicas (garantindo direitos), de saúde, previdência e assistência social. Como informais inclui-se: família, vizinhos, amigos, grupos de interesse na comunidade. Estas relações auxiliam na proteção e na garantia dos direitos. Frequentemente idosos mais velhos, mais fragilizados, sofrem mais, principalmente no que se refere à violência doméstica, sendo os agressores, na maioria das vezes, os próprios familiares. Isso revela a necessidade de desenvolver ações junto às famílias para que estas possam exercer o papel de protetoras e não responsáveis pelo descumprimento dos direitos dos idosos (CARVALHO, 2005).

As redes sociais implicam em transações interpessoais. Cada indivíduo é um nó da rede e cada interação é uma ligação. Diferentes características da rede constituem aspectos relevantes em termos de suporte, particularmente entre idosos. A rede social pode ser definida como o conjunto de ligações dentro de um grupo específico de pessoas, as quais exercem influência sobre o comportamento social das pessoas envolvidas. É o conjunto de indivíduos com quem se mantém contato e se estabelecem laços sociais (EIZIRIK; KAPCZINSKI & BASSOLS, 2001).

Portanto, as redes de suporte social caracterizam-se por um conjunto de pessoas e relacionamentos que mantêm entre si laços típicos das relações sociais, especialmente entre os membros da família, contribuindo para o bem estar das pessoas e fortalecendo o uso de estratégias para o enfrentamento da situação de doença. (NARDI & OLIVEIRA, 2008, p. 48).

No estudo realizado, a rede de apoio está prioritariamente constituída pelas pessoas mais próximas – filhos, cônjuges e vizinhos –, e de forma complementar pela igreja e o centro de saúde. Os idosos contemplados no estudo constituíram famílias numerosas, com dez filhos em média (no mínimo cinco e no máximo doze). A relação mais estreita é, na maioria dos casos, estabelecida com o filho que reside mais próximo ou que mora na mesma residência.

Fica assim a cargo da família prestar o suporte necessário as demandas dos idosos nesta etapa de suas vidas.

A literatura internacional indica quatro fatores para designar a pessoa que preferencialmente assume os cuidados pessoais do idoso dependente: parentesco (cônjuges); gênero (principalmente mulher); proximidade física (vive junto) e proximidade afetiva (conjugal, pais e filhos). A tendência atual, inclusive no Brasil, ainda é a manutenção dos idosos dependentes em seus domicílios, sob os cuidados de seus familiares (KARSCH, 2003). Para Karsch (2003), o Estado assume papel de parceiro pontual, com responsabilidades restritas, à medida que não implementa uma política que oriente a rede de serviços a prestar, efetivamente, o apoio necessário ao idoso dependente e seus familiares.

O genograma e o ecomapa de uma das famílias (Figura 1, em anexo), ilustra a rede social de apoio identificada na comunidade analisada.

Dona "Valentina", com 69 anos de idade, casada, mãe de cinco filhos e onze netos, é hipertensa, diabética e teve uma fratura de colo de fêmur há cerca de um ano. Seu cuidador principal é o esposo, mas mantém estreita relação com duas filhas que residem em casas próprias no mesmo terreno. Uma das filhas mora em outro estado, visitando-a duas vezes ao ano. Os demais moram um em Chapecó e o outro na região e a visitam com frequência mensal. Recebe visitas frequentes dos vizinhos e uma vez ao mês o pastor da igreja com a qual mantém vínculo vem em sua casa para lhe “entregar a ceia”. Em situações de adoecimento procura o CSF do seu bairro. Recebeu do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) uma cadeira de rodas e um andador.

Percebe-se que a rede de apoio da Sra. Valentina é constituída basicamente por sua família, com certo suporte do CSF e do CRAS situados no bairro. Além disso, são referências importantes a igreja e também os vizinhos. Um pouco mais distantes se situam o Centro de Especialidades e o Hospital Regional do Oeste. Para esta e as demais famílias incluídas nesse estudo, contar com esta rede de apoio tem sido fundamental no atendimento as demandas dos idosos com dependência, com impactos positivos em sua qualidade de vida e bem estar.

No Brasil os idosos são frequentemente cuidados por familiares, em geral mulheres que moram na mesma residência (KARSCH, 2003). Um estudo sobre indivíduos muito idosos, em Veranópolis, no Rio Grande do Sul, constatou que a maioria mora com os filhos (ARGIMON & STEIN, 2005).

Em nosso estudo, a maioria dos idosos também residem com seus filhos, sendo cuidados pelos mesmos, sem que estes, entretanto, evidenciassem estar capacitados para

prestar os devidos cuidados. A filha de um dos idosos manifestou dúvidas relacionadas ao preparo da alimentação, considerando as dificuldades odontológicas de seu pai.

Em nossa sociedade, a função da família se aproxima das funções atribuídas as políticas sociais, pois as duas buscam prover a proteção daqueles que estão sob sua responsabilidade (CARVALHO, 2005). Nas comunidades tradicionais, a família assumia a função de amparar e dar suporte ao atendimento as pessoas em seu processo de envelhecimento; funções divididas na atualidade com o estado por meio das políticas públicas, em especial nas políticas de saúde e assistência social, na composição de parcerias para proteção social. Iniciativas como a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) têm oportunizado maior aproximação dos profissionais com as famílias, priorizando atendimento domiciliar e atividades em centros de convivência, diminuindo a necessidade de atendimento hospitalar ou de amparo em instituições de longa permanência.

Em nosso país, os idosos recebem o suporte quase que exclusivamente da família uma vez que serviços domiciliares institucionalizados para dar apoio as demandas do dia a dia são escassos (INOUE et al, 2010). Esta realidade é reforçada pela legislação, mas em especial pelas expectativas da sociedade, que atribui a família este papel. Reconhece-se porém, necessidade de suporte as famílias para que possam prestar um cuidado com qualidade (CALDAS, 2003; NARDI & OLIVEIRA, 2008).

A experiência internacional vem mostrando a importância do apoio aos cuidadores de idosos para viabilizar e qualificar os cuidados prestados nos domicílios e/ou em instituições de longa duração. Este apoio pode implicar formação, serviços especializados ou substituição temporária para descanso ou férias, mas também suporte financeiro. O debate neste sentido sugere possibilidades de acesso subsidiado dos cuidadores informais à previdência social, o que favoreceria a provisão dos cuidados no âmbito familiar (BATISTA et al, 2009).

Nesse contexto, as equipes da Estratégia Saúde da Família assumem papel importante, com apoio dos Agentes Comunitários de Saúde, na identificação de idosos dependentes, suas redes de apoio, bem como no planejamento de intervenções que garantam suporte adequado aos idosos e seus cuidadores. Isto também requer trabalho intersetorial e maior articulação com grupos organizados na comunidade.

No estudo realizado, os idosos referem participar pouco de atividades da comunidade, referindo como principal atividade de lazer assistir programas da televisão. Somente um idoso referiu participar de grupo de idosos, sendo que os demais alegam não sair

de casa, por ter poucas oportunidades de participação na comunidade ou necessitarem auxílio para locomover-se. Um idoso referiu que optou em não sobrecarregar a cuidadora, que teria que levá-lo ao grupo, apesar de os encontros ocorrerem em local de fácil acesso. Outra dificuldade relatada é a acessibilidade, pois a ausência de calçada e de pavimentação nas ruas restringem a mobilidade dos idosos, em especial para quem depende de cadeira de rodas.

O Estatuto do Idoso, em seu capítulo V, aponta que o idoso tem direito a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade (BRASIL, 2003). Os estudos sobre idosos têm, neste sentido, se ocupado com questões sobre lazer, relacionando a atividade física na promoção da saúde nesta faixa etária, sem no entanto abordar esta temática em relação à idosos dependentes.

Em Chapecó os idosos dispõem de diferentes iniciativas que favorecem a convivência, o lazer e a prática de atividades físicas. Grupos organizados nos bairros, e apoiados pela Secretaria da Assistência Social de Chapecó, oferecem atividades lúdicas e de esporte adaptado, adequadas à idade e de acordo com a preferência dos participantes. O destaque são atividades ofertadas na *cidade do idoso*, sob gestão e gerência do poder público e abertas aos idosos de todo o município, que, entretanto, ainda enfrentam alguns problemas relativos a acessibilidade, em especial aos idosos residentes na área rural ou periferias mais afastadas. Neste aspecto fica evidente a necessidade de diálogo entre os vários setores do setor público, como saúde, assistência social, cultura, esporte e infra-estrutura urbana.

No aspecto religioso, os entrevistados consideram a religião um suporte importante, sendo que metade recebe visitas mensais dos pastores. Apenas um frequenta a igreja; os demais referem dificuldades, por necessitar ajuda para se deslocar, apesar das igrejas situarem-se próximas a suas residências. Uma das idosas referiu que, mensalmente, um membro da igreja vem até sua casa de carro, conduzindo-a até ao culto. As mulheres, em especial as mais velhas, têm forte ligação com a religiosidade, suporte importante no enfrentamento de doenças e situações estressantes (MOREIRA-ALMEIDA *et al*, 2010).

Em relação a rede formal de apoio, todos os idosos entrevistados são usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), avaliando positivamente o atendimento recebido nos serviços disponibilizados no município. Cinco idosos buscam o primeiro atendimento diretamente no hospital e três procuram o centro de saúde do bairro. Apesar de todos terem algum grau de dependência e usarem medicamentos, dois deles referem não ter doenças. Cinco usam medicação prescrita por médico. Quanto ao fornecimento da medicação, todos tem acesso a medicamentos pelo SUS, porém cinco idosos referem ter que, em algum momento, comprar medicamentos não disponibilizados na rede pública de atendimento.

Em estudo que avaliou a dependência de idosos em diferentes contextos de vulnerabilidade social no interior de São Paulo, foi evidenciado que somente 28% dos idosos possuem convênio de saúde, os demais usam o Sistema Único de Saúde (SANTOS & PAVANINI, 2011). A Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) estabelece que sejam assegurados direitos sociais à pessoa idosa, reafirmando o papel do SUS na garantia da atenção integral à sua saúde, em todos os níveis de atenção. O objetivo maior deve ser atenção adequada e digna à saúde para os mais velhos, em especial aos que apresentam doenças e limitações. Por sua vez, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006) incentiva a criação das redes de assistência à saúde do idoso, refletindo que a implementação destes serviços nos municípios é insuficiente ou mesmo ausente, o que gera maiores dificuldades na atenção integral a saúde. A relevância da atuação intersetorial é destacada como uma das diretrizes no Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo, que recomenda, entre outras ações,

[a] integração de serviços em áreas socioassistenciais e de saúde, com fortalecimento da proteção social, da atenção primária à saúde e dos serviços de notificação e prevenção da violência; [o] fortalecimento de redes de proteção e defesa de direitos da pessoa idosa. (BRASIL, 2013, p. 1).

Quanto a assistência social, três idosos entrevistados referem ser bem atendidos quando necessitam e/ou procuram os serviços deste setor no município. Um idoso está cadastrado no grupo que recebe fraldas, outras duas idosas receberam cadeiras de rodas e andadores. Assim como na saúde, não foram identificadas iniciativas no CRAS referência ao território do estudo que evidenciassem apoio institucional sistemático aos idosos e/ou seus cuidadores com vistas a melhoria de sua condição de vida e saúde.

No Brasil, as equipes da ESF têm entre suas responsabilidades avaliar a dependência dos idosos e propor planos de cuidados, recomendando socialização e integração em programas de assistência para idosos e seus familiares, de forma articulada as equipes dos CRAS. A intersetorialidade se apresenta como importante ferramenta para qualificar a assistência, quando uma instituição reforça orientações e ações da outra, fortalecendo vínculos entre idosos e equipes, propiciando cuidado de forma mais integral (BATISTA et al, 2009).

## CONCLUSÃO

O envelhecimento traz consigo uma sucessão de perdas, sendo necessária uma capacidade de adaptação tanto do indivíduo que envelhece como das pessoas de seu entorno. O aumento da expectativa de vida resulta na elevação do número de idosos, aumentando as demandas aos serviços de saúde e assistência social. Para muitos idosos, implica no aumento da dependência para realizar atividades básicas e instrumentais da vida diária, dificultando a participação em atividades fora de sua residência.

No estudo realizado em Chapecó, os idosos relatam como dificuldades relevantes sua dependência para deslocar-se na comunidade, seja em relação a falta de infraestrutura (calçadas e pavimentação das ruas), seja em relação a restrições pelo uso da cadeira de rodas. Por isto têm participação restrita em grupos organizados da comunidade, como o grupo de idosos ou a igreja.

Sua rede de apoio está constituída basicamente pela família, mas referem vizinhos e pessoas ligadas a igreja como importante apoio social. Em geral são famílias numerosas; os idosos residem em sua maioria com um dos filhos que passam a ser seus cuidadores principais. Os serviços de saúde e da assistência social também aparecem como relevantes no apoio à melhoria de sua condição de vida. Entretanto, não se identificou na comunidade selecionada, uma organização formal – pública ou privada – que disponibilize serviços sistemáticos para idosos nesta condição. É importante salientar que uma organização com este caráter não seria necessariamente bem vista, uma vez que a institucionalização do cuidado aos idosos é conceituada em nossa sociedade, frequentemente, como sinônimo de abandono da família, não sendo apontada no estudo como opção preferencial.

O município de Chapecó dispõem de políticas públicas voltadas para o atendimento aos idosos, como os grupos da terceira idade e a *cidade do idoso*, que têm colaborado na melhoria das condições de vida e saúde. Porém, estas têm sido muitas vezes acessadas por aqueles com melhores condições de saúde, apresentando-se como desafio garantir acessibilidade àqueles em condições de dependência e vulnerabilidade social.

As políticas públicas de seguridade social – assistência social, saúde e previdência – não dão conta de suprir as necessidades que as famílias encontram para atender aos idosos que adoecem, perdem a sua autonomia e ficam fragilizados. Este tema merece atenção especial dos gestores das políticas públicas. É necessário que sejam promovidos debates envolvendo a sociedade como um todo no que se refere a realidade vivenciada pelas famílias com idosos dependentes.

Diante deste contexto, a rede de proteção ao idoso tem papel fundamental no desenvolvimento e no fortalecimento de ações e políticas intersetoriais, que apresentem

alternativas no que se refere à integralidade da atenção à pessoa idosa. Seguindo as evidências apontadas pela literatura, uma das estratégias de enfrentamento seriam ações articuladas entre as equipes da ESF e dos CRAS.

O cumprimento das Políticas Nacionais do Idoso e da Saúde da Pessoa Idosa, reiteradas pelo Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo, que destacam a relevância de ações multiprofissionais e intersetoriais para implementar o atendimento integral as necessidades do idoso, constitui-se como desafio ao poder público frente as demandas crescentes de assistência aos idosos dependentes e suas famílias. Estas políticas preveem o cuidado do cuidador, que também adocece pela sobrecarga do trabalho, muitas vezes realizado sem a qualificação necessária.

Por outro lado, cabe salientar a importância do envolvimento da comunidade em parcerias com o poder público, com vistas ao desenvolvimento de ações preventivas e de promoção da saúde, para que as pessoas e suas famílias possam se preparar com maior propriedade para um envelhecimento saudável. A rede de apoio social entra assim, como componente vital no fomento destas parcerias, em prol da saúde do idoso, sua família e da população em geral, não só para promover um envelhecimento mais saudável, mas também para propor estratégias de melhor enfrentamento das situações vivenciadas pelos idosos e suas famílias, no caso da dependência.

Sugere-se uma reorganização nos setores que prestam atendimento aos idosos dependentes com foco na identificação e fortalecimento da rede de apoio e criação de diálogos entre os vários atores envolvidos. Capacitação dos trabalhadores da saúde e da assistência social, sensibilizando as equipes na promoção de ações intersetoriais para dar conta de um atendimento integral com maior qualidade.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. 2006. *Portaria n. 2.528, de outubro de 2006*. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Brasília, 20 out. 2006. Seção 1, p. 142.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Lei N. 8.842, de 4 de janeiro de 1994*. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 5 jan. 1994. Seção 1, p. 77.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2009. *Projeção da População do Brasil por sexo e idade: 1980-2050*. Rio de Janeiro: IBGE.

BATISTA, Analia Soraia; JACCOUD, Luciana; AQUINO, Luseni; EL-MOR, Patrícia Dario. 2009. *Os idosos em situação de dependência e a proteção social no Brasil*. Brasília: IPEA.

FREITAS, Elizabete Viana de; MIRANDA, Roberto Dishinger. 2006. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica ampla. p. 900-907. In: FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia; CANÇADO, Flávio; DOLL, Johannes; GORZONNI, Milton. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

FLECK, Marcelo P. A.; LOUZADA, Sérgio; XAVIER, Marta; CHACHAMOVICH, Eduardo; VIEIRA, Guilherme; SANTOS, Lyssandra; PINZON, Vanessa. 2000. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev. Saúde Pública*, v. 34, n. 2, p. 178-183.

