



Universidade Federal da Bahia – UFBA
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Mestrado em Saúde Comunitária

A Atenção à Saúde das Mulheres: integralidade e gênero

Estudo etnográfico em uma unidade de PSF em Salvador.

PATRÍCIA DE SOUZA REZENDE

SALVADOR, 2011.

PATRÍCIA DE SOUZA REZENDE

A Atenção à Saúde das Mulheres: integralidade e gênero

Estudo etnográfico em uma unidade de PSF em Salvador.

Dissertação apresentada à banca examinadora do programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, área de Concentração: Ciências Sociais em Saúde, como exigência parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cecília McCallum.

SALVADOR, 2011.

Ficha Catalográfica
Elaboração Biblioteca do Instituto de Saúde Coletiva

R467a Rezende, Patrícia de Souza.

A atenção à saúde das mulheres: integralidade e gênero.
Estudo etnográfico em uma unidade de PSF em Salvador /
Patrícia de Souza Rezende. -- Salvador: P. S. Rezende, 2011.

152f.

Orientadora: Profa. Dra. Cecília Anne McCallum.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva.
Universidade Federal da Bahia.

1. Saúde da Mulher. 2. Assistência Integral a Saúde. 3. Gênero. 4. Atenção
Básica. 5. PSF. I. Título.

CDU 396:614

TERMO DE APROVAÇÃO

A Atenção à Saúde das Mulheres: integralidade e gênero

Estudo etnográfico em uma unidade de PSF em Salvador.

PATRÍCIA DE SOUZA REZENDE

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre no programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Aprovada em 31 de março de 2011.

BANCA EXAMINADORA:

CECILIA ANNE MCCALLUM (Orientadora) – FFCH/UFBA

ALDA BRITTO DA MOTTA – FFCH/UFBA

LÍGIA MARIA VIEIRA DA SILVA – ISC/UFBA

*Dedico este trabalho a todas as mulheres do Bairro Jardim e da
Unidade de saúde Ipê, com as quais aprendi e vivenciei uma nova
realidade e sem as quais este trabalho não haveria.*

AGRADECIMENTOS

À minha família, com amor, pelo encorajamento e confiança que depositam em mim;

À CAPES, pela bolsa concedida, que viabilizou meu sustento e a realização do trabalho;

À Cecilia Anne McCallum, com respeito e admiração, pela atenção, rigor e tranquilidade com os quais me orientou durante o processo de pesquisa;

À pesquisadora Greice Maria de Souza Menezes, pela ajuda fundamental na procura da Unidade que seria investigada;

Às Profs. Alda Britto da Motta e Lígia Maria Vieira da Silva, por aceitarem participar da qualificação e defesa deste trabalho, pelas leituras atentas e sábias sugestões.

À Profa. Cristina Larrea Killinger, pela leitura paciente e ensinamento prático-teórico;

Aos funcionários do ISC, em especial Gilmar, Anunciação, Marlos, Taís e Antônia, pela atenção e auxílios;

Aos professores do ISC, pelo aprendizado proporcionado;

À Karina e Léo, pela acolhida, pela amizade, pelas ajudas e os ouvidos solícitos;

Ao Walison, pela alegria e leveza com as quais encara a vida;

Aos amigos do ISC, pelas conversas e convívios durante o processo de aprendizado;

À Sandra, Letícia, Davide e Marieta, pela força, motivação e, sobretudo pelo companheirismo;

À Carol pelo mapa e refúgio;

À Tereza pela boa vontade com a qual me prestou auxílio;

Aos amigos que conheci nestes dois anos, por me apresentarem a vida em Salvador;

Aos amigos distantes, pelo carinho, pelas visitas e pelas lembranças que me acompanham e me dão a certeza de não caminhar sozinha;

Ao samba que garante minha alegria;

Ao mar que dá beleza aos meus dias e enche meu peito de gratidão;

A Deus, por motivos que ultrapassam minha razão;

A tod@s, e por tudo isto, Obrigada!

Transgredir, porém, os meus próprios limites me fascinou de repente. E foi quando pensei em escrever sobre a realidade, já que esta me ultrapassa. Qualquer que seja o que quer dizer “realidade”. [...]

Clarice Lispector, A Hora da Estrela.

RESUMO

Este é um trabalho de caráter exploratório e descritivo, resultado de uma investigação de cunho etnográfico, com objetivo de compreender as concepções de gênero no cotidiano de trabalho de uma Unidade de Saúde da Família (USF) em um bairro de Salvador. Analisa-se as potencialidades de ‘Atenção Integral à Saúde da Mulher’ (AISM), tal qual propõem o PAISM (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher) e a PNAISM (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres). Estes documentos sinalizam mudanças na atenção à saúde da mulher e direcionam ações preferencialmente na Atenção Básica (AB) para fortalecer este nível de atenção. A idéia de AISM envolve um olhar frente à mulher como um sujeito integral, sob a perspectiva da cidadania, garantindo-lhe seus direitos e promovendo sua autonomia. A AISM, assim como a noção de integralidade, necessita da integração em rede de todos os níveis de serviços do SUS, bem como medidas e ações intersetoriais (entre o setor saúde e outros setores governamentais e não governamentais), de modo que sejam criadas condições básicas para melhorar os níveis de vida e saúde da população. Aqui foram relatados os passos percorridos durante a pesquisa e as reflexões decorrentes desta, sinalizando que a idéia de AISM não se traduz nas práticas e discursos cotidianos, na sistemática de integração dos serviços de saúde, nem mesmo na intersetorialidade – aspectos constituintes da noção de integralidade, que se encontra articulada à idéia de AISM. Os limites referem-se às debilidades do Sistema Único de Saúde (SUS) na organização da AB de Salvador, à falta de medidas de capacitação profissional e dificuldade das profissionais em incorporar nova perspectiva baseada no enfoque de gênero, reorientando o olhar sobre as mulheres. Ao mesmo tempo aponto o empenho com o qual as profissionais procuravam executar suas atividades para a consolidação de vínculos e promoção da saúde da população, apesar dos limites observados (internos e externos).

Palavras chaves: ‘atenção integral à saúde da mulher’, gênero, PAISM, PNAISM, SUS, e Atenção Básica.

ABSTRACT

This is a descriptive and exploratory study, the result of an ethnographic investigation, aiming to understand the concepts of gender in the everyday work of a Family Health Unit (FHU) in a neighborhood in Salvador. I analyzed all the potential of 'Integral Attention to Women's Health' (AISM), as it is propose to PAISM (Program for Integral Attention to Women's Health) and PNAISM (National Policy for Integral Attention to Women's Health). These documents indicate changes in the health of women and direct actions preferably in Primary (AB) to support this level of attention. AISM involves a look at the woman as an integral subject from the perspective of citizenship, guaranteeing them their rights and promoting their autonomy. The AISM, as well as the notion of completeness, you need the network integration of all levels of SUS services and intersectoral actions and measures (between the health sector and other governmental and nongovernmental), so that, they will be able to create basic conditions to improve living standards and population health.. I reported my steps during the search and the reflections arising from this, showing that the idea does not translate AISM in everyday practices and discourses, the systematic integration of health services, even in intersectionality - the essential elements of the notion of completeness, that is connected to the idea of AISM. The limits refers to the weaknesses of the Unified Health System (SUS) in the organization of AB El Salvador, the absence of measures of job training and hence the difficulty of professionals to incorporate new perspective based on gender focus by redirecting the gaze on women. At the same time I demonstrate the commitment with which the professionals perform their activities sought to consolidate ties and promote the health of the population, despite of the limits found (internal and external).

Key-words: 'integral health care of women', gender, PAISM, PNAISM, SUS, and Primary Healthcare

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
CAPÍTULO 1	14
QUESTÕES INTRODUTÓRIAS: Referenciais normativos, fundamentação teórica e a Atenção Básica	14
1.1. PAISM E PNAISM	16
1.2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
1.2.1. Integralidade.....	21
1.2.2. Perspectiva de gênero e as práticas cotidianas	27
1.2.3. O conceito de gênero.....	29
1.2.4. Gênero na Saúde Coletiva	33
1.3. ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE DA MULHER EM SALVADOR	36
1.3.1. A Atenção Básica e a Saúde da Mulher	36
1.3.2. Atenção Básica em Salvador.....	42
CAPÍTULO 2.....	46
O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO E A UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA IPÊ	46
2.1. DESENHANDO A PESQUISA E ASPECTOS METODOLÓGICOS	47
Quadro 1: Descrição de profissionais de saúde da USF Ipê entrevistados por cargo; nome; idade; escolaridade; raça/cor (auto definido).	48
Quadro 2: Descrição das moradoras entrevistadas da Vila Lírio do Vale por idade; ocupação; filhos; raça/cor (auto definido).....	49
2.1.1. Aspectos Éticos da pesquisa.....	53
2.2. ENTRANDO EM CAMPO.....	54
2.2.1. Descrição do bairro	55
2.3. O TRABALHO “LÁ EM CIMA”	61
2.3.1. Descrição do cotidiano de trabalho na Unidade	67
2.3.2. O Trabalho da Equipe Lírio do Vale	79

Quadro 3. Caracterização das profissionais que compõem cada cargo na Equipe Lírio do Vale, segundo Idade, Escolaridade, Raça/cor (auto definido) e filhos.....	80
CAPÍTULO 3.....	90
INTEGRALIDADE E GÊNERO NA ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES NA USF IPÊ E EQUIPE LÍRIO DO VALE	90
3.1. INTEGRALIDADE PARA PROFISSIONAIS.....	92
3.2. A INTERSETORIALIDADE E A AISM	95
3.3. A INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS E A AISM	98
3.4. AS PRÁTICAS DE ATENÇÃO, AS CONCEPÇÕES DE GÊNERO E A AISM	105
3.4.1. As atribuições das mulheres e as orientações profissionais	108
3.4.2. A mulher na esfera privada e conjugal.....	111
3.4.3. As concepções sobre a masculinidade.....	114
3.4.4. O tabu da sexualidade: Adolescentes, sexo, DST e gravidez.....	118
3.4.5. A mulher que “pári”: a gestação e o comportamento aceitável para as mulheres gestantes.	124
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	130
BIBLIOGRAFIA BÁSICA	133
GLOSSÁRIO DE SIGLAS	140
ANEXOS.....	141
ANEXO 1. ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS.....	142
ANEXO 2. QUESTIONÁRIO RÁPIDO – CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA.....	145
ANEXO 3. APROVAÇÃO DO CEP/ISC e AUTORIZAÇÃO DA SMS PARA EXECUTAR A PESQUISA.....	146
ANEXO 4. TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) APRESENTADOS.....	148
ANEXO 5. MAPA DO BAIRRO JARDIM – ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE LÍRIO DO VALE – VILA LÍRIO DO VALE. (modificado de googlemaps 2011)	152

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho é resultado de uma pesquisa sobre a atenção à saúde das mulheres, na cidade de Salvador, Bahia. Investiguei como se processa esta atenção no cotidiano de trabalho de uma Unidade básica de saúde – Unidade de Saúde da Família (USF), localizada em um bairro central da cidade. Busquei compreender as concepções de gênero que permearam as práticas de atenção das profissionais de saúde com a população usuária, tendo em vista refletir sobre as possibilidades de consolidação da ‘Atenção Integral à Saúde das Mulheres’ (AISM), tal qual propõem o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM, 1984) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM, 2004).

Tanto o PAISM quanto a PNAISM defenderam uma nova orientação no olhar sobre as mulheres – o que implica em uma mudança de postura diante das mulheres e dos processos de atendimento. Este novo olhar passa a considerar a mulher como um sujeito integral sob a perspectiva da cidadania, garantindo-lhe seus direitos e promovendo sua autonomia. Estes referenciais normativos orientam metas e ações, promovendo a integralidade da atenção à saúde das mulheres, baseada na perspectiva de gênero. Tal perspectiva entende a mulher como um sujeito em sua totalidade construído numa rede de significados, gerados nas práticas e discursos cotidianos, socialmente articulados e, implicados em relações e estruturas de poder, para além de um corpo biológico voltado à reprodução.

Como resultado da pesquisa, discuto sobre a dificuldade da idéia de ‘atenção integral à saúde das mulheres’ (AISM) se traduzir em práticas e discursos cotidianos, bem como na sistemática de integração dos serviços de saúde ou na articulação conjunta de diferentes setores (governamentais ou não governamentais) de prestação de serviços à população – aspectos constituintes da noção de integralidade, que se encontram articulados à idéia de AISM. As observações sugerem a reflexão sobre os limites que perpassam debilidades estruturais do Sistema Único de Saúde (SUS) na Atenção Básica (AB) de Salvador, bem como a falta de medidas de capacitação profissional e, conseqüentemente, a dificuldade das profissionais em incorporar esta nova perspectiva baseada no enfoque de gênero, reorientando seus olhares sobre as mulheres.

Sobre a construção social e cultural de gênero no dia-a-dia da Unidade investigada, a pesquisa mostrou que os conceitos de gênero que emergem das práticas cotidianas reproduzem padrões de comportamento que colocam a mulher como figura central da atenção à saúde e reforçam a responsabilização feminina pelo cuidado, pela casa, pela família, pela vida conjugal e pela prevenção (ou não) da gravidez. A predominância de atividades com gestantes, consultas de pré-natal, puericultura e Planejamento Familiar, revelam a dificuldade de transformar o olhar sobre as mulheres ultrapassando a dimensão reprodutiva na atenção à sua saúde, conforme preconizam o PAISM e a PNAISM.

Por outro lado, o processo de investigação também revelou o empenho e a dedicação com os quais as profissionais da equipe acompanhada procuram executar suas atividades, tendo em vista a consolidação de vínculos e promoção da saúde da população, apesar das dificuldades e limites (internos e externos) que enfrentam no seu dia-a-dia. Este aspecto positivo merece destaque, haja visto as condições necessárias para que a AISM seja uma prática possível.

O fruto desta investigação é um estudo exploratório-crítico, que produziu dados e informações coletadas em campo. A coleta de dados se deu a partir de instrumental etnográfico, com observação-participante e entrevistas semi-estruturadas. Este trabalho é fundamentalmente descritivo-analítico e busca responder à seguinte pergunta: Como se relacionam os conceitos de gênero que os sujeitos expressam e constroem no dia-a-dia da AB com a noção de ‘integralidade na atenção à saúde da mulher’, tal como é proposta pelo PAISM e PNAISM?

Com este trabalho, procuro conduzir o leitor pelos caminhos que trilhei ao longo do processo de investigação, reflexão e interpretação – de tal modo que seja possível visualizar o universo que vivenciei e compreender como cheguei às minhas “conclusões”. O trabalho está estruturado em três capítulos, precedidos de apresentação e complementados por considerações finais. Na primeira parte, percorro os caminhos teóricos que fundamentaram e contextualizaram a investigação. Antes, porém, recupero na história a emergência e consequência do PAISM e PNAISM para introduzir e explorar melhor o tema – já que estes são importantes referências oficialmente publicadas para orientar os serviços e práticas de atenção à saúde das mulheres.

A discussão se fundamenta a partir da idéia de ‘Atenção Integral à Saúde das Mulheres’ (AISM), tal como consta no PAISM e na PNAISM. Igualmente são

exploradas as bases teóricas sobre o conceito de gênero e gênero voltado a estudos do campo da saúde coletiva, tendo em vista orientar a investigação e análise, bem como compreender a proposta de incorporação da perspectiva de gênero presente nos referenciais normativos. Tais documentos explicitam formalmente a ‘integralidade’, que é um dos princípios norteadores do SUS e vai além, orientando a incorporação do enfoque de gênero na atenção à saúde das mulheres. Seja enquanto um princípio do SUS ou como uma orientação nos processos de atenção à saúde, a integralidade abrange várias dimensões, sobre as quais será discutido adiante.

O segundo capítulo apresenta o processo de trabalho de campo, os caminhos percorridos nas escolhas metodológicas e o modo como a pesquisa foi se desenhando. Em conjunto, discorro sobre as questões éticas do trabalho. Descrevo o processo de entrada em campo, o bairro onde a pesquisa fora realizada e todo o universo de trabalho da Unidade de saúde, da equipe acompanhada e de outros profissionais com quem tive contato. Estas descrições funcionam como as primeiras considerações sobre a realidade vivenciada, e esclarecem as condições e adversidades dos processos de trabalho no serviço de saúde nesta Unidade que contém o Programa de Saúde da Família (PSF) – aspectos fundamentais para determinar as possibilidades de uma atenção integral.

O terceiro capítulo é destinado à apresentação e análise dos resultados: os ‘dados’ coletados em campo. As observações do campo são articuladas às condições de realização da AISM para cada uma das dimensões que compõem a noção de integralidade – intersetorialidade, integração dos serviços e práticas de atenção – refletindo sobre as possibilidades e limites de consolidação da AISM. Sublinho que fora na dimensão das práticas onde foi possível associar as concepções de gênero das profissionais, o entrelaçamento destas com a noção de AISM. Os achados foram agrupados em grandes temas que se mostraram recorrentes durante as observações, no que diz respeito às concepções de gênero que permeiam as práticas de atenção à saúde. São eles, (1) as atribuições das mulheres e as orientações profissionais, (2) a mulher na esfera privada e conjugal, (3) as concepções sobre a masculinidade (4) o tabu da sexualidade: Adolescentes, sexo, DST e gravidez e (5) a mulher que “pári”: a gestação e o comportamento aceitável para as mulheres gestantes.

Reservo, por conseguinte, o último capítulo para resgatar apontamentos feitos ao longo do texto e refletir sobre as possibilidades vislumbradas e limites observados para a concretização da AISM no contexto desta Unidade básica de PSF em Salvador.

CAPÍTULO 1

**QUESTÕES INTRODUTÓRIAS:
Referenciais normativos, fundamentação
teórica e a Atenção Básica**

Este capítulo se inicia com uma discussão sobre os referenciais normativos da atenção a saúde da mulher – o programa PAISM e a política PNAISM. Em seguida, trata dos aspectos teóricos que fundamentam a pesquisa; apresenta o que se entende por Atenção Básica (AB) no Brasil, discute obstáculos na atenção à saúde da mulher, evidenciados na literatura apreciada e, por final, descreve recentes mudanças na AB em Salvador com a implantação do PSF, espaço de atenção à saúde onde se insere a investigação.

A primeira seção mostra como os documentos oficiais PAISM e PNAISM inserem a idéia subjacente à AISM: é imperativo reorientar as práticas de atenção à saúde na perspectiva de gênero, garantindo condições necessárias para o exercício da cidadania, bem como a promoção da autonomia para as mulheres contemplando as diferenças entre os sujeitos. A perspectiva de gênero, como um olhar sobre as diferenças, realça as relações de poder e desigualdade e o seu impacto sobre a saúde. Os PAISM e PNAISM lançaram mão da integralidade na atenção à saúde, que se caracteriza por ser um princípio norteador do SUS. Este princípio não enfatiza esta questão das diferenças entre os sujeitos, dando maior foco sobre um cidadão concebido como universal.

Em seguida, a seção 1.2. discorre sobre a noção polissêmica de integralidade como princípio norteador do SUS, que engloba três conjuntos de sentidos que, ao serem acionados na prática, referem-se à três dimensões: intersectorialidade, integração dos serviços e as práticas de atenção. A seção explora esta multidimensionalidade, ao argumentar que a AISM ultrapassa os sentidos da integralidade incluindo a necessidade de incorporar a perspectiva de gênero na atenção à saúde das mulheres, com o PAISM e a PNAISM. Na mesma seção, a perspectiva de gênero é apresentada como um reconhecimento das desigualdades de poder presente nas relações sociais, marcadas pelas diferenças de gênero. São apresentadas em seguida, as vertentes teóricas sobre o conceito de gênero fornecendo as bases para o desenho da pesquisa e para o processo de análise, situados dentro do campo da saúde coletiva.

Por fim, o capítulo trata da Atenção Básica (AB) em saúde, como o espaço preferencial para o cuidado e acolhimento das demandas de saúde da população. A AB tem sido reorganizada a partir da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) que se configura atualmente como uma estratégia voltada para uma assistência de melhor qualidade, sugerindo novas condutas que transcendam a perspectiva tecnicista e

biologicista. Observa-se a tendência na expansão do PSF em Salvador, para fortalecer a AB. A saúde da mulher consta como uma das ações prioritárias para a AB do município. Posto que a AISM também tenha a AB como *locus* privilegiado de suas ações, é neste município e nível de atenção a saúde que se situa a pesquisa.

1.1. PAISM E PNAISM

Em breve retrospectiva histórica, desde a década de 80, a sociedade brasileira assistia mudanças importantes no cenário político, social e cultural. Tais mudanças se davam com a emergência – mesmo no contexto mundial – de novos atores políticos e novos movimentos sociais, com o fim da ditadura e redemocratização do país, com a formulação de uma nova constituição e com novas políticas públicas, sobretudo, no campo da saúde pública e criação do SUS.

Sob o impacto dos movimentos internacionais questionadores dos padrões comportamentais da época – em meio a mudanças políticas e culturais observadas neste período – se fortalece no Brasil, o movimento feminista. Este, em conjunto com o Movimento de Negros, o Movimento da Reforma Sanitária e diversos setores sociais, refutava as políticas arbitrárias de controle de natalidade apresentando novas questões sobre o Planejamento Familiar (PF), como um direito das pessoas, de autonomia sobre a decisão de ter ou não filhos.

De acordo com Costa (2009), desde os anos 70, o movimento feminista introduzia em seus debates posições firmes sobre suas aspirações, desconstruindo argumentos vigentes e reivindicando autonomia das mulheres na escolha de seus destinos reprodutivos. Assim as mulheres organizadas criticavam, segundo a autora, instituições que atuavam no controle demográfico e contrapunham-se a argumentos sobre a “*ocupação do território nacional que mutilavam a autonomia das mulheres*”. (COSTA, 2009: 1076)

As discussões no interior dos movimentos de mulheres se expandiam, questionando inclusive o papel social que lhes era atribuído, relegadas à cena privada e alijada do cenário público, reivindicando direitos políticos, direitos sobre seu corpo, direitos sobre sua sexualidade. Temas que até então não eram amplamente discutidos.

Com o novo período que se configurava e as proposições políticas para o setor público, principalmente para políticas públicas de saúde, delineava-se um espectro favorável à constituição de propostas para políticas públicas voltadas à saúde da mulher. *“Como respaldo a reforma sanitária brasileira teve um forte papel, principalmente em inscrever na Constituição Federal, a saúde como direito de todos e dever do Estado.”* (Id. Ibid.).

A formulação do PAISM surge nesse contexto, como um marco histórico para o movimento feminista e movimento sanitário. Além de questões como Planejamento Familiar (PF), Direitos Reprodutivos, Direitos Sexuais, incluía ainda a integralidade que, para o programa envolvia conceitualmente,

[...] a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde do grupo em questão, onde todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação de sua saúde (BRASIL, MS, 1984: 15).

Integralidade implicava também, na valorização à integração dos diversos níveis dos serviços de saúde e a concretização da sistemática de referência e contra-referência, no contexto de organização do SUS.

A Implantação do programa, suas diretrizes e ações, se davam concomitantemente à criação do SUS. No entanto, do mesmo modo que a criação do sistema, sua concretização se deu de forma fragmentada e descontínua, já que desde a abertura política as prioridades políticas para o setor público sofreram muitas inflexões (VILLELA & MONTEIRO, 2005).

A década de 80 foi extremamente conturbada politicamente. Em seguida e por consequência, os anos 90, consubstanciaram-se em anos de luta pela criação e consolidação do SUS, conforme prescrito pela Constituição. Tal contexto histórico fornece alguns elementos para explicar, em partes, os motivos da forma fragmentada e descontínua por meio da qual o PAISM foi implantado pelos serviços de saúde (id. Ibid.).

Certamente, o setor público sofreu impactos deste processo todo. Ainda assim, a instalação e organização do SUS se deram às duras penas, e em conjunto, os serviços voltados à saúde da mulher. No começo dos anos 2000, novos caminhos para as políticas públicas foram traçados e, neste momento, o governo federal reafirmava seu

compromisso com o que fora colocado no PAISM. Oficializa-se, então, a PNAISM em 2004, a qual inclui textualmente a perspectiva de gênero e raça¹ nas ações a serem desenvolvidas, bem como a atenção a outros segmentos da população feminina como mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias, lésbicas e problemas emergentes que afetam a sua saúde (BRASIL, 2004).

Deste modo, o PAISM e a PNAISM problematizam as desigualdades sociais recolocando as relações de poder da sociedade, nas quais as mulheres na maioria das vezes estão subordinadas. É neste sentido que se propõe a incorporação da perspectiva de gênero – apontada pela PNAISM. Tal perspectiva revelaria e questionaria relações de poder, entrelaçadas também às desigualdades de raça/etnia, de classe, de geração, além de diferenças ocupacionais, de orientações sexuais, e outros aspectos constitutivos de assimetrias de poder nas relações sociais.

Até a promulgação do PAISM, os serviços de saúde para a mulher no Brasil eram voltados para o ciclo gravídico-puerperal, exclusivamente. A elaboração do PAISM projetava um novo olhar sobre a saúde da mulher e, assim, a integralidade passava a ser vista como resultado de uma atitude ética e técnica dos profissionais e de uma adequação da estrutura dos serviços de saúde (MEDEIROS & GUARESHI, 2009).

Fruto de pressões políticas, principalmente dos movimentos feministas, o programa constituiu-se em um marco histórico das políticas de saúde voltadas às mulheres (FARAH, 2004; OSIS, 1998; COSTA, 2009). O que se verifica neste programa, de acordo com Osis (1998), é que sua proposta incluía o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres sob a ótica do atendimento integral, superando as ações fragmentadas e isoladas em Planejamento Familiar (PF) vigentes até então, e desvinculando as ações correlatas de qualquer caráter coercitivo para aquelas famílias que se utilizarem deste serviço (OSIS, 1998).

O programa também apontava a necessidade de que os serviços de saúde sejam dotados de meios adequados com o objetivo de oferecer atividades de assistência

¹ A perspectiva de raça é incluída na PNAISM devido ao reconhecimento de que as desigualdades e a discriminação de raça – além das de gênero – são problemas que dizem respeito à maioria da população. É reconhecido que, em qualquer indicador social considerado, existe uma desvantagem sistemática das mulheres em relação aos homens, e do conjunto de negros de ambos os sexos em relação aos brancos (ABRAMO, 2004). Essa desvantagem é especialmente marcada no caso das mulheres negras. Incluir raça na política pública diz respeito às formas de enfrentamento do racismo no país, e permite tornar inteligíveis as desigualdades sociais (MAIO & MONTEIRO, 2005).

integral clínico-ginecológica e educativa, voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; o controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário; e a assistência para concepção e contracepção (BRASIL, MS, 1984: 6) – incluindo o PF, a contracepção e a sexualidade nas políticas de saúde, baseado na percepção da mulher enquanto sujeito ativo no cuidado de sua saúde.

Deste modo, o PAISM colocava o imperativo de *“uma prática educativa que permeie todas as ações desenvolvidas assegurando a apropriação pela clientela dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre sua saúde”*. (Id, Ibid.: 16)

Ainda que restassem críticas ao programa – que aportava a maioria de suas ações ainda centradas na dimensão reprodutiva das mulheres além de excluírem os homens de seu texto, reforçando a responsabilização feminina pela concepção e contracepção – é imprescindível assinalar que o incentivo e estímulo à participação do homem nas ações do PF agora constam dentre as estratégias e objetivos específicos da PNAISM. Além disso, o PAISM contemplava (mesmo com essas limitações) a necessidade de uma atenção integral que incluísse as mulheres desde a infância até a velhice, a saúde mental, as doenças causadas pelo trabalho, entre outras reivindicações das mulheres organizadas.

Segundo Osis (1998), as diretrizes do programa estabeleciam a exigência de uma nova postura de trabalho da equipe de saúde frente à integralidade no atendimento. O conceito de AISM se consolidou na interlocução entre os movimentos de mulheres e profissionais de saúde no momento de elaboração do programa. As mulheres organizadas argumentavam que o termo ‘integral’ deveria enfatizar, além das questões relacionadas à condição reprodutiva da mulher, outros aspectos como o contexto social, psicológico e emocional das mulheres atendidas, concebendo a mulher como um ser completo (OSIS, 1998). Tal perspectiva aponta a necessidade de uma atenção à saúde das mulheres, desatrelando-se do entendimento essencialmente biologicista.

O “Biologicismo”, segundo Ricardo Mendes Gonçalves (1990), refere-se a uma noção aplicada àquela prática médica que tem por seu objeto central a doença. Uma prática que desconsidera o indivíduo em sua totalidade enquanto sujeito, integrado em um universo físico e social. Desconsidera as dimensões psicológicas e sociais enquanto constitutivas do diagnóstico. Reduz um fenômeno complexo ao fator biológico,

obscurecendo as demais dimensões da realidade do homem doente. É um saber sobre a doença e não sobre a saúde, a vida, sobre o homem. Revela uma preocupação reduzida ao controle da doença ou sua supressão². Deste modo, na busca de reverter esta ótica sobre a saúde das mulheres, voltada à sua esfera biológico-reprodutiva, Osis (1998) coloca que,

O conceito de atenção integral à saúde da mulher redimensiona o significado do corpo feminino no contexto social, expressando uma mudança de posição das mulheres. Ao situar a reprodução no contexto mais amplo de atenção à saúde da mulher vista como um todo, o PAISM rompeu com a lógica que, desde há muito tempo, norteou as intervenções sobre o corpo das mulheres. No contexto do PAISM, as mulheres deixaram de ser vistas apenas como parideiras, e o cuidado de sua saúde não deveria mais restringir-se à atenção pré-natal, ao parto e puerpério (OSIS, 1998: 31).

Paralelamente a este entendimento sobre a mulher, importa mencionar que a formulação da idéia de integralidade na atenção também forneceu bases para o conceito de AISM, sendo inclusive, expressa oficialmente pela primeira vez com a promulgação do próprio PAISM (MATTOS, 2004 e BRASIL,MS, 1984). Medeiros & Guareshi problematizam o que se toma por integralidade da atenção à saúde da mulher, remetendo a utilização do termo integralidade em relação à criação do SUS e ao pensamento sobre saúde na perspectiva ampliada que fundamentou o Movimento da Reforma Sanitária: com vistas à superação do modelo hospitalocêntrico e medicalizante, além da relação autoritária, mercantilizada e tecnicizada entre profissionais de saúde e usuários. Segundo as autoras, integralidade nesse sentido, tem repercussão em vários níveis das políticas públicas em saúde constituindo-se em um dos princípios do SUS (MEDEIROS & GUARESHI, 2009). Assim é que considero de suma importância discutir o conceito de integralidade para compreender seu entrelaçamento com a atenção integral à saúde das mulheres.

² Para um aprofundamento da questão, ver: GONÇALVES, Ricardo B. M. *Reflexão sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônico-degenerativas*. In: COSTA, Dina C. (org) *Epidemiologia: teoria e objeto*. São Paulo: HUCITEC - ABRASCO, p.39-86, 1990.

1.2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.2.1. Integralidade

Conceitos de integralidade estão muito presentes quando se referem aos serviços do SUS. Deste modo, levam-se em conta os sentidos e noções atribuídos ao termo no campo da saúde, para compreender o que se toma por integralidade na atenção à mulher sob a perspectiva de gênero. Desde que surgira, com a proposta da medicina integral, integralidade articulava-se com ações de promoção, proteção, diagnóstico precoce, limitação do dano e reabilitação (PAIM & VIEIRA, 2010).

Segundo Mattos (2004), o termo – desde o PAISM – expressou uma das bandeiras de luta do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. No processo de abertura política e reforma sanitária emerge, na história das políticas de saúde do Brasil, a Constituição Federal de 1988 que coloca a integralidade como um dos princípios do SUS, a ser criado no país. Integralidade compreende, neste contexto, além da visão ampliada de saúde, também o modo como deveriam se organizar os serviços e como serem tratadas as questões de saúde nestes (PINHEIRO *et. al.*, 2007; MATTOS, 2004).

Na literatura, integralidade aparece como um princípio norteador do sistema, articulando diversas noções. Articula a idéia de integração dos serviços voltados à promoção da saúde, bem como integração de ações que incluam além da promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação da saúde, constituindo prevenção primária, secundária e terciária. Inclui também a necessidade de planejamentos ampliados a todos os segmentos sociais, como um conjunto de políticas públicas, mediante ação intersetorial. Refere-se ainda à dimensão das práticas de atenção, que remete tanto à educação em saúde voltada a integrar diferentes saberes – populares e técnicos – como a valorização da intersubjetividade e aspectos biopsicossociais no processo de atendimento. Coloca, por fim, o imperativo de garantir a continuidade da atenção em todos os níveis do SUS (MATTOS, 2004; PAIM & VIEIRA, 2010; PINHEIRO *et. al.*, 2007; MEDEIROS & GUARESHI, 2009; MACHADO *et. al.*, 2007).

Nas palavras de Paim & Vieira (2010), o termo integralidade além de englobar diversas dimensões do cuidado – como acesso, qualidade, relações interpessoais – também abrange a dimensão das pessoas, como a ‘autonomia’. Na perspectiva da Bioética, autonomia refere-se ao respeito à vontade do sujeito, ao seu direito de auto governar-se (SPINK, 2007). Tendo em vista que a integralidade abrange a promoção da

saúde, a integração de saberes e a valorização da dimensão intersubjetiva na relação profissional-usuário, o respeito à vontade do sujeito poderia ser então contemplado – dando-lhe, inclusive, instrumentos para que possa decidir sobre si próprio (CAMPOS, 2004).

No que se refere à AISM, é importante apontar que a proposta do PAISM de assegurar às mulheres os conhecimentos necessários para exercerem o controle sobre sua saúde, além de reorientar o olhar sobre elas, também sugere a perspectiva de promover a autonomia desta parcela da população (BRASIL, MS, 1984).

A questão da integralidade também tem seu debate relacionado às reflexões que envolvem as mudanças no modelo de atenção à saúde. Segundo Paim (2008), os modelos de atenção predominantes no Brasil (modelo médico hegemônico e modelo sanitarista) não contemplam em seu fundamento o princípio da integralidade. Para o autor, estes modelos estão centrados no atendimento à demanda (no caso do modelo hegemônico) ou na busca por atender necessidades que muitas vezes não se configuram em demandas propriamente ditas (no caso do modelo sanitarista). Assim é que o autor coloca a reflexão sobre a integralidade, resgatando propostas alternativas que visam conciliar o atendimento à demanda e às necessidades na perspectiva da integralidade da atenção, contemplando os aspectos que compõem as diversas noções do termo.

Segundo Mattos (2004), atualmente o termo integralidade funciona como um indicador de características desejáveis do sistema de saúde e das práticas que nele são exercidas. O autor identifica ao menos três conjuntos de sentidos do termo, no contexto da luta pela Reforma Sanitária no Brasil. São eles: um primeiro conjunto de sentidos aplicado a características de políticas de saúde ou respostas governamentais a certos problemas de saúde. Neste quesito, integralidade se referia, principalmente, à abrangência das respostas governamentais, articulando ações intersetoriais de alcance preventivo com as assistenciais. Um segundo conjunto de sentidos é relativo a aspectos da organização dos serviços de saúde, como a integração desses serviços; já o terceiro sentido se refere a atributos das práticas de saúde.

Voltando-se, principalmente, às práticas de saúde, Mattos vai discutir os aspectos da integralidade. Segundo o autor, a Constituição federal aponta o atendimento integral como prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, articulando assim, as diversas dimensões e lógicas de ações dos serviços de saúde (MATTOS, 2004).

Quanto à noção do entrelaçamento dos diferentes níveis dos serviços ofertados no sistema, no que toca à integralidade, esta fica clara, nas palavras de Hartz & Contandriopoulos:

No Brasil, a integralidade da atenção é um dos seus pilares de construção, baseada na primazia das ações de promoção; garantia de atenção nos três níveis de complexidade; articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação; abordagem integral dos indivíduos e das famílias. [...] Integralidade remete, portanto, a integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. (HARTZ & CONTANDRIOPOULOS, 2004: 331)

A concepção do SUS, enquanto um sistema que abarca todas as ações e serviços de saúde, organizados numa rede regionalizada e hierarquizada, delimita os níveis de atenção dispondo de diferentes recursos tecnológicos existentes para a promoção, proteção ou recuperação da saúde, nos diferentes tipos de serviços. Assim, abordam-se os critérios para definição da AB que se ocuparia tanto de ações preventivas como assistenciais. O seu conteúdo, para Mattos, *é ditado pelo conjunto de situações e problemas de saúde mais freqüentes numa certa população*. Sendo que os outros níveis de atenção também deveriam se ocupar tanto da prevenção como da assistência (MATTOS, 2004: 1413).

A questão da articulação entre práticas de prevenção e assistência é abordada por Mattos, que coloca a extrema importância de se defender que em qualquer nível de atenção haja uma articulação entre a lógica da prevenção e da assistência, de modo que haja sempre uma apreensão ampliada das necessidades de saúde. Integralidade, portanto, envolve-se nas práticas de todos os níveis, e ainda, abarca a idéia de integração desses diversos setores dos serviços de saúde (MATTOS, 2004; HARTZ & CONTANDRIOPOULOS, 2004). Nota-se que o PAISM também aborda este aspecto, ao considerar a importância de um sistema integrado e a concretização da sistemática de referência e contra-referência dos serviços (BRASIL, 1984).

Ao articular a prevenção e a assistência, Mattos afirma a distância ainda persistente entre essas duas lógicas. Sob a perspectiva de atenção às pessoas, a assistência é demandada a partir de uma experiência de sofrimento e da expectativa de

se encontrar alento para tal sofrimento nos serviços de saúde. Isso resulta no que o autor chama de “demanda espontânea” – a mesma demanda que, segundo Paim (2008), o modelo de atenção médico hegemônico se concentra em atender, preferencialmente. Tanto a experiência do sofrer como a expectativa nos serviços de saúde é construída socialmente, mesmo que experimentadas individualmente. Mesmo assim, o que vale notar é que a assistência se vincula a experiência individual de sofrimento.

Por outro lado, Mattos coloca que as ações preventivas se antecipam às experiências de sofrimento. Atuam ainda nos silêncios dos corpos e é somente possível por conta dos conhecimentos adquiridos sobre as doenças³. Deste modo, a necessidade de uma ação preventiva é ditada a partir dos conhecimentos profissionais e ofertada pelos profissionais, pois as ações preventivas se dão antes que os problemas de saúde acometam os indivíduos. É então que esta perspectiva aponta uma dimensão da integralidade relacionada à articulação entre a capacidade de responder a estas “demandas espontâneas” e a oferta de ações preventivas - o que significaria para os profissionais, incluir em seu cotidiano de práticas mecanismos de buscas das necessidades mais silenciosas. Isso não quer dizer, contudo, apenas realizações de protocolos ou rotinas capazes de identificar ações preventivas não demandadas diretamente pelas pessoas usuárias, mais do que isso, é preciso compreender os contextos específicos de cada encontro estabelecido entre profissionais de saúde e usuários. Isto significa apreensão maior das necessidades dos sujeitos, envolvendo ações de assistência voltadas à prevenção de sofrimentos futuros. Segundo Alves (2005),

No caso do PSF, a equipe de saúde da família está capacitada para executar desde ações de busca ativa de casos na comunidade adscrita, mediante visita domiciliar, até acompanhamento ambulatorial dos casos diagnosticados (tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, entre outras enfermidades) com o fornecimento de medicamentos (ALVES, 2005: 41).

³ A este respeito, Paim (2008) fala da “oferta organizada”, enquanto uma das alternativas possíveis aos modelos de atenção que não contemplam a integralidade. Segundo o autor, a oferta organizada trata-se da busca por contemplar necessidades epidemiologicamente identificadas articulando e indo além do atendimento à demanda espontânea. Estudos orientariam a oferta organizada e programada localmente. A partir desta, a organização interna da unidade e dos processos de trabalho dariam conta da atenção médica individual e das ações coletivas a serem adotadas para cada situação diagnosticada, tendo em vista a atenção integral (PAIM, 2008: 563).

A articulação de ações preventivas e assistenciais envolve alguns movimentos por parte dos profissionais: apreender as necessidades de saúde e analisar o significado que as demandas manifestadas e as ofertas poderiam ter para o outro. Nestes moldes, a integralidade estaria contemplada em práticas de saúde que sejam intersubjetivas, onde os profissionais relacionam-se com sujeitos e não objetos, concentrando-se na totalidade destes ao invés de concentrar-se na doença, envolvendo ainda, práticas de conversação (MATTOS, 2004).

A idéia que se tem da integralidade, articulada aos modos de interação entre profissionais e usuários, também é apontada por Machado *et. al.* (2007), que entendem a integralidade no cuidado de pessoas, grupos e coletividades tendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, meio ambiental e social, nos quais se insere. Assim,

A integralidade é um conceito que permite uma identificação dos sujeitos como totalidades, ainda que não sejam alcançáveis em sua plenitude, considerando todas as dimensões possíveis que se pode intervir, pelo acesso permitido por eles próprios. (MACHADO *et. al.*, 2007: 336)

Para estes autores, uma prática que atenda à integralidade necessitaria incorporar em si valores como solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, que se constituem na combinação de ações envolvendo diversos atores, e por isso, é tão importante favorecer o diálogo, a troca, a transdisciplinariedade entre os distintos saberes, formais e não formais. Deste modo contribui-se para ações de promoção de saúde nos níveis individuais e coletivos.

Em suas palavras, “*a noção de integralidade como princípio deve orientar para ouvir, compreender e, a partir daí, atender às demandas e necessidades das pessoas, grupos e comunidades num novo paradigma de atenção a saúde.*” (MACHADO *et al.*, 2007: 338).

O modo como é abordada a integralidade da atenção no PAISM e PNAISM, portanto, refere-se aos três conjuntos de sentidos apontados aqui que constituem a noção de integralidade. Algumas das diretrizes da PNAISM esclarecem e ilustram o que quero dizer, pronunciando que:

- As políticas de saúde da mulher terão por objetivo a criação e ampliação das condições necessárias ao exercício dos direitos da mulher, seja no âmbito do SUS, seja

na atuação em parceria do setor Saúde com outros setores governamentais, com destaque para a segurança, a justiça, trabalho, previdência social e educação.

- As ações de melhoria das condições de vida e saúde das mulheres serão executadas articuladamente com setores governamentais e não governamentais; condição básica para a configuração de redes integradas de atenção à saúde e para a obtenção dos resultados esperados.

- A atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, em todos os níveis de atenção do SUS.

- O SUS deverá garantir o acesso das mulheres a todos os serviços e estará inserido no contexto de integração das ações e dos serviços. Serão garantidas ainda as condições para a execução da Política de Atenção à Saúde da Mulher.

- A AISM compreende o atendimento à mulher a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas.

- As práticas em saúde deverão nortear-se pelo princípio da humanização, compreendendo atitudes e comportamentos do profissional de saúde que reforcem o caráter da atenção à saúde como direito; que melhorem o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, ampliando sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida; que promovam o acolhimento das demandas conhecidas ou não pelas equipes de saúde; que busquem o uso de tecnologia apropriada a cada caso e que demonstrem o interesse em resolver problemas e diminuir o sofrimento associado ao processo de adoecimento e morte da clientela e seus familiares (BRASIL, MS, 2004: 63-65).

Assim é que a AISM, segundo interpretação dos documentos oficiais, refere-se (1) à articulação de diversos setores para exequibilidade de uma atenção integral; bem como (2) à importância de integração dos serviços de saúde e (3) às práticas de atenção no entendimento da mulher enquanto cidadã e sujeito em sua totalidade, com múltiplas necessidades de saúde para além do aspecto reprodutivo, sendo-lhe garantida cidadania e condições de autonomia sobre seus modos de vida e saúde.

O aspecto inovador e diferencial na idéia de AISM está atrelado à perspectiva de gênero que esta incorpora, devendo sua maior articulação textual à PNAISM,

ultrapassando os conceitos que embasam a noção de integralidade defendida pelos autores acima citados, já que atenta inclusive para as relações de poder e desigualdade, presentes nas relações de gênero. Este aspecto será esclarecido na próxima seção.

1.2.2. Perspectiva de gênero e as práticas cotidianas

Segundo Farah (2004), a perspectiva de gênero, incorporada nas políticas públicas, pode ser entendida como um ponto de vista que reconhece e busca uma orientação para a redução das desigualdades de gênero. Em outras palavras, a perspectiva ou enfoque de gênero refere-se à incorporação do conceito ‘gênero’ tendo em vista seu conteúdo relacionado à reflexão crítica e desvelamento de desigualdades sociais sendo atravessadas por relações de poder, na mesma perspectiva em que ‘gênero’ tem sido apresentado neste trabalho.

Ao refletir sobre as desigualdades de gênero, a PNAISM coloca a importância de que questões correlatas devam ser consideradas como um dos determinantes da saúde na formulação de políticas públicas, entendendo ‘gênero’ como elemento constitutivo das relações sociais, como produto de construção histórica e social. Assim, define ‘gênero’ da seguinte forma:

É construído e alimentado com base em símbolos, normas e instituições que definem modelos de masculinidade e feminilidade e padrões de comportamento aceitáveis ou não para homens e mulheres. O gênero delimita campos de atuação para cada sexo, dá suporte à elaboração de leis e suas formas de aplicação. Também está incluída no gênero a subjetividade de cada sujeito, sendo única sua forma de reagir ao que lhe é oferecido em sociedade. [...] se refere ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher. Na maioria das sociedades, as relações de gênero são desiguais. Os desequilíbrios de gênero se refletem nas leis, políticas e práticas sociais, assim como nas identidades, atitudes e comportamentos das pessoas. (PNAISM, 2004: 13)

A incorporação de um enfoque de gênero – tanto em políticas públicas, como em práticas e serviços – busca combater estes desequilíbrios refletidos em leis, políticas e comportamentos, minimizando as desigualdades de poder que aprofundam outras formas de discriminação e permite que populações estejam expostas a diferentes tipos e graus de riscos para a sua saúde, segundo posição social. Segundo Schraiber (2005), a perspectiva de gênero nos serviços de saúde implica na possibilidade de elaborar respostas coletivas para problemas cotidianamente observados, além de ajudar na identificação de soluções eficazes em necessidades de saúde da família. Contemplar o

enfoque de gênero poderia, neste sentido, evidenciar relações de poder que penetram no interior da dinâmica social, mesmo nos serviços de saúde que muitas vezes trata-se de questões pouco observáveis. Nas palavras de Cecilia McCallum,

Um enfoque de gênero orienta um olhar particular e crítico aos processos e às práticas correntes em uma instituição, possibilitando desvendar os impactos inesperados, e possivelmente danosos, das atitudes e dos conceitos que os guiam. Este enfoque avalia como as *diferenças de gênero* correntes na sociedade na qual os profissionais vivem e trabalham são contempladas por eles. Avalia também como as diferenças de gênero são produzidas dentro das instituições, afetando assim seu funcionamento. (MCCALLUM, 2005: 3).

As políticas e programas voltados à saúde das mulheres, na medida em que incorporam a categoria gênero, colocam-se na perspectiva de refletir e agir sobre as desigualdades sociais. A PNAISM aponta o imperativo de incorporar a perspectiva de gênero tanto no planejamento de ações de saúde que objetivem promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e direitos de cidadania da mulher, como em análises de perfil epidemiológico.

Do mesmo modo, segundo McCallum (2005), a OMS – Organização Mundial da Saúde – também recomenda que gênero seja incorporado nas intervenções e pesquisas em saúde. Nas palavras da autora, “*A noção de gênero permite que todos os profissionais envolvidos na atenção básica reconheçam o impacto das relações de poder sobre a saúde dos grupos e categorias sociais sob seus cuidados*” (MCCALLUM, 2005: 1).

Sob esta perspectiva, investiguei neste trabalho se esta perspectiva de gênero estaria incorporada de alguma forma nos processos de trabalho da Unidade observada, conforme preconiza a política. Em primeira instância, busquei os sentidos atribuídos ao que seja relacionado a feminino ou masculino, no universo de significados dos sujeitos envolvidos. Em seguida, analisei como estes sentidos afetam as interações entre os sujeitos, as práticas e os processos de trabalho no cotidiano da AB, no contexto do PSF.

Se a noção de integralidade envolve a dimensão das práticas no serviço de saúde, incluída também na idéia de AISM, vale pensar como as concepções de gênero atravessam essas práticas. Segundo McCallum,

[...] os trabalhadores em saúde elaboram e (re)criam o masculino e o feminino através de suas práticas cotidianas, regidas por conceitos e valores culturais, e até julgamentos morais: ou seja, o trabalho em saúde não é orientado apenas por um raciocínio técnico isento de pressupostos

e preconceitos. Nas Unidades de atenção básica à saúde, os profissionais e outros trabalhadores pautam suas práticas a partir de entendimentos culturais e sociais sobre as outras pessoas, os seus corpos, as suas sexualidades, as suas enfermidades. O dia-a-dia no trabalho, freqüentemente difícil e estressante, modifica estes entendimentos, mas nem sempre leva a uma maior compreensão das necessidades dos usuários e usuárias. (MCCALLUM, 2005: 3)

Esses significados podem ser elaborados em diversos contextos, inclusive no próprio processo de trabalho, pois se tratam de sujeitos diversos, agrupados – por assim dizer – num mesmo espaço, oriundos de contextos sócio-culturais diferentes. Seus conceitos e valores teriam, então, variações. A interação entre as pessoas sugere a interação destas concepções e mesmo a negociação destas. Por conseguinte os sentidos dados àquilo que é vivenciado nas práticas sociais podem ser elaborados ou reelaborados dentro de um determinado contexto. Aquilo que elaboram como feminino ou masculino seguem a mesma tendência.

As práticas cotidianas no serviço de saúde observado revelam, portanto, as concepções de gênero das pessoas implicadas neste processo, ao mesmo tempo em que o PAISM e a PNAISM propõem que tais práticas se reconfigurem transformando a forma tradicionalmente pensada sobre o que é ser mulher ou homem, provocando um novo olhar e atitude perante as mulheres na atenção à sua saúde.

Destarte, vale esclarecer o que vem a ser o conceito teórico de gênero que apliquei na construção da metodologia da presente investigação e que informa a análise dos resultados proposta para refletir sobre as possibilidades e limites da AISM nas práticas.

1.2.3. O conceito de gênero

A utilização do conceito de ‘gênero’ no estudo da atenção à saúde resulta da necessidade de desnaturalizar desigualdades e relações de poder existentes e explicadas a partir de diferenças biológicas entre homens e mulheres. O conceito insiste no caráter social das distinções baseadas no sexo, indicando uma rejeição ao determinismo biológico implícito no uso de termos como “sexo” ou “diferença sexual”. (SCOTT, 1990). O emprego do termo ‘gênero’ em debates feministas e trabalhos acadêmicos, desde os anos 70, trata de demonstrar que as identidades sócio-simbólicas que designam

as mulheres e suas relações com homens na organização da vida na sociedade, ao serem culturais, são variáveis e transformáveis (STOLCKE, 2004).

Conceitualmente, ‘gênero’ se desenvolveu como produto da inquietação feminista em relação às causas da opressão da mulher. O conceito está associado à necessidade de agregar a preocupação política à compreensão de como ‘gênero’ opera nas diferentes sociedades, o que exigiria pensar de maneira mais complexa o poder. Assim, os estudos de gênero não limitam suas análises ao estudo das mulheres, mas focalizam as relações de gênero problematizando as relações de poder, ou seja, como o poder é construído nas relações sociais (STOLCKE, 2004; PISCITELLI, 2002).

Inquietações surgidas nas últimas décadas, em torno da questão de ‘gênero’, refletem acerca da sua potencialidade em assinalar a idéia de construção social e cultural das diferenças sexuais. Para algumas vertentes pós-modernas do feminismo, entender as diferenças entre homens e mulheres como diferenças culturalmente construídas leva a idéia de um dualismo entre natureza e cultura, sendo o sexo a natureza e ‘gênero’ a cultura (AQUINO, 2006). No entanto esta cultura não é única, nem todas as culturas representam igualmente as diferenças entre os sexos, tampouco lhes atribuem igual importância social. Assim os significados de gênero possuem uma variabilidade cultural (STOLCKE, 2004).

Segundo Aquino, as correntes pós-estruturalistas e pós-modernas, questionam “*a própria base material do sexo, argumentando-se ter sido o gênero que inventou a diferença sexual como ordem classificatória do mundo.*” (AQUINO, 2006: 123). Com essa idéia, linhas de pensamento apontam para a desconstrução do próprio conceito de ‘gênero’. Para Judith Butler, por exemplo, dizer que ‘gênero’ existe é pensar e aceitar as normas culturais que governam a interpretação dos próprios corpos – pois para ela, o próprio sexo também é construído socialmente. Tanto quanto ‘gênero’, sexo não é natural, mas discursivo e cultural (GALLINA, 2006; RODRIGUES, 2005). Esta autora norte-americana, ao longo de suas obras que tratam de questões acerca da sexualidade, gênero e feminismo, desconstrói o conceito de gênero sobre o qual se apoia a teoria feminista tradicionalmente pensada.

No livro *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*, (data de publicação no Brasil 2003), a autora aponta a arbitrariedade da distinção sexo-gênero sobre a qual o conceito de gênero se fundamenta. Segundo Butler (2003), a categoria mulher (enquanto um sujeito uno) pressuporia um universalismo tornando-se

impraticável, pois não há uma única identidade definida das mulheres. A identidade, para a autora, é performativamente constituída, não dependendo necessariamente dos atributos do corpo físico.

Abordagens mais atuais, portanto, buscam refletir sobre gênero associado à estruturação identitária. Piscitelli (2002) aponta que as reformulações teóricas contemporâneas sobre 'gênero',

coincidem na radicalização dos esforços por eliminar qualquer naturalização na conceitualização da diferença sexual, pensando gênero de maneira 'não identitária.' Isto é, rejeitando os pressupostos universalistas presentes na distinção sexo/gênero, convergem na tentativa de analisar criticamente os procedimentos através dos quais gênero é concebido como fixando identidades, e de formular conceitualizações que permitam descrever as múltiplas configurações de poder existentes em contextos históricos e culturais específicos. (PISCITELLI, 2002: 16)

Contrapondo noções tradicionais às novas formas de pensar sobre o conceito de gênero, as novas formulações sugerem a idéia de fluidez como alternativa à (relativa) fixidez do gênero ancorado em bases biológicas. Apontam a noção de múltiplas configurações nas quais o poder opera de maneira 'difusa' ao invés da idéia de dominação/subordinação universal das mulheres. E ainda, revelam a intersecção entre múltiplas diferenças e desigualdades, não sendo apenas a diferença sexual entendida como diferença entre homem e mulher (id. Ibid.).

Gênero passa a ser entendido então como elemento simbólico, não simplesmente pertencente a um corpo biologicamente feminino e/ou masculino. Pode pertencer a qualquer relação simbólica, sendo constituído, expresso e negociado por meio de práticas e discursos na vida social.

Segundo Connell (1996), gênero pode ser organizador das práticas sociais, sendo estas práticas organizadas em torno de aspectos ligados à reprodução humana. O autor aponta que as versões particulares de feminilidade e masculinidade são constituídas como corpos que incorporam significados. Assim, as identidades de gênero se desenvolvem de forma fluida e dinâmica (CONNELL, 1996).

Sendo as relações de gênero fenômenos sócio-culturais que envolvem relações de poder nas práticas sociais e nas condutas da vida cotidiana, estas relações possuem um caráter dinâmico e maleável, à medida que as práticas da vida cotidiana sejam compreendidas por meio de sua própria lógica. Nesse sentido, é possível compreender a

importância de discutir relações de gênero acompanhadas da sua contextualização (STOLCKE, 2004; CONNELL, 1996; FONSECA, 2004).

Estas versões mais atuais da teoria de gênero implicam neste trabalho fundamentando o imperativo de estudos etnográficos que busquem contextualizar as questões de gênero e desigualdades de poder presentes nas relações sociais. Contudo, tais abordagens ainda não se encontram subjacentes à perspectiva de gênero que fundamenta a PNAISM ou o PAISM. Deste modo, o eixo central que permeia as reflexões deste trabalho sobre gênero envolve principalmente a discussão sobre os significados de gênero, construídos, (re)construídos e negociados entre os diferentes sujeitos.

Apesar de pouco explorada ao longo da investigação, me parece pertinente pensar a dinamicidade identitária de gênero, articulando algumas dessas noções a este trabalho, considerando-se que as concepções de gênero das pessoas seguem uma lógica dinâmica, não podendo ser universais, tampouco totalmente particulares. Considero, portanto, que os significados de gênero, por emergirem em processos sociais contextualizados, podem ser influenciados pelas experiências que não são apenas uma experiência individual, mas também parte das relações e práticas sociais determinadas, que conformam identidades.

Reconhecida a pertinência de uma abordagem etnográfica que busca compreender os significados de gênero no cotidiano do serviço de saúde fornecendo, afinal, elementos que incrementam uma reflexão sobre a integralidade da atenção à saúde das mulheres, reflito sobre as práticas cotidianas de atenção à saúde nos serviços de saúde, possivelmente influenciadas pelos padrões culturais dos envolvidos. McCallum (2005) observa que,

No dia-a-dia de uma unidade básica, e na própria formação dos seus funcionários, os aspectos sociais, culturais e psicológicos carecem de atenção, embora afetem profundamente os processos saúde-doença. Um olhar rigoroso sobre os efeitos sociais, simbólicos e psicológicos das formas de trabalho na atenção básica, como também dos modos de interação entre usuárias/usuários e os profissionais de saúde, pode iluminar estes aspectos. Um enfoque de gênero é, pois, fundamental para enxergá-los, implicando a análise das práticas e dos processos em questão a partir de uma compreensão das diferenças sociais mais contundentes. (MCCALLUM, 2005: 4)

Assim, busco compreender as atribuições de sentidos para gênero e tratar de questões que envolvem a possibilidade de atenção integral à saúde das mulheres, como tem sido prescritas na política e no programa oficial do governo brasileiro.

1.2.4. Gênero na Saúde Coletiva

Em linhas gerais, ‘gênero’ é utilizado neste trabalho enquanto uma categoria de análise para refletir acerca das relações sociais e desigualdades de poder em que estão implicados os homens e as mulheres, uns com outros e entre si, tendo em vista o modo como emerge (não somente expresso, como também constituído em práticas e discursos) no contexto estudado. Refletir sobre gênero, neste campo de práticas da saúde, segundo Villela *et. al.*, “... se relaciona ao processo de construção de uma nova perspectiva sobre mulheres e homens que, na área da saúde, permite redimensionar as suas necessidades.” (VILLELA *et. al.*, 2009: 1003).

Historicamente, no setor da saúde, as mulheres eram vistas a partir de sua função reprodutiva. Tinham a sexualidade e as fases da vida, como a puberdade, a gravidez e a menopausa, vigiadas e controladas. A expressão dos desejos eróticos estava vinculada à histeria e à loucura, impedindo a mulher de viver plenamente seu desejo sexual (FOUCAULT, 1997). As ações de saúde, por um longo tempo, basearam-se nesta premissa, que entendia a mulher enquanto um aparelho reprodutivo, fornecendo serviços de atenção à saúde voltada à maternidade.

A partir das mudanças sociais, dentre as quais as mulheres estiveram presentes, organizadas e em luta por liberdades políticas e individuais e por autonomia sobre si e seu próprio corpo, emergem iniciativas de repensar os modos como as práticas de saúde produziam uma concepção de mulher subordinada às suas condições fisiológicas. Acompanha-se a este processo estudos que mostram a relação entre os problemas de saúde das mulheres e a sua condição de desigualdade frente aos homens.

Do mesmo modo, começam a ganhar volume os estudos que abordam a saúde das mulheres não apenas na dimensão reprodutiva ou como uma parcela inespecífica da população, mas também como trabalhadoras e como sujeitos que também tem necessidades de saúde além das reprodutivas. [...] estes estudos têm por pressuposto a saúde como um direito básico, portanto integrado à agenda mais ampla da luta por direitos, e a compreensão das desigualdades de gênero como um dos determinantes das desigualdades em saúde. (VILLELA *et. al.*, 2009: 998)

Pensar os determinantes das desigualdades em saúde e intervir sobre eles são algumas das atividades compreendidas pela Saúde Coletiva. A característica fundamental do campo da Saúde Coletiva é a transdisciplinaridade, enquanto uma área de conhecimento que entrecruza saberes de diversas áreas – como ciências sociais e humanas, epidemiologia, políticas e outras – para a produção de conhecimento sobre as questões que envolvem a saúde, compreendendo a saúde como um estado amplo de bem-estar, seja ele físico, social, ambiental, psíquico, etc. Envolve, portanto, discussões acerca das condições psicossociais de vida dos sujeitos, o que motiva o diálogo entre essas diversas áreas. A ampliação de estudos sobre a saúde das mulheres e seus determinantes, incluindo outras dimensões de suas vidas e compreendendo os desdobramentos possíveis das desigualdades de gênero para sua saúde, confirma sua característica multi e transdisciplinar, ampliando por consequência, as intervenções na saúde das populações.

Ao ampliar o conceito de saúde e investigar com maior profundidade as condições de vida em que a população está submetida – no mundo contemporâneo e ao longo da história – torna-se cada vez mais pertinente entender também as desigualdades de poder nas relações sociais, as quais a utilização da categoria ‘gênero’ em estudos desse campo, procura problematizar.

Para Villela & Monteiro (2009), a incorporação da categoria ‘gênero’ em estudos da Saúde Coletiva, articulando-se a outros marcadores sociais, tem sido fundamental para a compreensão dos processos saúde-doença, muito embora não tenha sido, ao longo do tempo, tão recorrida. Colocam ainda, em linhas gerais, algumas reflexões que possivelmente possam explicar o porquê de tal categoria nem sempre ter sido utilizada.

Partimos da premissa que as ações em saúde, ao serem dirigidas a sujeitos e grupos sociais, deveriam trazer incorporada a idéia de que o ser humano, ao constituir a sua subjetividade em torno do processo de sexuação, não existe fora das tramas de gênero, eixo organizador da cultura. No entanto, dada a relação de origem da saúde coletiva com os saberes da biomedicina, que operam sobre o *corpo*, muitas vezes a dimensão subjetiva e a maneira singular com que cada um a exerce foram negadas ou abstraídas. Deste modo, os atravessamentos de gênero na constituição do sujeito tornaram-se invisíveis na área. (VILLELA & MONTEIRO, 2009: 994)

Para além da problematização das relações de poder e desigualdades entre homens e mulheres que a utilização desta categoria tem por pano de fundo, é importante considerar as possibilidades de interação entre ‘gênero’ e outras categorias do sujeito como classe social e raça/etnia, geração, orientação sexual (VILLELA *et. al.*, 2009).