FLECK, Marcelo P. A.; CHACHAMOVICH, Eduardo; TRENTIN, Clarissa M. 2003. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. v. 37, n. 6, p. 793-799.

WENDT, Naiane Carvalho; CREPALDI, Maria Aparecida. 2008 A Utilização do Genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. *Psicol. Reflex. Crit.* v. 21, n. 2, p. 302-310.

CALDAS, 2003. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781.

ARGIMON, Irani I. de Lima, STEIN, Lilian Milnitsky. 2005. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. *Cad. Saúde Pública*, v. 21, n. 1, p. 64-72..

MENDES, Márcia R. S. S. Barbosa, GUSMÃO, Josiane Lima de, FARO, Ana Cristina Mancusi e, LEITE, Rita de Cássia Burgos de O. 2005. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta paul enferm.*, v. 18, n. 4, p. 422-426.

INOUYE, Keika; BARHAM, Elizabeth Joan; PEDRAZZANI, Elisete Silva; PAVARINI, Sofia Cristina Iost. 2010. Percepções de suporte familiar e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade Social. *Psicol. Reflex. e Crít.*, v. 23, n. 3, p. 582-592.

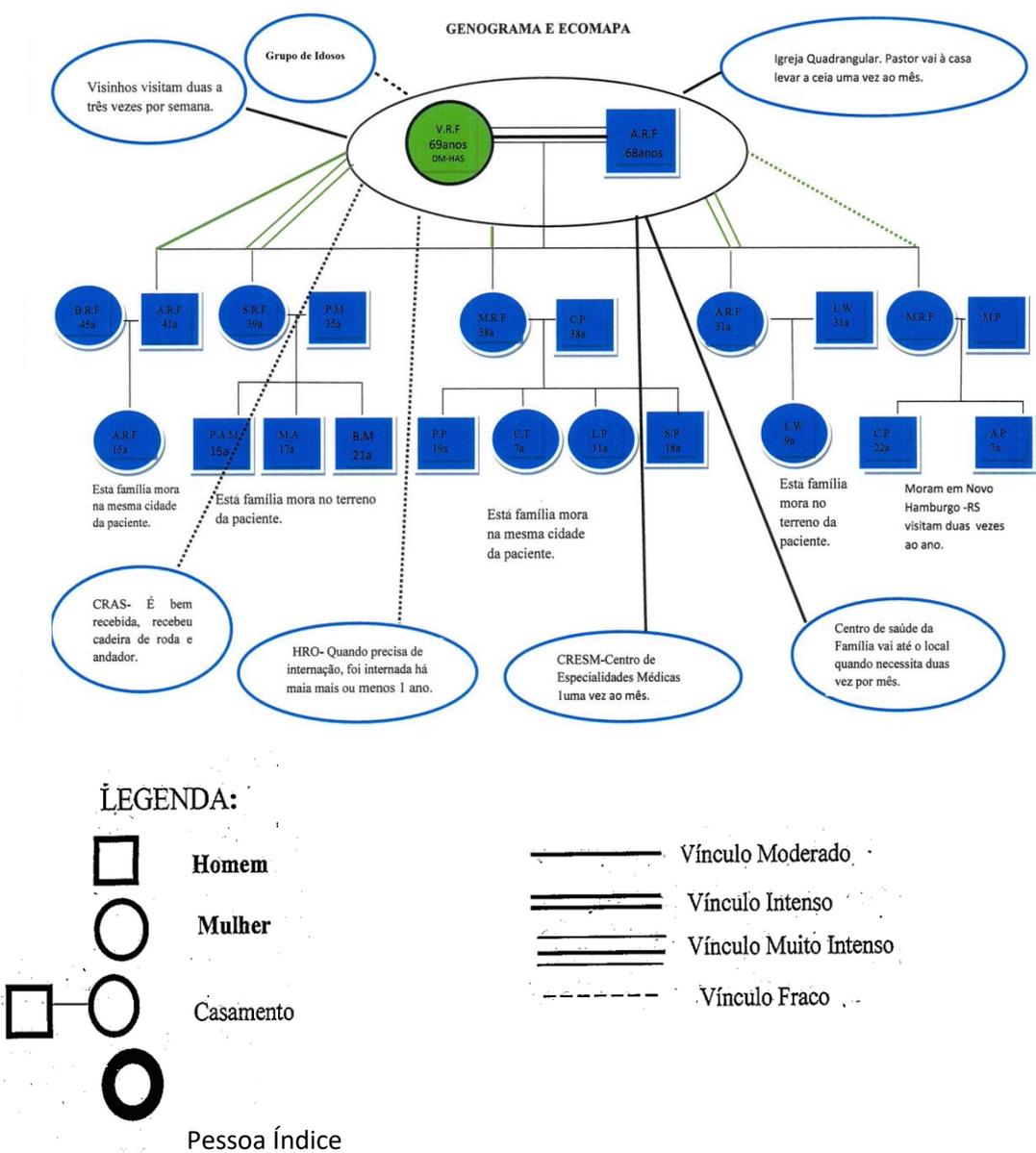
SANTOS, Ariene Angelini dos; PAVARINI, Sofia Cristina Iost; BRITO, Tábatta Renata Pereira de. 2010. Perfil dos idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. *Esc. Anna Nery*, v. 14, n. 3, p. 496-503.

SANTOS, Ariene Angelini dos; PAVARINI, Sofia Cristina Iost. 2011. Funcionalidade de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. *Acta paul. enferm.*, v. 24, n. 4, p. 520-526.

- BULLA, Leonia Capaverde, TSURUZONO, Eleni Raquel da Silva. 2010. Envelhecimento, família e políticas sociais. *R. Pol. Públ.* São Luis, v. 14, n. 1, p. 103-112.
- RAMOS, Luiz Roberto. 2003. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 193-197.
- IRIGARAY, Tatiana Quarti, TRENTINI, Clarissa Marcieli. 2009. Qualidade de vida em idosos: a importância da dimensão subjetiva. *Estud. psicol.*, v. 26, n. 3, p. 297-304.
- CARVALHO, Maria do Carmo Brand. 2005. Famílias e políticas públicas. p.267-274. In: ACOSTA, Ana Rojas; VITALE, Maria Amalia Faller (Organizadores). *Família: redes, laços e políticas públicas*. 2. ed. São Paulo: Cortez.
20. EIZIRIK, Claudio Laks; KAPCZINSKI, Flávio; BASSOLS, Ana Margareth Siqueira (organizadores). 2001. *O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- KARSCH, Ursula M. 2003 Idosos dependentes: famílias cuidadoras. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 861-866.
- BRASIL. 2013. *Decreto nº 8.114, de 30 de Setembro de 2013*. Estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo e institui Comissão Interministerial para monitorar e avaliar ações em seu âmbito e promover a articulação de órgãos e entidades públicos envolvidos em sua implementação. Diário Oficial da União, Brasília, 1 out. 2013. Seção 1, p. 1.
- BRASIL. 2003. *Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003*. Dispõe sobre o estatuto do idoso e das outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 3 out. 2003. Seção 1, p. 1.
- MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; PINSKY, Ilana ; ZALESKI, Marcos; LARANJEIRA Ronaldo. 2010. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Rev. psiquiatr. clín.*, v. 37, n. 1, p. 18-21.
- NARDI, Edileuza de Fátima Rosina; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de. 2008. Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente. *Rev Gaúcha Enferm.*, v. 29, n. 1, p. 47-53.

ANEXO 1

Figura 12- Apresentação do Genograma/ecomapa de uma das famílias dos idosos do estudo. Chapecó-SC, 2011



Adaptado de Wright & Leahey, 2002.

AS REGRAS INSTITUCIONAIS E OS ESPAÇOS PARA NEGOCIAÇÃO:  
A NEGOCIAÇÃO DA ORDEM HOSPITALAR ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E  
USUÁRIOS DE UM SERVIÇO PÚBLICO DE PEDIATRIA

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Angela Maria Hygino<sup>1</sup>

O princípio de que toda a ordem institucional é negociada cotidianamente por seus agentes e partícipes, constitui-se o fundamento central da perspectiva denominada 'ordem negociada' (STRAUSS et. al. 1963; CARAPINHEIRO, 1998; HOAS, 1999; THOMPSON, 2000; DESLANDES, 2002), e é aqui utilizado como fundamento deste estudo.

Na instituição hospitalar, foco desta pesquisa, há também uma margem de negociação e barganha da ordem estabelecida, como também uma certa porosidade, potencialmente aberta a alianças e arranjos entre os pares e entre integrantes de diferentes categorias profissionais. Alianças e arranjos cumprem diversas finalidades, incluindo aquelas relacionadas à realização e ao desenvolvimento do trabalho institucional ou ainda outras, visando atender a interesses individuais. Assim, mesmo que haja hierarquias e modelos de dominação e subordinação estes, abrigam uma tensão conflitiva e dinâmica (DESLANDES, 2002).

A partir de meados de 1980, nos hospitais brasileiros, é instituído o direito da criança e do adolescente ter um acompanhante durante sua internação. Os profissionais de saúde passam então a compartilhar seus espaços de trabalho com pacientes e seus acompanhantes.

Nos serviços de pediatria, a convivência com o acompanhante é diária, considerando que este praticamente se 'interna' na instituição durante o período que durar a hospitalização da criança.

A convivência diária entre os profissionais de saúde e os chamados 'leigos', imprime novas alterações na ordem institucional e, não raro, conflitos a serem administrados. Daí a relevância em investigar os processos de negociação para conhecer, interpretar a ordem institucional e suas margens de flexibilidade. Deste modo, abre-se o debate sobre o desenvolvimento ou o aumento da capacidade dos profissionais de mediar e negociar os conflitos.

Este artigo, resultado de uma pesquisa finalizada em 2007, tem como objetivo analisar o processo de negociação das regras hospitalares entre profissionais de saúde e

---

<sup>1</sup> Assistente Social. Mestre em Serviço Social. Doutora em Ciências pelo Instituto Fernandes Figueira/ IFF/ FIOCRUZ. Professora Adjunta da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

acompanhantes de crianças hospitalizadas em um serviço de pediatria, situado no município do Rio de Janeiro.

Buscamos conhecer as interações e estratégias dos negociadores, as características dos diferentes espaços de negociação e das circunstâncias que ultrapassam o contexto institucional propriamente dito. Destacamos as regras passíveis de serem negociadas; as regras que não eram negociadas, sob nenhuma hipótese, e aquelas que, dependendo da conjuntura e dos sujeitos envolvidos, poderiam ou não ser negociadas.

## METODOLOGIA

O método etnográfico, aplicado ao campo da saúde, foi utilizado na investigação. Este método designa estudos realizados pela observação direta, por um período determinado de tempo, das formas de vida cotidiana de um grupo específico de pessoas ou de uma instituição social representativa para a investigação. A abordagem etnográfica supõe o campo como objeto de investigação e a presença do pesquisador na condição de observador participante (HELMAN, 1994).

A observação participante foi realizada em um período de nove meses (março a novembro de 2005), no serviço de pediatria de um hospital do município do Rio de Janeiro. Os três setores observados foram: a Clínica Pediátrica, o Serviço de Neurocirurgia Infantil e o Centro de Tratamento de Queimados Infantil (CTQI).

Neste estudo, o campo de pesquisa ficou concentrado nas oito setores do serviço, sendo seis enfermarias da Clínica Pediátrica, uma enfermaria de Neurocirurgia e no CTQI. Na delimitação dessas enfermarias, foi considerado o fato de que elas poderiam abrigar diferenças acentuadas, no que se refere ao quadro clínico das crianças, ao trabalho desenvolvido pelos profissionais, ao comportamento dos acompanhantes, às formas de apropriação e observância das regras oficiais e informais e, ainda, quanto aos processos de negociação entre os sujeitos da pesquisa.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 10 profissionais e com 07 acompanhantes. Os profissionais entrevistados foram assim distribuídos: 03 médicos, 03 enfermeiras, 02 auxiliares de enfermagem e 02 assistentes sociais. As entrevistas com os acompanhantes incluíram 06 mães e 01 pai, assim distribuídos: 03 com filhos internados na neurocirurgia, 02 com filho internados no CTQI e 02 com filhos internados na Clínica Pediátrica.

Como critério de seleção de escolha dos profissionais entrevistados, consideramos o pertencimento ao quadro de funcionários efetivos, com um tempo de trabalho superior a dois anos, inclusive, e que se mostraram receptivos, interessados em participar e disponíveis. Quanto à seleção dos acompanhantes, levamos em consideração um tempo de permanência no serviço igual ou superior a 30 dias.

Durante o processo de observação participante e da realização das entrevistas, a atenção foi direcionada para o modo através do quais os profissionais de saúde e os acompanhantes lidam cotidianamente com: 1. as regras e normas de funcionamento do serviço; 2. a possibilidade ou não de flexibilização das regras; 3. os limites e as possibilidades de negociações das regras e de procedimentos técnicos; 4. os conflitos que poderiam existir; 5. os processos de construção coletiva de novas regras e 6. como era compreendida a questão do direito que pais ou responsáveis têm de acompanhar seus filhos em caso de hospitalização.

A observação participante permitiu, ainda, a verificação das condições materiais – estrutura física, espaço para o alojamento dos acompanhantes, qualidade do ambiente – que facilitam ou dificultam a permanência dos acompanhantes no serviço. Por outro lado, possibilitou que fossem observadas as dinâmicas relacionais dos sujeitos envolvidos na investigação.

Dados relativos a observação participante foram anotados em diário de campo. Quanto às entrevistas, foram gravadas e transcritas pela pesquisadora.

Para apreciação das informações coletadas recorremos a análise de conteúdo (BARDIN,1979). Esse suporte instrumental se caracteriza por configurar diferentes modos de expressão dos sujeitos sociais.

Quanto ao tratamento das notas de campo estas foram classificadas segundo os temas que emergiam e agrupados de acordo com suas semelhanças e diferenças.

Após essa etapa, os temas foram comparados, dando-se relevo às questões mais significativas.

A análise das entrevistas foi conduzida segundo os procedimentos da análise temática, seguindo suas três fases: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos e interpretação (BAUER, 2002).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética, do Centro de Estudo do Instituto Fernandes Figueira (IFF), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

## RESULTADOS

Os diferentes setores que compõem o serviço recebem uma designação atribuída pelos profissionais de saúde. Assim são chamadas de ‘enfermarias fechadas’ aquelas cujo comando de enfermagem localiza-se dentro da enfermaria; de ‘enfermarias abertas’ aquelas onde existe apenas um único comando de enfermagem, localizado fora das enfermarias.

A estrutura física das enfermarias fechadas – comando de enfermagem dentro da enfermaria - pode resultar no exercício de um controle mais efetivo dos profissionais sobre o comportamento dos acompanhantes. Nas enfermarias abertas este controle é praticamente inexistente – um único comando de enfermagem para atender seis enfermarias inviabiliza este tipo de controle.

Quanto às regras e suas formas de operacionalização, encontramos duas referências vigentes. As regras oficiais que estão contidas em um documento intitulado *Normas para os Acompanhantes* - e abrangem todo o Serviço de Pediatria - e as específicas de cada setor onde a criança se encontra internada. Outras regras, chamadas de informais, são aquelas cotidianamente criadas e recriadas por profissionais e acompanhantes em função de negociações. O exercício da negociação das regras nas enfermarias fechadas e nas abertas evidenciam dinâmicas bem distintas.

As enfermarias fechadas são: o CTQI e a enfermaria de Neurocirurgia. As abertas são as seis enfermarias que compõem a Clínica Pediátrica. O CTQI recebe crianças com queimaduras graves, vítimas de algum tipo de acidente e não de uma doença propriamente dita. Necessitam de cuidados especiais e de uma atenção redobrada no que diz respeito ao risco de contaminação.

A situação da criança vítima de queimadura parece provocar, no acompanhante, mais notadamente na mãe, um sentimento de culpa: “(...) elas [mães] ficam doentes, culpadas e, na medida em que as crianças melhoram, elas melhoram também.” (Auxiliar de Enfermagem).

Esse sentimento pode ser agravado quando os profissionais percebem o acidente como resultado da falta de cuidados adequados ou de negligência. O comportamento dos profissionais parece determinado pelo comportamento da mãe-acompanhante: se essa mostrar-se ‘cooperativa’, preocupada com uma possível responsabilidade pelo acidente, a atitude do profissional é acolhedora, compreensiva, apoiando-a, na tentativa de minimizar seus sentimentos de culpa, tornando-se, portanto, mais receptiva a negociações. “Elas [mães] se sentem culpadas. Demonstram isso. A gente percebe no olhar, no choro, na maneira como elas tratam os filhos. Mas, tem mães que não ligam mesmo.” (Auxiliar de Enfermagem).