As próprias vertentes do feminismo pós-estruturalista acenam neste sentido, chamando a atenção para a necessidade de rompimento com a tendência de homogeneizar internamente tanto o campo feminino como o masculino, reconhecendo assim “*a existência de diversidade no interior de cada um, o que requer que se incorpore à análise outras dimensões das relações sociais, tais como raça, classe e geração*” (FARAH, 2004: 48).

Não podemos, pois, dizer que exista uma única “Mulher”, mas muitas mulheres, inseridas em diferentes contextos, classes sociais, idades, raças/etnias – o que as coloca em diferentes posições na sociedade, revelando mesmo entre si, desiguais expectativas e possibilidades de realização (VILLELA *et. al.*, 2009; BARBOSA, 2006).

Gênero, raça e geração, além de classe social podem ser considerados categorias de análise das relações sociais, constituindo-se cada uma, em uma dimensão básica da vida social (MOTTA, 1999). Segundo Alda Motta,

Essas dimensões realizam-se no cotidiano e na História e podem ser também definidas como categorias relacionais ou da experiência. [...] Essas categorias relacionais mais determinantes, e analiticamente valiosas, referem-se quase todas ao biossocial: o sexo, a idade e a cor estão inscritos no corpo e na cultura como gênero, geração e etnia. Somente a classe, categoria sobredeterminante, refere-se apenas ao social, mas não deixa de ser um coletivo – teórico, político e da prática – que se corporifica em homens e mulheres de diferentes idades e raças. [...] Isto significa que o conhecimento de cada uma das categorias remete, sempre, a uma análise de relações de poder (Id. *Ibid.*: 193).

Deste modo, estas marcas sociais são levadas em consideração articuladas à categoria gênero, na análise das relações sociais em questão, quando emergidas em campo.

Igualmente importante à apresentação da pesquisa e fundamentação teórica da mesma, é necessário apresentar um panorama da organização e estruturação da AB no SUS em Salvador, desde que se tornara prioridade do governo federal, já que é neste contexto em que se situa esta investigação.

1.3. ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE DA MULHER EM SALVADOR

1.3.1. A Atenção Básica e a Saúde da Mulher

A idéia de priorizar a Atenção Primária em Saúde (APS) emergiu a partir da década de 1970 quando, na Conferência da Alma-Ata, foi deliberada a primazia que se deveria dar a este modelo de atenção para que os sistemas de saúde antecipassem e evitassem os agravos à saúde das populações (BRASIL, 2001; IBANEZ, *et.al.* 2006; ESCOREL, *et.al.*, 2007; SOUZA & COSTA, 2010).

A Atenção Básica (AB) é uma denominação brasileira adotada no SUS, na década de 90, a fim de designar uma abordagem correspondente à APS. A formulação conceitual da AB no Brasil buscou romper com o que se entendia por Atenção Primária – como um modelo assistencialista, focado na prestação de serviços a parcelas excluídas da população, de baixa efetividade e resolução de problemas de saúde. Gradualmente, a AB se fortalece, constituindo-se a porta de entrada preferencial do SUS. (VENÂNCIO *et. al.*, 2008: 12)

A partir do processo de descentralização do SUS no Brasil, a AB ficou sob a responsabilidade dos governos municipais que, podendo dar conta de suas especificidades e complexidades locais, responsabilizaram-se por um atendimento potencialmente mais qualificado, tendo em vista uma resposta eficiente às demandas específicas e locais de saúde. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2006) busca, com estes pressupostos, o fortalecimento deste nível de atenção.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são espaços de oferta de serviços da AB, considerados fontes preferenciais de acolhimento das demandas de saúde da população. São os locais onde o encontro com os usuários é mais freqüente e deveria ser contínuo.

No processo de reorganização da AB, o Ministério da Saúde – de acordo com seu plano de ações – implantou a Estratégia Saúde da Família (ESF) e Agentes Comunitários em Saúde (ACS), apontando na direção do fortalecimento de tais estratégias para reversão do modelo assistencial vigente (BRASIL, 1997).

Em definição pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF) é entendido como uma estratégia operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em UBS, que são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada. As UBS que

possuem o PSF são conhecidas como USF – Unidade de Saúde da Família – e compreendem uma ou mais equipes de SF.

Originalmente, o PSF tratava-se de um programa criado pelo Ministério da Saúde em 1994 e fora concebido como um programa focalizado, destinado aos grupos da população excluídos do acesso aos serviços de saúde. No entanto, tal programa se apresenta, atualmente, como uma estratégia de reorientação da APS ou do modelo de atenção como um todo (TRAD & SILVA, 2005:26).

Ao longo dos anos, segundo Escorel *et. al.* (2007), desde 1994 o PSF expandiu-se em todo o país, atingindo, em junho de 2004, 84% dos municípios brasileiros, com 20.561 equipes e cobertura populacional de 38% (cerca de 60 milhões de habitantes) (ESCOREL *et. al.*, 2007). Atualmente, para o mês de junho de 2011, consta na página do Departamento da Atenção Básica os seguintes números de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF): Aproximadamente 32.500 equipes cadastradas no sistema e estimativa de população coberta para 100 milhões de habitantes⁴.

A ESF trabalha segundo algumas diretrizes, dentre as quais se destacam:

- a “integralidade” e a “intersetorialidade” – devendo, as Unidades, (1.) estarem vinculadas à rede de serviços, assegurando a referência e contra-referência para os demais níveis de complexidade e (2.) buscar junto a outros setores sociais a complementaridade necessária às suas ações e práticas, assim também como preconizam o PAISM em suas estratégias de implantação e a PNAISM em suas diretrizes;
- “territorialização” – organizando o trabalho localmente com base em informações epidemiológicas e sociais da população e trabalhando com definição da área de abrangência e população adstrita, realizando cadastramento de famílias, acompanhamento da situação de saúde, da exposição a agravos e das condições ambientais, e desenvolvendo ações programáticas;
- “equipe multiprofissional” – pode-se ainda incorporar profissionais com diversas especializações agrupados em equipes de apoio, como psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, etc.;
- “responsabilização” e “vínculo” – responsabilizando-se em contribuir para a melhoria da saúde e da qualidade de vida das famílias na sua área de abrangência e,

⁴ Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php

ainda, desenvolvendo esforços para oferecer uma atenção humanizada, valorizando a dimensão subjetiva e social nas suas práticas. (VENÂNCIO *et. al.*, 2008: 15)

Considerando ainda os princípios gerais da PNAB, coloca-se a necessidade de que o encontro entre profissionais e usuários no âmbito da AB estabeleça-se em contexto de intersubjetividade, cumplicidade e responsabilização diante de um problema. A PNAB identifica a Atenção Básica da seguinte forma:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. [...] É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. (BRASIL, MS, PNAB, 2006: 10).

Segundo Sônia Venâncio *et. al.* (2008), a AB (quando bem organizada) tem potencial de garantir a resolução de 80% das necessidades de saúde da população de cada município, facilita a organização e funcionamento dos serviços de outras complexidades, além de reduzir o consumo de medicamentos. Pois, no caso da ESF, as autoras apontam que as equipes de SF devem reunir esforços na direção de prestar uma assistência integral às famílias atendidas e explorar um espaço mais rico para exercer a promoção, prevenção e educação para a saúde, expressando-as em cuidado oferecido por diversas práticas de saúde (VENÂNCIO *et. al.*, 2008).

Os Postos de SF devem estar adequados às especificidades locais, imersos na realidade de sua abrangência, planejando ações e podendo oferecer serviços em consonância com as demandas e necessidades de saúde da população atendida. (BRASIL, 2008). A AB responderia, deste modo, por parte das expectativas do cuidado e integralidade da atenção. Para isso, deve integrar, na prestação deste serviço, os valores, culturas, modelos e símbolos sociais, que delineiam novas condutas e práticas de saúde (VENÂNCIO *et. al.*, 2008).

As principais áreas estratégicas para atuação da Atenção Básica no Brasil estão assim definidas: saúde da criança, saúde do idoso, saúde da mulher, saúde bucal, controle da hipertensão, controle do diabetes, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase e da desnutrição infantil, promoção da saúde (PNAB, 2006).

Tanto o PAISM quanto a PNAISM situam suas ações principalmente no âmbito da AB, considerando-a como espaço privilegiado para solidificar a AISM. Segundo o PAISM,

As proposições básicas de ação formuladas pelo Ministério da Saúde para assistência integral à saúde da mulher devem ser situadas no contexto da política de expansão e consolidação dos serviços básicos de saúde, [...] com vistas à adequação da oferta de serviços, de modo que se concentrem recursos, corretamente dimensionados, para a solução dos problemas mais prementes e de maior prevalência. Apesar da denominação frequente de Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, a compreensão maior da proposta é a de que as ações previstas fazem parte de um programa global de assistência primária à saúde da população. Particularizar a atenção à saúde da mulher significa apenas um passo no sentido de aumentar a capacidade resolutiva da rede básica de serviços, trabalhando dentro de uma nova óptica – a da assistência integral – de modo a contribuir para o desenvolvimento institucional do setor e para a reordenação do sistema de prestação de serviços de saúde como um todo (BRASIL, MS, 1984: 14).

Igualmente, conta na PNAISM, que a organização da AB em nível municipal, poderia contribuir para a consolidação de serviços que atendam à saúde integral das mulheres, tornando-se um espaço potencialmente privilegiado para as ações nesse sentido.

A municipalização da gestão do SUS vem se constituindo num espaço privilegiado de reorganização das ações e dos serviços básicos, entre os quais se colocam as ações e os serviços de atenção à saúde da mulher, integrados ao sistema e seguindo suas diretrizes. (BRASIL, 2004: 17)

Muito embora presenciemos uma luta constante pela consolidação daquilo que já se encontra em políticas e programas, os resultados ainda não correspondem às ambições originais: observam-se ainda alguns limites, desafios e contradições não apenas na AB, mas em outros níveis de atenção à saúde⁵.

⁵ Sinalizo, no entanto, que existem diversos outros estudos, ainda não apreciados para este trabalho, que discutem os problemas do PSF em grandes centros urbanos bem como as condições de possibilidade da sua conversão em estratégia de mudança do modelo assistencial. Recomenda-se, portanto, uma revisão sistemática dos mesmos para auxiliar novas reflexões mais aprofundadas sobre este aspecto – que fora brevemente apontado durante minhas leituras e observações.

Tais obstáculos ultrapassam a questão da organização estrutural do SUS e envolvem também algumas questões culturais e sociais. Na pesquisa empregada por Schraiber (2005) através de observação direta com equipes de PSF em Recife, a autora também observou esta característica. Assim, dentre alguns problemas que ela observa no cotidiano de trabalho da Unidade,

[...] Há, ainda, problemas para lidar com as dimensões sócio culturais das queixas e baixa resolutividade para certos tipos de demandas e necessidades como aquelas ligadas à sexualidade e saúde mental (SCHRAIBER, 2005: 49).

No caso da saúde da mulher, observamos que uma problemática bastante vigente refere-se aos aspectos que envolvem relações de gênero e/ou significados atribuídos a gênero. Ainda que tais aspectos sejam centrais para a elaboração das políticas públicas, a literatura concorda em destacar a fraca incorporação desta perspectiva em diversos níveis da atenção à saúde (BARBOSA, 2006; SCHRAIBER, 2005; SCOTT, 2005; MCCALLUM, 2005).

Lilia Schraiber (2005) aponta em seu estudo a centralidade dada às mulheres nas Unidades de saúde de família em Recife, exercendo papel principal como cuidadoras das famílias – atribuição esta que, direcionada ao cuidado infantil, também fora observada em estudo etnográfico de Vania Bustamante (2009). Igualmente, Cecilia McCallum (2005) sinaliza o não reconhecimento das mulheres que trabalham, bem como a deficiência das práticas assistenciais com adolescentes no apoio ao direito destes no exercício saudável da sua sexualidade, muitas vezes ancoradas na reprodução de valores morais – refletindo-se no afastamento das usuárias adolescentes, que *“só passam a frequentar os serviços de saúde após engravidarem, tal como ocorre em Salvador”* (MCCALLUM, 2005: 9).

Através de etnografia em UBS de Salvador sobre os significados da sexualidade adolescente para os profissionais, Marcia Marinho (2006) constatou falta de espaço para atenção à saúde sexual adolescente. As práticas de atendimento eram orientadas para a normatização das condutas, reforçando atitudes paternalistas com este público.

De outro modo, Silvia De Zordo (2009) demonstra como se processa a responsabilização feminina sobre a gravidez e o modo como as mulheres incorporam o PF como discurso político e moral sobre a reprodução para população de baixa renda e como prática de controle da fertilidade. Sua investigação se processou na observação direta de dois serviços públicos de PF em Salvador.

Cecilia McCallum & Reis (2006) analisam o parto sob a perspectiva das mulheres jovens, adolescentes, negras e de classe popular. Entendendo o parto como um processo biossocial, a investigação etnográfica em maternidade de Salvador mostra como as mulheres produzem significados no momento do parto e como este poderia ser considerado um rito de passagem que legitima a maternidade, diante de reprovação institucional que deslegitima a reprodução sexual destas mulheres inseridas nestas condições.

Em investigação com profissionais de uma UBS em Salvador, Edméia Coelho *et.al.* (2009) analisaram o cuidado à saúde das mulheres, identificando aspectos relacionados à integralidade. As autoras constataram que os profissionais reconhecem as desigualdades de gênero e classe às quais as mulheres usuárias são submetidas, e identificam suas fragilidades, porém sem propensão a mudanças.

Schraiber *et.al.* (2010) com base em pesquisa realizada em quatro Estados brasileiros através de etnografia e entrevistas com homens, discutem sobre masculinidades e necessidades de cuidado à saúde do homem na atenção básica. A pesquisa revela a medicalização das necessidades de saúde que marcam tanto profissionais como usuários, além do foco dado pelos serviços de AB às mulheres, reforçando as desigualdades de gênero, definindo atribuições diferentes de cuidado e assistência para homens e mulheres.

A partir da literatura apreciada de estudos empíricos em serviços de saúde com enfoque de gênero, estes são alguns exemplos de limites que os serviços enfrentam no sentido de concretizar uma atenção qualificada e incorporar a perspectiva de gênero. Observa-se a dificuldade de transformar condutas no processo de atenção à saúde, reorientando seus olhares sobre mulheres (e homens) nas práticas cotidianas.

Paralelamente, a AB ainda enfrenta sérios desafios no que diz respeito ao desenvolvimento do caráter interdisciplinar e intersetorial das ações; na superação da razão instrumental e estratégica em situações onde se deveria dominar a razão comunicativa; nas práticas assistenciais de escuta, na valorização e sensibilidade dos contextos sociais de onde se originam os sujeitos usuários dos serviços; no diagnóstico e atenção às necessidades de saúde mais silenciosas destes mesmos sujeitos, dentre outras (VENÂNCIO *et.al.*, 2008; SILVA & TRAD, 2005; JUCÁ *et.al.* 2009; BUSTAMANTE & TRAD, 2007; MATTOS, 2004). A importância de se observar tais aspectos necessários à AB, se coloca no sentido de visualizar mudanças de paradigmas que

transcendam o “biologicismo” e superem a fragmentação nos processos de atendimento à saúde nos diferentes tipos de serviços.

1.3.2. Atenção Básica em Salvador

Tendo em vista a convergência de propósitos na perspectiva de implementar o SUS em Salvador e fortalecer a AB, o governo municipal, em conjunto com outros setores da sociedade soteropolitana, desenvolveram o Plano Municipal de Saúde (PMS) para o período de 2006/2009, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em 2006. Consta no PMS que “*a Vigilância da Saúde e o Programa Saúde de Família (PSF) constituem eixos estruturantes da atenção à saúde no Município de Salvador.*”⁶

Não obstante, o Plano, coloca o direcionamento das suas ações para a transformação progressiva das Unidades Básicas de Saúde convencional para USF⁷, tornando-se hegemônicas na estruturação da rede básica em Salvador – realidade da USF Ipê⁸, que se tornou USF há dois anos.

Em Salvador, desde os anos 2000⁹ até 2009, pode-se observar que a cobertura do modelo de atenção PSF aumentou de 1,2% para 11,1 %. Enquanto 28.831 pessoas eram cadastradas no PSF em 2000, no ano de 2009 o número de pessoas cadastradas foi para 333.471¹⁰, como ilustra a figura a seguir:

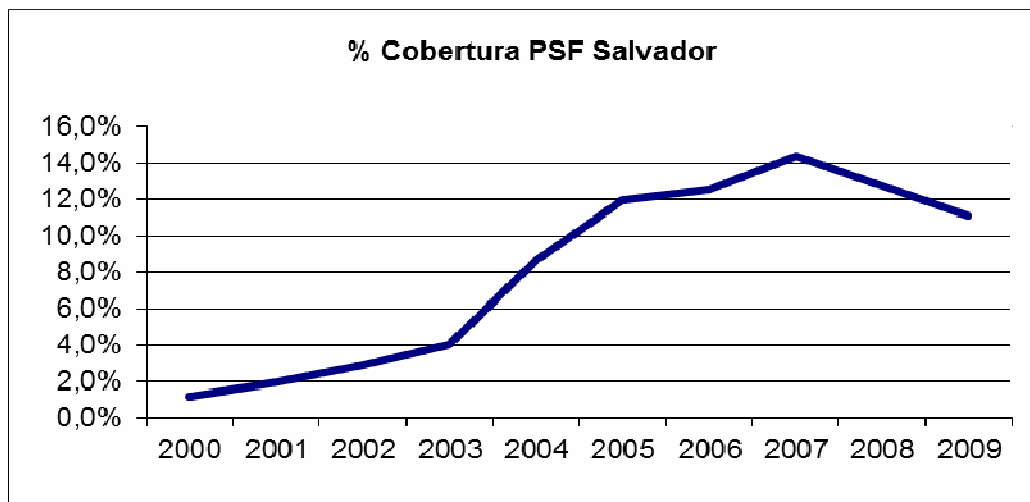
⁶ SALVADOR, SMS/Instituto de Saúde Coletiva-UFBA. *Plano Municipal de Saúde 2006/2009*. Salvador, 2006, p. 14.

⁷ Ao buscar fontes sobre o processo de implantação do PSF em Salvador, como por exemplo, a data de quando começou este processo, e o modo como este foi realizado, não foram encontrados estudos publicados.

⁸ Todos os nomes de instituições, de ruas, de localidades e de pessoas com quem interagi durante o processo de trabalho de campo são fictícios.

⁹ Data a partir da qual encontram-se dados numéricos no portal do DataSUS.

¹⁰ Disponível em: http://dab.saude.gov.br/atencao_basica.php



Fonte: DataSUS. Acessado em 28.02.2011.

Apesar destes dados retirados do DataSUS mostrarem uma discreta expansão do PSF em Salvador nos últimos anos, outros estudos revelam que esta não é a realidade prática. Marcelle Cardoso (2009), em seu trabalho de avaliação da cobertura da Atenção Básica em Salvador, verificou insuficiência das ações básicas em saúde no município. Segundo a autora, há pouca oferta de recursos humanos, problemas na gestão de carga horária de profissionais, distribuição territorial desigual na oferta e utilização dos serviços além da pequena expansão do PSF. Embora tenha ocorrido um incremento na cobertura de PSF durante os anos de 2004 a 2007 (dado visível na figura acima), a autora aponta ainda que este aumento fora insuficiente já que cobre apenas 13,7% da população do município.

Paralelamente, ao levantar os principais problemas do estado de saúde de grupos populacionais como mulheres adultas, idosos, crianças, homens, etc., o PMS identificou, para as mulheres adultas, os seguintes problemas: cárie e doença periodontal em gestantes, gravidez não planejada, aborto, DST, violência, câncer de mama e de útero. Para serviços oferecidos, mais problemas foram observados como, por exemplo, a oferta insuficiente de exames de rotina e complementares para a saúde da mulher; insatisfação da clientela, devido à deficiência dos serviços prestados (saúde da mulher); falta de humanização no pré-natal, parto e puerpério; falta de acompanhamento pós-parto.

Para além dos serviços de saúde, outros problemas da população foram apontados no PMS como: desigualdade socioeconômica para mulheres; agravamento da

vulnerabilidade social e conseqüente aumento da demanda por serviço de saúde; ausência dos homens nos serviços e desinteresse em saúde; entre outras.

Embora façamos referência, sobretudo, àquilo que se relaciona aos problemas que atingem a saúde das mulheres, o PMS também aborda necessidades de outros grupos populacionais específicos, como crianças, homens adultos e idosos. No entanto, mesmo as questões aqui evidenciadas, nos revelam que a dimensão dos problemas é enorme e as ações de enfrentamento requerem alto grau de complexidade, principalmente quando refletimos acerca dos desafios perenes na luta pela consolidação e melhora da AB.

Observa-se, através do PMS, que o município teve sua população estimada, no ano 2000, de 2.443.107 habitantes dentre os quais 53% são mulheres (1.150.288 hab.) e 47% homens (1.292.819 hab.). Salvador possui ainda, dentre suas características, um trágico índice de desigualdade: 20% da população mais rica da região metropolitana se apropriam de aproximadamente 70% da riqueza produzida, enquanto que os 20% mais pobres se apropriam de cerca de 1,5% dessa riqueza. Além desses índices, verifica-se ainda a desigualdade racial – os negros, mesmo sendo a maioria da população, são os que detêm menor proporção de renda e os piores beneficiados em serviços públicos básicos (dados retirados do PMS 2006/2009).

Segundo dados da PNAISM, as mulheres também são maioria da população Brasileira (50,77%). Além disso, são elas as maiores freqüentadoras dos serviços de saúde (BRASIL, 2004; SCHRAIBER, 2005; SCOTT, 2005). Podemos constatar tal fenômeno, tendo em vista o problema levantado no plano da pouca freqüência dos homens nestes espaços.

Outros elementos dessa problemática revelam que as mulheres merecem maior atenção, principalmente quando observamos as condições de vida em que se inserem. Segundo a PNAISM,

O relatório sobre a situação da População Mundial (2002) demonstra que o número de mulheres que vivem em situação de pobreza é superior ao de homens, que as mulheres trabalham durante mais horas do que os homens e que, pelo menos, metade do seu tempo é gasto em atividades não remuneradas, o que diminui o seu acesso aos bens sociais, inclusive aos serviços de saúde (BRASIL, 2004: 12).

Os altos índices de mortalidade materna no Brasil, ocorrências de câncer de colo do útero e da mama, confirmaram a importância que se deveria dar à saúde da mulher

(PNAB, 2006). Tanto é assim, que foram definidas ações para o enfrentamento destas questões, entre os gestores do SUS no Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, aprovados no ano de 2006. O PMS 2006/2009 levou em conta as diretrizes estabelecidas nos Pactos e incluiu a saúde da mulher dentre as ações prioritárias para a saúde.

Essas informações podem esclarecer como se estruturam os serviços de saúde na AB de Salvador, e em que sentido as ações de saúde estão supostamente direcionadas, principalmente no que toca à saúde das mulheres – foco desta investigação. Portanto, tendo em vista a prioridade dada à AB pelo PAISM, pela PNAISM, e pelo PMS 2006/2009, esta pesquisa foi realizada neste contexto, de modo a explorar questões que envolvem o processo de trabalho de uma Unidade básica de saúde da família – USF – do município.

Considerando as proposições do PAISM e da PNAISM, que apontam para a transformação da atenção a saúde das mulheres fundamentada na perspectiva de entender as mulheres como cidadãs e promover sua autonomia e compreendendo a relevância de um atendimento integral à saúde baseada na perspectiva de gênero, é que se torna de fundamental importância atentar para as práticas de atenção no serviço de saúde.

Se as práticas cotidianas revelam concepções de gênero, a observação etnográfica no serviço de saúde pode fornecer subsídios para compreender o modo como se processam estas práticas, diante da necessidade de reorientá-las sob a perspectiva de gênero. Posto que a AB seja o lócus privilegiado das ações propostas pelo PAISM e PNAISM, por conseguinte a observação aqui empregada situa-se neste contexto.

CAPÍTULO 2

O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO E A UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA IPÊ

O presente capítulo reúne a discussão metodológica com a análise empírica. Assim, trata do processo de investigação, desde sua formulação; detalha os aspectos metodológicos; descreve a entrada em campo; retrata os aspectos sócio-demográfico e físico do bairro; apresenta a Unidade de saúde, o seu quadro profissional. Por fim, é feito um retrato etnográfico da dinâmica do trabalho, sobretudo de uma das 4 equipes do PSF da Unidade.

Explicito, neste capítulo, que se trata de um bairro com uma população majoritariamente de baixa renda, populoso, repleto de barreiras geográficas – por ocupar a extensão de um morro – e imerso num contexto de crescente violência urbana, devido ao tráfico de drogas. Saliento que existe um volume da demanda que ultrapassa a capacidade de cobertura da Unidade, que chega a 30% da população, o que implica na restrição ao acesso à saúde da população e em sobrecarga dos profissionais de saúde.

Mostro, na descrição etnográfica do processo de trabalho da equipe, que se busca a horizontalidade, ao procurar estabelecer, nas relações internas da equipe, a valorização do diálogo, e a escuta nas relações externas, com as pessoas usuárias. Igualmente, apresento as dificuldades e limites dos processos de atendimento da equipe e das atividades educativas empregadas por ela.

2.1. DESENHANDO A PESQUISA E ASPECTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa consistiu, fundamentalmente, na observação do cotidiano de trabalho da Unidade de saúde da família – USF Ipê – durante quatro meses (junho a setembro, 2010). Aluguei uma casa no bairro, onde permaneci por dois meses. A vivência no bairro auxiliou na coleta de dados e no reconhecimento sócio-geográfico da comunidade, ainda que em menor grau à observação do serviço de saúde. As visitas domiciliares com agentes de saúde e com a equipe também foram importantes meios para agregar informações e conhecer o bairro e moradores.

A fim de complementar estas observações, realizei dez entrevistas (ANEXO 1), sendo a maioria delas feitas com profissionais de saúde (6 entrevistas). Outras três entrevistas foram feitas com usuárias – Rosa, Dulce e Adriana – e uma entrevista realizada com uma moradora, trabalhadora do espaço cultural de onde eu era vizinha.

Esta última, Dona Clara, é uma senhora de 72 anos que não utiliza os serviços da Unidade de saúde, mas é moradora do bairro, conhecida e respeitada pela comunidade.

As entrevistas foram gravadas em gravador digital e transcritas. Das seis pessoas profissionais entrevistadas, apenas uma era homem – Jorge (45 anos), um dos poucos homens trabalhadores da Unidade de saúde. As outras cinco eram: a médica e a enfermeira da equipe que acompanhei – Helena e Tereza (ambas com 53 anos)– e duas de suas agentes comunitárias de saúde (ACS) – Laura (56 anos) e Rita (41 anos); por fim, a gerente da Unidade – Laís (38 anos). Todos os profissionais entrevistados estão caracterizados no Quadro 1, a seguir.

Quadro 1: Descrição de profissionais de saúde da USF Ipê entrevistados por cargo; nome; idade; escolaridade; raça/cor (auto definido).

Características Descritivas	Nome	Idade (anos)	Escolaridade	Raça/cor (auto definido)
Cargo de trabalho				
Gerência	Laís	38	E. Superior	Branca
Auxiliar Adm.	Jorge	45	E. Superior	Mestiço
Médica Eq. Lírio do Vale	Helena	53	E. Superior	Parda
Enfermeira Eq. Lírio do Vale	Tereza	53	E. Superior	Parda/Amarela
ACS Eq. Lírio do Vale	Laura	56	E. Médio	Negra
ACS Eq. Lírio do Vale	Rita	41	E. Médio	Negra

Os critérios de escolha para selecionar as pessoas entrevistadas foram em alguma medida circunstanciais e subjetivos, para o quadro de profissionais. Em primeiro lugar foi levado em conta o desejo de participar e interesse pela pesquisa. Alguns profissionais demonstraram interesse em fazer a entrevista e pediram para participar. Tive de considerar também as condições para realizar a entrevista, já que

muitas entrevistas foram canceladas ou remarçadas por um motivo ou outro que impediam as pessoas de me encontrarem.

Com relação às usuárias, decidi por entrevistar pessoas moradoras das mesmas áreas das agentes entrevistadas, já que foram áreas, dentre as quais conheci melhor. Assim, com o auxílio de Laura e Rita entrei em contato com as usuárias que poderia entrevistar. Com Laura, depois de “*descermos para área*”, perguntei às usuárias se poderíamos fazer a entrevista. Entrevistei Dulce, uma senhora de 85 anos e Adriana, uma jovem de 27 anos. De outro modo procedi com relação às usuárias atendidas pela ACS Rita. Uma de suas usuárias com quem fiz a entrevista é sua irmã, Rosa, de 45 anos, que se prontificou espontaneamente. Não foi possível, entretanto, contatar outras usuárias pelas atribuições das tarefas da equipe e por razão do curto tempo restante em campo. Seguem no Quadro 2, as caracterizações das usuárias entrevistadas.

Quadro 2: Descrição das moradoras entrevistadas da Vila Lírio do Vale por idade; ocupação; filhos; raça/cor (auto definido).

Características Descritivas	Idade (anos)	Ocupação	Filhos	Raça/cor (auto definido)
Entrevistadas				
D. Dulce	85	Dona de casa	5	*
D. Clara	72	Mestre griô de tradição oral, Fund. Sempre-Viva	0	Negra
Rosa	45	Agente do IGBE	0	Negra
Adriana	27	Operadora de xérox	1	Negra

* não informado.

Nem todas as entrevistas estão evidenciadas ao longo do texto, pois selecionei falas que pudessem exemplificar melhor sobre as questões abordadas – levando em consideração a autoria da fala e as concordâncias (ou dissonâncias) de discursos entre as pessoas entrevistadas. Jorge, por exemplo, focaliza seu trabalho na esfera

administrativa, não muito no processo de atendimento – exceto nos momentos em que auxilia na recepção do SAME. A entrevista com Jorge me auxiliou no aprendizado de como se processa a dinâmica dos trabalhos na Unidade, desde as questões mais burocráticas até a organização dos atendimentos. Como centrei minhas observações na equipe Lírio do Vale e nas práticas de atenção, a entrevista com Jorge não consta textualmente no corpo deste trabalho.

Outras informações foram utilizadas para conhecer melhor os trabalhos feitos dentro e fora da Unidade para com a comunidade. Conteí com a ajuda de profissionais da Unidade de saúde que me forneceram panfletos informativos, cartilhas, mapas das áreas atendidas, etc. Muitos dados também foram coletados em conversas informais seja com profissionais, seja com usuárias, dentro e fora da Unidade de saúde.

Ao fim da pesquisa, percebi que ainda era necessário obter algumas informações adicionais sobre as profissionais da Equipe Lírio do Vale¹¹, já que se tratava da equipe mais próxima e principal referência deste trabalho. Tendo em vista esta necessidade recorri à aplicação rápida de um curto questionário, em uma reunião de equipe, onde perguntei características básicas pessoais e sobre alguns pontos de vista das profissionais com relação ao seu trabalho (ANEXO 2).