Entretanto, essa mesma profissional, diante de uma mãe-acompanhante, cujo sentimento de culpa não a impediu de questionar regras, as atitudes e as condutas dos profissionais, pode também, paradoxalmente, questionar a responsabilidade dessa mãe, na tentativa de utilizá-la como um instrumento de poder para negociar, para defender seu trabalho de qualquer crítica ou de algum comportamento do acompanhante que julgue inadequado: “(...) tem aquelas mães que não aceitam que elas foram culpadas, que elas foram negligentes e nos agridem e acham que nós somos as culpadas.” (Auxiliar de Enfermagem).

O CTQI, teoricamente sujeito às regras oficiais, possui regras particulares, resultante de contínuos processos de negociação.

Para os profissionais do CTQI, o cumprimento das regras é uma preocupação cotidiana e se dirige, por conta do risco de infecção, à higiene, que deve ser observada pelo acompanhante (higiene pessoal, proibição de sentar-se no leito da criança e de manipular sua criança, ou outra, sem atentar para as recomendações da equipe); ao uso de roupa fornecida pelo setor (um capote para cada acompanhante) e, ainda, à permanência do acompanhante junto à criança, todo o tempo. A fala abaixo ilustra bem o exposto: “Eles [os pais] estavam com conjuntivite e nós pedimos para que eles não acompanhassem. (...) explicamos que não seria bom, nem para a criança, nem pra eles.” (Auxiliar de Enfermagem).

Para fazer cumprir as regras, o pessoal de enfermagem busca, de forma atenuada, chamar a atenção dos acompanhantes, utilizando expressões usadas na abordagem de crianças, tais como, “mãezinha”, “pai”. Desta forma obtém a sua aquiescência às regras: “(...) eu jamais chego com aspereza, chego tranqüilamente: - Mãezinha, não faz isso porque não pode, você vai ser chamada atenção, eu vou ser chamada atenção.” (Auxiliar de Enfermagem).

O uso de termos que denotam relações de parentesco pode, também, ser empregado como uma maneira de criar um clima de pretensa intimidade entre profissionais e acompanhantes e, ao mesmo tempo se obter um favorecimento na negociação e no cumprimento das regras. Entretanto, observamos que, com esse uso, se mantém, paradoxalmente, uma relação impessoal, na medida em que não se nomeia o acompanhante.

No CTQI, a regra que diz respeito à presença do acompanhante tem como finalidade dar apoio e suporte afetivo à criança e facilitar o acesso do profissional junto à mesma, sem nenhuma expectativa de ajuda ao pessoal de enfermagem, pois, a manipulação da criança só é realizada por um profissional especializado: “É uma ajuda [do acompanhante] muito boa pra gente poder se relacionar com as crianças. Porque, principalmente, para as crianças, é um lugar agressivo.” (Auxiliar de Enfermagem).

Pelas suas próprias características, as regras no CTQI podem ser modificadas e revogadas, como resultado da criatividade, seletividade e capacidade de julgamento do pessoal que ali trabalha. Nesse setor, o conceito de regra esboçado por Thompson (2000, p.195196) – “esquemas flexíveis que orientam os indivíduos no curso de sua vida diária, sem nunca terem sido promovidas ao nível de preceitos explícitos e bem formulados” – se aplica apenas no sentido da flexibilidade adotada pelos agentes institucionais. Ou seja, no CTQI, pode-se afirmar que as regras configuram preceitos explícitos e bem formulados, de conhecimento de toda a equipe que ali trabalha e dos acompanhantes.

Apesar da formulação clara e rígida de algumas regras, que não têm como ser infringidas, outras regras, que não afetam diretamente os cuidados em saúde que criança necessita, podem ser flexibilizadas.

No CTQI, existe um processo de acordos e arranjos, constantemente atualizados, entre os profissionais que ali trabalham. É esse processo que permite o funcionamento do serviço, mantendo sua organização interna, sem que sejam registrados conflitos *entre os profissionais*. É essa concepção de organização do serviço que Hoas (1999, p. 162) denomina “sistema de negociação contínua”, como propõe a sociologia das organizações.

Quando no CTQI, um acompanhante descumpra as regras, a ele pode ser imposta outra regra – mais definitiva - que proíbe sua entrada no setor. Nesses casos, os profissionais contam com o apoio da assistente social. A proibição da entrada de um acompanhante é sempre resultado de uma negociação somente entre a equipe, excluindo o acompanhante.

A equipe do CTQI desenvolve seu trabalho buscando sempre o consenso. A decisão tomada pelo pessoal de enfermagem, em uma situação de conflito com um acompanhante, geralmente recebe apoio irrestrito dos médicos. “(...) Quando a gente não consegue puncionar a veia da criança, a gente chama o cirurgião para ele fazer o acesso, mas ele ‘sempre’ apóia nossa posição.” (Auxiliar de Enfermagem).

Cabe destacar que o consenso entre os médicos e o pessoal de enfermagem funciona como um recurso para que se cumpram, rigorosamente, os protocolos médicos necessários ao tratamento.

A **Enfermaria de Neurocirurgia** recebe crianças com tumores cerebrais (câncer), hidrocefalia ou traumatismo crânio-encefálico, podendo, nesse último caso, ser decorrente de acidentes ou violência. São crianças com quadro clínico grave e em situação de extremo sofrimento. Tanto os acompanhantes quanto as equipes de saúde são inexoravelmente afetados por essa dor, vivenciada por cada um desses grupos com intensidade e características

próprias. Essa é uma peculiar e dolorosa demanda posta para os profissionais que ali trabalham.

Embora todos os casos mobilizem a equipe, os casos de crianças com câncer, conforme relatam os profissionais, deflagram um estado de sofrimento emocional pela dor decorrente da doença, do tratamento e do prognóstico desfavorável. Essa situação revela, sem véus, a impotência humana em face à morte, evidenciando uma certeza que iguala todos os seres humanos em uma única e mesma condição, independentemente do *status* que ocupam.

Na enfermaria de Neurocirurgia, o conhecimento que os profissionais detêm sobre as regras se limita àquelas básicas, relacionadas à higiene e à permanência do acompanhante. Poucos profissionais conheciam o documento “*Normas para os Acompanhantes*”. Outros já tinham ouvido falar dele e outros sabiam que existia, mas nunca o leram. Essa realidade parece evidenciar que, nesse setor, as regras existem “na forma de conhecimento prático, gradualmente inculcadas e continuamente reproduzidas nas práticas da vida cotidiana (...)” (Thompson, 2000, p.196).

Desse modo, as regras estão sujeitas a adaptação, em razão das particularidades e especificidades dos casos ali atendidos.

Os acompanhantes, de modo geral, demonstraram conhecimento das regras oficiais e disposição em cumpri-las. Essa disposição em cumprir as regras parece representar um fator significativo na ampla margem de negociação que os estes detêm, sem necessariamente provocar conflitos com os profissionais. Essa peculiar circunstância pode ser entendida pelo fato de que os acompanhantes da Neurocirurgia, dada a situação que motivou a internação da criança, mantinham-se durante longo tempo junto ao leito, evitando sair da enfermaria. Em caso de necessidade, a saída era *apenas comunicada* ao pessoal de enfermagem, que, prontamente, a acatava comprometendo-se a cuidar da criança.

O empenho e o zelo dos acompanhantes no cuidado com sua criança, conjugado à condição clínica da mesma, lhes conferia autonomia e independência para que elas mesmas, ‘quebrassem’ as regras.

Essa particularidade da Neurocirurgia é demonstrativa de que uma instituição só consegue funcionar bem, quando existe espaço para a negociação (Hoas; 1999). Nesse caso, o que se conforma como uma peculiaridade desta enfermaria é um contínuo processo de acordos tácitos, mais do que explícitos, onde a margem de poder dos acompanhantes é sucessivamente ampliada e legitimada pelos profissionais.

Os profissionais de enfermagem trabalham de modo articulado com os acompanhantes, mantendo um relacionamento próximo, sinceramente comprometido com a

situação vivenciada e com o sofrimento que essa situação acarreta. Essa empatia, também responde pela autonomia que os acompanhantes têm no que diz respeito às regras.

Em contrapartida à dinâmica das enfermarias fechadas, temos as seis enfermarias da **Clínica Pediátrica**. Nessas, como já anunciado, o controle dos profissionais sobre os acompanhantes, em torno do que se passa dentro das enfermarias e em relação ao cumprimento das regras, é quase inexistente. Essa situação parece confirmar a relevância que a estrutura organizacional da enfermaria assume na operacionalização das regras e responder, em parte, pelo registro acentuado de conflitos (entre acompanhante e acompanhante, acompanhante e pessoal de enfermagem, entre acompanhantes e funcionários responsáveis pela segurança do hospital).

Os acompanhantes dessas enfermarias são considerados, pelo conjunto dos agentes institucionais, como os mais “*desobedientes*”.

As crianças destas enfermarias costumam a permanecer sozinhas no leito. É freqüente o livre trânsito de seus acompanhantes para outras enfermarias ou outras dependências do serviço e mesmo para fora do hospital, em um claro descumprimento das regras oficiais.

A reincidência de internações dessas crianças facilita ao acompanhante uma intimidade com o ambiente, resultando no descumprimento de regras e na criação de regras próprias. Familiarizados com a dinâmica do Serviço e conhecedores de suas falhas, no que diz respeito ao ‘controle’ das regras, usam de criatividade para questionar e discutir sua validade, reinterpretando-as e polemizando com os agentes. “Não cumpro nenhuma dessas regra [risos]. Não pode lavar roupa ali, eu lavo; não pode estender roupa, eu estendo. Não pode fumar; aí, eu saio e fumo lá embaixo.” (Acompanhante).

Outro fator a ser considerado como significativo no não cumprimento das regras por parte dos acompanhantes é que nessas enfermarias o quadro clínico das crianças, de modo geral, não se caracteriza como um quadro grave, se comparado às crianças internadas nas enfermarias fechadas. Essa circunstância não obriga que o acompanhante permaneça em vigília ao lado da criança por muito tempo, facilitando seu deslocamento. Por vezes, esse comportamento é entendido, por alguns profissionais, como negligência, abandono. “(...) São mães que abandonam os filhos, que ficam de papo com outras mães ao invés de dar atenção aos seus filhos. Vão para outras enfermarias, para outros andares, vão para o centro da cidade.” (Enfermeira)

Outra particularidade que merece destaque quanto às regras oficiais nas enfermarias da Clínica Pediátrica, é que, nestas, encontra-se o maior número de profissionais que relataram

que nunca ouviram falar das regras, e outros, que conhecem algumas, ou por “ter ouvido falar” ou porque foram tomando conhecimento delas, no dia-a-dia.

Vale ressaltar que essa situação é, em parte, semelhante àquela encontrada na Neurocirurgia e é, acentuadamente, diferente da encontrada, no CTQI, nos quais os profissionais estão cientes das regras. A falta de pessoal em número suficiente para atender as seis enfermarias, contribui para o ‘afrouxamento’ da vigilância e, até mesmo, para flexibilidade das regras.

A cobrança do cumprimento das regras, por parte da equipe, se faz, em casos considerados mais importantes, como por exemplo, aqueles que envolvem violência dirigida à criança, brigas entre os acompanhantes e entre estes e o pessoal de enfermagem. A depender da gravidade da situação, a assistente social é chamada para ‘resolver o conflito’ e, quando necessário, recorrer ao Conselho Tutelar.

Observamos que os profissionais da equipe e os acompanhantes reconhecem que, no momento em que a ordem no serviço necessita ser estabelecida, ou restabelecida, o responsável por essa função é a assistente social, parecendo funcionar como a ‘polícia do hospital’.

Observamos que as assistentes sociais são, mais frequentemente, requisitadas pelos profissionais que atuam nas enfermarias da Clínica Pediátrica do que na Neurocirurgia e no CTQI para ‘resolver’ conflitos entre o pessoal de enfermagem e os acompanhantes.

Os profissionais de saúde, ao lidarem com os problemas cotidianos, têm opiniões e condutas diferentes, quando confrontados com situações semelhantes. Essa diferença constitui um fator determinante do processo de negociações contínuas e necessárias entre os profissionais.

Qualquer profissional de saúde se sente capaz e habilitado para romper com as regras estabelecidas, sempre que isso lhe parece conveniente (STRAUSS ET AL, 1963; THOMPSON, 1995). Essa interpretação, que cada um faz das regras, parece corresponder a um desejo correto de que o trabalho seja desenvolvido, adequadamente, na forma como o profissional acredita que ele deva ser feito (STRAUSS ET AL; 1993). Assim, o que observamos na Clínica Pediátrica é que os profissionais tomam decisões diferentes, relativas a uma mesma situação e não se comunicam entre si. Tal atitude gera conflitos entre os profissionais, uma vez que estes se sentem desautorizados diante do acompanhante.

Observamos, entretanto, que, quando os conflitos são gerados por conta de decisões diferentes tomadas por assistentes sociais ou pelo pessoal de enfermagem, a questão é

discutida e resolvida entre esses profissionais, que negociam de modo que um possível conflito não se instale, ou se resolva.

Entretanto, quando estes profissionais são ‘desautorizados’ por um médico, o conflito sequer se instala. Nesses casos, observamos que o poder do médico se expande para além dos saberes específicos dos médicos (CARAPINHEIRO, 1998), fazendo sobressair a hierarquia institucional e a posição que, nela, o médico ocupa, implicando que os outros profissionais se submetam a ela. É essa submissão que faz com que os outros profissionais encontrem dificuldades em negociar junto com a categoria médica as decisões relativas a procedimentos e rotinas do serviço.

No que se refere às assistentes sociais, por exemplo, o ponto de negociação das regras em que essas profissionais mais se envolvem com os médicos refere-se à questão da alta hospitalar. As assistentes sociais entendem que a alta médica deveria ser primeiramente comunicada ao Serviço Social. Defendem, veementemente, que seja instituída uma regra, em que o acompanhante deva tomar conhecimento de que a criança receberá alta, somente no momento em que o médico a assina. Essa reivindicação das assistentes sociais não é atendida. Isto corresponde a muitos conflitos entre as acompanhantes e o pessoal de enfermagem, quando elas, as assistentes sociais, são, invariavelmente, chamadas para responder questões relativas a alta médica. Essa situação é recorrente e assume o caráter de uma ‘negociação impossível de ser realizada’.

Quanto à permanência do acompanhante, alguns profissionais (médicos e o pessoal de enfermagem) parecem entender que se trata de uma regra que implica em uma vigília permanente, 24 horas por dia, sem qualquer direito de reclamar uma noite de sono em condições mais adequadas. Registramos esse fato pela frequência de queixa sobre os acompanhantes que dormem até tarde e que não cuidam direito de seus filhos.

Por sua vez, os acompanhantes fazem referências à falta de conforto mínimo para dormir e de como se sentem cansados. Estes dormem em uma cadeira estreita, que não possui braços, impossibilitando uma mudança de posição, sem que se corra o risco de cair no chão. As cadeiras, não reclinam totalmente e possuem uma forração de plástico que as tornam muito quentes, estando, também, em péssimo estado de conservação. Sem lençol, a pele fica em contato direto com o plástico, o que é agravado pelas altas temperaturas do verão e pelo fato de o setor não contar com refrigeração adequada. A refrigeração se dá, apenas, pelas janelas, que são mantidas abertas, ou por ventiladores de teto, muitos deles quebrados. Um dos acompanhantes relatou, durante a realização das entrevistas, o que significa ‘dormir’ nessas cadeiras:

Tem um mês e uma semana que estou aqui. Eu durmo, aqui, todas as noites. Tenho dor nas costas, na coluna; a gente não dorme direito no hospital [sua aparência confirma]. Às vezes, eu desço para tomar um café para me sustentar, para ficar acordada mesmo. (Acompanhante).

Apesar das constantes queixas e reclamações dos acompanhantes, esta realidade não é valorizada por alguns profissionais, notadamente, pelos médicos e pelas enfermeiras, o que pode ser observada através da seguinte fala: “(...) elas [mães] reclamam que dormem mal, aqui. Em casa dormem até no chão de terra ou debaixo do viaduto e, chegam aqui, querem conforto.” (Médico).

O desconforto da cadeira pode explicar as reiteradas vezes em que os acompanhantes são surpreendidos, dividindo o leito com as crianças, desrespeitando a regra que os proíbe de se deitar no leito ou em macas. Além do mais, como eles devem ficar atentos e atender as necessidades das crianças, durante todo o dia, é de se supor que, à noite, estejam cansados, tenham sono, precisem e queiram descansar, com um mínimo de conforto.

Os médicos, de modo geral, parecem ignorar o desrespeito dessa regra, por parte do acompanhante, pois *não* observamos durante esta investigação nenhum médico reclamando ou chamando a atenção de um acompanhante por esse motivo. Ao contrário, os médicos atendiam as crianças ao lado de acompanhantes confortavelmente recostados nos leitos dos filhos.

Observamos, então, que a precariedade para o pernoite dos acompanhantes, o descaso de alguns profissionais para esta realidade e a impossibilidade de alteração, em curto prazo, desta condição, torna quase impossível uma negociação que dê conta desse tipo de ocorrência, resultando que os acompanhantes promovam estratégias para minimizar seu desconforto, para além das regras do serviço.

Dessa forma, uma regra relativa à prevenção do risco de contaminação da criança, por exemplo, é desrespeitada pelos acompanhantes e ultrapassa os parâmetros da negociação. Não havendo espaço para negociação e nem interesse em se negociar, não se cria condições necessárias para se reivindicar, junto à administração, acomodações mais adequadas.

Observamos que há enfermeiras que tentam fazer cumprir algumas regras relativas aos cuidados e rotinas que os acompanhantes deveriam cumprir para a manutenção da higiene da criança e de sua própria higiene, tais como a necessidade de que a mãe acorde cedo, banhe a criança e tome seu próprio banho; que mantenha limpa a cama da criança e cuide de trocar suas fraldas, sempre que necessário e lhe forneça pessoalmente a alimentação. Entretanto, isso não acontece da forma como a enfermagem deseja. Cada acompanhante tem sua própria

maneira de tratar os filhos. Trazem de casa hábitos, que são diferentes daqueles exigidos no hospital. Contudo, não é incomum que as enfermeiras façam cobranças, especialmente, aos acompanhantes com os quais tem mais intimidade. Em tal circunstância, é possível vê-las tratar o problema com menos rigidez e, até mesmo, com certo bom humor, o que não deixa de ser uma estratégia de negociação implícita.

Ainda no que diz respeito às regras relativas à higiene, os acompanhantes são constantemente chamados à atenção para o fato de que devem, *sempre*, lavar as mãos, antes e depois de manipular a criança, depois de usarem o banheiro e quando chegam da rua. Entretanto, não é incomum cenas em que o acompanhante, após trocar as fraldas, pega a mamadeira, abre sua tampa, ajeita a criança em seu colo e começa a alimentá-la, sem ter lavado as mãos, confirmando a queixa do pessoal de enfermagem.

Os hábitos de higiene fazem parte de um contexto de educação formal e de condições sanitárias para além das recomendações feitas pelo pessoal de enfermagem – é difícil adquirir um novo hábito ou substituir um antigo. Nas enfermarias da Clínica Pediátrica, esse tipo de situação é bastante comum.

A regra que proíbe as saídas da acompanhante do hospital, principalmente à noite, é motivo de conflito entre as acompanhantes, os guardas. Caso saiam, à noite, deverão retornar até às 22 horas, pois, se não o fizerem, sua entrada no hospital será impedida. Essa regra é aceita pelo conjunto dos profissionais da pediatria e questionada e desrespeitada, abertamente, por muitos acompanhantes da Clínica Pediátrica. Sempre foi possível encontrar um grupo de acompanhantes, especialmente mães, que saem, à noite, e, sistematicamente, ignoram esta regra.

Os acompanhantes da Clínica Pediátrica costumam sair e enfrentar o guarda, pois entendem que essa proibição é indevida: “Eles não deixam sair, depois de dez horas [vinte e duas horas]. (...) Depois que a gente briga bastante, é que a gente sai. Eu saio, eu não estou internada. Quem está internado é o meu filho.” (Acompanhante).

Neste caso, observamos, novamente, que quando *não* há espaço para negociação, os acompanhantes criam regras próprias, ignorando e descumprindo as existentes no serviço, sejam elas oficiais ou informais.

A regra mais acintosamente desrespeitada é aquela que proíbe o ‘uso de roupas inadequadas’. As roupas que as mães-acompanhantes usam são, freqüentemente, criticadas, por “não serem adequadas ao ambiente hospitalar” (Médica). Apenas uma profissional manifestou opinião diferente:

(...) o que é mais questionado nas mães é, justamente, a roupa. Mas, é a cultura delas. Elas vestem roupas curtas, tops e shortinhos minúsculos. Para elas [ mães], isso não faz diferença nenhuma (...) estar aqui dentro do hospital, sair na esquina ou andar pelo próprio bairro. Elas acham que aqui [a pediatria] é igual a vida delas. (Assistente Social).

As mães-acompanhantes usam as roupas que vestem em seu dia a dia. Aqui, revela-se um choque cultural. Entretanto, os profissionais que criticam as mães, repetidas vezes, não percebem as diferenças culturais. A crítica dos profissionais não vai além da aparência pessoal das acompanhantes, tomando seu próprio estilo de vestimenta como um modelo a ser seguido.

Esse comportamento – uso de “*roupas inadequadas*” - é particularmente observado nas mães-acompanhantes que têm seus filhos internados nas enfermarias abertas e praticamente inexistentes nas enfermarias fechadas.

Outro aspecto que deve ser considerado, na questão das roupas que as acompanhantes usam, é a formalidade institucional. Qualquer instituição pública procura homogeneizar condutas para funcionar de modo mais regular e previsível. As roupas são partes de um código de conduta. A obrigação do uso de uniforme pelos profissionais nem sempre é observada com o rigor que se propõe. Entretanto, não observamos nenhum tipo de sanção ou crítica a este comportamento durante nossa investigação.

O problema não está em notar as diferenças, o problema está em como lidar com elas. Se as roupas são consideradas impróprias, deveriam ser motivo de reflexão e negociação da equipe com os acompanhantes, de modo respeitoso e democrático.

Outra questão que merece destaque se refere ao fato de que a presença de acompanhantes, em unidades de saúde ainda é vista, por alguns profissionais, como uma concessão, um assentimento de agentes que ocupam, hierarquicamente, um *status* superior àqueles indivíduos – os usuários –, na estrutura institucional. Sendo uma concessão, e se esses beneficiários não respondem de acordo com o que se espera deles, ou seja, humildade, gratidão, comportamento reto, qualquer desvio, ou seja, qualquer descumprimento de uma regra é entendido como uma conduta não apropriada, a quem está ali ‘de favor’.

Como um desdobramento perverso da ‘cultura do favor’, o fato de que acompanhar uma criança internada é um direito legalmente constituído, poderia estar sendo interpretado como uma obrigação. O que pode ser confirmado quando os profissionais – médicos e enfermeiras mais acentuadamente - cobram do assistente social a presença do acompanhante no serviço, vista como uma obrigação, sugerindo até mesmo que o Conselho Tutelar seja acionado como alternativa para punir supostos abandonos.

Outra questão relevante é que os profissionais de saúde parecem não considerar significativo é o fato de que os acompanhantes, ao terem sua presença exigida durante 24 horas na enfermaria, passam literalmente a “residir no hospital” e, conseqüentemente, a se comportar da mesma maneira que se comportam em seu cotidiano.

Eles [acompanhantes] pensam que, como estão aqui, acompanhando os filhos, que isso aqui [a pediatria] é a casa deles, e não é. Elas [as mães] andam por aqui como se estivessem andando em sua casa, não têm nenhum pudor. Aqui é a nossa casa [mãos mostrando o peito]. (Médico).

O hospital, aqui, é visto como a ‘*casa dos médicos*’, ou dos profissionais que ali trabalham. Esta atitude talvez seja explicada à medida que a constituição da profissão médica se confunde com a da instituição hospital, na forma como a conhecemos hoje. É no hospital que os médicos praticam a medicina, como parte integrante de sua formação, do estágio à residência médica, e depois de já formados.

## DISCUSSÃO

O hospital é um espaço de confronto da diversidade de opiniões e interesses: diversidade cultural dos usuários, diante de um modelo consagrado de uma forma específica de vivenciar a doença, que se materializa nas ideologias e nas práticas dos grupos profissionais (CARAPINHEIRO, 1998).

Nesse modelo, a medicina se apresenta como uma ideologia social, dada a posição de influência na imposição da versão oficial das idéias sobre saúde e doença, cientificamente reconhecida, e como instituição de controle social, considerando as formas que o poder médico assume, na definição da condição do doente (CARAPINHEIRO, 1998). Nesse espaço, é importante investigar os limites e as possibilidades de negociação dos médicos, dos não médicos e dos acompanhantes.

No que diz respeito aos acompanhantes, vários fatores contribuem para maior ou menor disposição dos profissionais em negociar as regras da ordem institucional que se pretende manter ou estabelecer cotidianamente.

A existência de regras formais e seu conhecimento, por parte dos profissionais e dos, influi na margem de negociação e certamente sofre variação de um setor para outro. De modo geral, profissionais e acompanhantes do serviço de pediatria desconhecem as regras oficiais.

Investigando o hospital, já foi indicado que, mesmo quando as regras institucionais são

formalmente escritas, poucos agentes tomam conhecimento delas e, quando o fazem, são capazes de desconsiderá-las e criar suas próprias regras (STRAUSS, 1963, 1978; THOMPSON, 2000; CARAPINHEIRO, 1998; HOAS, 1999; DESLANDES, 2002).

Profissionais e acompanhantes das enfermarias abertas e das enfermarias fechadas podem cumprir, ou não, as regras e negociar de forma semelhante ou distinta.

Quando encontramos profissionais que conhecem bem as regras, encontramos, ao mesmo tempo, acompanhantes que as conhecem e as cumprem, num contexto onde a sua flexibilidade se faz presente. Por outro lado, quando encontramos profissionais que conhecem menos as regras oficiais encontramos, também, acompanhantes que, de modo quase sistemático, não as cumprem.

Assim como os acompanhantes, os profissionais também desconsideram as regras oficiais. Cada profissional age de acordo com seus interesses, de acordo com o que acredita ser melhor para o serviço e ainda de acordo com que acredita e defende como o melhor à recuperação da criança (STRAUSS, 1978, 1963). Esta situação resulta em uma tipologia de regras assim observadas: regras que podem ser negociadas; regras que não podem ser negociadas e em regras que podem ou não podem ser negociadas dependendo da disposição do profissional. Certamente que, no último caso, esta atitude aparentemente incoerente, não raro se constitui como um fator gerador de conflitos entre os profissionais, caso alguém veja a sua autoridade questionada, por exemplo, e entre profissionais e os acompanhantes que se sentiram menos favorecidos.

Regras relativas a protocolos médicos, geralmente, não se incluem entre as regras negociáveis. Estabelecidas pelos profissionais de saúde e amplamente divulgada para os acompanhantes são invariavelmente invocadas em benefício da criança, facilitando sua adesão pelos acompanhantes.

Observamos que no CTQI, o entendimento de que as regras institucionais dificilmente são formuladas e explicitadas (STRAUSS, 1978, 1963; THOMPSON, 2000; CARAPINHEIRO, 1998; HOAS, 1999), não se aplica. Neste setor as regras são amplamente conhecidas e respeitadas, embora haja espaço para negociação daquelas relativas ao comportamento que se espera do acompanhante. Neste último caso, a afirmação de que as regras são passíveis de revogação por conta da atuação crítica dos agentes institucionais se confirma.

Dependendo do setor, é possível encontrar acompanhantes em posição não propriamente de negociar regras, mas sim de estabelecê-las. Cada acompanhante constrói, cotidianamente, em função de suas necessidades, suas próprias regras. Estes casos guardam

íntima relação com um quadro clínico que tem como prognóstico a morte da criança. Esta situação, dolorosa para acompanhantes e profissionais, promove uma inflexão na posição do acompanhante, encontrando-se em condições de elaborar suas próprias regras, cabendo aos profissionais respeitá-las, o que efetivamente fazem. Nestes casos, até protocolos médicos podem ser negociados, conforme encontramos na Neurocirurgia Infantil.

Depreende-se do exposto que quando os acompanhantes têm liberdade para estabelecer suas próprias regras, tem-se, como resultado, um melhor funcionamento do setor e a manutenção de uma organização interna menos conflitiva. Essa particularidade é demonstrativa de que uma instituição só consegue funcionar bem, quando existe espaço para a negociação (HOAS, 1999). Desta forma, em enfermarias fechadas (CTQI e Neurocirurgia Infantil) raramente se registram conflitos.

O maior número de conflitos foi encontrado nas enfermarias abertas da Clínica Pediátrica. Sua estrutura organizacional, quadros clínicos de menor gravidade, número insuficiente de pessoal para atender a demanda e a incidência de reinternações, contribuem para que os profissionais controlem menos o comportamento dos acompanhantes. Estes, por sua vez, questionam e não cumprem as regras oficiais e repudiam quaisquer regras que tenham por finalidade regular suas rotinas, principalmente, seus comportamentos.

Podemos inferir, então que, onde há espaço para negociação há um maior comprometimento dos acompanhantes com as regras e a quase inexistência de conflitos, como é o caso das enfermarias fechadas. Onde há um espaço reduzido para a negociação, observamos pouco ou nenhum comprometimento dos acompanhantes com as regras e a existência de muitos conflitos, como é o caso das enfermarias abertas.

Por fim, observamos que diferenças na condução das negociações entre os profissionais de saúde e os acompanhantes nas enfermarias fechadas e nas enfermarias abertas respondem pela diferença no comportamento dos acompanhantes. Administrar um hospital ou um setor do hospital implica no estabelecimento de poucas regras, na capacidade de negociar com seus pares e com os usuários, além de saber administrar conflitos.

#### REFERÊNCIAS:

BAUER, M.W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: BAUER, M.W, GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 3a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2002.

- CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital**: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto (POR): Edições Afrontamento; 1988.
- DESLANDES, S.F, ASSIS, S.A. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadoras. **Caminhos do Pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Coleção Criança, Mulher e Saúde; 2002.
- HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre (RS): Editora Artes Médicas; 1994.
- HOAS, J. Interacionismo simbólico. In: Giddens A e Turner J. **Teoria Social Hoje**. São Paulo: Editora UNESP; 1999.
- STRAUSS, A. *et al.* The hospital and its negotiated order. In: FREIDSON, E. **The Hospital in Modern Society**. London (ENG): The Free Press of Glencoe; N.York (USA): Collier-Macmillan; 1963.
- STRAUSS, A. **Negotiations.Varieties, processes, contexts, and social order**. São Francisco: Jossey-Bass; 1978.

## ABORTO LEGAL: DIREITO DE ACESSO RESTRITO?

Mariana Silveira Barcelos

Luciana Patrícia Zucco<sup>2</sup>

O Plano Nacional de Políticas para Mulheres, 2013 a 2015 (BRASIL, 2013), prevê a inserção da temática dos direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres nos cursos de graduação de profissionais da Saúde (item 3.4.8). Nesse sentido, a discussão está posta aos/as assistentes sociais que atuam com a saúde sexual e reprodutiva, uma vez que são reconhecidos/as como profissionais de saúde (CNS, Resolução 218/97; CFESS, Resolução 383/99).

Um dos temas centrais da saúde sexual e reprodutiva que mobiliza diferentes setores da sociedade é o aborto. O tema é polêmico, permeado por tabus, pois envolve concepções sobre reprodução, sexo, vida, família, feminino, entre outras, e pode estar ancorado em diferentes leituras, a saber: religiosa, jurídica, de saúde pública e de direitos sexuais e reprodutivos, como dimensões dos direitos humanos.

Discutir teoricamente o aborto na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos é considerá-lo segundo a premissa da igualdade e da liberdade na esfera da vida reprodutiva (ICPD, 1994), e no exercício da sexualidade (FWCW, 1995). Remete, portanto, à sexualidade e à reprodução como campos de direitos, sendo nessa relação que a temática é aqui gestada e atravessada pelo recorte de gênero.

Para Ávila (2003), a sexualidade e a reprodução são dimensões da cidadania e, conseqüentemente, da vida democrática. Giddens (1993, p. 199) argumenta que a “sexualidade é um terreno fundamental de luta política, além de ser também um meio de emancipação”. Para este autor, “a emancipação sexual pode ser o meio para se conseguir uma reorganização emocional mais abrangente da vida social”. “Ela é mais efetivamente compreendida como uma forma de ação, como a possibilidade da democratização radical da vida pessoal” (GIDDENS, 1993, p. 200).

---

<sup>2</sup> Assistente Social. Doutora em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do IFF, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, Brasil). Professora Adjunta do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós Graduação em Serviço Social/CSE/UFSC (Brasil). Tutora do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Tiago/HU/UFSC. Integrante do Núcleo de Estudos em Serviço Social e Relações de Gênero-NUSSERGE/UFSC e do Instituto de Estudos de Gênero-IEG/UFSC. E-mail: <lpzucco@uol.com.br>.

Tal compreensão esteve presente na ação política do Movimento Feminista e de Mulheres internacional e nacional, ao colocar como ponto de política pública aspectos anteriormente considerados do espaço privado, como reprodução e sexo. O debate é, então, deslocado das posições binárias e polarizadas, de contra ou a favor à descriminalização ou legalização do aborto, bem como da visão de saúde pública relacionada a indicadores de mortalidade materna, ainda que importante para assegurar direitos.

A chave de interpretação, segundo os direitos sexuais e reprodutivos, tem como foco a emancipação feminina. Não há emancipação quando a mulher está cingida a responder atribuições construídas historicamente e que lhe reduzem à condição de “parideiras” e “mães”, essencializando e naturalizando suas vidas e relações sociais. A emancipação está relacionada à autonomia, que significa “capacidade de auto-reflexão e autodeterminação dos indivíduos” (GIDDENS, 1993, 202).