Este trabalho trata-se, conforme exposto anteriormente, de um estudo de cunho etnográfico. Contudo, não alcancei a profundidade de uma etnografia devido ao curto período de imersão em campo e menor volume de dados coletados. Todo modo, reflito sobre questões próprias dos estudos etnográficos, já que estas permearam toda a investigação.

Durante o processo de pesquisa, a dinamicidade da realidade observada esteve sempre colocada. Os momentos descritos mudavam logo após uma anotação ou outra em minha caderneta. Assim, tratava-se de capturar o instante (LAPLANTINE, 2004). Em uma anotação, aponteí para a semelhança entre descrever o espaço e tirar uma foto. Um flash: naquele instante, naquele espaço, com aquelas pessoas. Este fator cambiante intensifica-se quando se observa ambientes de grande movimento. A quantidade de pessoas que entravam e saíam da Unidade não permitiam que eu descrevesse-a como algo estático e monótono. Segundo Jackson (1989) a vida como é vivida é sempre cambiante e diversa. A interação entre quem pesquisa e quem é pesquisado também

¹¹ Adiante, em sessão específica, apresento a Equipe Lírio do Vale e descrevo seu processo de trabalho. Ver em sessão 2.3.: Descrição do cotidiano de trabalho na unidade; O trabalho da Equipe Lírio do Vale.

depende – influencia e é influenciada – desta dinamicidade. Um exemplo desta condição fora relatado no diário:

O espaço estava muito agitado, estava tendo vacinação. Quando resolvi contar quantas pessoas estavam ali, independente do que faziam contei 31 mulheres, 5 homens, 13 crianças. As crianças eram na maioria (10) de até 10 anos e 3 com menos de 1 ano. As mulheres eram de 15 a 30 anos, na maioria. Havia umas 2 ou 3 senhoras. A maioria das pessoas era negra. Não dava pra ser precisa nas contas, pois tinha muito movimento, muitas pessoas entrando e saindo. De um momento a outro mudava o numero de crianças, mulheres e homens. Mas sempre a mesma proporção (DC – Diário de Campo).

Para além da movimentação na Unidade de saúde, outros fatores me levaram a reflexões deste tipo, principalmente a necessidade de lidar com a imediaticidade dos acontecimentos. Decisões precisavam ser feitas de acordo com o que se demandava no momento imediato e muitas vezes eram carregadas de emoção do pesquisador. Em diversos momentos tive de lidar com o imprevisto, principalmente quando alguém pedia minha opinião sobre algum assunto. Segundo Clifford, a experiência real é cercada pelas contingências, e a etnografia é uma forma de produzir conhecimento a partir de um intenso envolvimento intersubjetivo. Assim é que “[...] o trabalho de campo requer frequentemente um ‘desarranjo’ das expectativas pessoais e culturais.” (CLIFFORD, 2002: 20).

Entre alguns dos problemas da prática e escrita etnográfica, encontrei o processo de seleção dos fatos relevantes, a memorização e reprodução das coisas vistas e ouvidas. Problema que encontrei principalmente neste momento de escrita final, quando tive consciência de que em minha memória arqueei muito mais do que estava descrito no diário.

Em um trabalho ancorado na memória, os dados coletados em campo são objetivações de pedaços da realidade conforme foram selecionadas e percebidas pela pesquisadora (GUASARIAN, 2004). Permitem ao leitor partilhar das impressões evocadas pela pesquisadora, ainda que por meio da imaginação. Como na etnografia feita por Dalsgaard (2005), a autora coloca a importância de apresentar seus relatos de campo de modo a “revelar ao leitor a experiência do começo ao fim”. Deste modo o leitor poderia “reviver a experiência com o narrador e empenhar-se em ‘desvelar’ o que até então era desconhecido ou estranho.” (DALSGAARD, 2005: 56).

Vale notar ainda que qualquer tentativa que de representar esta realidade, através de palavras e conceitos, acabaria por resumir em si uma experiência mais abrangente. Igualmente, qualquer descrição feita no diário também não contemplaria a diversidade de aspectos que possuem a vida real na dinâmica em que é vivida. As “fotografias” que eu tirava, em cada momento de descrição, eram recortes da realidade que eu podia perceber naquele instante, e conseqüentemente, parciais. Descrever também é interpretar, é uma atividade que envolve a percepção, a expressão em palavras daquilo que foi percebido, sentido, observado – e sob um determinado ponto de vista (LAPLANTINE, 2004). Esta reflexão surgiu em um dia de observação da Unidade, quando percebi a dificuldade em traçar um perfil das pessoas que frequentavam aquele espaço por dia. Segue um trecho ilustrativo,

Tentar falar de quantas pessoas eu estou vendo, ou o que estou reparando neste momento, é como tirar uma foto, pois a dinamicidade do espaço aqui não me permite estabelecer uma rotina estável... A configuração da Unidade muda o tempo todo (DC).

As palavras e conceitos seriam, sob esta perspectiva, insuficientes quando se referem à experiência de vida dinâmica e múltipla. Para Jackson (1989), a experiência vivida nunca é idêntica aos conceitos utilizados para representá-la – ultrapassando seus limites. Os conceitos não transcendem o mundo da vida, não refletem sua essência nem revelam suas leis subjacentes, permitindo-nos apenas estabelecer conexões de um domínio a outro.

Em contrapartida, é com palavras e conceitos que sigo o objetivo de fazer compreender a realidade que vivenciei, ainda que parcialmente. Parcialidade caracterizada pela linguagem utilizada – seja por sua insuficiência em representar esta realidade em toda a sua complexidade, seja por descrevê-la a partir de um ponto de vista determinado, enfocando aspectos específicos.

Em resumo, concluo esta sessão, justificando o caráter etnográfico do trabalho em vista de seu permanente diálogo com tais questões, próprias da etnografia, além da utilização dos recursos metodológicos e técnicos inspirados em trabalhos etnográficos. Resta, no entanto, abordar alguns aspectos éticos.

2.1.1. Aspectos Éticos da pesquisa

Este estudo foi desenvolvido de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas para pesquisas com seres humanos contidas na Resolução 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde. Incorporou sob a ótica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos sujeitos da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

Deste modo, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia para apreciação conforme requerido. Uma vez aprovado, percorri todo o processo burocrático necessário para a entrada em campo e início da pesquisa. Levei a aprovação do CEP até a Secretaria Municipal de Saúde, protocolei o pedido para começar minha pesquisa de campo e freqüentar a Unidade e depois de autorizado, levei a autorização da SMS até a Unidade de saúde (ANEXO 3).

Vale colocar que, embora a escolha da Unidade tenha se dado por indicação da própria SMS, antes de submeter o projeto de pesquisa ao CEP, fui até a Unidade pedir a anuência da gerente da Unidade, apresentar-me a ela e apresentar minha pesquisa. A gerente me apresentou o espaço e permitiu que realizasse a pesquisa. Somente após esta primeira visita, eu pude colocar as devidas informações sobre o campo a ser pesquisado, e submeter o projeto de pesquisa à qualificação e anuência do CEP. Quando voltei à Unidade levando a autorização da SMS, comecei um contato mais aproximado com os profissionais, muito embora a gerência já estivesse ciente do trabalho.

Do mesmo modo, mantive cautela em minhas observações e ações em campo. Todas as minhas observações foram feitas diante de uma autorização dos profissionais envolvidos. Até que a maioria de funcionários se acostumasse com minha presença e eu com a dinâmica da Unidade, todos os dias eu refazia o pedido de ficar nos espaços de espera observando a movimentação. Igualmente, em todas as reuniões de rotina das equipes de saúde que participei pedi previamente uma autorização para alguém da equipe, ou esperei ser convidada, assim como nas visitas domiciliares.

Com relação a minha permanência no bairro, sempre me apresentei explicando exatamente o que fazia e sobre o que se tratava minha pesquisa. As pessoas do espaço cultural que frequentei algumas vezes – não muitas – também foram devidamente esclarecidas.

Todos os sujeitos convidados a participar do estudo foram informados previamente qual era o tema abordado e que poderiam realizar quaisquer questionamentos a mim sobre a pesquisa.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado e entregue a todos os profissionais e usuárias participantes da pesquisa, formalizando que a participação é de livre escolha, além de explicitar a importância e relevância social das informações fornecidas, com garantia do anonimato do participante. O TCLE consiste em uma anuência do sujeito autorizando sua participação voluntária na pesquisa. O participante era esclarecido também que poderia finalizar sua participação em qualquer fase da pesquisa, embora nenhum deles o tenha feito (ANEXO 4).

2.2. ENTRANDO EM CAMPO

A empreitada de dar corpo a um projeto de pesquisa – que contemplasse os questionamentos teóricos, as discussões metodológicas e questões próprias da pesquisa – só se completou após descobrir, finalmente, um possível campo. Este foi o maior entrave no momento de elaboração do projeto.

Depois de idas e vindas, conversas com colegas de curso, professores e profissionais de saúde; depois de ir a várias Unidades de saúde; consegui, com a ajuda de uma pesquisadora do ISC, entrar em contato com a Secretaria Municipal de Saúde que me indicou uma Unidade de Saúde da Família, onde poderia realizar a pesquisa. O projeto de pesquisa fora qualificado no dia 16 de abril de 2010, somente após receber o consentimento da gerente da Unidade, conseguido no dia 16 de março de 2010, e com as devidas informações sobre o campo.

Com o pouco tempo que restara ao trabalho de campo e o crescente interesse pela etnografia, decidi procurar uma casa ou um quarto onde pudesse ficar durante o tempo da pesquisa, ou pelo menos, parte deste tempo.

Na mesma época, uma amiga fazia sua pesquisa de campo em uma fundação cultural – Fundação Cultural Sempre-Viva – no mesmo bairro onde se localiza a Unidade em que eu fazia o trabalho. Através dela, entrei em contato com uma funcionária da fundação, Marta, que tinha uma casa para alugar. Quando o trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética comecei minha pesquisa. Aluguei a casa e pude conhecer melhor o bairro e a vizinhança.

O primeiro passo foi entrar em contato com as pessoas deste espaço cultural, já que eram meus vizinhos e tratava-se de um importante espaço de interação social, onde possivelmente conheceria outros moradores do bairro. Assim, conversei com Ana, uma das coordenadoras do espaço, que foi bem receptiva. Perguntou-me como era o trabalho, contou de seus interesses em trabalhar com questões ligadas a saúde de jovens e mulheres do bairro e sugeriu que fizéssemos algum trabalho em conjunto posteriormente. Em um dado momento da conversa, Ana perguntou-me como cheguei lá. Contei do processo de busca pela Unidade e de minha amiga que Ana já conhecia. Ela exclamou: “*Então foi o destino que te trouxe aqui! Seja bem vinda!*” Suas idéias e animação com o trabalho me motivaram a percorrer este caminho. E assim, dei entrada no campo.

2.2.1. Descrição do bairro

O Bairro Jardim, onde se localiza a USF Ipê, está localizado em uma região central da cidade de Salvador, e o DS que abrange a Unidade pesquisada possui em sua totalidade de 212.910 habitantes¹². De acordo com os profissionais de saúde que trabalham na USF Ipê, o bairro possui cerca de 40 mil pessoas (aproximadamente) de condição sócio-econômica heterogênea (o que os profissionais entendem por pessoas de classe média e baixa)¹³.

O bairro Jardim é um bairro antigo e por isso as moradias são muito diversas. Enquanto há casas estruturadas e um pouco mais amplas, pequenos barracos se amontoam ao longo de vielas e becos. Preenche o espaço de um morro com acesso a diversas regiões da cidade por meio de ladeiras e escadarias. Em seu entorno passam duas grandes avenidas, que facilitam o acesso das pessoas às outras regiões da cidade.

A USF Ipê fica no alto do morro, na região comercial do bairro, conhecido como “*fim de linha*”, já que é o ponto final de muitos ônibus. Ao lado da Unidade, tem uma escola, uma igreja e um conjunto residencial popular. Na mesma rua fica a associação

¹² O nome do DS não será divulgado por razões éticas.

¹³ Considera-se aqui a contextualização do bairro - um olhar a partir do microcosmo vivenciado. Deste modo observa-se que entre esta população, as condições econômicas são mesmo heterogêneas, em relação umas com as outras do mesmo bairro. No entanto, se a intenção deste trabalho fosse uma relação comparativa a outros bairros, a população considerada de classe média, talvez passasse a ser considerada de baixa renda. Trata-se de uma classificação dos próprios sujeitos da pesquisa. Inclui deste modo tendo em vista a observação etnográfica como parâmetro de referência.

de moradores. Mais adiante, na mesma área – que é relativamente grande – também ficam um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e um Espaço Cultural com cinema e teatro mantido pela Fundação Cultural do Estado da Bahia (FUNCEB).

Muitas áreas compõem o bairro Jardim, como micro-bairros. A Vila Lírio do Vale é a área do bairro onde aluguei minha casa e transitei com maior frequência. Esta área recebeu este nome por contar com uma ladeira chamada Lírio do Vale, que se estende do alto do morro até a avenida principal, na parte de baixo. No meio da ladeira fica a Fundação Cultural Sempre-Viva, uma fundação que realiza diversas atividades para a população jovem (principalmente, mas não exclusivamente, já que outros moradores também participam de oficinas e atividades da Fundação). Minha casa ficava em uma travessa da ladeira Vila Lírio do Vale, logo atrás (e ao lado) da fundação (ANEXO 5).

Para chegar à Unidade, era preciso subir a ladeira, a via principal de acesso da Vila Lírio do Vale. Quando eu subia a ladeira, subia até o fim, que dá na rua principal do fim de linha do bairro. Essa ladeira faz uma curva como um “s” e tem um momento que é bem íngreme. Existe uma escadaria, que serve de atalho, um caminho que Laura (a primeira Agente de Saúde que conheci que era minha vizinha) me apresentou. Ao invés de percorrer o “s” da ladeira, sobe-se aquela escadaria e chega-se na parte de cima. No entanto, quando Laura me ensinou o caminho, advertiu-me que não andasse por ali sozinha, já que eu não era conhecida no bairro. Depois de um tempo percorrendo por ali, passei a usar a escadaria para cortar o caminho na subida e na descida.

Várias casas sobrepostas preenchem as vielas da Vila Lírio do Vale. Algumas são mais estruturadas, pintadas, rebocadas, mas a maioria é mais simples, apenas com tijolos e sem acabamento. A minha casa foi rebocada por fora, mas não era pintada. É um sobrado, tem uma casa em baixo, onde mora Pierre, um rapaz francês que está há 4 anos no Brasil e também trabalha na Fundação.

No meio das vielas, as escadarias dão acesso à avenida principal no pé da ladeira. As ruas são de terra batida com um pouco de concreto. Dona Clara, a senhora que também trabalhava na fundação, com quem tive muitas conversas, mora numa casa perto da minha, a uma distancia de 20 metros. Segundo ela, sua casa também tem um quarto, assim como a minha e várias outras daquela área.

A rua de minha casa ficava escura e movimentada à noite. Era possível ouvir o barulho das pessoas na rua. Quando comecei a dormir no bairro era época de São João e

de Copa do Mundo. Muitas vezes eu me assustava com estalos de rojões e bombinhas que crianças soltavam. A casa ressoava os ruídos externos, dando a impressão de o barulho ser da própria casa. As pessoas falavam alto até tarde da noite (eram mais de 00h e eu ainda ouvia vozes), às 6h da manhã a vizinhança ficava em silêncio absoluto. A maioria das pessoas começava a sair de suas casas depois das 7h ou 8h da manhã.

Uma vez fui para a área com uma agente de saúde de manhã. Combinamos de nos encontrar até as 9h30m da manhã. Quando cheguei, quinze minutos mais cedo, Marieta (ACS) comentou que eu havia chegado muito cedo. Durante toda nossa visita, das 09h30m até as 10h15m, Marieta reclamava que as pessoas ainda estavam dormindo, que era cedo demais e que ninguém acordava naquele horário. A cada casa que batíamos ninguém atendia, e ela dizia: *“Aí ó, to te falando, é muito cedo. Tá todo mundo dormindo essa hora.”*, *“ó lá, tá tudo fechado... tá todo mundo dormindo ainda...”* (DC). Na volta, quase meio-dia, as casas já estavam abertas, as pessoas na rua, conversando, bebendo cerveja (como era o caso de uma moça jovem que estava na porta de uma casa, sentada no chão) e meninos jogando bola (adolescentes negros).

As pessoas do bairro são, em sua maioria, negras. Na equipe Lírio do Vale todas as ACS menos uma (Dulce) são negras e se definem enquanto tal, do mesmo modo que as mulheres entrevistadas também se definiram como negras. Com relação a nível econômico a maioria da população aparenta ter renda baixa. Ainda onde eu morava, conheci pessoas que tinham empregos fixos e rendas aparentemente maiores que o restante da população. Dona Clara, Pierre, Ana – que trabalham na Fundação Sempre-Viva podem ser exemplos disso. O marido e filhos de D. Dulce também. Possuem ensino superior completo, plano de saúde e têm emprego regulamentado seja como profissional liberal, comerciante ou funcionários públicos.

Ainda assim, no bairro Jardim mesclam-se pessoas de classe média, classe média baixa e pessoas muito pobres, sendo estas últimas as predominantes no bairro. Não são muitas as pessoas que possuem ensino superior completo e profissão regularizada.

Ao longo das vias principais de acesso, as casas são mais antigas e com melhores estruturas. Possivelmente as pessoas que moram por essas áreas tenham melhores condições de vida e habitem o bairro há mais tempo. De outro modo, ao transitar pelas vielas, escadarias e becos, percebe-se que as casas são menores, ainda sem acabamentos, e pouco estruturadas. Muitas das casas em que entrei, durante as visitas domiciliares, possuem pouca ou nenhuma ventilação. Também observei que a

maioria das casas possui apenas um quarto. Muitas são quitinetes. Poucas casas têm mais de um quarto ou quatro cômodos.

Quando chove, as ruas alagam com facilidade e as escadarias e ladeiras viram cachoeiras a depender da força da chuva. Caiu muita chuva durante os meses de trabalho de campo, e pude perceber o quanto as chuvas atrapalham a dinâmica de trabalho da Unidade, das agentes de saúde, inclusive da minha pesquisa. Por conta da chuva, as agentes não vão para área e as visitas domiciliares são suspensas. Algumas usuárias também tiveram de desmarcar as entrevistas que marcamos por não conseguirem sair de casa na chuva. Nesta época as casas ficavam úmidas, as ruas formavam limo e ficavam escorregadias, o que limitava o acesso das pessoas com alguma dificuldade de andar.

As ruas do bairro costumam ficar cheias de lixo. A rua da Unidade de saúde possui duas caçambas para armazenar o lixo. Mas a quantidade de lixo ultrapassa o limite das caçambas, restando lixo de todos os tipos no chão das calçadas e ruas. Bueiros ou valas quebrados e entupidos com o lixo. Em todo o bairro tem lixos amontoados em algum canto. Folhas de bananeiras, resíduos domésticos, entulhos de construção, sacolas e garrafas plásticas...

Quando perguntei a Pierre, meu vizinho, como fazia com o lixo, ele me orientou a jogá-lo nas caçambas que ficam no pé da ladeira já ao lado da avenida. Naquele lugar tem três caçambas que permanecem cheias de lixo. Pierre me explicou que os lixeiros passam às 9h da manhã. No entanto, não me lembro de ver a coleta passar por nossa rua. Em terrenos vazios também resta muita sujeira, entulhos, plásticos, ferros, sacolas, papelões, etc.

Quando eu morava fora do bairro Jardim, acessava a Unidade de ônibus. Duas linhas de ônibus levavam-me até lá, sendo que uma delas parava ao pé da ladeira Lírio do Vale, obrigando-me a percorrer o mesmo caminho que me acostumara enquanto me alojei por lá. O outro ônibus subia o morro por outra ladeira e fazia um caminho diferente, chegando ao fim de linha por outro lado. Este caminho percorrido de ônibus me possibilitava ver o bairro por outra perspectiva, de outro lugar. O morro todo é ocupado por casas, simples, pequenas, aglomeradas e sem acabamentos. No meio das casas, muitos conjuntos habitacionais populares também formavam a paisagem vista do ônibus. A população de um lado ou outro do morro é claramente uma população de baixa renda. Os espaços de convívio das pessoas pareciam ser as ruas que viviam

movimentadas, os bares ao longo das vias principais, as entradas das escolas e os espaços culturais do bairro.

Ao acompanhar as agentes em visitas, entrávamos em micro-áreas da Vila Lírio do Vale, atravessávamos as vielas, entrávamos em becos, descíamos e cruzávamos escadarias, lugares que eu sequer sabia da existência. Algumas regiões ficavam muito escondidas dentro do morro, em algumas áreas que deviam ser declives, porque não dava para ver quando se olhava de baixo para o morro. Conforme eu percorria escadarias, virava em alguma viela e depois virava de novo – pareciam como labirintos – novas casas surgiam, e uma nova vila se abria a meus olhos. Casas e mais casas apareciam em aglomerados. Marieta uma vez comentou comigo que as casas vão sempre crescendo: *“aí ó, era uma, agora serão duas, uma em cima e outra em baixo... é sempre assim, depois faz outra em cima ainda...”* (DC).

Durante o tempo de pesquisa, algumas pessoas expressavam sua constante preocupação com a violência no bairro. Muitos profissionais da fundação Sempre-Viva pontuaram sua preocupação com as (os) adolescentes e a onda de violência e tráfico de drogas. Como nos primeiros dias não percebi nenhuma movimentação suspeita, não havia percebido que esta violência já se instalara no bairro Jardim. As primeiras andanças deram-me a impressão de ser um bairro tranquilo. Um dia, conversando com Ana, na Fundação Sempre-Viva, ela me explicou que em nossa área específica, da Vila Lírio do Vale, ainda não tinha o tráfico, mas que a violência estava crescendo e já atingia nossa área. Para que a Vila Lírio do Vale fosse tomada pelo tráfico seria preciso pouco tempo. Só depois desta conversa é que fiquei mais atenta com a movimentação das pessoas.

Logo nas primeiras idas à Unidade, conheci uma agente de Saúde, Estela. Estela mora perto de minha casa, mas em outra Vila. Ao lado de sua casa, já existe um ponto de venda de drogas. Logo que a conheci, quando soube que éramos vizinhas, ela comentou comigo sobre a violência que a deixava inquieta. Estela sempre que me via, contava de algum caso de violência. Quase sempre era ela quem me informava a situação do bairro, quando teve tiroteio, quem teria morrido, o que tivera acontecido nos fins de semana que eu passava em minha outra casa.

Os casos de violência foram se tornando cada vez mais frequentes. A cada semana ou a cada 15 dias eu tomava conhecimento de algum evento. Tiroteios, assassinatos, balas perdidas, intervenções policiais, etc. A maioria dos casos que tive

conhecimento aconteceram naquela região onde fica a Unidade de saúde, na parte mais elevada do bairro, na região comercial, no fim de linha. Mais tarde, no fim do período de pesquisa de campo, já tomei conhecimento de casos de tiroteio na própria ladeira Lúrio do Vale e de pessoas que moravam na vila vendendo suas casas e se mudando de lá.

Este contexto de violência crescente permeava falas das profissionais de saúde, e influenciava em seus entendimentos sobre as condutas de suas usuárias, como foi o caso de uma conversa que tive com Mariani (enfermeira da Equipe Gardênia). Um dia, Mariani associou este contexto com as mudanças de perspectiva das jovens que atualmente frequentavam mais o PF. Em conversa com Laís e comigo, Mariani comentou que hoje em dia as meninas estão mais preocupadas e mais responsáveis. Eu perguntei a quem ela atribuía esta mudança.

Ela me disse que há muito tempo eles fazem o trabalho de conscientização, e que *“elas aprendem com a vida, vê a marginalidade, vê os irmãos virando marginais, com essa violência toda aqui, né?!... não querem que os filhos fiquem assim... porque geralmente quem vira marginal é homem e não a mulher, né?!”* Disse que a vida e o que elas viam também as ensinavam (DC).

Embora estivesse em um contexto de violência e pobreza aparentemente maior, Anne Dalsgaard (2006), na tentativa de compreender o *background* das práticas de esterilização entre as mulheres de bairro popular em município de Pernambuco, descreve como aquele contexto influencia nas concepções de maternidade. Percebe, como Mariani o fez, que diante da violência coloca-se a necessidade de uma maternidade responsável. Em meio à pobreza e à violência as mulheres assumem um papel de responsabilidade, ao menos no imaginário local, por assegurar seus filhos longe da criminalidade (DALSGAARD, 2006).

O crescimento da violência preocupava muito os moradores do bairro. Ana, da fundação, chegou a comentar comigo duas vezes sobre seu desejo de incluir a Unidade de saúde em estratégias de combate a violência. Segundo ela, a fundação, a associação de moradores, as igrejas e outros moradores estavam se organizando para pensarem alguma forma de conter a violência do bairro, e queriam incluir alguém da Unidade de saúde nas reuniões semanais que faziam, para que pudessem somar forças contra o tráfico de drogas e a onda de violência. No entanto, até onde eu pude observar, não houve a presença de nenhuma pessoa representante da Unidade nestas reuniões.

O clima mudava completamente na Unidade de saúde quando ocorria algum evento violento no bairro. As conversas entre profissionais resumiam-se a sussurros, muitos chegavam agitados na Unidade querendo falar com alguém e o primeiro assunto era o tiroteio do dia ou noite anterior. Dois ou três dias eram necessários para que a dinâmica de trabalho na Unidade voltasse ao normal, e que as agentes voltassem a visitar as famílias de suas áreas.

2.3. O TRABALHO “*LÁ EM CIMA*”

A primeira vez que cheguei à Unidade para começar a pesquisa de fato, fui levar os documentos da SMS¹⁴ à gerência, autorizando minha permanência para realizar trabalho. Conversei com a subgerente Simone, uma vez que Laís, a gerente com quem tinha conversado anteriormente, estava de férias. Simone me recomendou que eu voltasse na próxima semana, pois a Unidade estava em plena campanha de vacinação, e ela não poderia me dar atenção naquelas condições (durante a vacinação a Unidade esteve com movimento muito grande). E assim o fiz. Quando combinado, voltei à Unidade.

Até lá, tratei de circular pelo bairro, conhecer o corpo de funcionários e colaboradores do espaço cultural e tentar me habituar à nova morada. Considerava de suma importância conhecer melhor a vida na comunidade, seus moradores e suas vidas cotidianas, pois tinha por objetivo compreender também as concepções das usuárias.

No processo de conhecer o bairro decidi falar com Marta, a dona da casa que aluguei, para que ela me apresentasse à mulher que trabalhava no posto, sobre quem Marta já havia me dito. Fomos então procurar por Laura, uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) que era minha vizinha. Laura nos recebeu na porta de sua casa, estava se preparando para ir trabalhar, conversou um pouco comigo, e ficou de passar em minha casa para me chamar quando tivesse alguma atividade. Não a vi mais até que retornei a Unidade.

Por conta de a USF Ipê situar-se no alto do morro, reparei depois de um tempo de vivência na região, o quanto se referiam a esta área (da Unidade e comércio) como

¹⁴ SMS: Secretaria Municipal de Saúde.

“*aqui em cima*” ou “*lá em cima*”, e às ruas no pé das ladeiras que atravessam o morro e, mesmo ao longo destas, como “*lá em baixo*” ou “*aqui em baixo*”.

As agentes de saúde eram aquelas que mais utilizavam estes termos entre as profissionais, já que são moradoras do bairro há muitos anos. As pessoas que visitávamos durante as nossas “*descidas pra área*” (modo como as ACS se referem às visitas domiciliares) também falavam “*lá em cima*” quando se referiam à Unidade de saúde ou seus arredores, no alto do morro.

Assim que retornei à Unidade a fim de dar seguimento à pesquisa, encontrei Simone que me pediu novamente para voltar outro dia, pois a gerente continuava ausente. Eu tinha pressa em começar o trabalho e pedi que ela mesma resolvesse a questão. Ela concordou, leu o documento e me apresentou a alguns funcionários que estavam em sua sala. Como era de manhã e neste período a Unidade fica mais movimentada, resolvi voltar no período da tarde para conhecer o restante de profissionais. Foi então, no fim da tarde, que pude entrar em contato com mais profissionais e conversar sobre as possibilidades da pesquisa.

A sala da gerência estava lotada quando entrei e me apresentei às pessoas. Expliquei o tema de minha pesquisa e como chegara naquela Unidade específica. Contei da indicação que a SMS havia feito. Assim que me apresentei, Helena, uma médica de PSF, começou a conversar comigo interessada na pesquisa e me explicando algumas questões sobre os trabalhos da Unidade. Explicou-me que era médica da equipe de PSF que cobria justamente a área onde estava localizada a casa que eu alugara, a Vila Lírio do Vale.

Ao contar que tinha alugado uma casa perto da Unidade, Helena ficou surpresa, expressou satisfação e contou que realizava algumas atividades em parceria com a Fundação Sempre-Viva. Apresentou-me às outras profissionais, enfermeiras e médicas.

Cada vez que me apresentava a alguém, Helena dizia que eu havia alugado uma casa por perto. Ao me perguntar quanto tempo duraria a pesquisa, ela própria concluiu que seriam por alguns meses já que tinha alugado a casa. Era a primeira vez que alguém fazia uma pesquisa com aquela Unidade, até então estavam todos acostumados com estudantes de graduação que realizavam estágios de poucos dias.

Helena me apresentou Bárbara, médica da Equipe de PSF “Gardênia”, que me explicou alguns dos trabalhos de sua equipe, como suas atividades educativas – reuniões que as equipes realizam com grupos de usuários como hipertensos, adolescentes e

gestantes. Nesta conversa, a média Helena me informou que também fazia estas reuniões, convidou-me a participar e eu aceitei.

Com o objetivo de entender melhor os trabalhos nesta Unidade de saúde da família, e inspirada em outros trabalhos etnográficos realizados em unidades da Atenção Básica¹⁵, decidi participar de todas as atividades que fossem possíveis, e de todas as equipes que permitissem minha presença; além disso, procurei observar todos os aspectos e detalhes do movimento e da dinâmica dos processos de atendimento ao público. No entanto, devido à incompatibilidade entre o planejamento da Unidade e o meu planejamento, aliado à escassez de tempo, não pude observar alguns espaços, como a farmácia e os locais onde são feitos curativos e a sala de procedimentos; convém destacar também que, por questões éticas ligadas à própria natureza do trabalho, não presenciei as consultas médicas e odontológicas.

Cabe registrar que, devido a aspectos operacionais associados à especificidade das atividades desenvolvidas naquela Unidade, fui proibida de participar das reuniões gerais de planejamento. Confesso que a não observância desses espaços causou-me certa insegurança para falar da Unidade como um todo, porém não se consubstanciou em impedimento às minhas análises, feitas com base em um vasto repertório de dados coletados em intenso convívio com aquele cotidiano.

A maioria das pessoas que trabalhavam na Unidade demonstrou o mais profundo respeito acerca de minha participação e permanência ou não em qualquer espaço ou atividade. Assim, todas as minhas atividades, tanto as de observação quanto as de participação, foram realizadas não só com a anuência, mas também com a cooperação da equipe profissional envolvida. Até mesmo minhas observações em espaços de espera e em áreas comuns da Unidade foram realizadas dentro desse espírito.