Os serviços públicos de interrupção voluntária da gravidez figuram como um dos direitos das mulheres voltado ao seu corpo e história de vida. Contudo, esta assertiva é problematizada pela experiência de implantação do aborto legal do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), ao situar o contexto em que tais direitos tem sido gestados e operacionalizados às usuárias.

A execução do serviço previsto em Lei desvela a restrição do acesso das mulheres, não apenas pela sua pouca oferta em âmbito nacional, mas, principalmente, pela concepção que o orienta. Nos casos de violência sexual, o Protocolo para Atendimento de Aborto Legal projeta a noção de “crime” em detrimento da autonomia feminina, uma vez que a mulher tem de provar a violência sofrida, e nos casos de risco de vida da mulher, a patologia se destaca e seu corpo é submetido ao conhecimento técnico. O presente capítulo aborda os elementos que envolveram o processo de implantação do aborto legal no Brasil, e a experiência do HU/UFSC. Discute, com isso, a constituição da sexualidade como campo de exercício de direitos, e a emancipação feminina como dimensão da cidadania.

## O LONGO PERCURSO DO ABORTO LEGAL E SEUS DEBATES

No Brasil, apesar de diversos trabalhos científicos (DINIZ et. al., 2014, 2008; ALVARENGA e SCHOR, 2010; ALDANA e WINCKLER, 2009; AZEREDO, 2007; GALLI, 2005; BARSTED, 1991) abordarem a temática, é necessário percorrer um longo

caminho para avançar na discussão e nas ações a serem executadas. O Código Penal de 1940 (Art. 124 a 128) regula o aborto como “Crimes contra a Vida”, ressaltando os casos de estupro e risco de vida da mulher. Nestes último caso, o aborto é compreendido como terapêutico e profilático/ preventivo.

A interrupção da gravidez decorrente da violência sexual, mesmo sendo garantida em nossa legislação há 60 anos, enfrenta diversos obstáculos para sua efetivação, expressos pelo número reduzido de serviços públicos de saúde que prestam esse atendimento. Na prática, este direito não está garantido às mulheres de forma integral.

A história do aborto remonta à Antiguidade, e as opiniões acerca da temática jamais foram unânimes, assim como a forma de lidar com ele. No século XVIII, após a Revolução Francesa, sua prática foi difundida em grande parte das culturas, no entanto, a partir dos descobrimentos médicos e sob a égide dos Estados nacionais, a vida do feto como futuro trabalhador e soldado foi privilegiada. No século XIX, houve a expansão do aborto, principalmente entre as classes mais populares, caracterizando-se como uma ameaça à classe dominante. Representava um decréscimo na oferta de mão de obra barata, necessária para a expansão das indústrias e constituição do estado moderno. Tal contexto suscitou mudanças no modo de lidar com o tema. Foram criadas leis bastante restritivas para a prática do aborto (JACOBSEN, 2009; ALVARENGA e SCHOR, 2010).

No Brasil, os dois primeiros Códigos Penais, de 1830 e 1890, eram bem mais rigorosos que o atual, e não previam a exceção do aborto para salvar a vida da mãe ou em caso de gravidez decorrente de estupro, conforme se tem hoje. De acordo com Scavone (2008), esse processo no país foi permeado por inúmeras negociações políticas. Desde a omissão da palavra “aborto”, em meados da década de 1970, que objetivava assegurar as alianças políticas com os setores da esquerda e da Igreja Católica progressista na luta contra a ditadura, até a opção política pela efetivação dos casos previstos por lei e pela descriminalização.

A ação política do movimento feminista e de mulheres pela descriminalização do aborto possibilitou alguns avanços, mas não impediu propostas de retrocessos. As reivindicações colocaram em pauta o direito de a mulher decidir sobre a interrupção da gravidez e de o Estado se responsabilizar pela assistência nos casos de abortamento permitidos em Lei (SOARES, 2003).

A Frente Feminista de Mulheres encaminhou ao Congresso Nacional, durante as mobilizações para a redação da Constituição de 1988, a Carta das mulheres. Nesta, não há referência direta à temática, que teria sido alterada por: “será garantido à mulher o direito de

conhecer e decidir sobre o seu próprio corpo”. Pinto, citada por Scavone (2008), analisa que a ausência da demanda explícita do direito ao aborto nessa carta foi estratégica, em virtude do avanço conservador que ameaçava, naquele momento, modificar o Código Penal, e de sua garantia nos casos de estupro e risco de vida à mulher gestante.

No final da década de 1980, ou seja, 49 anos após o tema ser previsto no Código Penal, ocorreram os primeiros atendimentos oficiais nas instituições públicas de saúde. O primeiro serviço de atendimento ao abortamento legal foi implantado no Hospital Municipal Dr. Arthur Saboya, em São Paulo, em 1989. Em 1997 foi aprovado o Projeto de Lei 20/91, que previu o atendimento dos casos de aborto legal na rede pública de saúde. Para Azeredo (2007), naquele momento de luta pela regulamentação dos atendimentos dos casos de aborto legal, houve opiniões favoráveis e contrárias à aprovação do Projeto. Somente em 1999 o Ministério da Saúde adotou a *Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*, definindo a assistência à saúde voltada às mulheres que sofreram violência sexual.

Esta Norma Técnica estabeleceu parâmetros para prestação da assistência, com destaque à atenção multidisciplinar, à organização e à divulgação da rede integrada de atendimento. Previu procedimento para a profilaxia contra DST/HIV/AIDS, anticoncepção de emergência e prática do abortamento, respeitada a idade gestacional. Foi destinada aos hospitais públicos previamente credenciados, e contribuiu para a garantia da segurança dos profissionais de saúde no exercício do cumprimento desse direito à mulher.

Em 2005, foram publicadas a Portaria nº 1508/2005, que dispõe sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do SUS, e a *Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento*, marco na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Outro avanço foi o reconhecimento do aborto como caso de saúde pública, no governo Lula, através do Decreto 7.177/ 2010. Este impõe ao sistema de saúde a necessidade de efetivar a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).

Soma-se a essas conquistas a descriminalização do aborto nos casos de anencéfalo, com a aprovação da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF), em 2012. A proposta de ADPF tramitou por nove (9) anos no Supremo Tribunal Federal e prevê a ‘antecipação do parto anencéfalo’, terminologia politicamente utilizada em detrimento da palavra aborto.

Ressalta-se que as Normas Técnicas (*Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes; Atenção Humanizada ao*

*Abortamento*) tiveram reedições e aprimoraram a assistência às mulheres. Do mesmo modo, outras Portarias foram publicadas, com destaque: a nº 485, de 1º de abril de 2014, que redefine o funcionamento do serviço de atenção a mulheres, adolescentes, crianças, homens e pessoas idosas em situação de violência sexual no âmbito do SUS; a nº 288, de 25 de março de 2015, que prevê a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do SUS.

Nota-se, contudo, que não há até o momento uma lei que regulamente o aborto legal, tampouco a superação das resistências dos profissionais em lidar com sua implementação, especialmente aqueles cuja formação é baseada no modelo biomédico e que a legislação própria os ampara (SOARES, 2003). O código de ética médico permite ao profissional não realizar atos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

Para Soares (2003), as dificuldades não se restringem às ações práticas. Abarcam a impossibilidade de os técnicos visualizarem as características subjetivas, sociais e culturais das mulheres relacionadas ao processo saúde-doença, bem como a incapacidade de lidar com aspectos emocionais, somado à crença de que esta não é uma problemática pertinente ao setor de saúde. A autora aponta, ainda, a ausência de capacitação e de domínio do instrumental teórico e prático dos profissionais para tratar dos agravos resultantes da violência sexual, uma vez que este tema não faz parte de sua formação acadêmica.

Nesse contexto, a grande maioria dos hospitais resiste em aderir ao serviço de atendimento ao aborto legal, e impõe inúmeros obstáculos para a implantação da assistência voltada à interrupção da gravidez. Em decorrência disso, a mulher que necessita de um atendimento especializado expõe-se a clínicas clandestinas, sem qualquer respaldo que assegure a qualidade do serviço.

Chama-se a atenção para o fato de que a criminalização do aborto discrimina a mulher, sendo compreendida como uma forma de violência consentida e perpetrada pelo Estado (PIMENTEL e PANDJIARJIAR, 2002). Tal concepção limita a efetivação de seus direitos humanos e liberdades fundamentais, em especial, restringe o protagonismo sobre sua saúde sexual e reprodutiva, sobre seu corpo, tolhendo sua autonomia.

Para Scavone (2008), o aborto é um direito social, o que implica discutir sua prática em um País onde, na maioria das situações, o procedimento é realizado em condições precárias e juridicamente ilegais. Ao ser considerado crime gera penalidades às mulheres, de forma mais intensa àquelas das camadas populares que têm dificuldade em acessar os serviços de saúde e os métodos contraceptivos. Segundo Diniz (2008, p. 7), “a maioria é jovem, pobre, católica e

já com filhos”. Representa, assim, um grave perigo para a saúde e vida de algumas mulheres, podendo ser qualificado de aborto inseguro.

Em consonância com as afirmações de Scavone, Pimentel e Pandjariar (2002) reafirmam o direito à saúde sexual e reprodutiva das mulheres como componente fundamental dos direitos humanos, veiculado nas últimas décadas em documentos oriundos das conferências internacionais das Nações Unidas. A partir das Conferências de Cairo (1994) e Beijing (1995), a comunidade internacional passou a reconhecer o aborto inseguro como um grave problema de saúde pública, recomendando aos governos que:

considerem a possibilidade de reformar as leis que estabelecem medidas punitivas contra as mulheres que tenham sido submetidas a abortos ilegais, bem como que garantam às mulheres, em todos os casos, o acesso a serviços de qualidade para tratar complicações derivadas de aborto. (PIMENTEL E PANDJIARJIAR, 2002, p. 71-72).

Lolatto (2004) considera o aborto como um direito individual das mulheres, e como tal não poderia ser proibido. Esta afirmação recupera a discussão da autonomia feminina, a posição de a mulher ser ouvida sem que tenha que recorrer a argumentos externos a sua vida e sustentados nas concepções de crimes ou de ausência de saúde. Nessa perspectiva, a prática do aborto não seria um “ato de infração moral de mulheres levianas” (DINIZ, 2008, p.7), mas a possibilidade do exercício de um direito humano amparado por cuidados de saúde. O direito individual, portanto, remete à garantia de estruturas sociais públicas por parte do Estado, que promova a possibilidade de a mulher se constituir como cidadã.

Kyriakos e Fiorini (2002) afirmam que o direito pode desenvolver ou bloquear o desenvolvimento social, econômico e cultural, dependendo de seu uso. “E este uso construtivo do direito está imbricado com uma visão da vida em sociedade centralizada na pessoa humana e no pleno desenvolvimento de sua personalidade” (KYRIAKOS; FIORINI, 2002, p. 140). Conforme Bobbio (2004), a maior parte dos direitos sociais, aqueles chamados de segunda geração, que são exibidos brilhantemente em todas as declarações nacionais e internacionais, permaneceu no papel.

Uma coisa é proclamar esse direito, outra coisa é desfrutá-lo efetivamente, a linguagem dos direitos tem indubitavelmente uma grande função prática, que é emprestar uma força particular às reivindicações dos movimentos que demandam para si e para os outros a satisfação de novos carecimentos materiais e morais; mas ela se torna enganadora se obscurecer ou ocultar a diferença entre o direito reivindicado e o direito reconhecido e protegido. (BOBBIO, 2004, p. 9).

O Estado, principal gestor e executor de políticas públicas, tem sido omissivo em relação à clandestinidade do aborto e a suas consequências para as mulheres, bem como à prática legal, reafirmando as iniquidades de classe, gênero e regionais. Em 2012, havia em todo território nacional 65 unidades que realizavam o aborto legal<sup>57</sup>, sendo regionalmente dispostas da seguinte forma: Acre (02); Alagoas (01); Amazonas (03); Amapá (01); Bahia (01); Ceará (09); Distrito Federal (01); Espírito Santo (01); Goiás (01); Maranhão (04); Minas Gerais (05); Mato Grosso (03); Mato Grosso do Sul (01); Pará (02); Paraíba (01); Pernambuco (05); Piauí (02); RJ (01); Rondônia (02); RGS (04); SC (01); Sergipe (01); SP (11); Tocantins (01).

Esse cenário sugere direitos que não são cumpridos ou são discriminados, frutos da falta de aplicação das leis existentes. Segundo Rossenn (1998, p. 12), vários autores apontam que há uma diferença entre o direito escrito e o direito aplicado, sendo notoriamente ampliada essa realidade na América Latina. Outrossim, o fato de o serviço de aborto legal estar implantado em algumas regiões não significa que esteja efetivado, dificultando ainda mais o acesso das mulheres ao seu direito.

O Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas desenvolveu um estudo coordenado pelo ginecologista Aníbal Faúndes, no ano de 2006, que revelou o aviltamento dos direitos da mulheres em termos de aborto legal. Apenas 12% dos serviços de saúde credenciados realizaram pelo menos um aborto em 2005. Outro trabalho deste Centro, em parceria com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), demonstrou que a maioria das unidades públicas de saúde possuem atendimento a vítimas de violência sexual, porém, apenas 40% no Centro-Oeste e no Sudeste, e 30% ou menos nas outras regiões têm protocolo de atendimento.

Held (1997) enfatiza que uma democracia se aplicaria de modo pleno se os cidadãos tivessem o poder efetivo de ser ativos como cidadãos, ou seja, se fossem capazes de usufruir de um feixe de direitos que os permitissem conduzir a participação democrática e tratá-la como uma outorga. Esse feixe de direitos necessitaria ser visto como imposto pela própria noção de governo democrático a ele integrado. “Se se opta pela democracia, deve-se optar pela operacionalização de um sistema estrutural de fortalecimento dos direitos e obrigações, pois tal sistema constitui o espaço inter-relacionado onde o princípio da autonomia pode ser procurado – e levado a cabo” (HELD, 1997 p. 75).

Held (1997, p. 76) afirma, ainda, que

---

57 Informações obtidas na página JUSBRASIL. Aborto Legal. site: [tp://oab-rj.jusbrasil.com.br/noticias/112077413/pais-tem-so-65-locais-para-aborto-legal](http://oab-rj.jusbrasil.com.br/noticias/112077413/pais-tem-so-65-locais-para-aborto-legal).

Se os cidadãos, por exemplo, gozam de sólidos direitos sociais, civis e políticos e sofrem, contudo, marcantes disparidades em segurança física e/ou controle sobre seus corpos devido, por exemplo, a pouco ou nenhum controle sobre fertilidade e a reprodução, pode-se certamente argumentar que para um grande número de cidadãos – neste caso, mulheres –, a eficácia de seus direitos é menor que a dos homens. Em suma, os interesses iguais das pessoas no princípio de autonomia só podem ser protegidos se elas desfrutam em estrutura comum de ação através de cada um dos locais de poder. (HELD, p. 76).

A garantia do que está assegurado em Lei e a ampliação dos serviços oferecidos para realização da interrupção da gravidez são fundamentais para o exercício do direito individual de escolha da maternidade, mesmo que este direito seja restritivo. Contudo, os argumentos pautados nos direitos individuais, sexuais e reprodutivos, ou seja, humanos, apresentam-se frágeis diante de segmentos organizados que se colocam como porta voz dos princípios religiosos. Significativa parcela populacional é fortemente influenciada pela posição de doutrinas religiosas, por seus conceitos e crenças. Na atualidade e hegemonicamente, o aborto é compreendido como um pecado mortal, crime contra a vida de um inocente e indefeso, sendo esta considerada dom divino. Emblemática foi a Campanha da Fraternidade da igreja católica, em 2008, com seu título: “Escolhe, pois, a vida”!

Nessa chave de interpretação, a vida do feto é igualada à vida da mulher, por ser dotado de natureza humana, e ao nascer ganharia personalidade jurídica. Institui-se, com isso, argumentos ancorados em uma cultura de humanidade do feto. Nesta, a figura da mulher se aproximaria de uma imagem divinal, a de mãe e cuidadora. Ao fazer o aborto, romperia com sua natureza, seu instinto materno, colocando em cheque as atribuições de gênero historicamente estabelecidas na sociedade, e fragilizaria a concepção idealizada de família.