Muitos profissionais foram receptivos a mim, por considerar minha pesquisa importante, destacando-se a equipe Lírio do Vale e algumas integrantes da equipe Gardênia; já outros, por sua vez, o foram por uma natural curiosidade. Alguns poucos demonstraram certa resistência, principalmente as enfermeiras e as médicas das outras equipes. Tal resistência me levou a elaborar outras estratégias de observação que não estivessem atreladas à receptividade ou anuência dessas profissionais; isso contribui em

¹⁵ SCHRAIBER *et.al.*, 2010; SILVA & TRAD, 2005; JUCÁ *et.al.*2009; BUSTAMANTE & TRAD, 2007; TRAD *et.al.*2002; MARINHO, 2006.

muito para valorizar o acolhimento das duas equipes que aceitaram minha participação em suas atividades.

Deste modo, participei da reunião da equipe Lírio do Vale no terceiro dia de observação. Fora a primeira atividade de equipe que acontecera desde que tive contato com os profissionais. Nesta reunião, após apresentar-me à equipe, e explicar o projeto de pesquisa, a dentista Luiza me sugeriu que acompanhasse os trabalhos de apenas uma equipe de PSF, pois tinha muitas atividades para observar e, delimitando em apenas uma equipe seria mais factível para mim. Como eu ainda estava interessada em conhecer os trabalhos e o funcionamento de todo os processos da Unidade acolhi a sugestão, mas não tomei nenhuma decisão. Considerei importante pensar a respeito e analisar as minhas possibilidades de pesquisa.

Mais tarde decidi aceitar a sugestão de Luiza e passei a acompanhar principalmente as atividades da Lírio do Vale já que era esta a que cobria a área onde eu permanecia alojada. Ainda assim não me limitei a observar apenas esta equipe, participando também de outras atividades pontuais da equipe de Gardênia (com a médica Bárbara e enfermeira Mariani) quando era convidada ou avisada. Além disso, procurei permanecer por muitos períodos observando o movimento da Unidade como um todo, inclusive espaços restritos de funcionários – como a copa e a gerência – e outros setores de atendimento – como o SAME.

Percebi, durante minhas observações na Unidade, a importância da copa, pois é um ambiente onde todos os profissionais transitam para conversar, tomar café, água, comer e passar um tempo de descanso e onde acontece uma importante e indispensável interação; percebi também como a figura da Agente Comunitária de Saúde (ACS) é central na relação entre o serviço de saúde e a comunidade. São estes profissionais que fazem a intermediação entre ambos. Muitas vezes presenciei cenas na copa de agentes sendo chamadas por ter algum “*paciente seu*” na Unidade precisando de auxílio. Sempre que alguém chega buscando o serviço de saúde, uma das primeiras perguntas que lhe são dirigidas é: “*Quem é seu agente?*”. Concluí que deveria me aproximar das agentes de saúde de modo a conhecer melhor a vida na comunidade.

Tendo em vista meu interesse em compreender as concepções de gênero tanto de profissionais quanto de usuárias, e a forma como vivem, interagem, negociam sentidos entre si e em seus mundos cotidianos, intuí ser este um bom caminho de chegar à

comunidade, ultrapassando os limites dos espaços pelos quais eu já transitava em minha vizinhança.

Considerarei ainda algumas outras potencialidades das ACS. Já que estas são moradoras do bairro há anos, suas realidades convergem em alguns aspectos que me ajudam a refletir sobre a dinâmica social na área, sobre aquela realidade específica. Outra questão refere-se ao fato de serem as profissionais mais próximas das usuárias. São as ACS quem as visitam ao menos uma vez por mês, que podem entrar em suas casas sem grandes problemas, aquelas com quem as mulheres da comunidade construíram vínculos mais fortes, a quem recorrem em casos de dúvida.

Laura, a ACS que conheci através de Marta, é integrante da equipe Lírio do Vale. Além dela, as outras cinco agentes de saúde da equipe também moram naquela região. Todas foram simpáticas comigo, muito embora apresentassem um certo grau de resistência, a fim de evitarem se expor. O que era compreensível, já que não me conheciam direito. Mas nossos laços se estreitaram durante o processo de pesquisa e permanência em campo. E então, pude “*ir pra área*” com algumas agentes em diversos momentos. Também acompanhei algumas visitas domiciliares da médica, da enfermeira e da dentista desta equipe.

O trânsito livre e tranquilo pelas ruas labirínticas na inclinação do morro só seria possível desta forma. A cada visita, um mundo se descortinava aos meus olhos. Era o mesmo morro, no mesmo espaço, na mesma área daquele bairro onde eu permanecia algum tempo, e havia tantas casas amontoadas que pareciam ser outros lugares – casas que eu nunca poderia enxergar sem estar ali. Em cada visita descíamos de um lado diferente da ladeira, porém sempre circunvizinho a ela. Quando não estávamos na inclinação do morro, estávamos nas ruas abaixo. Deste modo o trabalho “*lá em cima*” se estendia por toda a área “*lá embaixo*”, coberta pela equipe. Após decidir por acompanhar o cotidiano mais próximo desta equipe, foi possível vivenciar a dinâmica de trabalho nestas diferentes dimensões geográficas.

Contudo, torna-se de especial relevância pontuar aqui algumas fragilidades e dificuldades deste trabalho. Embora tenha alugado uma casa na mesma área da população atendida pela equipe que acompanhei; mesmo realizando algumas visitas domiciliares com agentes de saúde e com a equipe; ainda que tenha feito contatos com algumas usuárias – inclusive entrevistas – percebi que não pude transcender a distância entre mim e elas. Vários motivos explicam esta distância.

Em primeiro lugar, a empreitada de morar na região se apresentara bastante complicada para mim, uma “marinheira de primeira viagem” que pouco conhecia sobre o bairro, sobre as pessoas, sobre seu próprio trabalho de campo. Estava consciente de que o recurso de alugar a casa valia-se, sem grandes pretensões, apenas para que eu conhecesse melhor a área, tivesse maior proximidade com as pessoas e pudesse desmistificar seus modos de vidas. Todavia, o ato da pesquisa é bem diferente do planejamento ou estudo sobre ela. Embora eu tenha alguma bagagem teórica sobre o assunto, “estar lá” tornou-se uma experiência nova e desconhecida. Superar alguns medos e a timidez foram grandes desafios e, deste modo, não conheci tantas pessoas como gostaria.

O pouco tempo de permanência na casa (dois meses) acentuou minhas dificuldades. Vale explicar que este tempo deve-se ao fato de que a casa vinha apresentando alguns problemas estruturais e precisava de reparos. Além disso, antes mesmo de me mudar para o Bairro Jardim, eu havia feito um combinado com Marta. Aluguei a casa por um preço menor do que ela pedia normalmente até que ela encontrasse alguém que pagasse o valor normal. No fim de julho, Marta sinalizou a possível ida de um novo inquilino, e então deixei a casa em agosto.

Mesmo tendo vivido uma experiência inovadora que mobilizou sentidos e emoções, ainda que as reflexões sobre o ato da pesquisa me acompanhassem por todo o tempo, não foram suficientes para que eu partilhasse as dimensões da vida que permeiam conversas, trocas, amizades e interações cotidianas com os demais moradores do bairro a não ser os vizinhos mais próximos.

Um segundo motivo pode ser atribuído ao meu desejo de vivenciar o máximo possível o cotidiano da Unidade de saúde, que também se configurava como um universo novo, principalmente para alguém que vem de outra área e nunca teve contato com o mundo do trabalho na área de saúde. Por conseguinte, passei dias inteiros na Unidade, de segunda a sexta-feira durante semanas, ao longo de quatro meses. Enquanto estava na Unidade não estava na rua, nem em casa. Quando acabava o horário de funcionamento eu voltava para casa e lá outras tarefas deviam ser cumpridas. Tive muitas conversas com diferentes usuárias enquanto estas esperavam suas consultas e atendimentos, algumas cheias de informações importantes outras um pouco superficiais como costumavam ser as conversas em filas ou salas de espera. O fato é que eu era vista sempre como alguém da Unidade que as ouvia. Minha imagem era atrelada à imagem

do serviço de saúde. Assim, poucas vezes ouvi algum tipo de reclamação, crítica ou mesmo confidências.

Em terceiro lugar, e talvez o mais importante, a posição que eu ocupava: a menina estudante que acompanhava as agentes ou estava na Unidade de saúde. Ou seja, nossas relações eram mediadas pela pesquisa – eu era a pesquisadora. Mesmo fora da Unidade, quando fui fazer algumas entrevistas ou quando “*descia para área*” com as agentes – a própria forma como eu era apresentada não esclarecia bem o que de fato eu fazia. Apresentavam-me como “*a menina que tá me acompanhando*”; “*minha supervisora*”; “*uma pesquisadora*”; “*ela veio aqui pra ver como é meu trabalho*”; “*ela quer conhecer a área*”; “*uma estudante*”, etc. O que me aproximou da Unidade, acabou não favorecendo minha aproximação com a população do bairro em seus outros aspectos da vida social.

Destarte, o projeto de relacionar duas perspectivas – das profissionais e das usuárias – acabou tornando-se uma reflexão centrada principalmente na perspectiva das profissionais. Embora contenham, em alguns momentos, elementos que possam nortear possíveis compreensões sob a perspectiva das usuárias, estes elementos estão mais relacionados à dinâmica de trabalho das profissionais. E, neste caso, abrangem ainda o universo simbólico “*lá de cima*”.

2.3.1. Descrição do cotidiano de trabalho na Unidade

A USF Ipê, antigamente era uma Unidade básica de saúde do modelo tradicional. Há dois anos fora reinaugurada como USF, conforme o projeto de estruturação da rede básica de Salvador que consta no PMS 2006/2009. Seu quadro de funcionários é integrado por quatro equipes do PSF e 1 equipe do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

As pessoas que trabalham na Unidade caracterizam-na como uma Unidade mista já que possui os dois tipos de programas: PSF e PACS. Cada equipe do PSF cobre uma região específica do bairro, recebendo o mesmo nome da área que atende. Assim temos a Equipe de PSF “Crisântemo”, a Equipe de PSF “Flor de Lis”, a Equipe “Gardênia” e a “Lírio do Vale”.

Cada equipe de PSF tem uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem (que ficam encarregados de auxiliar em um setor da Unidade, como vacina, curativo,

procedimento e farmácia, revezando entre si), a médica, o profissional dentista e sua Auxiliar (ACD) e Agentes de Saúde (ACS). No caso da USF Ipê, são dois dentistas para as quatro equipes de PSF. Assim, cada dentista e ACD atende duas equipes. O PACS possui uma enfermeira e os ACS (aproximadamente 20) que são mulheres em sua maioria, embora tenha alguns poucos homens. Atende outra região que ainda não é coberta pelo PSF – sua área é maior que as áreas de cada equipe PSF.

Os outros profissionais que trabalham na Unidade Ipê são a gerente, a subgerente, o auxiliar administrativo (que auxilia no SAME e na gerência), as quatro profissionais do SAME, a farmacêutica, os dois vigias, o Agente Comunitário de Endemia que cuida das zoonoses, e três trabalhadores encarregados pela higienização da Unidade. A grande maioria de profissionais são mulheres, apenas sete são homens.

A Unidade tem aparência de nova, são dois andares (térreo e 1º andar) e subsolo. Na sala de entrada, ficam cadeiras enfileiradas para espera e um grande balcão que é o espaço de recepção, conhecido como o SAME – onde as pessoas se dirigem em primeira instância, para marcar consultas, avisar presença em atendimento ou buscar informações. Costumeiramente ficam três mulheres e um homem atendendo as pessoas que ali chegam para consultas ou marcar horários de consultas com profissionais da Unidade e outra mulher para atender aqueles que desejam consultas com especialistas, ou marcar exames em clínicas ou ainda fazer o cartão do SUS – chamado em Salvador de Cartão Vida. Ao lado do SAME há uma sala fechada com outro balcão – a farmácia. À frente da farmácia ficam os banheiros. Do outro lado, um corredor com outras salas que abrigam os consultórios de Tereza e Ivana (enfermeiras, que dividem a sala), da médica Soraya, além da sala de vacina, a sala de procedimento, e a sala de curativos.

Ao lado da farmácia e do SAME, uma escada dá acesso ao andar de cima, onde tem um hall de espera com algumas cadeiras e um corredor que dá acesso aos consultórios das médicas Bárbara, Ivone e Helena, da enfermeira Mariani e do dentista Marcos, dois banheiros, a copa, a sala de esterilização e a sala da gerência. O acesso a este andar de cima também pode ser feito através de uma rampa que fica logo atrás dos banheiros.

O acesso ao subsolo é feito apenas por uma escada. O consultório da dentista Luiza fica neste andar, junto ao almoxarifado e uma área externa. Todas as salas da Unidade possuem ar-condicionado e os consultórios são decorados com bichinhos e bonequinhos na parede. Quando Laís (gerente) me apresentou a Unidade, fez um

comentário a respeito da estrutura física do local e a vantagem de ser PSF: *“o bom é que PSF tem estrutura, sabe!? Aqui todas as salas são climatizadas e a gente tem mais estrutura mesmo.”* (DC)

A movimentação da Unidade é maior em alguns horários específicos. No começo da manhã, até aproximadamente 10h30m e no começo da tarde, entre as 13h30m e 14h. Nestes horários chegam pessoas com mais de uma finalidade, tanto para ir às consultas marcadas quanto marcar outras. No turno da tarde a maioria das pessoas vão à Unidade para fazer o cartão SUS ou marcar consultas com especialistas – tarefas que ficam a cargo de Naiara, exclusivamente. Para marcar consultas com as médicas e enfermeiras locais, as pessoas vão à Unidade no turno da manhã, pois é o único horário no qual o SAME faz estas marcações. O período da manhã também é o período que concentra maior quantidade de atendimentos individualizados, pois as equipes de PSF geralmente reservam ao menos uma tarde por semana para atividades – reuniões de equipe, reuniões de grupos de usuários, etc.

Logo que comecei a fazer a pesquisa de campo, percebi o quanto a Unidade permanecia lotada em todos os períodos do dia. Muitos profissionais me disseram que aquela movimentação se dava por conta das campanhas de vacinação. De fato, a vacinação interferiu muito na dinâmica de trabalho dos profissionais da Unidade. Quase todos os profissionais fizeram algum tipo de comentário sobre o quanto a vacinação estava demandando esforço, energia, trabalho e tempo dos profissionais – o que acabava por interferir na qualidade – inclusive quantidade – das consultas realizadas por eles. Segue o relato do primeiro dia em que estive na Unidade para começar a pesquisa:

A Unidade estava lotada. Muitas mulheres e muita criança. Muitas mesmo. É dia de vacinação. As mulheres eram majoritariamente negras, de até uns 26 anos. As crianças deviam ter de 0 a 10 anos. Meninas e meninos. [...] Tinha muito barulho dentro da Unidade. A fila para a vacinação era enorme. Eu entrei e resolvi ir direto atrás de Laís, a gerente da Unidade. Subi as escadas e encontrei três pessoas de jaleco e crachás. Um homem e duas mulheres. O rapaz era negro e tinha tranças. As duas moças estavam apressadas carregando isopor (achei que fosse mais vacina). Perguntei sobre Laís e uma das moças me disse que ela não estava, e me orientou a falar com Simone. [...] Ela pediu que eu voltasse na segunda-feira, pois era dia de vacinação, estava tudo uma loucura. (DC)

A própria enfermeira Tereza que estava à frente de todo o processo de vacinação teve muita dificuldade de participar das atividades da equipe, além de precisar remarcar consultas frequentemente. Quanto a esta questão, Tereza, enquanto se lamentava de tanto trabalho e de ter se ausentado por um tempo das atividades da equipe, desabafou conosco. Registrei este momento assim:

Tereza mesmo, encarregada de coordenar as campanhas de vacinação da Unidade, fez um desabafo, cansada de tanto trabalho. Comentou que *“o MS resolve as coisas, decide programas, campanhas e sobrecarrega o PSF, que é a estratégia privilegiada, sem contratar pessoas específicas pra isso! Ainda exigem um grau de dedicação a cada programa como se fosse o único a se dedicar e todos acabam malucos, sobrecarregados, cansados com tanta atribuição.”* Comentou do seu comprometimento com a vacinação e ainda se perguntou por que em outras Unidades não é assim, tanto trabalho, como é lá. (DC)

Depois das campanhas de vacinação foi visível a diferença no movimento da Unidade e no humor de Tereza – que então podia organizar seus horários com maior tranquilidade. Nos horários de “pico” a movimentação continuou grande, mas ao longo do dia o movimento era muito menor.

Sempre que possível, resolvi contar quantas pessoas estavam nos locais. A frequência variou, porém pude constatar que a quantidade de mulheres sempre foi maior do que de homens. Algumas dessas contas de dias ou momentos diferentes estão relatadas:

No piso superior tinham muitas pessoas, esperando atendimento. Mais ou menos 10 mulheres, 04 homens. As mulheres eram de 20 a 40 anos (aparentemente), a maioria negra e parda. Havia algumas mulheres grávidas. (DC, 07.06.2010)

[...] Cheguei as 8h05m na Unidade. Já contei na entrada do SAME 50 mulheres; 8 homens; 7 crianças. (DC, 15.07.2010)

[...] As 8h40, contei no térreo: 18 mulheres; 6 homens; 1 enfermeira; 1 vigia; 2 SAME; mais ou menos 7 crianças. (DC, 17.08.2010)

[...] Cheguei 9h da manhã. As 9h16 havia no térreo: 7 homens – entre trabalhadores e usuários; 22 mulheres; 1 criança. (DC, 18.08.2010)

Os processos de atendimento pelos quais passam os usuários na Unidade geralmente são os mesmos, a depender do tipo de serviço que procura. Se procurar pela vacina, curativo, verificação de pressão arterial, basta ir direto à respectiva sala e

esperar sua vez. Se buscar algum remédio, deve-se averiguar a data da receita – pois esta tem um prazo de validade – e ir para a fila da farmácia. Se quiser fazer o cartão SUS, marcar uma consulta com um médico especialista ou algum exame em uma clínica laboratorial, deve-se dirigir à Naiara, a funcionária que fica no balcão do SAME diante de um computador. Estes últimos serviços são feitos através de um sistema informatizado que liga todas as Unidades de atendimento SUS em uma rede integrada.

Se a pessoa usuária quiser ser atendida por algum profissional da casa, deve passar por outro trâmite. Em primeiro lugar, é necessário saber se sua casa é coberta pelo PACS, pelo PSF ou por nenhum dos programas. Sendo coberta em algum desses programas, é necessário então saber qual equipe cobre sua área, além de ter uma carteirinha do programa. Por exemplo, no caso de ser coberta pela Equipe Lírio do Vale, é necessário ter a carteirinha da Equipe. As carteirinhas (ou cartão, como é chamado) são parecidas, apenas as cores são diferentes. Cada cor é de uma equipe. A equipe Lírio do Vale é amarela. Então, neste caso, seria necessário ter o cartão amarelo.

Sabendo se é coberta e por qual equipe, tendo o cartão da equipe, é necessário então, respeitar os dias de marcação para cada equipe. Cada dia da semana é reservado para marcar consultas de uma equipe específica. Voltando ao caso da Equipe Lírio do Vale seu dia de marcação é na quarta-feira. Sempre no período matutino e deve ser feita pessoalmente – podendo ir qualquer membro da família, desde que esteja portando o cartão da equipe. Cumprindo todos os requisitos de dias, equipes, horários e cartões, a pessoa usuária pode marcar sua consulta com sua médica ou enfermeira. Mas não pode ser com outro profissional, apenas com aqueles da respectiva equipe. Além disso, a não ser que algum outro profissional como ACS, enfermeira ou médica da equipe esteja por perto para fazê-lo, os dias de marcação são fixos. Ou seja, em outro dia da semana, o pessoal do SAME não marca consulta para aquela equipe, a não ser que a própria profissional – enfermeira, médica, ou até mesmo ACS – o faça (pois estas profissionais tem livre acesso às agendas). Muitas vezes vi acontecer destas profissionais terem de pegar as agendas e marcarem elas mesmas as consultas.

Uma vez por semana, cada profissional abre sua agenda da seguinte forma: cada turno de cada dia da semana é reservado para um tipo de atendimento. Neste quesito, os profissionais têm sua autonomia de decidir como proceder em seus horários de atendimento. E então é realizada a marcação, a depender do atendimento que a pessoa necessitar. Por exemplo, se for um preventivo, a mulher será marcada para o turno

reservado a preventivos. Se for consulta para a criança, é marcada no horário reservado à pediatria, se for PF marca-se no horário de PF. Os tipos de atendimento são reservados e classificados na equipe Lírio do Vale da seguinte forma: puericultura; PF; saúde da mulher; hiperdia; adolescente; pré-natal; preventivo; visita domiciliar; saúde da criança; saúde de adulto. Os horários devem ser respeitados, cada usuário será consultado no horário reservado para aquele tipo de atendimento. Em geral funciona deste modo, o que não quer dizer que não haja algum tipo de flexibilidade nestas marcações. Mas qualquer mudança na organização das consultas reservadas para cada horário e no tipo de atendimento a ser realizado pelas profissionais depende de negociações entre usuários e profissionais, ou entre ACS e médica e/ou enfermeira. A figura do ACS neste caso exerce grande influência, pois pode intervir pelo usuário com a médica ou enfermeira. Também eles podem marcar consultas para usuários, no entanto, tal feita não é muito comum.

Por outro lado, se a pessoa não for coberta por nenhuma equipe esta é considerada Demanda Aberta (DA). A Unidade consegue atender apenas 30% de toda a população do bairro, o que significa que a DA é muito grande¹⁶. As pessoas da DA também recebem uma ficha cadastral e são encaminhadas a alguma médica ou enfermeira da Unidade. Todos os profissionais de saúde da Unidade reservam um ou dois turnos por dia – quando não reservam um dia inteiro por semana – para atender DA.

É importante ressaltar as consequências desta relação populacional com a capacidade de atendimentos da Unidade. Aí reside um dos principais problemas observados por mim e referidos por todas as pessoas que trabalham na Unidade. O alto volume de demandas – tendo em vista o número de pessoas a serem atendidas na USF Ipê – sobrecarrega as profissionais e prejudica o estabelecimento de vínculo e continuidade nos processos de atendimento.

O estudo de Coelho *et. al.* (2009), realizado em Salvador, em Unidade de AB que também investigou aspectos da integralidade na atenção à saúde da mulher, reforça minha observação, constatando a assimetria entre a oferta e demanda no serviço de saúde investigado.

¹⁶ Informação dada pelas profissionais de saúde da equipe de PSF Lírio do Vale

Percebi que esta condição da USF Ipê traduz-se na incredulidade que o PSF tem para com boa parte da população usuária, e também com parte da equipe profissional – com exceção das equipes de PSF Crisântemo, Lírio do Vale e Gardênia. Algumas situações que revelam este problema foram-me relatadas.

Logo que cheguei à Unidade e conheci o corpo de profissionais, estes me disseram que na noite anterior a associação de moradores havia feito uma reunião com a comunidade e incluiu a Unidade de saúde, reivindicando que esta Unidade fosse fechada, já que não atendia a população toda (DC).

Em conversa com a médica Helena, esta me relatou sobre algumas dificuldades no trabalho da Unidade referindo-se à resistência de alguns outros profissionais em trabalhar de acordo com a Estratégia do PSF. No diário, relatei a seguinte conversa com Helena:

Durante a carona, Helena me falou do comprometimento dos profissionais da Unidade. Comentou que há uma médica que não faz visitas e nem participa de reuniões de equipe, chama-se Ivone. Falou que tem profissionais que estão há muito tempo na Unidade, com muita experiência, mas muito pouco em PSF, que poucos sabem trabalhar como se preconiza para a estratégia PSF. Que enquanto estratégia, a Unidade ainda tem muito pra crescer e aprender. Disse que tanto Nazaré (enfermeira) quanto Laís (gerente) são ótimas profissionais, mas de UBS tradicional e não de PSF. (DC)

O processo de transformação de UBS do modelo tradicional para implantação da ESF, também fora alvo de estudos em Manaus/AM, por Silva *et.al.* (2010). Os limites que se impõem a esta reorganização da AB foram apontados pelas autoras, tendo em vista uma revisão bibliográfica que realizaram e a constatação dos problemas naquele município (SILVA *et. al.* 2010). Tais limites podem ser aqui exemplificados de modo que se possa fazer alusão ao dilema observado por mim no bairro Jardim.

Segundo as autoras, os críticos da proposta da ESF apontam que as situações cotidianas, a escuta qualificada das queixas, o acolhimento e o estabelecimento de vínculos entre os serviços/profissionais e a população usuária não são contemplados nem pela clínica nem pela epidemiologia ou pela vigilância à saúde. Além disso, tais ações permanecerão, no cotidiano dos serviços, circunscritas ao senso comum das equipes, que não dispõem de um modelo teórico que as oriente. Tais características inviabilizariam a desejada conversão do modelo assistencial por meio do PSF. As autoras também colocam que não fora encontrada, nos trabalhos apreciados, a

programação de estratégias voltadas para a conversão das UBS previamente existentes em USF. Observaram também no planejamento municipal de Manaus, que o paralelismo e na existência e competição entre os modelos de AB de UBS tradicional e USF permanecia como uma realidade local, além da *“ausência de ações de articulação e/ou integração entre as duas formas de atenção. Igualmente não foram encontradas programação de estratégias que favorecessem a descentralização do planejamento e gestão local na rede de USF no município.”* (SILVA *et. al.* 2010: 598).

De acordo com Escorel *et.al.*(2007),

[...] nos grandes centros urbanos, a implementação do PSF tem sido lenta, pois deparou-se com questões de maior complexidade relacionadas à concentração demográfica, ao elevado grau de exclusão no acesso aos serviços de saúde, a agravos de saúde característicos das grandes cidades e metrópoles e a uma oferta consolidada em uma rede assistencial desarticulada e mal distribuída (ESCOREL, *et.al.*, 2007: 165).

Na USF Ipê, a médica Ivone (equipe de PSF Flor de Lis), uma vez, me contou sobre um dia de trabalho e mencionou sua crítica ao PSF. Contou sobre a ida de um senhor à Unidade no dia anterior,

Depois ela comentou sobre um senhor que deu um escândalo aqui por ser DA e disse que *“por coisas assim eu critico meus colegas do PSF...”* (parece haver uma resistência de alguns profissionais ao PSF, muita gente compara com a estrutura antiga da Unidade que era UBS tradicional). Ivone comentou que o senhor é diabético, hipertenso, 82 anos e não foi atendido em uma Unidade de fisioterapia porque não teria direito e aqui também não foi atendido por ser demanda aberta. Falou que ela atendeu o senhor e mandou que ele falasse sempre direto com ela. (Parece que a diferença maior é a mudança entre UBS tradicional e PSF, com PSF só se atende famílias cadastradas). (DC)

Schimith & Lima (2004), em reflexão sobre acolhimento e vínculo em PSF, inserem uma reflexão sobre a problemática que envolve a reorientação do modelo de atenção para a ESF. Abordam neste caso, aspectos relacionados inclusive às divergências de profissionais sobre a estratégia, como eu pude observar na USF Ipê. Segundo as autoras, tanto os princípios, como diretrizes do SUS não são compreendidos ou defendidos pelos profissionais de saúde. *“Não está claro, para os profissionais, a ligação entre o PSF e a efetivação do SUS. O desafio de construção do SUS deve ser assumido por todos os trabalhadores, caso contrário não o implementaremos.”* (SCHIMITH & LIMA,2004: 1493).

A transformação entre UBS tradicional e USF, trouxe algumas percepções para as usuárias com quem pude conversar a respeito, principalmente no tocante ao acesso e à qualidade do atendimento. Em uma tarde que eu observava a Unidade na sala de espera, uma garota que teria seu atendimento de PF conversou comigo e me falou dessa questão de modo mais claro.

Disse-me que gostava muito da enfermeira e do modo com era atendida. Lembrou-se de como era a Unidade antigamente e disse que era bem menor, mas que todos que entravam na Unidade eram atendidos. Hoje em dia, segundo ela, muita gente sai de lá sem atendimento. Então retomou sua reflexão colocando que *“o que eu não gosto agora é que num é todo mundo que é atendido, mas as médica eu gosto, essa ai, por exemplo, foi muito legal comigo”*. (Ela elogiava a Enfermeira Mariani, da equipe Gardênia).

Outros relatos de observação e fragmentos de entrevistas poderiam ser somados a este, de modo a complementar e fortalecer o ponto, ou seja: Enquanto alguns profissionais ainda não se adaptaram (ou aceitaram o modo de trabalho) com a Estratégia do PSF, as usuárias e usuários observaram poucas mudanças entre o passado e o presente da Unidade.

As mudanças positivas percebidas por eles dizem respeito a dois aspectos do atendimento atual: à estrutura física, tendo em vista que o espaço aumentou e é novo; e à qualidade do atendimento individualizado. Neste ultimo aspecto, tenho considerado que se encontra o principal resultado da transformação de UBS a USF. A maioria de usuárias e usuários com quem conversei teceu elogios ao modo como são os atendimentos, como o ultimo relato exposto sobre a fala de uma usuária. A opinião satisfatória quanto ao atendimento recebido pelos profissionais em Unidade de PSF também fora constatada na pesquisa de Silva *et. al.* (2010), em Manaus, tendo naquele contexto cerca de 90% de aprovação.

No entanto, com relação à USF Ipê, mantêm-se críticas à restrição no acesso ao serviço. Já ouvi as enfermeiras me relatarem casos de famílias que trocavam a porta de parede, para que seu endereço mudasse e assim pudessem ser cobertas por alguma equipe (DC).

Helena apontou este problema de cobertura da população com uma das maiores dificuldades de seu trabalho. Segundo ela:

“O grande problema daqui é que é uma única unidade básica num bairro com quase 40 mil habitantes e que, a gente com quatro equipe de saúde da família. Então a gente tem uma demanda aberta que é enorme, enorme. E uma demanda aberta que se vincula, porque aqui era uma unidade básica que foi fechada pra reforma com a promessa de uma unidade nova, só que essa reforma durou cinco anos... eles ficaram provisoriamente em outro local e quando foi inaugurado, foi inaugurado como Saúde da Família, o que restringe um pouco o campo de atuação – que eu digo a nível de território – e também, com a exigência de alguns líderes na época de que se atendesse também a demanda aberta. Então isso dificulta demais o desenvolvimento da estratégia porque nós, enquanto profissionais não podemos atender de forma diferente as pessoas. A gente atende de forma diferente de acordo com o princípio da equidade, mas não em outro sentido. Porque o paciente é morador, era usuário da unidade antiga. ele marca pra você, ele se vincula a você. E aí, você vai dizer ‘eu não lhe atendo’? e onde tá também a universalidade do atendimento? Então é muito, muito difícil. Então eu acho que isso tem prejudicado o vínculo com a comunidade.” (Helena em entrevista)

Adriana, quando foi questionada sobre o que ela achava do posto e suas mudanças, respondeu o seguinte:

“eu acho que... independente da ampliação, entre aspas, num é que fizeram aí?... acho que num... num achei que mudou muita coisa não! Acho que, que... tá carente ainda, tá bastante carente, ampliou o posto, mas eu não vi muita diferença... mesmo porque tudo que tem aí tinha antes no outro. Ah, ficou mais bonito! Antes não tinha o agente comunitário e o posto era feio. Agora arrumou o posto, o posto tá bonitinho e tem agente comunitário.” (Adriana em entrevista)

Com relação ao cotidiano de trabalho da Unidade, no processo de atendimento, se a pessoa for até a Unidade porque já tem horário marcado com algum profissional o percurso desta por entre os serviços da Unidade é outro. Esta pessoa se apresenta no SAME. A funcionária do SAME pega seu prontuário e reserva junto aos outros que serão consultados naquele turno e entrega uma ficha (senha) para que esta pessoa vá até o procedimento. O procedimento é uma ante-sala de consulta. Lá algum técnico de enfermagem irá atendê-lo, medir sua pressão, peso e altura. Após passar pelo procedimento, a pessoa espera ser chamada para a consulta. A funcionária do SAME neste momento, já foi até a médica ou enfermeira e já entregou o prontuário daquela pessoa que será consultada. As consultas variam no tempo, durando desde 10 a 30 minutos. Poucas vezes o tempo de permanência em consulta ultrapassa os 30 minutos.

Dentre os serviços ofertados na Unidade, muitos deles são voltados ao público feminino, como o preventivo, consultas para as mulheres sob a nomenclatura de “saúde da mulher”, puericultura, pré-natal, Planejamento Familiar (PF). Algumas equipes realizam reuniões de gestantes (para equipes Lírio do Vale e Gardênia), reuniões de mulheres (para a equipe Crisântemo). Além dos outros serviços que englobam tanto mulheres quanto homens, como programa antitabagismo, hiperdia (atendimento exclusivo às pessoas hipertensas e diabéticas), programa de tratamento da Tuberculose (TB), vacinas, curativos, farmácia, etc.

Durante minha pesquisa observei que as maiores procuras das mulheres são por preventivo e PF. Em quase todas as visitas domiciliares que fiz com algum ACS, as mulheres mencionavam sua necessidade de fazer o preventivo. Paralelamente, enquanto estive na Unidade, as mulheres com quem conversei aguardavam sua consulta de PF.

No dia em que conheci a Unidade fiz algumas perguntas a Laís sobre os serviços de saúde que ofertavam às mulheres. Segue um trecho do relato desta conversa:

Ao chegarmos à sua sala, nos sentamos e perguntei como eram as ações do programa saúde da mulher, quais eram os maiores problemas com as mulheres... Laís me relatou que eles fazem preventivos, consultas, pré-natal, puericultura, planejamento familiar. Perguntei se as mulheres recebem bem esses serviços e ela disse que sim, que elas vão, fazem os exames, fazem os pré-natais, tudo certinho. Disse ainda que eles estavam começando o programa antitabagismo, e que havia mulheres que participavam, eu perguntei se havia muitas mulheres fumantes e ela disse que tem sim. [...] Segundo Laís, as mulheres também participam do Hiperdia (programa contra hipertensão). Perguntei como era o PF e ela me disse que eles fornecem pílulas contraceptivas (ciclo 21 e outra que estava em falta) e camisinhas, que eles fazem atendimentos individualizados (ou pelo menos ao casal, mas não era coletivo, em grupos). Não possuem DIU, pois não há quem os coloque. Na Unidade não há ginecologista, mas apenas médicas generalistas. Segundo Laís, quando há a necessidade, as médicas ou enfermeiras fazem o encaminhamento (DC).

Ainda no começo da pesquisa, conversei com a enfermeira Ivana, da equipe de PSF Crisântemo. Perguntei sobre as ações de saúde da mulher que ofertavam na Unidade. Queria que ela me explicasse um pouco melhor sobre os processos e práticas de saúde das mulheres da Unidade. Então perguntei o que era ofertado na Unidade de assistência à saúde das mulheres.

Ivana começou falando especificamente de sua equipe. Disse que eles têm um grupo de mulheres (diferente do grupo de gestantes da equipe Lírio do Vale). O grupo de mulheres é toda 4ª quarta-feira do mês. Elas fazem palestras, consultas, preventivos, acompanhamento e prevenção aos cânceres (colo de útero e mama), coloscopia, etc. Disponibilizam odontologista, abordam questões sobre higiene, auto-estima (temas que abordam com as mulheres em consultas, em ações, em reuniões, etc.). Na Unidade Ivana disse que tem PF, consultas, apoio em casos de violência (tratados individualmente e não é oficial ou divulgado). Tem programas antitabagismo e quem participa é, na maioria, mulheres (reunião com grupo de 25 pessoas, sendo três homens). Ivana comentou que as mulheres fumam mais que os homens hoje em dia. Ela comentou que também oferecem papanicolau, vacinação, programas para hipertensos. Comentou que sua equipe também tem grupos de adolescentes, que são mais ou menos 25 pessoas, dentre elas 7 meninos. A maioria é mulher. (DC)

Segundo a fala de Ivana, as ações de saúde da mulher abrangem mais aspectos que na fala de Laís. Enquanto estive na Unidade, de acordo com o que pude observar, o discurso de ambas profissionais inserem-se na perspectiva de uma oferta ampla em ações e atendimentos para as mulheres, o que é parte da proposta de AISM, no entanto nenhuma das duas profissionais mencionou ações para a população de idosos (nem mulheres nem homens). Ao mesmo tempo, observei maior empenho na oferta de ações com relação à gestação, amamentação, puerpério e PF. Como exemplo, poderia citar a série de cartazes que permaneceram meses pregados na parede da Unidade explicando a importância do leite materno e da amamentação exclusiva, dentre outros sobre os quais apoio minha análise adiante.

Essa observação encontra-se de acordo com a reflexão de Ana Maria Costa (2009). Segundo a autora, na prática de atenção persiste ainda uma série de problemas que impedem que as mulheres sintam mudanças reais nos serviços de saúde do SUS, já que desde 1998, têm sido adotadas estratégias voltadas, sobretudo, à dimensão reprodutiva. Tal condição nos revela que ainda existe uma distância nas práticas de uma perspectiva de gênero rumo à integralidade da atenção.

Destacam-se nesse contexto as grandes desigualdades de oferta, assim como as ações relacionadas ao climatério/menopausa; às queixas ginecológicas; a infertilidade e reprodução assistida; à saúde da mulher na adolescência; a doenças crônico-degenerativas; à saúde ocupacional; à saúde mental; a doenças infecto-contagiosas (COSTA, 2009: 1080).

Do mesmo modo, também constatei a pouca oferta destas ações referidas por Costa, como as relacionadas ao climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida, saúde ocupacional e doenças infecto-contagiosas, principalmente. Por outro lado, quanto às ações relacionadas à saúde mental, adolescência e doenças crônico-degenerativas, pude perceber certa preocupação e propulsão nas ofertas, ao menos por parte da equipe de PSF Lório do Vale, principal equipe acompanhada durante a pesquisa. Convém, no entanto, apresentar esta equipe e descrever seus processos de trabalho.

2.3.2. O Trabalho da Equipe Lório do Vale

A equipe Lório do Vale é constituída apenas por mulheres. Na primeira reunião de equipe pude conhecer todas as ACS (que são 6), a dentista, a médica e a enfermeira, conforme ilustrado no Quadro 3.

As ACS foram as que me fizeram maior número de perguntas. Estavam curiosas para saber quem eu era, o que fazia e como chegara ali.

[...] as ACS foram se lembrando de mim, algumas perguntaram como eu cheguei lá, e outras foram respondendo: *“ela veio sozinha”*; *“eu atendi ela na entrada.. eu que te recepcionei, você queria falar com Laís, não era?”*; *“ela tava aqui de manhã...”*; *“ela veio ontem aqui...”* (DC).

As reuniões de equipe funcionam, na maioria das vezes, para planejamento das ações, para contar as intercorrências da semana em cada micro-área, para dar tarefas às agentes, programar a agenda da semana, explicar as novidades da unidade, do trabalho, de cursos, etc. Nestas reuniões também decidem sobre as próximas reuniões de grupos, temas que serão abordados, pessoas que ficarão responsáveis por algo nas reuniões e o planejamento propriamente dito das atividades.

A médica Helena, enfermeira e dentista - Luiza, também programam com as agentes as visitas domiciliares – que realizam às quartas-feiras de manhã – em casas de famílias que têm maior urgência em receber visitas de acordo com a avaliação da agente. Se a ACS tem em sua micro-área algum usuário que esteja com problema grave, que não possa sair de casa, ou alguma mulher que acabara de ter um filho, esta ACS notifica a profissional mais indicada para a visita e então marcam para a próxima quarta-feira. Também existe uma rotatividade nestas visitas, sendo visitada aquela micro-área que ficou mais tempo sem a presença de uma das profissionais. Nota-se que,

dentre as vistas que eu acompanhei com a enfermeira, médica e/ou dentista, visitamos apenas mulheres puérperas e/ou idosas “acamadas” – como se referiam – ou com problemas de mobilidade. Explicaram-me as profissionais que é dado preferência na visita a este tipo de usuária, pelo fato da Vila contar com muitas escadarias e barreiras geográficas àquelas que não podem se movimentar direito.

Quadro 3. Caracterização das profissionais que compõem cada cargo na Equipe Lírio do Vale, segundo Idade, Escolaridade, Raça/cor (auto definido) e filhos.

características descritivas Cargo	Nome	Idade (em anos)	Escolaridade	Raça/Cor (auto definido)	Filhos
Médica	Helena	53	E. Superior	Parda	2
Enfermeira	Tereza	52	E. Superior	Parda/Amarela	3
Dentista	Luiza	*	E. Superior	*	*
ACD	Luana	34	E. Médio	Negra	1
ACS	Mônica	41	E. Médio	Parda	1
ACS	Clarice	33	E. Médio	Parda	0
ACS	Sandra	40	E. Médio	Negra	2
ACS	Laura	57	E. Médio	Negra	1
ACS	Marieta	50	E. Superior a completar	Negra	1
ACS	Rita	41	E. Médio	Negra	1
Auxiliar Téc. Enfermagem	Janaína	*	E. Médio	*	0
Auxiliar Téc. Enfermagem	Olívia	*	E. Médio	*	1

Fonte: entrevistas semi-estruturadas e questionários individuais aplicados em reunião de equipe.

* Dados que não foram respondidos pelas profissionais.

Também são muitas as mulheres mais velhas que estão em casa e cuidam de netos e netas, ou estão ajudando as filhas no cuidado com seus bebês. Percebi que estas mulheres mais velhas frequentam menos a Unidade de saúde do que as mais jovens e

estão mais em suas casas. Por outro lado, pude perceber uma maior presença de homens mais velhos – talvez acima dos 65 anos (pelo que eu pude perceber visualmente) – em atividades da Unidade destinadas a homens e mesmo nas ruas. De todas as “*idas pra área*” em que acompanhei as ACS (entre 10 a 12 visitas) apenas em quatro casas nos direcionamos aos homens idosos. Duas vezes tratava-se de senhores que moravam sozinhos e duas vezes eram senhores casados.

Dona Dulce comentou comigo que nunca havia ido ao posto de saúde. Primeiro porque possuía plano de saúde e preferia frequentar clínicas particulares, depois porque desde que a Unidade fora reinaugurada, D. Dulce já tinha problemas para andar – agravados por um acidente doméstico. Disse, no entanto, que as médicas iam visitá-la desde que sofreu a queda e passou a ter maiores dificuldades para andar. Também fez referência aos obstáculos que precisaria enfrentar para sair de casa e chegar até o posto “*lá em cima*” andando ou de carro, dizendo ser este o principal problema do serviço de saúde.

Voltando às reuniões da equipe Lírio do Vale, uma vez por mês a reunião de equipe é dedicada ao fechamento de relatório, onde cada agente repassa à enfermeira os quantitativos sobre sua população cadastrada, por exemplo: número de recém-nascidos, número de internações, número de gestantes, idosos, etc. Estes dados são destinados a alimentar a base do SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica – e auxiliam no monitoramento do trabalho das agentes e das condições de saúde de cada micro-área. As reuniões de equipe podem servir ainda como espaço para comemorações de aniversários e chá de bebê das profissionais. Durante um mês por semestre a equipe recebe também, estudantes de enfermagem para fazerem seu estágio. Elas participam das reuniões e das atividades que forem possíveis. Realizam e coordenam outras atividades da equipe, como exercício avaliativo da disciplina que promove o estágio.

Na dinâmica das reuniões de equipe observei que tanto a médica, como a enfermeira ou a dentista – profissionais que exercem liderança nas reuniões – permitem a consolidação de relações mais horizontalizadas entre elas e as agentes, as técnicas de enfermagem e auxiliar de dentista. Todas as profissionais são convocadas a falarem suas opiniões e críticas sobre algum assunto e muitas vezes falam.

Evidentemente, as relações hierárquicas de saber/poder não são ultrapassadas, nem mesmo superadas – é notável a influência que os discursos de Tereza (enfermeira), Helena (médica) e Luiza (dentista) exercem sobre os discursos das demais. Ainda assim,

todas elas pedem e escutam as palavras das agentes e auxiliares. Inclusive as minhas. Uma das ultimas reuniões de equipe que participei foi a atividade que fizemos fora da Unidade, durante o dia inteiro, para avaliação e planejamento da equipe, que esteve completa durante todo o tempo. Esta atividade contribuiu para o fortalecimento de vínculos entre os profissionais. Ali, Luiza e Helena colocaram suas fragilidades em público, expondo seus defeitos e compartilhando suas idéias e perspectivas com o trabalho. A atividade teve como foco o fortalecimento do trabalho em equipe e fora coordenado quase que exclusivamente pela enfermeira Tereza.

Percebi um bom relacionamento entre todas, ainda que tivessem rugas por entre os processos de trabalhos. Rita é a agente que mais se pronuncia nas reuniões. Ela e sua irmã Marieta. Falam o que pensam acerca de qualquer questão, defendem suas colegas de profissão, fazem suas críticas, reclamações e demandas. Recentemente eu soube que Rita é a representante das agentes desta equipe. Uma vez, Rita demonstrou na frente das estagiárias seu descontentamento com a sugestão de Helena e Tereza de deixá-las participarem da reunião de avaliação e planejamento, mencionada acima. Tínhamos organizado a reunião toda até que Helena falou novamente sobre a atividade, incluindo as estagiárias:

Quando falaram sobre essa reunião, Helena mencionou a possível presença das estagiárias na reunião. Rita não gostou da idéia. Prontamente resmungou com as colegas sobre essa participação, e todas se mostraram resistentes. Marieta (sua irmã) se pronunciou perguntando novamente como seria essa reunião. Disse que tinha entendido que seria só da equipe. Helena e Tereza disseram que não viam problemas das estagiárias participarem. Que antes tinham combinado sim de fazer uma atividade só da equipe, mas que pensaram agora em deixar as estagiárias participarem. Rita interveio dizendo que ela achava que era pra ser uma reunião da equipe, que elas tinham combinado outra coisa. E estavam pensando em outro tipo de atividade. Ficou uma situação um pouco desconfortável. Tereza mudou de assunto, dizendo que recebeu um relatório sobre anemia falciforme.[...] Ao fim da reunião, Helena e Tereza chamaram a atenção de todas presentes dizendo que pensaram melhor, diante da colocação das ACS, e resolveram reformular a proposta da atividade de avaliação da equipe – então falaram com a professora responsável pelo estágio, que elas participassem da reunião apenas na parte da manhã, deixando a tarde somente para a equipe. Essa consideração acabou contemplando as agentes. Em seguida, no fim de sua fala Helena disse: *“Patrícia não, que Patrícia já é de casa! Né Patrícia!?!”* (DC)

Muito embora eu tenha pronunciado poucas vezes minha opinião, em diversos momentos, Helena pediu que eu dissesse algo a respeito do assunto tratado. Helena, Tereza e Luiza sempre respeitaram e consideraram minhas palavras – as agentes e auxiliares também. O fato de permitirem minha participação nesta atividade referida ilustra como estabelecemos nosso relacionamento – a equipe Lírio do Vale e eu. As agentes de saúde aceitaram (ou acostumaram-se com) minha presença entre elas. A médica, a enfermeira e dentista foram viabilizadoras deste encontro à medida que me acolheram e permitiram minha presença.

Dentre as três pessoas que fazem pós-graduação na Unidade, duas delas compõem a equipe Lírio do Vale – Helena e Luiza. Suas atividades com a pós acabavam por influenciar os trabalhos da equipe. Atividades fora do planejamento eram freqüentes, a depender da demanda que o curso faz às duas profissionais. Assim, quando precisam fazer algum trabalho da pós, Helena e Luiza delegam tarefas às agentes, como por exemplo, buscar as carteiras de vacinação das crianças menores de dois anos, anotar dados de usuários ou convidá-los para atividades extras, como grupos focais.

A equipe Lírio do Vale trabalha com afinco na busca de conhecer melhor o território – questão sobre a qual Helena debatia constantemente. Valorizam o diálogo com suas usuárias e usuários, escutam, aconselham. Em diversos momentos ouvi elogios da parte de usuárias ao atendimento das profissionais da equipe Lírio do Vale. Em todos os elogios, predominava a característica do diálogo e da escuta, aspectos muito valorizados pelas usuárias. Tal característica está de acordo com um dos aspectos que envolvem a dimensão das práticas de atenção no conceito de integralidade, que coloca a necessidade e importância da valorização do diálogo, da escuta, das práticas sensíveis às necessidades mais subjetivas do indivíduo que busca atendimento. A AISM, nesse sentido, também acorda com este aspecto, já que aponta para o entendimento da mulher enquanto sujeito integral. Valorizar a escuta, a conversa, e ser sensível às angústias da mulher que procura o serviço de saúde, significa estabelecer uma relação profissional-usuária de confiança e vínculo, possibilitando assistir outras necessidades de saúde mais silenciosas desta usuária.

Durante uma das visitas domiciliares que fiz com Marieta, uma das senhoras que visitamos falou muito bem da médica Helena. Elogiou o trabalho dela e disse: *“ela conversa, ela dá atenção, ela fala. Não é que nem muitos médicos por aí que nem olha*

pra sua cara. Ela não, ela conversa” (DC). Parece que as pessoas são bem carentes de atenção, cuidado, escuta. Os elogios que testemunho sobre as médicas sempre envolvem a conversa. Geralmente as falas positivas estão ligadas ao fato de darem atenção ao que as e os pacientes dizem sobre si, sobre sua saúde, o que leva a refletir também sobre o tipo (ou qualidade) de atenção com a qual as pessoas estão acostumadas, e tem referência – do “não cuidado”, já que a maioria dos elogios se encontra em oposição às atitudes dos outros médicos que, como disse a senhora usuária “*nem olha pra sua cara*”.

É notável o empenho e dedicação com os quais as profissionais executam seus trabalhos e fazem seus atendimentos, ao menos diante de minha presença. No entanto, acredito ser esta uma característica presente em todo o processo de trabalho da equipe. Tanto Helena, como Tereza, Luiza e algumas ACS com quem tive maior proximidade, se mostraram pessoas sensíveis à escuta e valorizavam a conversa das pessoas usuárias. As profissionais dizem acreditar na Estratégia Saúde da Família, enquanto uma estratégia alternativa de reorientação do modelo de atenção à saúde na AB, e se esforçam para consolidar os vínculos com a população usuária, performance esta, que me levou a crer no comprometimento que possuem com seu trabalho. Helena disse-me, quando questionada sobre seu trabalho:

“Acredito muito na Estratégia Saúde da Família, é uma coisa que eu gosto muito, mas é realmente um trabalho muito difícil, porque antes de tudo é um trabalho em equipe, e nem todas as pessoas estão acostumadas ao trabalho em equipe; é um trabalho que envolve a participação popular, nem todas as pessoas estão querendo a participação popular. Então, às vezes dá assim um desânimo enorme, mas eu acho que o caminho é esse. É realmente fazer, como Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família. É torcer pra que se ampliem as equipes, né!?! Que o serviço realmente seja a contendo de todos; que haja o comprometimento dos profissionais, porque é uma tarefa complexa. Às vezes nós somos desvalorizados e encarados assim como alguém que não deu certo, não quis estudar e foi pro serviço público. Principalmente se você não está em hospitais... então assim, poucos querem trabalhar com pobres, poucos querem trabalhar, né!?! Nesse trabalho de base. E é um trabalho de uma complexidade enorme, muito grande. Então a gente ser chamado de baixa complexidade eu acho até injusto, é um trabalho de alta complexidade.”

Enquanto um atributo das práticas que valorizam as dimensões biopsicossociais no processo de atendimento às pessoas, que têm a característica de envolverem o

diálogo e a escuta sensível, a integralidade estaria – neste sentido – contemplada. Como exemplo eu poderia citar os inúmeros elogios de usuárias e usuários à médica, à enfermeira e a algumas ACS. Quando perguntei à usuária Adriana, umas das entrevistadas, sobre como ela considerava a atenção das profissionais com a sua saúde, ela respondeu:

“Em relação a isso, lá em cima eles são bastante atenciosos, né!?! São cuidadosos, quando... quando a gente é atendido pelo médico... tem uma médica mesmo que eu, toda vez que eu vou, eu só marco com ela. Tanto pra mim como pra minha filha porque ela atende pediátrico e atende adulto. Que... até na forma assim de ela falar com você, de lhe explicar as coisas... ela é bem aberta! Num é aquele negócio de ficar fazendo arrudeio pra puder lhe dizer é isso... sabe, ela senta, conversa, procura a melhor forma de falar, é claro, mas num faz tanto arrudeio. E ela é cuidadosa, procura saber... pelo menos comigo foi assim. Procura saber qual é as minhas condições financeira, pra puder passar algum remédio... pra num passar um remédio que não seja nas condições da gente comprá... Que aí não adiantaria ela passar e a gente num tê condições de comprá. A gente ia ficá sem tomar de qualquer forma. Aí, da ultima vez que fui, ela perguntou qual era a minhas condições financeira, se eu tinha condições de comprar um remédio que custava em média tal... Aí, com relação a isso, eu realmente não tenho o que falar.”

Essa não havia sido a primeira vez que eu ouvira elogios às profissionais. Parece que as práticas naquele contexto, daquela equipe, buscam consumir uma atenção integral que engloba as dimensões do cuidado e das relações interpessoais.

No processo de trabalho desta equipe, as atividades educativas ganham sua centralidade. A equipe realiza uma vez por mês em dias específicos da semana, reuniões com grupos de usuários, como as reuniões com Grupo de Saúde Mental com o pessoal do CAPS. O grupo é toda 2ª segunda-feira do mês de tarde, no próprio CAPS. Fazem reuniões com grupos de gestantes toda 3ª quinta-feira do mês de manhã, na própria Unidade. Tem o grupo de qualidade de vida – que reúne pessoas hipertensas e diabéticas para atividades como oficinas, dinâmicas e/ou exercícios físicos. Grupo de adolescentes e Programa Saúde na Escola (PSE).

Dentre as atividades e reuniões que faziam com grupos de usuárias e usuários, a equipe enfrenta um grande desafio em estabilizar suas reuniões no grupo de qualidade de vida. Helena e Tereza sempre falavam sobre isso, e a equipe constantemente refletia e buscava elaborar estratégias para que tivesse êxito com este grupo. Segundo elas, a

baixa frequência de diabéticos e hipertensos em consultas, em grupos educativos consistia em uma grande preocupação. A estas pessoas inclui-se grande parcela de pessoas idosas que apresentavam estes problemas de saúde. Segundo Helena, as idosas só aparecem na Unidade “às vezes vem em busca de acompanhamento de suas patologias, em geral hipertensos, diabéticas ou problemas osteomusculares, é o que predomina...”. Tereza também fez referência a este tipo de problema de saúde das mulheres idosas e comentou sobre a frequência delas na Unidade e no grupo de qualidade de vida:

“... muito pouco. É isso que eu acho, entendeu?! Muito pouco! Porque assim, geralmente esse pessoal mais idoso, ele não faz planejamento familiar, ela não tava gestante, ela não tem menino pequeno. Ela só vem na Unidade, digamos assim, para uma consulta clínica que ela vem pra procurar a médica e deveria tá vindo dentro do programa de hipertensão e diabetes, mas ela não tem o costume de vim aqui. A gente tem uma frequência baixa delas, ... inclusive no grupo de qualidade de vida e essas pessoas poderiam estar mais presentes, entendeu?! Eu não sei a que que a gente atribui a isso, se é uma dificuldade na divulgação, mobilização para que essas mulheres venham à Unidade ou se é uma dificuldade do ponto de vista de acesso geográfico mesmo, porque o acesso aqui realmente é complicado. Elas não vem!”

Mesmo com toda a preocupação das profissionais, as atividades educativas para este tipo de população não se firma. Nem para quem apresenta hipertensão e diabetes e nem mesmo grupos com idosos especificamente. Vale observar que desde o PAISM, é colocado que este grupo de usuárias também seja contemplado em ações ofertadas no serviço de saúde.

O grupo de gestante, por sua vez, é o grupo mais consolidado. Helena me falou deste grupo, é o único grupo específico para mulheres e a reunião de maior frequência e participação que a equipe faz. Participei de todos os grupos de gestantes que houve enquanto estive em campo. Os temas envolveram cuidados com o bebê, aleitamento materno, dúvidas das gestantes acerca da gravidez. As ações sobre a saúde da mulher que a equipe realiza se concentram principalmente no grupo de gestante – em termos de atividade voltada à educação e promoção de saúde. As reuniões são carregadas de informações e recomendações técnicas às mulheres sobre como cuidar de seus filhos, como se portar durante a gestação e no puerpério.

No dia em que Helena me apresentara à médica Bárbara, assim que expliquei sobre minha pesquisa e o tema ‘saúde da mulher’, prontamente Bárbara contou sobre o sucesso de seu grupo de gestantes que tinha sido naquele mesmo dia de tarde:

Bárbara disse que teve hoje de tarde um grupo de grávidas. Que foi muito bom. Que ela conseguiu uma parceria muito boa com o dentista para que as mulheres fossem à reunião e à consulta odontológica no mesmo dia. Que muitas trabalhavam e então ela resolveu dar atestado para o dia todo, assim elas poderiam ir às reuniões. Hoje tinham ido 14 gestantes. Bárbara estava (ou parecia estar) feliz com essas reuniões. (DC)

Ao concentrar um esforço específico em elaborar, planejar e executar uma vez por mês uma reunião exclusiva para gestantes – atualmente estão incluindo puérperas – o que se pode notar é a atenção preferencial dada a este tipo de usuária. Levando em consideração a colocação de Bárbara, percebe-se que esta não é uma característica exclusiva da equipe Lírio do Vale.

Vale ponderar que as práticas assistenciais não são iguais em todas as equipes, sendo que outras equipes sequer tinham reuniões com usuárias e atividades educativas. Deste modo, não se trata exatamente de uma característica da Unidade como um todo, mas das equipes com as quais travei contato mais aproximado.

Ainda assim, segundo Villela & Monteiro (2005), as próprias ações lançadas pelo Ministério da Saúde que se voltam, especificamente, à saúde das mulheres, no mais das vezes, focam suas atenções à gravidez, parto e puerpério. Talvez por isso, a centralidade dada à figura da mulher grávida neste contexto. Todavia, de acordo com Helena, cada equipe de PSF tem a liberdade de traçar estratégias e elaborar atividades de acordo com o que se demanda, ou o que considera prioridades no contexto que abrange.

Schraiber (2005), em um estudo sobre gênero e saúde da mulher apoiado na observação participante de um PSF em Recife, sinaliza questões correlatas que são pontos de partida para sua reflexão, dentre elas, o “*caráter reflexivo do trabalho em saúde e a conseqüente autonomia decisória da/o profissional na dimensão técnica desse trabalho*” o que permitiria a esses agentes das ações em saúde manter, acentuar, ou formular, as desigualdades das e nas relações de gênero. E continua: “*As relações assistenciais e todo o processo de tomar decisões frente ao quê fazer assistencial*

podem, assim, reproduzir ou modificar iniquidades de gênero, entre outras.” (SCHRAIBER, 2005: 41).

Segundo Parry Scott (2005), quando se trata da observação das práticas dos profissionais, pode-se perceber o embasamento de tais práticas em pressuposições sobre relações de gênero. Tanto as práticas como os discursos obedecem, portanto, aos padrões culturais dos agentes. Desta forma, ao observar as práticas da equipe de profissionais, e suas relações cotidianas com as usuárias dos serviços, talvez possamos apreender os significados de gênero sobre os quais se estruturam tais práticas.

Diante do pressuposto que gênero se revela tanto em práticas como em discursos, a preferência dada às mulheres nos serviços de saúde, como principais usuárias, especialmente com as mulheres grávidas, pôde me fornecer as primeiras nuances das concepções de gênero postas em interação neste cotidiano de trabalho, tal como percebi no processo de trabalho de campo. Esta conversa com Bárbara aconteceu logo no começo de minhas visitas à Unidade e gradualmente me dei conta do empenho empregado nas atividades com gestantes.

A partir desta premissa orientei meus olhares na busca por compreender tais concepções de gênero no conjunto das práticas que envolvem o atendimento à saúde da mulher. Por conseguinte, tendo em mãos os dados referentes aos processos de atendimento, às práticas cotidianas, às idéias de profissionais, de usuárias e usuários, pude então associá-los ao que se propõe oficialmente para a AISM. Procuo demonstrar então, como a AISM não se traduz completamente nas práticas cotidianas, nem na sistemática de integração dos serviços do SUS, quiçá na articulação intersetorial para promoção da saúde.

Os obstáculos encontram-se na estrutura organizacional do SUS na AB de Salvador, como foi sinalizado neste capítulo com o difícil acesso ao serviço de saúde que a população enfrenta, diante da transformação do modelo de atenção – incapaz de contemplar toda a população do bairro; com a sobrecarga de trabalho das profissionais; com os problemas e instabilidades nas condições de trabalho e vínculo profissional aos quais os trabalhadores da Unidade estão submetidos; com a falta de capacitação profissional e condições materiais/estruturais para realizarem suas atividades. Paralelamente (e por consequência) os desafios também se traduzem na dificuldade das profissionais (da equipe Lírio do Vale, sobretudo) em incorporar uma nova perspectiva baseada no enfoque de gênero, reorientando seus olhares e práticas sobre as mulheres

usuárias, conforme orientam o PAISM e a PNAISM. No cotidiano de trabalho em saúde a pesquisa revelou que os valores sociais permanecem enraizados e reproduzidos em práticas e discursos.

Deste modo, as práticas de atenção à saúde mantêm-se ancoradas na valorização primordial de ações com mulheres voltadas, sobretudo, à dimensão reprodutiva explicitando o desafio de reorientar as posturas profissionais. Em contrapartida, também se destaca o empenho da equipe Lírio do Vale ao executar suas atividades, tendo em vista a consolidação de vínculos, promoção da saúde e de autonomia da população, apesar dos limites que enfrentam. Segue descrita, portanto, a próxima etapa do trabalho, onde articulo os achados e análises do processo de observação com a idéia de AISM.

CAPÍTULO 3

**INTEGRALIDADE E GÊNERO NA ATENÇÃO À
SAÚDE DAS MULHERES NA USF IPÊ E EQUIPE
LÍRIO DO VALE**

O terceiro capítulo articula os dados coletados em campo, o princípio da integralidade e a AISM. Em primeiro lugar, são apresentados entendimentos das profissionais sobre o que seja integralidade, associando suas respostas à concepção técnica e oficial do termo. Em seguida, são debatidas as três dimensões que compõem o sentido de integralidade, a partir de descrições etnográficas dos processos de trabalhos e discursos observados. Destaca-se a dimensão das práticas de atenção, onde fora possível apreender concepções de gênero das profissionais, que estão agrupadas em grandes temas, organizando a discussão.