Tais argumentos informam discursos políticos partidários em diferentes espaços do aparato do Estado. Na Câmara dos Deputados são materializados em um conjunto de Projetos de Lei (PL)58 para aumentar as restrições atuais da Legislação de 1940, a saber:

Os Projetos de Lei nº 4.703, de 1998, nº 4.917, de 2001 e nº 7.443, de 2006, pretendem incluir a prática do aborto na Lei nº 8.072, de 1990, que trata dos crimes hediondos; o PL 4.917/01 prevê, além disso, mudanças nos arts. 124, 125 e 126 do Código Penal com aumento nas penas;

O Projeto de Lei nº 5.364, de 2005, pretende revogar o inciso II do art. 128 do Código Penal, eliminando a exceção feita aos casos de gravidez resultante de estupro. Sob a mesma justificativa, o PL nº 7.235, de 2002, propõe revogar todo o art. 128 do referido Código, o que,

---

58 Para Machado (2007, p. 4), os PL podem ser organizados de modo simplificado em “projetos que propõem aumentar as restrições atuais; projetos que propõem reduzir as restrições atuais; projetos que não propõem mudar as disposições vigentes; projetos que tratam acessoriamente do aborto”.

note-se, teria o efeito de criminalizar o chamado aborto terapêutico, realizado para preservar a vida da gestante.

O Projeto de Lei nº 478, de 2007, e seu apenso, o Projeto de Lei nº 489, de 2007, pretendem ambos estabelecer o Estatuto do Nascituro. Os projetos, com textos idênticos, além de aumentar as penas para prática de aborto, incluem o aborto na Lei nº 8.072, de 1990, que trata dos crimes hediondos, e estabelecem penas para, entre outras ações: “causar culposamente a morte de nascituro”; “anunciar processo, substância ou objeto destinado a provocar aborto”; “fazer publicamente apologia do aborto ou de quem o praticou, ou incitar publicamente a sua prática”; “induzir mulher grávida a praticar aborto ou oferecer-lhe ocasião para que o pratique”.

Os Projetos de Lei nº. 1.459, de 2003 e 5.166, de 2005, destinam-se a apenar a prática do aborto em casos de bebês anencéfalos, a qual já constitui crime perante o Código Penal, por não estar contemplada nas exceções do art. 128. (MACHADO, 2007, p. 4-5).

Ressalta-se que nem todos os segmentos religiosos equiparam a vida do feto à da mulher. A ONG feminista “Católicas pelo Direito de Decidir”, criadas em 1993, pregam uma ética da sexualidade e da procriação que pressupõem liberdade e autonômica individual às mulheres. Nesse caso, sexualidade e capacidade reprodutiva estariam no campo dos direitos fundamentais e inalienáveis do ser humano, sendo a maternidade apreendida como uma “necessidade sociológica”, e não uma consequência da natureza.

Reafirma-se, novamente, a compreensão da temática segundo a leitura dos direitos sexuais e reprodutivos. Esta impulsiona a discussão para o conjunto de políticas públicas, que não se reduzem ao campo da saúde, embora este seja central na viabilização dos direitos instituídos, ainda que de modo limitado.

## UM BREVE RELATO DA EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Em Santa Catarina, até 2012, o HU/UFSC continuava sendo o único serviço de saúde do Estado a realizar o aborto legal. Outros serviços hospitalares prestavam atendimento às vítimas de violência sexual a partir da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, garantindo a anticoncepção de emergência e as profilaxias indicadas. Entretanto, a interrupção da gestação não era efetuada.

A trajetória do HU/UFSC como serviço de referência ao aborto legal decorre do diálogo entre a equipe que compõe o quadro da maternidade, e das discussões multiprofissionais nas reuniões quinzenais do Grupo Interdisciplinar de Aconselhamento à

Maternidade (GIAM). Estas reuniões tornaram-se o espaço reservado e privilegiado para esse debate.

A prestação do serviço inicia-se em 2002, com a adoção do Protocolo de Vítimas de Violência Sexual do município de Florianópolis, quando o Hospital passou a compor a rede de atendimento às vítimas de violência sexual. A partir deste Protocolo, o HU/UFSC estabeleceu normas gerais de atendimento, embasadas na Norma Técnica do Ministério da Saúde de 1999.

Foram três anos até que fosse definido o Protocolo para Atendimento de Aborto do HU/UFSC, o que reflete a complexidade da temática e a dificuldade de implantação do serviço. O Protocolo de Atendimento segue o que dispõe a Portaria nº 1.508, de 1º de setembro de 2005, sobre o procedimento de justificação e autorização da gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do SUS, e suas quatro fases de atendimento. Os profissionais responsáveis pela prestação do serviço são: assistente social, enfermeiro, obstetra e anestesista.

Os números de procedimentos de aborto legal demonstram que a demanda pelo atendimento é pequena, apesar de o HU/UFSC ser a única unidade de saúde credenciada para a prestação da assistência no Estado de Santa Catarina. O ano de 2004 apresentou-se como marco na viabilização do serviço, quando foram realizadas sob determinação judicial duas (2) situações de interrupção da gestação decorrentes de violência sexual. Nota-se que até aquele momento nenhum atendimento havia sido efetivado.

Em 2005, foi realizado um (1) procedimento, sendo a partir desta data que o HU/USC assegura o atendimento de forma sistemática às mulheres que desejam realizar o aborto legal decorrente de violência sexual. Nos anos seguintes foram prestados um total de 30 atendimentos, a saber: três (03) em 2006; um (1) em 2007; três (3) em 2008; cinco (5) em 2009; um (1) em 2010; três (3) em 2011; quatro (4) em 2012; três (3) em 2013; sete (7) em 2014.

Esse quadro remete a indagações aqui não respondidas: Por que um número tão reduzido de procedimentos, sendo o HU/UFSC serviço de referência e o único no Estado? As mulheres não procuram atendimento por desconhecimento? No caso da violência sexual, sentimentos de ‘vergonha’ e desamparo impedem que as mulheres procurem a Instituição? A localização geográfica inviabilizaria o deslocamento das mulheres que se encontram em regiões afastadas da capital? As mulheres desistem diante das situações institucionais vivenciadas até chegar ao HU/UFSC?

Do conjunto de relatos que demonstra o longo caminho das mulheres catarinenses em busca do acesso ao direito assegurado em lei, destaca-se um em particular. A ocorrência era de uma mulher que residia a 150 quilômetros da Capital e percorreu oito instituições para realizar a interrupção da gravidez, dentre elas hospitais, unidades básicas de saúde, Fórum, Secretarias Municipais de Saúde e Assistência Social.

A usuária percorreu, ainda, sobre a discriminação e criminalização experimentada em alguns desses serviços pela intenção de realizar o aborto. Precisou enfrentar preconceitos arraigados de profissionais que estavam para orientar e acolher sua demanda, em uma explícita revitimação da violência perpetrada pelas instituições públicas, e transpor barreiras tanto no acesso quanto na prestação do serviço. A presença de valores morais, da cultura e das crenças religiosas da sociedade local atravessaram a vida dessa e de outras mulheres, dificultando não somente seu deslocamento como também sua posição diante da violência sexual sofrida. Essas questões carecem de ser amplamente debatidas e incorporadas pelas equipes de saúde e pela sociedade civil; bem como discussões sobre saúde reprodutiva, planejamento familiar e assistência à mulher.

Alvarenga e Schor (2010, p. 7) enfatizam a urgência da discussão do aborto na sociedade brasileira:

Tal discussão deverá oferecer diretrizes gerais ao estabelecimento de uma política social e de saúde para o setor que contemple, não somente, as implicações dessa prática em termos concretos, mas também, as questões de natureza ético-jurídicas que permitam ao campo da saúde implementar, de fato, uma política de assistência capaz de atender às necessidades da Saúde Reprodutiva da Mulher de modo integral e desmistificada.

É importante mencionar que o Serviço Social participou ativamente de todo o processo de planejamento e implantação do serviço no HU/UFSC e tem tido papel fundamental no atendimento direto à usuária. O assistente social que integra a equipe multiprofissional realiza o primeiro acolhimento à mulher, disponibilizando as informações necessárias à condução do procedimento. Nesta ocasião, trabalha o reconhecimento da rede de proteção social para possíveis encaminhamentos, quando necessários, no decorrer do atendimento à usuária na Instituição. Além disso, o Assistente Social, através de ações socioeducativas, problematiza com a mulher a realidade vivida, suas concepções e posições, bem como o procedimento a ser realizado e seus desdobramentos, para refletir sobre a tomada de decisão na perspectiva da autonomia e da garantia dos direitos sexuais e reprodutivos.

A prestação do ‘cuidado’ imediato às mulheres em situação de abortamento é fundamental para continuidade e efetivação de sua demanda. Contudo, a perspectiva da integralidade associada às demais diretrizes do SUS contribuem para localizar a usuária em seu contexto de vida. Observa-se que a ampliação desse atendimento nos serviços de saúde esbarra na sua atual conjuntura, que continua permeada por preconceitos, imposições morais, e valores religiosos e culturais.

Todo esse processo tem sido fundamental não apenas para a mulher, que enfrenta a situação e que necessita de atendimento integral da equipe no momento do abortamento, mas para ampliar o debate sobre o tema na dinâmica institucional, no sentido de garantir a efetivação de um direito instituído que enfrenta inúmeros contratempos para a sua materialização.

## REFERÊNCIAS

ADPF 54/ DF. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 54. Distrito Federal. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticianoticiastf/anexo/adpf54.pdf>. Acesso em: 01 de fev. de 2015.

ALDANA, M.V. ; WINCKLER, S.. Direitos reprodutivos: debates e disputas sobre o direito ao aborto no contexto de redemocratização do Brasil. Sequência (UFSC), v. 58, p. 167-183, 2009.

ALVARENGA, N.; SCHOR A.T. de. O aborto: um resgate histórico e outros dados. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/SCHOR.HTM>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2010.

AVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. Cad. Saúde Pública. 2003, vol.19, suppl.2, p. S465-S469.

AZEREDO, S. Os sentidos do aborto na organização social de gênero: posicionamentos por uma sociedade mais igualitária. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 31, n. 75/76/77, p. 76-86, jan./dez. 2007

BARSTED, Leila de Andrade Linhares. Legalização e descriminalização: 10 anos de luta feminista, Revista Estudos Feministas, 1991, p. 104-130.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3. ed. atual. Brasília:

Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 485, de 1º de abril de 2014. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485\\_01\\_04\\_2](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2). Acesso em: 01 de fev. de 2015.

\_\_\_\_\_. Portaria interministerial nº 288, de 25 de março de 2015. Estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/interministerial/2648-288>. Acesso em: 01 de fev. de 2015.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1508, de 01 de setembro de 2005. Dispõe sobre o Procedimento e Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1508\\_01\\_09\\_2005.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1508_01_09_2005.html). Acesso em: 01 de fev. de 2015.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013. 114 p.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7.177, de 12 de Maio de 2010. Altera o Anexo do Decreto nº 7.037, de 21 de dezembro de 2009, que aprova o Programa Nacional de Direitos Humanos - PNDH-3. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7177.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7177.htm). Acesso em: 01 de fev. de 2015.

BOBBIO, N. A era dos direitos. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. p. 21-97.

CDD, Católicas Pelo Direito de Decidir. A realidade do aborto no Brasil. Disponível em: <http://catolicasonline.org.br/noticias/conteudo.asp?cod=3919>. Acesso em: 08 maio de 2013.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Resolução CFESS, nº 383, de 29 de março de 1999. Caracteriza o Assistente Social como profissional da saúde. Disponível em [http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao\\_383\\_99.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf). Acesso em: 01 de fev. de 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução CNS, n.º 218, de 06 de março de 1997. Reconhece como profissional de saúde de nível superior as seguintes categorias: assistentes sociais, biólogos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Disponível em [http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_97.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_97.htm). Acesso em 01 de fev. de 2015.

DINIZ, D.; DIOS, V.C.; MASTRELLA, M.; MADEIRO, A.P. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. *Revista Bioética*, vol. 22, n.º 2, 2014, p. 291-298.

DINIZ, D.; *Aborto e saúde pública: 20 anos de pesquisas no Brasil*. Brasília: UNB; Rio de Janeiro: UERJ, 2008, 313p.

GALLI, M.B. *Mortalidade materna e direitos humanos: as mulheres e o direito de viver livres de morte materna evitável*. Rio de Janeiro: Advocaci, 2005. p. 25-34.

GIDDENS, A. *A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista; 1993.

HELD, D. *Desigualdades de poder, problemas da democracia*. In: MILIBAND, D.(org) *Reinventando a Esquerda*. São Paulo: Fundação UNESP. 1997 pp. 67 -82.

JACOBSEN, E. *A história do aborto*. In: *Protestantismo em Revista*, São Leopoldo, RS. Vol.18, jan./abr. 2009. Disponível em: <[http://www3.est.edu.br/nepp/revista/018/ano08n1\\_10.pdf](http://www3.est.edu.br/nepp/revista/018/ano08n1_10.pdf) >. Acesso em: 11 de jan. de 2010.

JUSBRASIL. *Aborto Legal. País tem 65 locais para aborto legal*. Disponível em: [tp://oab-rj.jusbrasil.com.br/noticias/112077413/pais-tem-so-65-locais-para-aborto-legal](http://oab-rj.jusbrasil.com.br/noticias/112077413/pais-tem-so-65-locais-para-aborto-legal). Acesso em: 01 de fev. de 2015.

KYRIAKOS, N.; FIORINI, E. *A dimensão legal do aborto no Brasil*. In: PEREIRA, Irotilde G. (org.). *Aborto Legal – implicações éticas e religiosas*. São Paulo: Publicações CDD, 2002.

LOLATTO, S. *A intervenção do Assistente Social frente a solicitação do aborto*. 2004. Dissertação (Pós-graduação em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

MACHADO, G.S. *Projetos de Lei sobre aborto em tramitação na Câmara dos Deputados*. Câmara dos Deputados. Biblioteca Digital. Brasília, 2007, p. 1-7. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/handle/bdcamara/1437>. Acesso em 15 de março de 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Série dos Direitos Sexuais e Reprodutivos – Caderno n.º 6*. Brasília, 2005.

PEREIRA, I.G. Apresentação do Programa de Aborto Legal nos Hospitais Públicos. In: PEREIRA, I.G. (org.). Aborto Legal – implicações éticas e religiosas. São Paulo: Publicações CDD, 2002.

PIMENTEL, S.; PANDJIARJIAR, V. Aborto: discriminar para não discriminar, 2002. Disponível em: <<http://www.observatoriodamulher.com.br>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2010.

ROSENN, K.S. O jeito na cultura jurídica brasileira. Rio de Janeiro: Renovar, 1998.

SCAVONE, L. Políticas feministas do aborto. In: Rev. Estudos Fem. vol.16 no.2 Florianópolis May/Aug. 2008 16(2): 675-680, maio-ago./2008.

Disponível em:< <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104->>. Acesso em: 11 de jan. de 2010.

SOARES, G.S. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a21v19s2.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2010.

THE UNITED NATIONS BEIJING DECLARATION AND PLATFORM FOR ACTION (FWCW) Platform for Action Women and Health. Disponível em

<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/health.htm>. Acesso em 10 set. 2010.

UNITED NATIONS INTERNATIONAL CONFERENCE ON POPULATION AND DEVELOPMENT (ICPD). Programme of Action of the United Nations International Conference on Population & Development. Disponível em: <http://www.iisd.ca/cairo.html>.

Acesso em 10 set. 2010.

# **Serviço Social Hospitalar: atuação prática com famílias/cuidador**

**Elaine Fonseca Amaral da Silva**

**Lucinei Paz Ferreira**

**Bernadete Lima de Almeida**

**Rosemeire Cordeiro Santos**

A construção deste texto apresenta elementos para discussão enquanto processo investigativo construído a partir de pesquisa bibliográfica e da observação da prática dos assistentes sociais em hospital público, a cerca do Serviço Social hospitalar, família e cuidador.

## **O Serviço Social Hospitalar**

O Serviço Social no Brasil surgiu na década de 30, apresentando pouco mais de 80 anos, fazendo parte do conjunto das profissões que surgiram no capitalismo monopolista. A profissão se desenvolveu construída historicamente, atrelada ao projeto político da Igreja Católica, com a intervenção do Estado nos processos de regulação social, sob a égide do desenvolvimento capitalista industrial, o que propiciou a expansão urbana das cidades. Neste sentido observamos um acúmulo de problemas sociais diversos, na vida social dos sujeitos vinculada a desigualdades na distribuição de renda, fome, desemprego, segregação sócio espacial, ausência de políticas públicas, educacional, habitacional, bem como de saúde.

É uma profissão de nível superior, reconhecida pela Lei de Regulamentação da Profissão Lei, nº 8.662 de 1993 regido profissionalmente pelo Código de Ética Profissional, diretrizes curriculares do Curso de Serviço Social, que norteiam e dão sustentação ao exercício profissional, expressando seu compromisso com a construção de uma nova ordem societária justa, democrática e com garantia dos direitos universais.

A profissão tem na questão social seu elemento fundante centrada na intervenção de seus múltiplos desdobramentos, entendida como manifestação do cotidiano da vida social dos sujeitos em suas relações com o bloco do poder, na contradição entre as classes sociais (proletariado e burguesia) repercutindo, nos campos dos direitos, família, trabalho, educação, saúde entre outros que envolve formas de violação de direitos.