Conforme consta no primeiro capítulo, a AISM envolve as três dimensões que constitui integralidade, incluindo a perspectiva de gênero. Aqui, discuto como a intersectorialidade e a integração dos serviços de saúde são fundamentais para consolidar a atenção integral, sendo que tais aspectos também permitem a realização da AISM. A PNAISM coloca a necessidade de parceria entre o setor saúde e outros setores, criando condições básicas e favoráveis de vida e saúde, para que as mulheres exercitem seus direitos. Todavia, explico o modo como ações permanecem fragmentadas e isoladas entre os diversos setores de prestação de serviços.

Referente à integração dos serviços, descrevo as dificuldades das pessoas em marcar consultas médicas, realizar exames em outros espaços, consolidar a sistemática de referência e contra-referência, além da inexistente interlocução entre maternidade e USF. Também discuto a não garantia de acesso de todas as mulheres a todos os níveis de atenção à saúde, implicando na baixa resolutividade dos problemas de saúde destas.

Com relação às práticas de atenção, discuto a partir das concepções de gênero – ainda ancoradas na dimensão reprodutiva – que estas permanecem calcadas em modelos tradicionais do que é atribuído ao feminino e masculino, reproduzindo valores sociais contra os quais a noção de AISM se fundamenta. Portanto mantêm-se os obstáculos em criar condições para as mulheres terem autonomia sobre suas escolhas nos modos de vida e saúde. Este aspecto reflete a ausência de ações de capacitação profissional, indicando a distancia entre os programas oficiais e a realidade prática dos profissionais.

3.1. INTEGRALIDADE PARA PROFISSIONAIS

Para que fosse possível visualizar o modo como integralidade permeia as práticas de atenção e como figura nas concepções dos profissionais, perguntei aos entrevistados sobre o que entendiam por ‘integralidade’. Sobre o conceito de integralidade, as percepções de todos profissionais entrevistados divergiram pouco, na definição do termo.

Algumas profissionais não sabiam definir integralidade nos moldes dos documentos oficiais ou debates acadêmicos, como Laís (gerente da Unidade), por exemplo. Apenas a médica Helena e a enfermeira Tereza da equipe Lírio do Vale foram as que mais se aproximaram da sua definição técnica-oficial. Ainda assim, estas profissionais abordaram integralidade em duas das três dimensões que envolvem o termo, concordando seus discursos nos aspectos relacionados às práticas de atenção à saúde e divergindo nas dimensões de intersectorialidade e integração dos serviços de saúde.

Cada uma apontou uma dessas dimensões (integração dos serviços e integralidade) junto à dimensão das práticas de atenção, convergindo em atribuir a esta última um peso primordial para a noção de integralidade. Assim, além das práticas de atenção, para Tereza integralidade se refere também à integração dos serviços de saúde, enquanto que para Helena, integralidade abrange a intersectorialidade.

Segundo Tereza:

“Existem dois aspectos da integralidade hoje, que na verdade eles se somam, né?! A integralidade quando você avalia os vários níveis de assistência, né?! Então é você garantir que a mulher que vem na AB ela possa percorrer o caminho, se ela precisar percorrer o caminho de outros níveis de assistência, que não pare aqui em você. Então tem essa integralidade, né, que é a integralidade que o SUS prega nos diversos níveis de assistência: primário, secundário, e de alta complexidade. E a integralidade que eu acho também que é do todo, do ser. Que é da questão do biopsicossocial mesmo, de tá contemplado não só eu realizando o preventivo dela, mas eu ver como é que tá do ponto de vista emocional, como é que tá no ponto de vista da vida dela, como é que tá o projeto de vida, o que é que ela vai fazer da vida dela, que é que ela vai fazer daqui pra frente... é nesse aspecto do todo, sabe?! Do racional, do emocional, do fisiológico...eu acho que

tem esses dois aspectos. Eu gosto de trabalhar com os dois...”
(enfermeira Tereza)

Nas palavras de Helena:

“Eu acho que integralidade é você atuar pensando no seu usuário como o nome diz, como um ser integral. Não é dicotomizar, não é dividir em partes, é você atender pensando que você tem ali uma pessoa, que tem, além da pessoa física, tem o que? Sua bagagem cultural, seus problemas, seus anseios, isso a nível do seu atendimento integral e a nível de equipe também. E, não só de equipe, mas de rede. Eu acho que integralidade também funciona nesse aspecto, o seu trabalho inserido numa equipe, numa comunidade, e também estendido a intersetorialidade, a outros órgãos, outras instituições. Eu acho que a integralidade tá em você enxergar o ser dessa forma e você contar com a parceria também dos outros atores” (médica Helena)

As agentes de saúde Laura e Rita, por sua vez, demonstraram que desconheciam o significado do termo, nos moldes oficiais e acadêmicos. No entanto, quando perguntei a Rita o que ela entendia por integralidade, sua resposta contemplou a dimensão das práticas de atenção à saúde, quando falou de seu trabalho como ACS:

“Você sabe que os ACS tem isso aqui, né!?! Mas essa visão não é todas as pessoas que tem. Você precisa de um preparo, pra esse tipo de coisa, pra você conseguir chegar nessa mulher e ver ela num todo. Num vê que ela tá diabética, num vê que ela tá hipertensa. [...] É uma forma de você cuidar, tentar trazer ela pra um lugar que venha dar esse suporte que seria o posto, a equipe, começar a ver formas de ajudar... e mesmo na vida dela.. é essa a forma de ajudar... Então acho que deve ser essa a forma da integralidade, é essa. Num sei se é isso, se eu tô falando certo”
(ACS Rita)

Laura quando fora questionada, disse que não conhecia o significado do termo. Comentou que quando fizera o curso de capacitação para se tornar ACS, ela tinha visto essa palavra integralidade, mas que não se lembrava o que era.

Ao fim das perguntas feitas às profissionais sobre integralidade, percebi que tanto Tereza, como Rita e Laura, apontam a insuficiência dos programas oficiais e

políticas de saúde que, como o PAISM e PNAISM, “*não chegam*” até elas. As três profissionais mencionaram a necessidade de capacitação profissional e das políticas chegarem até os profissionais que estão na ponta dos serviços, lidando diretamente com a população usuária, principalmente com os trabalhadores ACS, ou auxiliares, técnicos de enfermagem, ou o pessoal do SAME.

Diante das falas de Rita e Laura, constatei que muito das limitações para efetividade da integralidade na atenção à saúde da população encontra-se na debilidade com que se realizam atividades de capacitação profissional. Não foram apenas as duas agentes de saúde que comentaram sobre as poucas atividades de capacitação para com as ACS, mas a própria enfermeira Tereza e Helena sinalizaram que, enquanto existem cursos para seus segmentos profissionais, o mesmo não acontece para as outras profissionais. A ausência de atividades de aprimoramento profissional repercute, por exemplo, na manutenção de ideários e pensamentos que programas e políticas propõem transformar, como é o caso do PAISM e da PNAISM, distanciando estas normativas da realidade prática dos serviços de saúde. Assim, profissionais e usuárias não conseguem transcender suas concepções de gênero, tampouco seguem em direção à promoção de condições básicas para a autonomia das mulheres.

Ainda que esta questão tenha grande importância no momento de análise das concepções de gênero encontradas no cotidiano de práticas de atenção à saúde das mulheres, é mister retomar o fato de que, somando-se as falas de Helena, Tereza e Rita, as três dimensões da integralidade seriam contempladas. O que não quer dizer, no entanto, que a atenção integral seja uma realidade da Equipe Lírio do Vale, mas sinaliza a potencialidade da equipe na busca pela promoção da saúde para população adscrita.

Apesar de sua potencialidade, as profissionais da equipe e a população usuária, enfrentam desafios como a manutenção e reprodução de concepções e atribuições tradicionais de homens e mulheres nas práticas de atenção à saúde, além de desafios que ultrapassam suas possibilidades de atuação – refletidos nos limites da intersectorialidade e da integração dos serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Deste modo, convém explorar as possibilidades e os limites da atenção integral a saúde das mulheres, a partir de cada uma destas dimensões – intersectorialidade, integração dos serviços e práticas de atenção – que a AISM engloba e que definem, ao mesmo tempo, a noção de integralidade.

3.2. A INTERSETORIALIDADE E A AISM

A articulação entre os diversos setores – governamentais e não governamentais – como, por exemplo, de saúde, de educação, de segurança, permitem a consolidação de melhorias nas condições de vida das pessoas, promovendo sua saúde. A oferta e garantia de segurança, condições favoráveis de trabalho, acesso à educação formal de qualidade, serviços organizados de modo a criar condições necessárias para que as mulheres possam exercer seus direitos são condições básicas que determinam os modos de vida e condições de saúde da população – não se restringindo a das mulheres. É neste sentido que a PNAISM inclui tais aspectos como diretrizes para a exequibilidade da AISM.

Os profissionais de saúde também são sensíveis a estas considerações. A médica Helena apontou alguns destes aspectos abordados pela PNAISM na entrevista que fizemos. Segundo ela, um dos desafios que enfrentam para melhorar as condições de saúde das mulheres é a falta de estrutura ofertada àquela que é mãe e trabalha. Helena falou diversas vezes sobre o curto tempo da licença maternidade e a necessidade de que a extensão para 6 meses de licença seja lei para todo tipo de trabalho. Comentou ainda sobre a oferta de creches públicas para que as mulheres possam trabalhar favorecendo a inserção destas no mercado de trabalho (DC). Em suas palavras:

“os pontos negativos com relação à saúde da mulher estaria um pouco ligada com a intersectorialidade, nem seria especificamente só de uma secretaria de saúde um órgão de saúde, que é o que? Eu acho que ainda se precisa dar uma melhor estrutura à mulher que trabalha e que é mãe... é... o retorno ao trabalho, esse aumento de 4 a 6 meses como sendo opcional, eu acho que não é bom porque acho 6 meses até pouco pra se criar, se cuidar de uma criança. Eu acho que deveria não ser só um projeto que voltado à empresa cidadã, mas que fosse realmente uma obrigação, dar esses 6 meses de licença. Acho que não se oferece, não se cria uma estrutura de creches, de serviços que possam também favorecer pra que essas mulheres estejam inseridas no mercado de trabalho com tranquilidade sabendo que vão deixar seus filhos. Acho que se precisa investir demais em educação. Educação é a base de tudo. Se oferecer escolas dignas pras pessoas pra que elas tenham uma boa formação. Isso é a base de tudo. E... também em relação a violência contra mulher, acho que ainda se tem muito que evoluir. Então acho que ainda tem muito que avançar, mas já houve historicamente uma melhora significativa.”

No processo de investigação, quando voltei minha atenção à intersectorialidade, pude perceber que as escolas e as fundações culturais são importantes instituições na comunidade. Além da oferta de informação e conhecimento para a população, são espaços de interação de jovens.

As escolas articulam-se com o serviço de saúde para a realização do PSE, mas não vi outras atividades realizadas em conjunto, voltadas à saúde da população em geral. A articulação entre USF e escolas restringe-se na oferta de espaços para realização de atividades educativas da equipe, como era o caso do PSE e dos grupos de adolescentes, principalmente – como foi a atividade que eu puder participar, com a equipe Lírio do Vale.

As fundações culturais exercem grande influência na comunidade. A fundação Sempre-Viva, por exemplo, oferece diversos cursos, oficinas, e tem uma frequência de jovens considerável. Grupos de mulheres e homens também frequentam o espaço, em cursos de dança, de reeducação alimentar, grupos de geração de renda, etc. A equipe Lírio do Vale realizava algumas atividades em conjunto com a fundação, como oficinas com temas ligados à saúde com jovens e feira de saúde. Tanto as profissionais da Unidade como as da fundação me relataram destes eventos que fizeram em parceria, pouco tempo antes da minha pesquisa de campo.

Com relação aos outros setores, a Unidade Ipê coopera também com a delegacia da mulher, que é praticamente vizinha. A delegacia disponibiliza salas para atividades das equipes, material didático e panfletos informativos sobre a violência de gênero. As profissionais da equipe Lírio do Vale mencionaram a possibilidade de uma articulação mais estreita com a delegacia para tratar sobre violência doméstica. Ainda que a iniciativa não tenha sido da delegacia da mulher, mas de uma professora de enfermagem que faz suas atividades de estágio com o alunado na USF Ipê, a delegacia fora o espaço onde eu participei de uma oficina destinada às ACS sobre violência contra mulheres.

A atividade de cunho educativa e informativa rendeu bons frutos com as ACS da equipe Lírio do Vale que acompanhei. Rita, depois dessa oficina estava mais sensível a problemas referentes. Também fora este o único espaço onde tive conhecimento concreto de casos de violência contra mulheres no bairro Jardim.

Perguntei para algumas profissionais como Ivana, Tereza, Helena e as agentes de saúde, todas elas disseram-me que havia alguns casos de violência em suas áreas de abrangência, que faziam contato com a delegacia quando achavam pertinente. Adiante

abordo novamente este tema, onde discuto sobre as condições das mulheres na vida doméstica e conjugal.

A oficina sobre violência contra a mulher direcionada à equipe de ACS que participei, contou com a disponibilização de panfletos informativos e vários folders explicativos sobre os tipos de violência que se pode verificar contra as mulheres, oferecidos pela delegacia e pela professora. Em conversa com a delegada, esta me falou que a delegacia frequentemente realiza seminários, eventos, oficinas com a população do bairro e ainda disse-me: *“eu vejo que a comunidade aqui ainda ficou bem mais vigilante, os vizinhos estão de olho, não deixam acontecer casos de violência porque sabem que a gente tá aqui, que a gente tá fazendo um trabalho de conscientização, a gente se integra bem com a comunidade...”* Eu mesma não pude verificar essa questão, pois não tive conhecimento de atividades realizadas pela delegacia enquanto estive em campo, nem mesmo ouvi algum morador do bairro falar sobre isso, mas vi um cartaz na parede da delegacia que divulgava uma oficina com jovens para geração de renda.

A associação de moradores do bairro também é outra instituição que promove diversas atividades com a população. Possui um serviço de reforço escolar para as crianças, realiza atividades com mulheres, oferece cortes de cabelo e serviços de salão de beleza gratuitos, além de abrigarem alguns estudantes de enfermagem que aferem, semanalmente, a glicemia a pressão arterial das pessoas. A associação é mais um espaço onde a equipe realiza suas atividades educativas.

Ao realizarem atividades educativas, profissionalizantes, de assistência e orientação às mulheres vítimas de violência, oferta de salão de beleza, entre outras, estas instituições contribuem para a promoção da saúde. A médica Helena, também abordou a importância destas instituições dizendo que o seu trabalho seria de melhor qualidade se contasse com um trabalho em rede, com a parceria dos outros atores.

Eu poderia apontar ainda outros aspectos relevantes para a promoção da saúde da população do Bairro Jardim, que se referem à necessidade de um bom funcionamento de setores de serviços públicos imprescindíveis como: o serviço de coleta de lixo que não é suficiente, permanecendo focos de insalubridade nas ruas, ou mesmo a segurança pública – já que a violência tem se tornado um importante alvo de preocupações no bairro. É possível perceber que estas são questões importantes para elevar as condições de vida e saúde da população do bairro, que quando não funcionam adequadamente, não são capazes de criar condições favoráveis para prevenção e promoção à saúde. .

De porte destas observações, posso recolocar as diretrizes da PNAISM que consideram a importância da articulação e parceria de setores governamentais e não governamentais. Percebi a existência da prestação de serviços à comunidade por parte destes diversos setores, mas diante das poucas evidências de atividades realizadas em conjunto (USF e outros setores), constatei que ainda não foi possível superar as ações fragmentadas e isoladas que frequentemente realizam – ainda que se observem esforços das profissionais em mudar este cenário.

3.3. A INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS E A AISM

De igual relevância, a dimensão que envolve a integração de serviços na noção da integralidade também fora contemplada pela PNAISM, colocando-se a importância do conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde em todos os níveis de atenção – da AB à alta complexidade – bem como da garantia de acesso a estes serviços do SUS, garantindo as condições para execução desta política.

Referente a este aspecto, foi possível perceber diversas situações na Unidade de saúde, nas falas das profissionais e até mesmo de usuárias, que forneciam elementos para reflexão. De antemão aponto a fragilidade com que os diferentes serviços de saúde interagem entre si, quando o fazem. A interlocução é debilitada e muitas vezes, inexistente.

Em minhas observações, percebi poucas evidências de existir uma rede integrada entre os serviços de saúde. Não fosse pela ajuda de profissionais e usuárias eu pouco saberia como se processa a interlocução entre os diferentes níveis e setores do sistema de saúde. A única observação direta que pude ter fora durante minha permanência no SAME.

Enquanto observava a Unidade, durante o primeiro mês, notei que as profissionais constantemente teciam críticas ao SAME. No segundo mês (julho de 2010) decidi que eu poderia colaborar de alguma forma com as profissionais. Eu queria ajuda-las em alguma coisa, pequena que fosse. Depois de um mês de observação constante, eu começava a me sentir mal em ver todas as pessoas em seu trabalho, (algumas vezes sobrecarregadas) e continuar ali, parada (muitas vezes sentada), apenas observando. Comecei a imaginar o quanto uma pessoa desconhecida, parada ao seu

lado, observando seu trabalho devia incomodar as pessoas. Decidi então me prontificar em ajuda-los em qualquer tarefa que me delegassem. Falei com a gerente sobre isso e ela me recomendou que conversasse com as enfermeiras, ou que eu ficasse no SAME, pois era o lugar de onde recebiam maiores reclamações. Fiz as duas coisas, falei com a enfermeira Tereza e fui até o SAME. No mesmo dia em que entrei já me deram pequenas tarefas que agilizavam o trabalho do pessoal. Assim, pude me sentir mais a vontade com as pessoas e interagi melhor com todas elas.

No mesmo ambiente do SAME há uma pessoa encarregada de fazer o cartão do SUS, que é Naiara, uma jovem de 24 anos. Naiara é funcionária do NGI – Núcleo de Gestão da Informação – e seu trabalho, além de fazer o cartão SUS, também é marcar as consultas das pessoas usuárias que possuem o cartão para médicos especialistas ou para realizar exames em laboratórios. Esses médicos e laboratórios são cadastrados no serviço público, atendem pelo SUS e constam em uma rede integrada através deste suporte informatizado.

A proposta de informatizar a oferta de serviços e profissionais especializados, que não constam na Unidade básica, parece um ótimo instrumento de aperfeiçoar o trabalho e dinamizar o atendimento ao público usuário. Todos os dias muitas pessoas passam por ali para marcar consultas com oftalmologista, cardiologista, ou fazer exames. Todos os tipos de especialidades são procurados, porém, diante do que pude observar as maiores demandas são para oftalmologista, cardiologista, dermatologista, ortopedista e fisioterapia.

Contudo, ainda que o instrumento funcione, na maioria das vezes ele está com algum problema, ou o sistema fica lento, ou mesmo fora do ar. Inúmeras vezes presenciei Naiara em seu posto dizendo às pessoas que não poderia realizar aquele procedimento no momento. Certo dia, uma situação como esta marcou minha memória:

Um dia às 15h40m tive uma situação em que uma mulher queria marcar consulta com o oftalmologista e Naiara disse que não estava mais marcando, pois o sistema estava lento e caía sempre, depois das 16h ficava pior, então ela não atendia mais. A mulher ficou indignada e muito brava com Naiara e o pessoal do SAME. Foi embora e lá na porta resolveu voltar, quando voltou ela foi falar com a gerência para reclamar do atendimento. Enquanto ela falava suas reclamações à Naiara, outra mulher estava no balcão esperando que seu cartão ficasse pronto. A mulher que não foi atendida era branca, baixa, usava óculos, cabelos meio ruivos, usava roupas simples, parecia uma pessoa simples, sem grandes recursos. Mas enquanto ela reclamava e pedia, quase

implorando que Naiara fizesse seu atendimento, ela comentou que ela até tinha plano de saúde, mas estava com problemas na justiça com seu plano, que era a primeira vez que ela precisava do SUS e era assim que ela era tratada? Depois soltou alguns insultos, dizendo que o funcionalismo público é uma vergonha, que não sabe e nem gosta de trabalhar, etc. Ela pensou que eu também era funcionária, então se dirigia a mim e soltava sua raiva. Eu não sabia o que fazer. Ela (Naiara) estava falando a verdade, eu vi. O sistema caía toda hora. Fiquei um pouco indignada também. Perguntei a mim mesma como é que fazem um sistema de informação de tamanha fragilidade? Uma rede integrada que possibilitaria acelerar os trabalhos e não funciona direito? (DC)

Em visita domiciliar com Marieta, também presenciei uma conversa sobre o mesmo assunto. Enquanto fazíamos a visita, estivemos na casa de umas mulheres que pediram informação a agente sobre marcar consultas no oftalmologista. Eram duas vizinhas que estavam em dúvida, e perguntavam a Marieta como poderiam fazer. A resposta de Marieta foi que no balcão do SAME é possível marcar com Naiara, mas que também havia a possibilidade de ligar para uma central que marca. Entre si, elas conversavam comentando que havia o número de telefone para realizar o mesmo processo, mas que nenhuma delas, nunca havia conseguido marcar por esse meio (DC).

Para além dos problemas cotidianamente observados no sistema de informação, também percebi que essas especialidades mais procuradas como aquelas citadas acima, geralmente não têm vagas e, quando tem, é necessário marcar a consulta para depois de três meses.

Nos discursos profissionais, pude observar mais um elemento sobre a questão da integração dos serviços, agora relacionado à relação hospital-Unidade básica. Em uma das primeiras reuniões de gestantes que participei, uma mulher perguntou à médica como se saberia a hora do parto.

A médica Helena explicou e falou sobre a maternidade. Nesta hora ela comentou sobre a deficiência de integração entre os serviços. Por exemplo, a Unidade e o hospital maternidade não interagem. Não há um encaminhamento e nem a garantia de saber em qual maternidade a mulher terá seu filho. Além disso, os médicos de ambas as instituições não se conhecem. Então a médica Helena sugeriu que fossem procurar as maternidades, tentassem conhecer a maternidade para poderem saber como é o lugar onde terão os filhos. Mesmo assim, chamou a atenção para os problemas das maternidades nem sempre terem vagas, que muitas vezes dão preferência a quem já fez pré-natal lá e as mulheres que fazem seu pré-natal corretamente na USF às vezes não são atendidas. Não houve menção ao disk-maternidade (DC).

Sobre este assunto, Tereza me falou em outra reunião de equipe, que havia participado de um curso sobre adolescentes e, neste curso, ela soube de um projeto municipal de integração entre as Unidades básicas de saúde com as maternidades locais. Tereza não soube me dar mais detalhes sobre o projeto, apenas sinalizou a possibilidade e importância de que este vire realidade.

Na dimensão da saúde mental, a médica Helena me disse em entrevista que sua equipe possui um bom relacionamento com o CAPS da região e que conseguem acompanhar conjuntamente os casos de pessoas que precisam deste tipo de atenção. Já vi várias vezes as profissionais ligarem para o pessoal do CAPS para saberem do caso de algumas pessoas, ou para tentarem resolver casos de internação. O bom relacionamento entre a equipe de saúde e o CAPS refletiu-se inclusive na entrevista feita com Laura (ACS). Quando perguntei a Laura como ela observava as necessidades de saúde das mulheres e sua atuação diante destas necessidades, Laura me respondeu:

“Elas ficam voltadas bem mais pra casa, pro trabalho, com a preocupação com a família, então elas não tem lazer e o que que acontece? Ai vem e afeta a parte mental delas, elas ficam um pouco desestruturadas... Tem umas que não falam nada, mas pelo comportamento você pressente. Ai então elas precisam assim, digamos que, um psicólogo, um analista, num é!?! Porque isso pra elas, principalmente pras de baixa renda, elas acham que isso tá distante. Mas eu disse, não gente, isso num tá distante não, isso foi antes, agora não, agora nós temos o CAPS ali, vocês conversam com a gente, marca um dia, vai lá, tem as meninas lá que vão te atender muito bem... e lá não é só feito pra pessoa que está realmente bastante desequilibrada... são pessoas que estão com seu emocional abalado. Ai eu indico o centro pra elas...”

Diante destes relatos e reflexões, posso dizer que existe uma tentativa de integração dos serviços com vistas à promoção, proteção, reabilitação e recuperação da saúde, ao menos por parte das profissionais com quem tive contato. Em suas práticas, as profissionais percebem a importância desta interlocução. Também vi algumas vezes Laura, Tereza e Helena conversarem com o pessoal do CAPS e tentando resolver os trâmites burocráticos necessários para que conseguissem realizar a internação de uma senhora, vinculada a Laura, que passava por sérios problemas de saúde mental. Problemas esses que ultrapassavam suas possibilidades de atendimento (DC).

No entanto, a predisposição das profissionais de trabalhar em uma rede integrada, comunicando-se com outros serviços de saúde nem sempre produz resultados satisfatórios para elas ou para a população usuária. A própria médica Helena reclamou da falta de contra-referência e debilidade de integração dos serviços, *“que impede um trabalho em parceria e acompanhamento conjunto da população que precisa do cuidado”*. Vale considerar a fragilidade do sistema integrado e informatizado, por exemplo, e mesmo a distância entre os serviços de outras complexidades como o hospital maternidade e a Unidade básica.

No hall de espera de consultas, outra usuária também fez referência ao problema de distância entre os serviços. Segue um relato de observação que narra esta conversa:

Eu fui pra espera do 2º pavimento, ali onde as pessoas esperam ser chamadas pra consulta. Ali tem algumas cadeiras, mais ou menos umas 15. Neste horário ainda tinha pacientes, mas também cadeiras vagas. Então me sentei. Ao lado estava uma gestante – que estive no grupo da equipe Lírio do Vale – era Giovana, que se não me engano é de outra área. Giovana tem 20 anos, e esta grávida há 7 meses. Quando ela me viu, me perguntou o que eu era ali no posto, eu expliquei a ela e ela começou a fazer várias queixas sobre o serviço de saúde. Fiquei com a impressão de que para ela, eu era uma mediação de suas queixas e reivindicações para instâncias maiores, para que aquilo fosse resolvido. Então Giovana me falou que faltava ambulância, que faltava ultrassom na Unidade. E falou também do problema que é quando os médicos fazem encaminhamentos. *“encaminham pra outros médicos, mas e aí? Depois nem sabe quem é quem, um não sabe do que você teve e depois é o outro que ficou sem saber...”* Caracterizou o problema como uma dificuldade do acesso à saúde. *“Muitas vezes pedem exames que a gente não consegue fazer, manda pra médico que não consegue marcar, essas coisas”*. Que se todos esses serviços já estivessem lá (na Unidade), seria mais fácil. *“Mas já que não tem que tenha pelo menos uma ambulância, que se alguém chega aqui parindo, já teria a ambulância pra levar, não dependeria de taxi ou de alguém que tivesse carro”...* (DC).

A debilidade também é percebida na pouca oferta de ações para atender as necessidades das mulheres. Tereza me contou, em entrevista, sobre a esterilização, que se trata de uma questão exemplar deste problema. Perguntei se havia muita procura a este tipo de intervenção e Tereza me respondeu o seguinte:

“assim, tem umas que querem, vem aqui pedir “ah porque eu quero ligar, eu quero ligar”, mas a gente não consegue aqui, até hoje, nenhuma... nenhum trabalho, nenhuma ponte que facilite isso, infelizmente”.

Esta fala de Tereza coloca claramente a impotência deste setor na articulação com outros serviços e na abrangência das ações ofertadas. Esta colocação lembrou-me da história que uma mulher, mãe de uma jovem que faria pré-natal, me contou enquanto esperava a consulta. Esta mulher teve que se dirigir a muitas instâncias para realizar a esterilização, feita há mais ou menos 10 anos:

Conversei com uma senhora, mãe de Ednéia (outra gestante que estava no grupo) que me falou sobre sua esterilização: *“eu queria fazer a ligadura de todo jeito, eu já tinha 3 filhos, mas foi um sufoco para conseguir. Todo mundo achava que eu era muito nova pra ligar, e eu dizia que já tinha três filho...”* Ela também falou que tinha ido a todo lugar e não conseguia nada. Até que conseguiu por intermédio de um político de uma cidade vizinha a Salvador. O político interveio por ela e conseguiu uma cirurgia, que ela realizou naquela mesma cidade *“... foi um sufoco, mas eu consegui”* (DC).

A fala desta senhora levou-me a refletir sobre uma das condições da AISM que se refere à garantia de acesso das mulheres a todos os níveis de atenção. Apesar de esta senhora ter realizado sua operação há 10 anos – antes da promulgação da PNAISM – ainda assim, desde o PAISM (há 27 anos) se define a prioridade de que sejam ofertadas ações dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde das mulheres. Há 10 anos este aspecto não era contemplado e, diante da fala da enfermeira Tereza, ainda não o é.

Esta questão envolve outras reflexões correlatas. Em primeiro lugar, a necessidade desta mulher em ter acesso não apenas à cirurgia, mas também à informação para tomar esta decisão totalmente esclarecida. Não se sabe qual o grau de conhecimento que ela possuía durante o processo de busca pelo procedimento cirúrgico. Igualmente, refere-se ao desrespeito e não garantia que se pode observar à sua autonomia de decidir sobre sua vida reprodutiva.

Esta carência de respeito à autonomia de decisão das mulheres – que significa desrespeito também aos seus direitos sexuais e direitos reprodutivos – pode converter-se em uma relação de desigualdade, o que constitui na reflexão de Coelho *et. al.* (2009), *“em uma forma de violência que não implica agressão física, mas decorre de uma normatização na cultura, da discriminação e da submissão.”* (COELHO, *et.al.*, 2009: 157).

Outras considerações merecem destaque com relação à integração dos serviços, como as dificuldades das pessoas em marcarem consultas médicas com especialistas, em realizarem exames em outros espaços, em consolidar a sistemática de referência e contra-referência, além das dificuldades de acesso às maternidades, por exemplo, e a inexistente interlocução entre maternidade e USF.

Tais condições refletem, no cenário observado, que as ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde das mulheres, que se executam permanecem debilitadas bem como não se garante o acesso destas mulheres a todos os níveis de atenção à saúde. O problema também implica na pouca resolutividade dos problemas de saúde das mulheres, pois não são todos os contatos que as mulheres fazem com os serviços de saúde que são utilizados para a promoção, proteção e recuperação da sua saúde. Todas estas questões que não são contempladas, ou são parcialmente, fazem parte daquilo que a literatura apreciada neste estudo define como AISM. Contudo, a AISM abrange outras questões para além da integração dos serviços de saúde e intersetorialidade.

Estas duas dimensões, a meu ver, são questões que permitem a criação de um terreno fértil, onde práticas de atendimento integral – que contemplem as mulheres como sujeitos e seres totais, não apenas baseadas na perspectiva biomédica e tecnicista – possam ser plantadas, cultivadas e reproduzidas, de modo que os frutos deste empreendimento sejam nada menos que uma substantiva melhora nos níveis de saúde das mulheres e da população. Por isso entendo que a articulação intersetorial e a rede de serviços de saúde integrada sejam condições básicas para que se possa consolidar a AISM.