Segundo Iamamoto (2008), a expressão “Questão Social”:

“diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho –, das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos” (2008, p.10)

O Assistente Social é um profissional liberal, que atua tanto nos serviços públicos como privados, crítico que intervem na realidade social dos sujeitos. Exerce atividades como mediador dos serviços sociais estabelecidos pelo Estado, presente no processo de reprodução das relações sociais, que presta serviço em área de uso intenso de conhecimento técnico, sendo uma profissão inscrita na divisão social e técnica do trabalho.

O Estado foi responsável pela profissionalização do assistente social no enfrentamento da questão social, principalmente por meio das Políticas Públicas, se constituindo no maior empregador do profissional.

A área da saúde reconhece o profissional e se constitui em um dos espaços sócio institucional que mais se contrata o Assistente Social. Um dos fatores que propiciaram tal requisição, deste profissional diz respeito ao movimento da Reforma Sanitária brasileira, que visou efetivar a universalidade do acesso à saúde, por meio de políticas públicas efetivas, com o advento posteriormente do SUS (Sistema Único de Saúde).

O ideário que orienta a Reforma Sanitária brasileira e sustenta a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), tem como referência central fortalecer a descentralização político-administrativa, a participação popular e a concepção integral de saúde, com objetivo de superar o modelo curativo, formado nos ideais capitalistas de atender os interesses e as demandas do mercado. Para tanto, o Movimento considera, nesse processo, as responsabilidades do Estado na implementação de políticas sociais e de ações intersetoriais, para o desenvolvimento de uma política de saúde que programe ações e medidas eficazes ao reduzir as desigualdades sociais, na perspectiva de qualidade de vida (Sarreta, 2008,p33).

Assim o profissional vem sendo requisitado para trabalhar como agente de interação entre os diversos níveis do SUS e demais políticas setoriais, na promoção, prevenção e atenção à saúde.

Em Hospitais Escolas, recebe a denominação de Serviço Social Médico e sua atuação ocorre no tripé assistência, no ensino e na pesquisa.

Na assistência atua nas Unidades Ambulatoriais, Enfermaria, UTIs e Pronto Socorro, onde realiza atendimento ao paciente/familiar/cuidador, observando a política de assistência que prevê, em seus princípios, o respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia, o direito a benefícios e serviços de qualidade, a igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza.

Na realização de sua prática profissional tem como finalidade, identificar os aspectos sociais, econômicos e culturais, relacionados ao processo saúde e doença a fim de intervir/mediar situações que comprometam a realização da proposta terapêutica por meio de ações que valorizem o processo de humanização e acolhimento ao paciente. Para tanto o

profissional, utiliza um dos principais instrumentos de trabalho, a linguagem, meio de expressão e de interação social, que permite a comunicação entre os indivíduos, à troca de informações e de experiências.

Realiza ação sócio educativa refletindo e discutindo possibilidades de construção de alternativas concretas para superação de suas carências/ resolutividade, que segundo Mioto (2002), tal ação está relacionada às informações da reflexão, ou mesmo da relação, visado provocar mudanças nos valores ou modo de vida, relacionada a orientação e ponderação da situação vivenciada.

Complementa ainda Sarreta (2008, p 38):

A prática educativa é inerente à atividade profissional do assistente social, que acumula experiências na dinamização de ambientes coletivos, na realização de grupos, na democratização dos espaços institucionais e, como subsídio que fortalece o controle social, a participação e a construção do processo democrático dentro dos serviços de saúde. Contudo, na prática educativa a instrumentalização política e intelectual dos sujeitos não garante sua emancipação, solicita que sejam reflexivas, dialogadas, participativas, organizativas e informativas, direcionadas para uma aprendizagem significativa, tanto dos usuários como dos profissionais do SUS.

Neste sentido é possível, trabalhar as expressões concretas das relações sociais, no cotidiano da vida dos sujeitos, dispondo de relativa autonomia na condução do exercício de suas funções institucionais, conhecendo as diversas dificuldades vivenciadas pelos sujeitos, para que possam mediar tais situações (Iamamoto, 2008).

O cotidiano da intervenção profissional, caracterizado por processos sócio assistências na saúde, é marcado pelo atendimento às demandas sociais trazidas pelos sujeitos sejam elas de caráter coletivo ou singular, visando responder as necessidades numa perspectiva de construção da autonomia do indivíduo nas relações institucionais e sociais, dentre elas destacamos: ações de caráter assistenciais (obtenção de transporte, orientação trabalhista, casa de apoio, orteses e próteses, encaminhamento para rede sócioassistencial, entre outros), educação (abordagens individuais e ou grupais, normas institucionais), planejamento e assessoria (programas de atendimentos específicos, planejamento estratégico).

No que se refere à dimensão técnica operativa, o Assistente Social utiliza instrumentos técnicos específicos que permitem efetivar e operacionalizar a ação profissional na intervenção da realidade e dos processos sociais. Souza (2008) refere que o instrumental é resultado da capacidade criativa e compreensão da realidade social para que ocorra a intervenção profissional com eficácia, responsabilidade e competência profissional e a classifica em instrumentos de trabalho como diretos (ou “face a face”) e indiretos (por

escrito), sendo os primeiros: observação, entrevista individual ou grupal, dinâmica de grupo, reunião, visita institucional, visita domiciliar. Os indiretos seriam as atas de reunião, livro de registro, diário de campo, relatório social, parecer social, indicadores.

O profissional é conhecedor da rede de recursos sócioassistenciais, para atendimento das demandas enquanto necessidades sociais, visando garantir a acessibilidade aos direitos sociais e ampliar a disponibilidade dos serviços além de oferecer suporte assistencial para adesão à proposta terapêutica e efetivação do tratamento médico proposto.

O atendimento integral ao paciente se constitui em marco fundamental das atividades de assistência nos cuidados da saúde, desenvolvidas pela Equipe Multiprofissional, principalmente veiculada como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde.

Esta proposta consiste numa modalidade de trabalho coletivo, composta por agentes de diferentes áreas profissionais (médico, enfermeira, assistente social, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, entre outros), mas que se completam para o desenvolvimento de um projeto específico. Configura-se na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação (Peduzzi, 1998).

O Assistente Social na Equipe Multiprofissional é responsável por identificar as vicissitudes e a realidade social do dinamismo das relações sociais a qual o paciente está inserido, interpretando aspectos relevantes quanto aos fatores sociais enquanto aspecto integrante da situação de saúde, a fim de garantir o atendimento integral de suas necessidades. Neste processo interventivo, o assistente social estabelece um plano de ação em atendimento à singularidade de cada sujeito, levando em consideração a relevância particular de suas necessidades, dificuldades, possibilidades e potencialidades, buscando orientar, informar, discutir, refletir, sobre o processo de saúde/doença, encaminhando os aos recursos da rede sócioassistencial, relacionado às políticas de atenção e promoção da saúde, educação, meio ambiente, entre outras nas esferas municipais, estaduais e federais, desenvolvendo ações sócio educativas que promovam atitudes emancipatórias para o exercício pleno da cidadania. Assim o profissional utiliza de seus conhecimentos teórico/metodológico/prático para ser um propositor de novas ações de enfrentamento das situações.

Assim o trabalho em equipe deve ser utilizado enquanto ferramenta essencial no enfrentamento das instabilidades e ou impasses com os quais se deparam em suas práticas cotidianas para garantir o direito a saúde, possibilitando uma abordagem mais integral e

resolutiva. Ressaltamos que a atuação conjunta permite um sentimento de segurança aos pacientes e familiares/cuidadores reduzindo a tensão emocional e colaborando com melhor adesão ao tratamento.

Portanto o trabalho de integração da equipe de saúde deve ser dinâmico para garantir os esclarecimentos de dúvidas e resoluções das situações cotidianas encontradas.

O Assistente Social em um hospital escola exerce inúmeras funções, das quais podemos destacar algumas, tais como:

- conhecer a situação social cotidiana, econômica e cultural do paciente e verificar as dificuldades que possam interferir na proposta de tratamento terapêutico, mediante conflitos cotidianos;
- interpretar normas e rotinas institucionais, esclarecendo quanto ao funcionamento do equipamento de saúde, para dirimir dúvidas e garantir o tratamento médico proposto;
- identificar o cuidador, procurando sensibilizá-lo sobre sua co-responsabilidade no desenvolvimento do tratamento;
- conhecer e avaliar situações decorrentes do processo saúde-doença, fornecendo apoio social, orientações e encaminhamentos aos recursos da rede de assistência sócio assistencial, garantindo eficácia no procedimento;
- conhecer e prestar orientações trabalhistas e previdenciárias, pois elas interferem diretamente no processo de tratamento, estando ligadas à sobrevivência e suprimento de recursos para atendimento de necessidades básicas;
- esclarecer e refletir, apoiar o paciente ou seu familiar, frente às dificuldades objetivas e subjetivas que comprometam a adesão ao tratamento médico proposto;
- realizar articulação da rede governamental e não governamental, mobilizando recursos e meios para atendimento conforme necessidade;
- realizar grupos socioeducativos ou reuniões socioeducativas, oficinas, encontros entre profissionais pacientes, familiares e cuidadores com vistas à adesão a proposta terapêutica.

Assume também a atribuição privativa de coordenar, planejar, executar, supervisionar e avaliar pesquisas, planos, projetos na área de Serviço Social, conforme a Lei de Regulamentação da Profissão.

O Ensino também se constitui em uma atividade desenvolvida na saúde pelo Assistente Social, principalmente nos hospitais escolas, enquanto agente de socialização de conhecimento e de praticas educativas, contribuindo para a formação científica e acadêmica, por meio de vivência em situações cotidianas do exercício profissional, desenvolvendo novos valores, saberes e postura ética aos profissionais que estão cursando ou terminaram a graduação e optarem pela realização de estágio curricular, de Pós-Graduação *Latu Senso*, através do Programa de Aprimoramento e Especialização Profissional, Residência Multiprofissional, Capacitação em Serviços e Visitas Institucionais. Proporciona ao aluno, a vivencia de situações sociais, contato com novos procedimentos técnico-metodológico, instrumentalizando a prática da pesquisa.

O Assistente Social deve também investir na formação intelectual e cultural, realizando Pesquisas, sistematizando sua pratica e possibilitando a dimensão investigativa do exercício profissional, a fim de conhecer os processos sociais, ou seja, acompanhar a dinâmica da realidade cotidiana dos sujeitos, contribuindo para a criação, análise e elaboração de propostas e praticas inovadora. Tal processo permite produzir e disseminar conhecimento, subsidiar a formulação de políticas e ações profissionais, proporcionando maior visibilidade às atividades profissionais, garantindo seu estatuto acadêmico.

O Serviço Social desenvolve também relações de parcerias com o 3º Setor, com Organizações Não Governamentais, formado por associações ou fundações privadas não governamentais, que apesar das diversidades de instituições que o compõem, enquanto parceria da sociedade civil e Estado, na prestação de serviços, principalmente na saúde, com o propósito de promover ações de acolhimento ao paciente/ familiar/cuidador, ampliando a disponibilidade da rede de recursos sócioassistenciais. Tais recursos disponibilizam suporte assistencial, favorecendo adesão à proposta terapêutica e efetivação do tratamento médico proposto, além de minimizar o impacto da hospitalização no que se refere a: hospedagem, transporte, alimentação entre outros.

Outro aspecto relevante, na atuação cotidiana do profissional diz respeito ao trabalho diário desenvolvido junto à família cuidador, onde ressaltamos seu papel na co-participação na proposta terapêutica, principalmente na arte do cuidar.

### **Família enquanto espaço social na saúde**

A mundialização do capital ocasionou profundas transformações nas sociedades contemporâneas, no âmbito político, socioeconômico e cultural. Tais alterações acabaram por modificar o núcleo familiar, sua dinâmica e estrutura no seu padrão tradicional de organização

e funcionamento. A família brasileira conservou as marcas de suas origens: da família romana, a autoridade do chefe de família; e da medieval, o caráter sacramental do casamento, que tinha como premissa básica a submissão da esposa ao marido, e dos filhos aos pais ao tornar o homem o chefe de família. Assim falar e pensar em família enquanto instituição social expressa adentrar no espaço mais íntimo de nossa existência cotidiana, já que é considerado local de origem de cada indivíduo e onde tudo se inicia, sendo considerado um dos principais eixos da sociedade. Ela existe em todas as sociedades humanas, embora variem suas estruturas e funcionamento.

Com a evolução social observa-se que a concepção de família ao longo dos anos vem se transformando, sendo construída e reconstruída enquanto fruto de sua trajetória na sociedade, de acordo com as múltiplas determinações sócio-históricas, políticas, econômicas e culturais, ou mesmo religiosos, de acordo com a cultura de cada povo.

Esta temática vem sendo pauta dos mais diversos nichos da sociedade, ou seja, é objeto de estudo para formulação ou elaboração de políticas públicas, sendo definida sob os vários olhares de quem a estuda e serve de objeto de pesquisa para as áreas: ciências políticas, direito, antropologia, psicologia, política, economia, serviço social entre outras.

Ressaltamos que a prática com família é realizada desde o início da profissão, se ampliando nos dias atuais, e se constituindo em fonte de preocupação teórica, política e de intervenção para os profissionais que trabalham na saúde, tanto pela importância do tema quanto pela sua complexidade.

Segundo Lévi-Strauss (1987), a família não é instituição natural, ela é socialmente construída de acordo com as normas culturais, em cada época histórica, assumindo formas específicas cotidianamente.

Na sua essência, podemos considerá-la um substantivo plural. Etimologicamente, segundo Prado (1981) o termo família é originário do latim FAMULUS, que significa um conjunto de servos e dependentes de um chefe ou senhor. Quanto aos dependentes temos a esposa e os filhos. Portanto temos que percebê-la e entendê-la no campo de sua criação mutável, das diferenças e conseqüentemente das contradições, podendo assumir configurações diversificadas nas sociedades, conforme as classes sociais e grupos heterogêneos (Teixeira, 2013).

Ela se constitui na primeira organização social enquanto produção humana mutável, considerando-a como matriz de identidade e de pertencimento das pessoas, onde normas definem direitos e obrigações entre seus membros e também o poder; sem desconsiderar a

influencia da sua organização, modo e ciclo de vida, inserção de classes, e conseqüentemente o funcionamento do seu cotidiano.

Szumanki (1995) refere que o mundo familiar é um palco de múltiplas interpretações, onde teorias e relações, algumas vezes ambíguas e incompletas, surgem neste cenário tão particular e privado. Assim falar e pensar em família significa mergulhar na construção e reconstrução histórica da vida cotidiana, do espaço privado e ou coletivo.

Na família são transmitidos valores morais, sociais, costumes e tradições, onde são estabelecidos laços de parentesco, amizade, solidariedade, ou seja, é estar presente no espaço mais íntimo de nossa existência, que servirão de base para o processo de socialização da criança e seu desenvolvimento para a vida adulta.

A criança recebe orientação e estímulo para ocupar um determinado lugar na sociedade adulta, em função de seu sexo, raça, suas crenças religiosas, seu status econômico e social. Os jovens aprendem a assumir as atitudes e papéis de pai, mãe, marido e mulher, exercendo funções diversas e complementares.

As formas de família que se apresentam hoje na sociedade contemporânea sofreram inúmeras modificações ao longo da história da humanidade, e originaram novas concepções de família, diferente da família patriarcal ou mesmo matriarcal. As funções da família podem ser agrupadas em 04 categorias: sexual, reprodutiva, econômica e educacional.

De acordo com Mioto (1997)

“ a família pode ser definida como núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consangüíneos. Ela tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros, e se encontra dialeticamente articulada com a estrutura social na qual está inserida.

Percebemos que atualmente a família não está atrelada somente ao grau de consangüinidade e parentesco que as unem, mas nas relações que são estabelecidas.

Todas as mudanças sociais havidas na segunda metade do século passado e o advento da Constituição Federal de 1988 levaram a aprovação do Código Civil de 2002, com a convocação dos pais a uma paternidade responsável, e a assunção de uma realidade familiar concreta, onde os vínculos de afeto se sobrepõem à verdade biológica, após as conquistas genéticas vinculadas e aos estudos do DNA.

Uma vez declarada a convivência familiar e comunitária como direito fundamental, prioriza-se a família sócio afetiva, a não discriminação do filho, a co-responsabilidade dos

pais quanto ao exercício do poder familiar e se reconhece o núcleo monoparental como entidade familiar.

Observa-se que correu uma repersonalização das relações de família, surgindo as famílias pós - nucleares, pluralística, mais flexível, onde a principal característica se estabelece pelos novos arranjos surgidos no grupo familiar, sendo compostas por mães e filhos ou pais e filhos, reconstituídas com filhos de primeiras e segundas uniões, menos permanentes, mais instáveis, porém, mais igualitárias, não somente formada por ascendentes e descendentes, também não se origina exclusivamente do matrimônio, mas passou a buscar a realização plena dos seus membros, em todos os aspectos, envolvendo mais a afetividade do que a propriedade.

Informações estatísticas demonstradas através do censo IBGE, 2010, considerou que família é o grupo de pessoas ligadas por laços de parentesco que vivem numa unidade doméstica. Essa unidade pode ser de três tipos: Unipessoal (quando é composta por uma pessoa apenas), estas representam 12,1% dos entrevistados; 02 pessoas ou mais com parentesco (consangüíneos) estas representam 87,2% dos entrevistados; De duas pessoas ou mais sem parentesco entre elas. Estas representam 0,7% do total. Na comparação entre 2000 e 2010, houve um crescimento na proporção de pessoas morando sozinhas, que passaram de 9,2% para 12,1%. Também houve um aumento de famílias tendo a mulher como responsável (de 22,2% para 37,3%). De acordo com o Censo Demográfico 2010, cada lar brasileiro tem 3,3 moradores, em média. Em 2000, esse número era um pouco maior: 3,8 moradores.

Para o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA (2010) a família é vista como fonte de apoio informal mais direta para a população idosa. Em muitos países aparecem como última alternativa de apoio, os seus membros se ajudam em busca do alcance do bem estar coletivo, constituindo um lugar de “conflito cooperativo” onde se cruzam as diferenças por gênero e intergeracionais, surgindo diversidades variadas de arranjos familiares. Ainda os estudos do IPEA, analisaram as mudanças da composição do domicílio da família brasileira com idosos no período de 1980 a 2000 e conclui-se com o enxugamento das políticas sociais, que as famílias estão sendo cada vez mais requeridas para cuidar dos seus segmentos “vulneráveis”, logo então suporte intergeracionais, através dos arranjos familiares são fundamentais como estratégias de sobrevivência, onde esse convívio pode ser fortalecedor ou esfacelador de suas potencialidades.

## **Da arte do cuidar ao cuidador familiar**

A identificação dos cuidadores no âmbito familiar ou mesmo na comunidade tem sido objeto de atenção no cotidiano do assistente social. Enquanto sujeitos de nossa ação profissional, são co-responsáveis no tratamento de seus doentes, recebem orientações e esclarecimentos quanto a normas, procedimentos e rotinas hospitalares e demais aspectos que envolvam o processo saúde/doença.

Para se chegar à figura do cuidador, teceremos algumas considerações sobre a importância do cuidar, palavra presente no cotidiano dos cuidadores, além de ser um termo utilizado há muito tempo pela humanidade.

O homem já nasce com uma predisposição para cuidar, é um fenômeno humano universal. Notamos que a prática do cuidar tem história e faz história, ela se desenvolve ao longo da vida, de formas e maneiras diferentes, de acordo com a cultura local, através de gerações ao longo do tempo. Cuidar é altamente significativo e vários estudiosos se preocuparam em estudá-lo. Para Menezes (1998), a palavra cuidar é um verbo transitivo indireto que pressupõe a figura de um sujeito e um objeto, ambos inseridos numa relação complexa de ação e responsabilidades, personagens e atividades, ou seja, um necessita do outro para se estabelecer tal relação.

Boff (1999), também faz considerações sobre o cuidar, referindo que o mesmo representa um envolvimento afetivo com o outro, de ocupação, preocupação, numa atitude de responsabilização. É mais que um ato, é uma atitude, é um momento de atenção, carinho, zelo e desvelo. O autor refere que o filósofo Martin Heidegger estudou o cuidado e o descreveu na obra *Ser e Tempo*, onde coloca que o ato de cuidar é encontrado na raiz primeira do ser humano, antes mesmo que ele faça qualquer coisa, passando pela natureza e na constituição do ser humano, estando presente em tudo.

Referindo-se a Jesus de Nazaré, como o maior cuidador que a humanidade presenciou, Boff (1999, p. 168) escreveu:

Revelou a humanidade o Deus-cuidado experimentado. Deus como pai e mãe divinos que cuidam de cada cabelo de nossa cabeça, da comida dos pássaros, do sol e da chuva para todos...Morrendo na cruz cuida dos ladrões crucificados ao seu lado e ainda de sua mãe.

Podemos citar também outras figuras exemplares que se destacaram como grandes cuidadores, dentre eles: Mahatma Gandhi, Madre Tereza de Calcutá, Chico Mendes e outros.

A arte do cuidar está presente em todos os momentos do nosso dia. Cuidamos nos mais diversos momentos, nos fáceis e difíceis de nossa existência, na tristeza, na dor, até mesmo na alegria de ajudar no nascimento de um bebê. O cuidar também está presente no trabalho, lazer, na doença, na família. Cuidar do outro adquire diferentes enfoques, dependendo da relação que é estabelecida entre os sujeitos e o nível de expectativa que cada um espera do outro, portanto, o cuidar está inscrito na esfera das relações.

Assim, quando um indivíduo adoece, acaba por ter que receber apoio de alguém, nas atividades da vida diária, trabalhista, econômica, financeira, emocional entre outras. O adoecer pode representar uma interrupção no curso normal cotidiano, desencadeando momentos de reflexão e questionamento. Do ponto de vista familiar, o processo de adoecimento de um membro da família provoca alteração no inter-relacionamento familiar, se instituindo uma nova vida cotidiana, alterando papéis, criando medo da morte, que leva a dúvida quanto à vida presente e futura, e provoca um desequilíbrio emocional entre os pares, sendo necessária à reorganização da família, com definição de novos papéis e introdução de novos valores.

É muito difícil adoecer, aceitar-se como doente, buscar ajuda/cuidado e conseqüentemente depender de terceiros.

O cuidar de um doente ou mesmo de um familiar dependente é desenvolvido no espaço privado e doméstico, onde parte significativa e importante da vida transcorre de modos ou situações diferentes, desempenhadas no cotidiano. Aprendemos a cuidar cuidando, na prática realizada. O ato de cuidar leva os cuidadores a encontrarem no seu próprio âmbito familiar, soluções ou novos arranjos envolvendo diversas pessoas. Sendo a família palco de inúmeras transformações, onde geralmente o doente está inserido, no seu espaço mais íntimo, exercendo papel básico na vida deste, pois a doença altera a dinâmica e rotinas familiares diárias. É considerada como rede de sustentação e apoio nos momentos de extrema crise, e local onde se estabelecem os laços de parentesco, de vizinhança, de conflitos. E é neste contexto que, o cuidar do outro é assumido por algum membro da família.

O cuidador emerge do espaço doméstico e nas relações interfamiliares. É entendido como aquele indivíduo que presta assistência ou apoio ao paciente, nas mais diferentes atividades de sua vida diária. São eles familiares, amigos, vizinhos, cuidador principal ou secundário, predominantemente alguém da família, ou ainda membros de igrejas ou mesmo profissionais terceirizados que recebem remuneração para tanto.

Karsh (1998) refere que no geral, os autores têm classificados os cuidadores em formais e informais, primários e secundários. Entende-se por cuidadores formais, aqueles que

possuem formação específica e são remunerados como é o caso dos enfermeiros. Os informais são aqueles indivíduos que aprendem pela prática a melhor forma de auxiliar o paciente. Cuidadores primários são os que prestam cuidados diretos ao paciente e secundários, são pessoas que prestam auxílios eventuais.

Algumas regras podem ser estipuladas na definição de cuidadores, segundo Mendes (1995):

- ✓ parentesco- com frequência maior para os cônjuges;
- ✓ gênero- predominando as mulheres;
- ✓ proximidade física- indivíduo que vive com o doente;
- ✓ proximidade afetiva- relação conjugal e entre pais e filhos.

Bayley (1985), estratifica os cuidados em pessoais e práticos, distinguindo-os em cuidados muito pessoais (dar banho); cuidados pessoais (cozinhar); cuidados gerais (fornecer medicações), cuidados sociais (idas ao médico ou ao banco).

Podemos observar, que diante destas classificações, fica muito presente o papel desempenhado pela família como local de origem dos cuidados em todos os tipos de ajuda. As funções de um cuidador está voltada à ajuda nos hábitos da vida doméstica e diária, exercícios físicos, uso da medicação, higiene pessoal, passeios, trabalho entre outros. Quanto maior o grau de dependência do doente com o cuidador, maior serão os cuidados prestados. As tarefas desempenhadas pelos cuidadores, portanto são diversificadas, determinadas conforme as necessidades dos indivíduos.

Algumas publicações têm revelado que a figura do cuidador está centrada no sexo feminino,

...a mulher evidencia-se como a grande cuidadora (seja ela mãe, esposa ou filha). É a ela que cultural e socialmente é atribuído este papel: primeiro, cuida dos filhos, depois do marido, e posteriormente dos velhos e doentes (Wanderley, 1998, p.15).

Historicamente os papéis do homem e da mulher são definidos e organizados culturalmente. Com a divisão do trabalho familiar, antes mesmo do advento do capitalismo, funções e papéis diferenciados se estabeleceram na sociedade.

Ao homem cabia assumir os papéis da esfera pública, onde a imagem física de um indivíduo forte se materializou na pessoa que saiu para trabalhar produzindo extra ao lar, pelo qual passou a receber remuneração. Configurou-se como responsável pelo sustento da família,

na qualidade de pai, chefe, sendo-lhe outorgado poder e autoridade. Ao gênero feminino, competia à função maternal determinando o compromisso pela vida e os cuidados com o outro, sendo mãe, esposa, filha, avó. A mulher historicamente não era uma profissional, convencionalmente a ela foi atribuído o dom de cuidar da saúde e na doença, o bem estar social da família, o cuidado dos filhos com amor, carinho e proteção, além de desempenhar tarefas de cunho doméstico na esfera privada do lar sem remuneração como: lavar, passar, cozinhar, entre outras.

A institucionalização do cuidar também era desenvolvida pelas mulheres religiosas como tarefa divina caritativa. Outros potenciais cuidadores, localizadas fora do domínio do lar, também foram às mulheres de prostíbulos e bordéis.

Dentro deste modelo cultural e dando-lhe sustentação surge uma cuidadora por excelência: a mulher, menina, jovem, adulta ou idosa. Ela está presente em tudo e em todos os momentos da vida. Fica evidente a relação do feminino com o compromisso pela vida, especialmente no provimento da vida do outro (Budó, 1997, p.184).

Pitta (1996) refere que os cuidadores ainda continuam sendo freqüentemente as mulheres, com idades entre 25 e 40 anos que, além do cuidar como tarefa doméstica, também exercem ocupações trabalhistas de baixa qualificação. Assim a participação das mulheres no campo do trabalho remunerado acabou por aumentar sua jornada, falando em até tripla jornada de trabalho, ou seja, ela é a “rainha do lar”, a trabalhadora e muitas vezes até a militante política. Portanto, são inúmeros os papéis e as funções que as mulheres desempenham na sociedade, desde a política, passando pela economia, religião, educação, doméstica até o cuidar. Outro aspecto a ser apontado está relacionado a atividade trabalhista e a do cuidar, somadas a muitas outras atividades desempenhadas pelos cuidadores, causando uma sobrecarga, tendo as mesmas que acumular mais esta tarefa.

O cuidar nem sempre é tido como uma atividade simples, pois dificuldades e renúncias podem ocorrer a qualquer momento. Os cuidadores, muitas vezes, acabam por abandonar determinadas atividades de sua vida pessoal, desde as trabalhistas envolvendo o sustento da família, até as de lazer em função dos cuidados que deverão ser prestados ao doente. O cuidador que não dispuser de outra pessoa, ou seja, um cuidador secundário para revezar nos cuidados para com o doente, pode acabar tendo sua vida pessoal reduzida, se resumindo a viver a vida do outro. Neste sentido, fica notória a troca de papéis vividos pelo indivíduo que cuida, tendo que na maioria das vezes deixar de realizar atividades remuneradas, onde o sustento é fundamental, ou afastar-se da vida social, dispensando momentos de prazer como o caso do lazer ou de encontro com a religião, em troca de cuidar de alguém. Essas atividades

para o cuidador deixam de existir, tendo o mesmo que ser o responsável pela promoção e manutenção do doente e ou de sua família, vivendo muitas vezes em precárias condições de vida, ou mesmo solitário.

Este caminho, repleto de significado e momentos novos, se estabelece dentro de um novo cotidiano onde a quebra do poder financeiro, o desconhecido, o doído, o não prazeroso, se impõem para o cuidador. Diante destas mudanças bruscas, o mesmo mobiliza novos caminhos, potencializando habilidades, competências ou mesmo sentimentos, para prosseguir na trilha diária. Ser cuidador requer tempo, espaço, energia, dinheiro, trabalho, paciência, carinho, esforço, boa vontade, entre outras atividades.

Para o cuidador, a relação de dependência com o paciente está inscrita na necessidade do outro por cuidados pessoais e atenções constantes. Não é apenas uma simples mudança de rotinas, mas sobretudo, das condições de existência de cada “eu” em relação com o outro e consigo mesmo. (Mendes, 1998, p.177)

Outro aspecto que podemos salientar, diz respeito aos sentimentos compartilhados pelos cuidadores, que afloram constantemente na vida destas pessoas. Geralmente estes são ambivalentes e podem surgir a qualquer momento na vida de um cuidador, como o amor, o dever, a obrigação, o cansaço, a tristeza entre outros.

### **Considerações Finais**

A construção deste texto possibilitou a apresentação de uma síntese da trajetória do trabalho do Assistente Social no âmbito público da saúde em hospitais escolas. Sua atuação deve ser realizada com compromisso ético-político, sensibilizando os cidadãos para a participação social, na defesa de seus direitos e acolhendo-o em todas as etapas do processo saúde-doença. A prática com família é realizada desde o início da profissão, se ampliando nos dias atuais, além de e se constituir objeto de pesquisa, teoria, política e de intervenção para os profissionais que trabalham com a política de saúde consolidada através do SUS. Segundo a Constituição Federal de 1988, a família é colocada enquanto sujeito co-responsável pelos cuidados entre seus membros, atrelado ao papel do Estado na efetivação do políticas públicas. A participação familiar é primordial no processo de adoecimento, sendo parte integrante na intervenção em saúde em todas as fases da doença independente da faixa etária do paciente, principalmente no tratamento de doenças crônicas e terminais e tem sido considerado pelos profissionais da saúde meio de intervenção profissional.

O Assistente Social realiza mediação entre a equipe multiprofissional, cuidador, paciente e família com vistas à humanização do atendimento, respeitando assim a dignidade

da pessoa humana, garantindo a promoção, prevenção, reabilitação com vistas a um resgate da qualidade de vida.

Por fim, o profissional deve utilizar os diversos conhecimentos das ciências políticas e humanas para decifrar a realidade social, a fim de construir propostas de trabalho criativas, dinâmicas, propositivas, capazes de preservar e efetivar o exercício da cidadania e direitos sociais proporcionando assim uma sociedade com maior justiça e equidade social.

### **Referencias Bibliográficas:**

Bayley, M. et al. Neighbourhood services project dinnington: The final report. Paper n. 12. Sheffield: Departament of Sociological Studies, 1985.

BOFF, L. Saber cuidar; ética do humano: compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999. 199p.

BUDÓ, M.L.D. A mulher como cuidadora no contexto de uma comunidade rural de imigração italiana. Texto Contexto Enferm., v.6, p.181-97, 1997.

Levi-Stauss. O problema do incesto. In: Canavacci, M (org). Dialética da família: gênese, estrutura e dinâmica de uma instituição repressiva. São Paulo: Brasiliense, 1987.

Karsch, U.M A questão dos cuidadores. In: CONGRESSO PAULISTA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 1º, São Paulo, 1998, Anais. São Paulo, 1998, p. 28-31.

Iamamoto, M.V. Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional. 14 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

Mendes, P.B.M.T. **Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano.** São Paulo, 1995. 145p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Menezes, A.K. Cuidados da pessoa idosa: reflexões teóricas. In: CALDAS, C.P. A saúde no idoso: a arte de cuidar. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998

Mioto, R.C.T. Família e Serviço Social: contribuição para o debate. Serviço Social e Sociedade. Cotes, 1997.

Peduzzi, M. "Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia". Rev. Saúde Pública vol.35 no.1 São Paulo Feb. 2001

Sarreta, F. O. O trabalho do Assistente Social na saúde. Ciência et Praxis v. 1, n. 2, (2008)

Souza, C.T. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. *Emancipação*, Ponta Grossa, 8(1): 119-132, 2008

Prado, D. O que é família?. São Paulo: Brasiliense, 1981.

Pitta, A.M.F. A equação humana no cuidado à doença: o doente, seu cuidador e as organizações de saúde. *Rev. Saúde e Sociedade (São Paulo)*,v.5, p35-60,1996.

Teixeira, SM. A família na Política de Assistência Social. Edufpi, 2013.

Szmanki, H. teorias e teorias de família. In. Brant de Carvalho, M do C ( org). A família contemporânea em debate. Educ: Cortez, 1995.

Wanderley, M.B. et al. Publicização do papel do cuidador domiciliar. São Paulo: IEE, 1998, p.56.