No entanto, a AISM depende também do modo como se processam os atendimentos na dimensão das práticas de atenção, que estão intimamente ligadas à reorientação do olhar sobre as mulheres, o entendimento das mulheres como cidadãs, e a nova postura perante suas necessidades de saúde e os modos de assisti-las. É nesta dimensão que se podem atrelar as concepções de gênero das profissionais observadas em suas práticas e discursos aos limites e possibilidades de consolidação da AISM. Deste modo, evidencio questões relativas a este domínio e às concepções de gênero que emergiram daí.

3.4. AS PRÁTICAS DE ATENÇÃO, AS CONCEPÇÕES DE GÊNERO E A AISM

As práticas de atenção à saúde compõem a terceira das três dimensões que constituem a integralidade, e encontram-se no centro desta discussão sobre as possibilidades de AISM – já que é nesta dimensão onde é possível refletir sobre as práticas cotidianas de atenção à saúde das mulheres e as concepções de gênero que emergem destas.

A articulação entre as concepções de gênero implicadas nos processos de atendimento e a AISM se dá na medida em que o enfoque de gênero tenha sido colocado enquanto premissa para fundamentar tais práticas – de acordo com a PNAISM. É deste modo que busco refletir quais as possibilidades de práticas baseadas na atenção integral à saúde das mulheres, no contexto observado.

Na USF Ipê, as atividades com as mulheres voltam-se primordialmente às questões que envolvem a dimensão reprodutiva, conforme destacado na descrição dos trabalhos da USF (Capítulo 2). A maioria de profissionais vincula a saúde da mulher principalmente às atividades como pré-natal, puerpério, planejamento familiar e reunião de gestantes. Não se trata de uma prática exclusivamente voltada a estes aspectos em todas as equipes, mas trata-se ainda de uma característica predominante. Assim, a assistência à saúde das mulheres permanece voltada predominantemente aos aspectos que permeiam a dimensão reprodutiva destas.

A preferência dada a este tipo de atividade com estas usuárias ficou clara na última reunião de planejamento e avaliação que fizemos na equipe Lírio do Vale, da qual já relatei alguns momentos. Dentre a tarefa de planejar novas ações da equipe para com a comunidade, as profissionais fizeram um levantamento demográfico para alguns grupos de usuários.

Para a surpresa de todas da equipe, a relação numérica foi a seguinte: Famílias cadastradas: 719; nº pessoas: 2624; nº de menores de 2 anos = 56; nº gestantes= 9; nº adolescentes de 10 – 18 anos= 327; nº hipertensos= 212; nº diabéticos= 54; nº idosos= 231; nº mulheres em idade fértil de 10 a 49 anos= 1161; nº mulheres de 40 a 60 anos (em idade de prevenção ao Câncer de Mama)= 426. Ao expor estes números, Tereza levantou alguns questionamentos:

“será que estamos priorizando os grupos certos?” “será que o foco principal da nossa equipe não é gestante, criança, hipertenso e diabético?”... “E os adolescentes? E as mulheres em idade fértil? E as mulheres alvo de ações de prevenção ao CM?” (DC).

As perguntas feitas por Tereza eram perguntas feitas por outras profissionais, quando visualizaram esta relação numérica. Conforme descrevi no capítulo 2, o grupo de gestantes era o grupo mais consolidado da equipe, e era atividade que dava mais orgulho e satisfação às profissionais, pois tinha frequência e assiduidade. No entanto, dentre 1161 mulheres, apenas 9 eram gestantes.

Deste modo, observa-se que a oferta de ações em saúde para atender todas as necessidades de saúde das mulheres; abranger todos os segmentos de mulheres – em todas as suas diversidades e especificidades – e, ainda, para abordar problemas desde a adolescência até a terceira idade, não fora observada como tal. As mulheres mais velhas não foram contempladas com nenhuma ação específica, enquanto estive em campo. A despeito dos desejos de profissionais, suas práticas nem sempre eram condizentes.

Quando se relaciona integralidade com autonomia, no caso da saúde das mulheres, emerge o imperativo de que este novo olhar ancore-se no entendimento da mulher enquanto protagonista, dona de sua condição de saúde. Uma mudança de postura seguindo a perspectiva da cidadania. É colocada na PNAISM a necessidade de se orientar os olhares sobre as mulheres como responsáveis pelas suas escolhas, norteando as práticas pelo princípio de humanização, com atitudes que contribuam para que a saúde seja entendida como um direito, melhorando o grau de informação para que lhes seja outorgada autonomia sobre seus corpos e suas decisões.

Porém, observo nesta sessão que o modo como interagem – profissionais e usuárias – em orientações e aconselhamentos, traduz um conflito existente entre a perspectiva biomédica e técnica – com a qual as profissionais estão mais familiarizadas – e uma perspectiva mais global de valorização de elementos sócio-culturais que contextualizam as usuárias. Esta interação reflete a dificuldade de integrar saberes entre profissionais e população usuária.

As profissionais não possuem apenas uma visão essencialmente biologicista, tampouco uma visão predominantemente social. Ao mesmo tempo em que intencionam “promover a autonomia” das mulheres usuárias, exercem suas ações na direção de colocar a estas usuárias a forma correta de cuidarem de suas vidas. As atividades

educativas são direcionadas, nesse sentido, repletas de orientações médicas e informações técnicas. Deste modo, as profissionais não conseguem ainda assistir a saúde das mulheres sem destituí-las de seu poder sobre seus corpos – inversamente ao que ainda consta em seus discursos como uma meta a ser alcançada.

A perspectiva de gênero, proposta para orientar práticas e fundamentar planejamentos de ações em saúde para as mulheres não é incluída nos processos de trabalho cotidiano. Seja pela falta de capacitação dos profissionais, que já fora apontada, seja pela reprodução de valores e concepções, aos quais tal perspectiva se opõe. A frequente associação que se faz das mulheres à figura materna, à responsável pelo cuidado dos familiares e dos afazeres domésticos, pode ser um exemplo. Este olhar sobre a mulher, historicamente combatida pelos movimentos de mulheres, ainda hoje permanece preponderante no contexto observado.

Observei ainda as condições em que as mulheres se encontram implicadas no interior da vida privada e nas relações conjugais, caracterizadas por uma relação de dominação em que estão submetidas, suscetíveis à situação de violência. O modo como se dão as concepções de masculinidade na comunidade também reforça esta condição.

Igualmente sinalizo que a dimensão da sexualidade feminina também sofre um rígido controle, este não exclusivamente por parte das profissionais, mas também de familiares e vizinhança. A sexualidade resume-se na necessidade de realizar o Planejamento Familiar, nos riscos de gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis.

Assim, o Planejamento Familiar, que consta no PAISM como um avanço na oferta de serviços de saúde às mulheres, para que lhes sejam garantidos seus direitos sexuais e reprodutivos, acaba por tornar-se um dever destas usuárias, assumindo um papel controverso no controle de natalidade, voltado quase exclusivamente às mulheres.

As adolescentes, por sua vez, recebiam atendimento no PF, nas consultas próprias para adolescentes – que apenas Tereza, dentre todos da Unidade, disponibilizava em sua agenda – e contavam com reuniões de grupo, cuja debilidade e descontinuidade transformam-se em grandes desafios. Também não presenciei, nem tive conhecimento de qualquer atividade voltada às mulheres que vivenciam o climatério e menopausa.

De outro modo, discuto a emergência do termo “parir” que me suscitou questionamentos relacionados à imagem que se faz da mulher que traduz desafios perenes nas atividades da equipe Lúrio do Vale. Enquanto o termo parece definir a

mulher quando utilizado pelas profissionais, também demonstra que se trata de um ato intencionado – já que é uma experiência exclusivamente feminina e a gravidez geralmente é vista como sua responsabilidade. Contudo, para além do poder de realizar este ato, parir parece constituir-se em uma atividade contrária aos esforços das profissionais que pregam a prevenção da gravidez para com essas mulheres. Parir é o que as mulheres fazem ao contrário das orientações das profissionais, independente do que é preconizado.

Assim, ainda que haja o interesse em aumentar o PF em algumas áreas, ainda que as profissionais empenhem-se nas atividades educativas sobre a prevenção da gravidez não planejada, mesmo assim as mulheres continuam parindo. E esse fato parece conformar um desafio ao trabalho das profissionais.

Para esclarecer estes pontos abordados, descrevo-os conforme me foram evidenciados, sinalizando as concepções de gênero implicadas neste universo de práticas.

3.4.1. As atribuições das mulheres e as orientações profissionais

As profissionais da equipe Lírio do Vale apontam a mulher como a figura fundamental de seus lares. Constatam que a mulher mantém-se como principal responsável pelo cuidado da família, cuidado dos filhos, cuidado da casa (tanto em tarefas domésticas como no gerenciamento do lar) e ainda o cuidado pela estabilidade familiar (ou conjugal). Para a médica Helena: *“Apesar de toda emancipação feminina, mas a responsabilidade do lar ainda é muito da mulher, e ela geralmente é quem cuida muito”*.

Tal característica também fora observada nas poucas atividades vivenciadas com a equipe da médica Bárbara. Na reunião de gestantes da equipe Gardênia que participei, outras falas também podem exemplificar a forma como se articula a imagem da mulher atrelada ao cuidado com os filhos e com a estabilidade conjugal:

Bárbara lembrou a última reunião de gestante que falou sobre parto. Então ela pede para repassar o que discutiram. Poucas gestantes falam, mas lembram alguns pontos. A médica lembra os sinais do parto, sobre os cuidados para quando for à maternidade “parir”: deixar a mala do bebê arrumada, cuidados com a limpeza, ficar cheirosa – *“até pro marido gostar, né?! Porque se não... a rua tá cheia de “piri”, pra*

pegar ele” (refere-se ao termo muito utilizado atualmente de “*piriguete*”, que está ligada à imagem de mulher “*fácil*”) (DC).

As orientações passadas às mulheres sobre o modo como devem cuidar de seus filhos e da manutenção de sua vida conjugal, parecem permear muitas das práticas das profissionais. As reuniões acabam por conter prescrições baseadas no conhecimento profissional sobre como as mulheres devem conduzir suas vidas e exercer seu papel de cuidadora da melhor maneira – sob julgo daquelas que transmitem as orientações.

Conforme nos demonstra Schraiber, em seu estudo realizado com equipes de PSFs em Recife, as mulheres são usuárias preferenciais dos serviços, seja como mãe ou como cuidadora da família, ou ainda reprodutora dos discursos e práticas de saúde (SCHRAIBER, 2005). Scott (2005) em reflexão sobre gênero e família no PSF em Recife, reafirma esta centralidade com a qual a mulher é vista nas Unidades de saúde. (SCOTT, 2005).

Segundo Bustamante & Trad (2007), entre profissionais do PSF persiste uma grande dificuldade “*em superar a visão universalizante de família, baseada no modelo nuclear, assim como a tendência a pensar nas mulheres como as “cuidadoras” naturais da família*” (BUSTAMANTE & TRAD, 2007: 1176).

E por constatarem este papel social atribuído às mulheres, as profissionais reforçam este ideário, com a série de orientações sobre como devem cuidar de seus bebês, por exemplo. Coloco este exemplo, por observar que dentre as orientações passadas pelas profissionais às usuárias gestantes, existe uma preocupação constante em reforçar a importância do aleitamento materno exclusivo. Esta preocupação das equipes profissionais segue de acordo com os esforços empregados pelo próprio Ministério da Saúde para ao aumento desta prática.

O trabalho etnográfico de Tornquist (2003), sobre humanização do parto faz referência à questão da amamentação. A autora aponta e reflete sobre o valor atribuído à prática da amamentação. Ao mesmo tempo em que se preconiza a amamentação enquanto um direito do bebê perde-se de vista o direito da mãe em resistir a esta prática. O que poderia ser uma normativa bem intencionada acaba sendo mal implantada, ferindo até mesmo princípios relativos aos direitos humanos. Segundo a autora, a prática de indução à amamentação, muitas vezes ocorre como uma “*obsessão em fazer toda mulher amamentar seu bebê*”. Sendo fruto de um imaginário de tradição higienista que busca construir um modelo de mãe que acaba em violências e desrespeito “*aos*

direitos das mulheres sobre seu próprio corpo e à diferença.” (TORNQUIST, 2003: 426).

O esforço em prescrever o aleitamento exclusivo e conseguir que a mulher o faça, choca-se muitas vezes com o saber popular das mulheres, das familiares destas mulheres ou vizinhança. Nisto encontra-se uma das maiores intenções das profissionais – conscientizá-las de que muitos conhecimentos do povo sobre a saúde é apenas “mito”. Sobre isso falou Marieta, em uma reunião de gestantes:

Marieta ressaltou a importância de se fazer o que aprendeu, do que lê, do que aprende que é o certo. E não dar bola aos hábitos, ensinamentos e experiências dos familiares, vizinhos, que muita coisa é “mito”. E depois a criança vai precisar de remédio, vai ficar doente. Contou que sua irmã teve uma filha e apenas amamentou até os 6 meses, não deu mais nada, nem chá, nem mingau, nada que as pessoas diziam para ela dar a sua filha. Ela fez exatamente como a médica orientou e só deu leite materno, por consequência hoje sua filha tem 5 anos e nunca precisou tomar antibiótico. Disse também mais de uma vez que as meninas é que eram as responsáveis pela saúde, pela vida de seus filhos. (DC).

Bustamante (2009) também aponta em seu estudo, certa distância entre as expectativas dos profissionais para com as usuárias e vice-versa. Em um relato sobre uma profissional de saúde, nos mostra como a profissional se lamenta pelo fato das usuárias não seguirem suas orientações. Ao mesmo tempo em que, em uma fala da mesma profissional que é reportada, se percebe o quanto as orientações técnicas se distanciam das realidades vividas pelas usuárias, além de se pautarem na supremacia do saber científico em detrimento dos conhecimentos de vida e de experiência das usuárias. (BUSTAMANTE, 2009: 185)

Esta questão observada articula-se a outra, que se refere à associação da figura da mulher com a esfera doméstica. Nas visitas domiciliares, sempre que chegávamos em alguma casa, a ACS perguntava da mulher da casa, mãe, avó, tia, irmã. Ao encontrar alguma mulher na rua ou em casa, quando a agente perguntava sobre o estado de saúde de algum familiar, recomendava depois que esta assumisse a responsabilidade sobre o caso específico. Falas como: *“Porque você não cuida dela? Vá lá, pega ela e fica responsável por ela...”* ou então: *“Se você marcar uma consulta pra ele, ele num iria?”*, ou ainda: *“Vá lá, num esqueça não, vá marcar uma consulta pra seu avô!”* (DC), foram pronunciadas sempre a uma mulher – jovem ou adulta – durante visitas.

Poucas vezes vi um homem nos atender, ainda que estivesse presente nas casas. Esta observação exemplifica como a esfera privada é de domínio feminino.

Trago esta reflexão para discutir os limites destas práticas de atenção à saúde, nas quais as profissionais não conseguem instituir uma relação de construção compartilhada de autonomia com (e para) as mulheres usuárias, ainda que o desejem. Enquanto não se transcende a idéia da mulher como a principal responsável pela casa, pela família, pelo cuidado – não é possível transformar as práticas para além das ações de orientação baseadas em normativas para os modos de vida das usuárias. Se o olhar sobre as mulheres permanece ancorado em valores tradicionais, que atrelam sua figura ao espaço doméstico e privado, estas não se apropriam de autonomia.

3.4.2. A mulher na esfera privada e conjugal

Durante todas as vezes que “*desci pra área*” com as Agentes e outras profissionais, salvo poucas exceções, as pessoas com quem conversávamos em visitas, com todas as ACS que acompanhei, eram mulheres. Este fato reforça o imaginário que liga a mulher ao cuidado da família e da casa (ou seja, figura central da esfera doméstica). Eram as mulheres que estavam em casa, eram elas quem explicavam e gerenciavam as situações de saúde dos demais membros da casa e família.

As falas de Rita, Rosa e Laura, em entrevistas, evidenciaram que a Vila Lírio do Vale é composta em sua maioria, por mulheres casadas, formal ou informalmente. Também apontaram como um grande problema de saúde destas mulheres a falta de auto-estima. Rita e Rosa associaram este problema ao fato de que a maioria das mulheres depende dos companheiros e permanece a maior parte de seu tempo em casa. Algumas vezes são submetidas às agressões dos parceiros. E raramente procuram um emprego regular.

Na entrevista com Rosa, verifiquei que a presença de mulheres nas casas, predominante nos trabalhos domésticos e no cuidado com o lar, trata-se de uma condição característica da comunidade na Vila Lírio do Vale, conforme minha própria observação durante as vistas domiciliares. Rosa trabalhou como agente do último censo do IBGE realizado ainda em 2010, na mesma época de minha pesquisa. Aproveitei a oportunidade e perguntei sobre as condições de emprego das mulheres moradoras da Vila. Rosa me contou que as mulheres, a maioria é “*do lar*”. Reproduziu algumas falas

de suas entrevistas para mim, para exemplificar-me como as mulheres respondiam sobre a questão da renda: *“num tenho renda, num ganho salário, mas eu faço faxina... trouxe algum dinheiro pra casa, vendi avon, vendi natura, fiz faxina...”*.

Rosa continuou seu pensamento dizendo que as mulheres *“são dependentes dos companheiros, e tem essa coisa de dizer que é do lar e pronto acabou o mundo, parece que quando elas falam isso eu tenho a impressão que a vida encerrou pra elas, eu tenho tido essa impressão, é inquietante isso.”* Rosa demonstrou muito incômodo com o fato das próprias mulheres não considerarem suas faxinas e vendas no mercado informal como trabalho. Segundo ela, as mulheres lhe diziam que não possuíam renda por não saírem de casa, ficarem em casa cuidando dos filhos, porque não tinham carteira assinada e não saíam para trabalhar como o marido.

Em sua etnografia feita em Porto Alegre, Fonseca (2004) aponta uma observação condizente com a predominância da mulher no ambiente doméstico aqui destacada:

Enquanto a imagem pública do homem tem vários pontos de apoio, a da mulher gira quase exclusivamente em torno de suas tarefas domésticas na divisão do trabalho: ela deve ser uma mãe devotada e uma dona-de-casa eficiente (FONSECA, 2004: 31).

Sob esta perspectiva, refleti sobre as condições das vidas conjugais possivelmente estabelecidas na Vila Lúrio do Vale, já que três entrevistadas relacionaram a falta de trabalho das mulheres, a baixa auto-estima e a permanência destas no ambiente doméstico, sem grandes perspectivas de se inserir no mercado de trabalho, como características problemáticas das mulheres na comunidade. Também ouvi diversas explicações sobre problemas de saúde mental de mulheres do bairro, que tenham surgido a partir de algum relacionamento amoroso (segundo relatos de profissionais).

Sobre as relações conjugais, uma visita domiciliar que fiz com Rita pode dar algum exemplo do modo como percebi que se processam estas relações:

A televisão estava ligada e alguém estava assistindo TV. Rita perguntou quem estava ali e ela comentou que era seu marido, com um ar de desgosto. Como quem diz... tá aí, a essa hora assistindo desenho animado... Nesse momento ela ficou bem irritada. Disse que não agüentava mais, que queria dar um fim naquilo logo. E Rita disse: *“e porque não dá?”* Ela respondeu: *“e eu num quero?”* (me pareceu que era ele quem não queria ir embora, mas como não sabia do que se

tratava, achei melhor não tirar conclusões). Depois Rita disse: “*é... tem que ter paciência!!! Senão como é que a gente agüenta?? Essa vida a gente tem que ter paciência pra andar!...*” Depois Rita me explicou que Vanda era casada e seu marido estava desempregado, além disso, bebia. Por isso ela estava desgostosa (DC).

Segundo esta informação, a forma como se concebe uma relação amorosa, parece manter-se sob uma espécie de passividade, sensação de impotência da mulher ou aceitação diante de seu desagrado na relação conjugal. Perpetua-se uma relação de poder, onde a mulher é submetida a uma relação de dominação com o parceiro.

A pesquisa realizada por Dantas-Berger & Giffin (2005) baseada em entrevistas com mulheres que denunciaram violência conjugal no Rio de Janeiro, revelou que para elas, “*as expectativas de realização refletiram sua formação familiar para o casamento, a constituição e cuidados com a família.*” (DANTAS-BERGER & GIFFIN, 2005: 420) Segundo as autoras, as mulheres entrevistadas evidenciaram que quanto mais tentavam romper com padrões femininos tradicionais de domesticidade e passividade, mais o conflito conjugal se radicalizava.

Assim, compreendi que possivelmente a violência que se exerce sobre as mulheres do bairro, não se limite a agressões físicas, mas também – e talvez principalmente – às agressões morais e psicológicas, abalando sua estrutura emocional e auto-estima.

Esta condição também fora constatada no estudo de Coelho et.al. (2009) em Salvador, sendo revelados em depoimentos do estudo, “*conflitos da vida privada que expõem as mulheres aos agravos à saúde, à violência e à opressão.*” (COELHO, et.al., 2009: 157). As autoras defendem que,

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

Embora tivera conhecimento de casos de violência contra mulheres, não me aproximei diretamente com ninguém envolvido nestes caso. Apenas tomei conhecimento da existência de algumas mulheres agredidas. Fora na oficina dada às

ACS sobre violência contra mulheres que pude ter conhecimento destes casos, os quais na maioria envolviam algumas próprias ACS com quem eu não tinha proximidade.

Vale um parêntese aqui, para fazer algumas considerações sobre essa oficina. Duas agentes, que eu não conhecia, fizeram seus depoimentos alegando terem sido vítimas de violência. Ambas relataram a relação de seus ex-parceiros e agressores com a bebida e o desemprego. Este também foi um dos poucos momentos em que ouvi considerações das agentes relacionadas à questão racial e de classe. Uma das agentes comentou com a professora, que achava que a justiça não funcionava tão bem: *“falar da justiça, ói vou falar pra você, a gente tá entregue na mão de Deus...”* e continuou: *“e branca, classe média, apanha e não vem pra qui, não... tem vergonha. Branca apanha calada!”* Sobre este assunto, Juliana (outra ACS) colocou que *“na classe alta, as pessoas se impõem, têm vergonha... mas aqui, em minha área mesmo eu vejo, as mulheres comentando entre si “quem é que nunca apanhou?” Elas ficam debatendo porrada!”*

Além desta oficina, não explorei mais a questão da violência doméstica. Observei que as respostas das profissionais às minhas perguntas carregavam alto grau de preocupação em manter sigilo sobre o assunto e descrição na hora de me relatar que haviam casos em suas áreas. Assim não insisti sobre o tema.

Este debate sobre as relações conjugais coaduna com algumas observações acerca daquilo que se concebe (neste contexto observado) por masculinidade. Percebi a tendência das pessoas situarem o homem na posição de chefe da família (embora muitas vezes seja a mulher quem controla e gerencia a casa), do provedor do lar, tal qual eles mesmos o fizeram em dois grupos focais com homens que presenciei. Tais concepções podem resultar na imagem que estas entrevistadas possuem das mulheres na comunidade Lírio do Vale, como mulheres passivamente dependentes dos maridos sem muitas perspectivas de vida.

3.4.3. As concepções sobre a masculinidade.

Evidencio nesta sessão, algumas reflexões levantadas, a partir dos pontos de vista dos homens usuários, com os quais passei duas tardes em dois grupos focais realizados pelas equipes Gardênia e Lírio do Vale.

É notável que, durante ambas as reuniões, os homens que estiveram mais presentes eram homens mais velhos. Quando a médica Bárbara comentou sobre a pouca presença dos homens na Unidade de saúde, e na reunião, uma das agentes de saúde da equipe Gardênia percebeu esta questão e comentou comigo sobre a dificuldade dos homens saírem de casa.

Stela comentou então que era muito difícil tirar homem de casa. Porque querem dormir, querem ver a novela da tarde... *“Não acha que cuidar da saúde é para eles”*. Disse ainda que *“homem mais novo é menos preocupado que os mais velhos..”*. Nesta reunião tinham 6 homens, dentre os quais 5 eram maiores de 60 anos (DC).

Com relação ao conteúdo trabalhado nestes grupos focais, as concepções que a maioria dos homens tinha sobre ‘ser homem’ e suas atribuições na vida familiar e social forneceram-me subsídios para a compreensão das relações conjugais estabelecidas naquela comunidade, além de suscitar novos questionamentos – já que as falas destes homens muitas vezes relacionavam-se às suas vidas familiares e conjugais.

Os homens, ao serem questionados, colocaram-se como os sujeitos que têm a responsabilidade pela família, pelo trabalho, pela provisão financeira dos familiares. É o homem que precisa *“honrar seus compromissos”*, *“respeitar a família”*, *“trabalhar com responsabilidade”*, o homem é *“o chefe”* o *“rei da selva”* É o homem a figura relacionada à força e à direção (DC).

A imagem da força atrelada à figura masculina também fora colocada por todas as pessoas que entrevistei, quando refletiam a respeito da dificuldade que homem tem de ir ao médico. Os próprios homens no grupo focal foram bem enfáticos quando demonstravam seu modo de lidar com a dor ou com a doença, evocando a idéia de serem pessoas fortes. Um dos homens quando questionado sobre quando recorria ao médico, respondeu: *“Só vou quando tô pelas tabelas.”*, quando a médica Bárbara comentou sobre dentistas, se eles íam ao dentista e se para eles serviço de saúde incluía dentista além de médicos, outro homem respondeu: *“Pra mim a solução é rancar o dente.”* (DC).

Embora não possa generalizar minhas impressões a todos os homens da comunidade, dentre aqueles que participaram das reuniões e as outras pessoas que pude ouvir, percebi uma recorrência em associar a figura masculina àquela que possui força. Interpretei nas declarações dos homens presentes nestes grupos focais que a maioria

deles se considerava o chefe da família e a pessoa forte, protetora e provedora da mesma.

A médica da equipe Lírio do Vale constata estes atributos associados à figura masculina, principalmente quando comenta sobre a alta frequência de mulheres e a baixa frequência dos homens na Unidade de saúde e nas atividades da equipe. Apesar de sinalizar eventuais mudanças neste padrão de comportamento, a médica identifica-o como o mais recorrente em sua comunidade:

“Por ela ter sido habituada a cuidar, geralmente elas também são as cuidadoras. Elas precisam ter boa saúde, porque em geral elas cuidam de filhos, de netos, cuidam da casa. Às vezes também se alega, ah, a mulher é capaz de dar um jeitinho pra trazer o filho. Aí também é isso que eu digo, a praticidade. O homem diz, não! Eu gosto eu amo meu filho, mas sem trabalho eu não tenho como sustentar meu filho. A mulher é mais sentimento. Então elas vêm mais mesmo por uma questão cultural. Porque mesmo às vezes em casa onde a mulher é a principal provedora, ainda quem manda muitas vezes é o homem. Então ele acha é o que? Que ele é o chefe da família, ele precisa cuidar, ele tem responsabilidades. A gente já vê um pouquinho de mudanças, a gente já vê pais que vem trazer os filhos, até porque as vezes eles não estão trabalhando e as mulheres estão.”

Tais apontamentos articulam-se com a noção de masculinidade cunhada por Connell (1995). Segundo o autor, a ideologia da masculinidade incentiva o homem a exercer determinadas práticas e não outras, que definem um modelo de masculinidade hegemônico e estruturam o mundo social. Este modelo diz respeito àquele grupo masculino cujas representações e práticas constituem a referência socialmente legitimada para a vivência do masculino. Trabalhadores sobrevivem às relações de exploração definindo sua virilidade, através de qualidades associadas ao trabalho como força e resistência, também declarando sua superioridade sobre as mulheres. Ainda que o autor aponte a existência de diversas masculinidades, referindo-se à fluidez e às variações com que as identidades de gênero se conformam pelas experiências corpóreas e sociais, foi este modelo de masculinidade hegemônica que pude associar com minhas percepções nas relações de gênero da comunidade Lírio do Vale (CONNELL, 1995; CARVALHO-FILHO, 2008).

Em pesquisa sobre a saúde da população masculina na atenção básica, feita a partir de observações etnográficas e entrevistas com homens e profissionais de saúde em cidades de quatro estados brasileiros, Schraiber *et.al.* (2010) observaram a reprodução

da masculinidade hegemônica, associando a figura masculina ao trabalho, àquela que deve prover as necessidades da família. Os autores apontam que, dentre os homens entrevistados “[...] é comum argumentarem a maior capacidade física masculina, atributo que os faz sentirem-se invulneráveis e imunes ao adoecimento. Também se comparam às mulheres, às quais se dizem superiores por sua força física ou vigor.” (SCHRAIBER et.al. 2010: 963).

Gomes & Nascimento (2008) em discussão sobre a saúde do homem, também apontam para a influência das construções hegemônicas de masculinidade, na conduta dos homens. Demonstram na discussão “a construção da masculinidade com marcas identitárias – como adoção do status quase que exclusivo de ser ativo, a crença de que deve expressar invencibilidade, a associação do masculino à necessidade de expor-se ao risco [...]” Os autores identificam, a partir de pesquisa com jovens homens de uma comunidade do Rio de Janeiro, marcas identitárias do ser masculino, dentre as quais constam a de provedor e dominador.

Além desta imagem de força, de chefe da família, da pessoa que precisa ser respeitada em seu grupo social, outras idéias sugerem uma concepção de masculinidade entre os usuários. Em diversos momentos, percebi a necessidade dos homens de provarem sua virilidade, sua força masculina, quando lhe é demandado – ou ele pense que o é. Neste caso, já não se resume às falas dos usuários nos grupos focais, mas inclui falas de trabalhadores da Unidade Ipê. Além disto, ouvi alguns comentários que remetiam à imagem da mulher como um desafio a essa masculinidade, a essa virilidade. Assim foi que reparei o valor que alguns homens davam à paternidade.

Um senhor no grupo focal, quando negou a possibilidade de fazer vasectomia, justificou sua posição dizendo: “uma hora ou outra casa... daí vem ela e pede um filho... aí a gente fala: venha cá!” Sr. Laerte contou que tem 4 filhos, mas se uma moça quisesse “eu faço mais um. Onde come um, come dois.” (DC) Além dele, percebi que outros homens valorizam a paternidade. Júlio, um dos vigias da Unidade, pode ser um exemplo.

Outro dia, Júlio comentou que estava brincando com um menino e ele o chamou de pai. Júlio reforçou a idéia de ser seu pai e o menino acreditou. Júlio contava sua brincadeira com satisfação. Depois contou de uma conversa que teve com uma mulher e esta perguntou muitas vezes se ele tinha mais filhos, então ele respondeu a ela: “eu não, mas se você quiser me dar um, eu quero.” A moça respondeu a Júlio: “eu não, meu

marido já me dá” e ele: “*e você quer dar um pra mim, é?... se quiser eu quero*”. Outro momento que me levou a refletir sobre isso fora em uma conversa entre dois funcionários da Unidade e uma funcionária grávida. Ambos os rapazes reivindicavam a paternidade do filho dela (DC). Segundo Fonseca (2004), para o homem “*a virilidade está ligada à procriação.*” (FONSECA, 2004: 27) – e esta imagem parece se repetir em minhas observações.

Nesta questão talvez resida um nó importante para refletir sobre o conflito existente entre as práticas de orientação e os discursos de promoção da autonomia. É possível que a imagem da mulher dependente, sem auto-estima, fundamente práticas de tutela (ou controle) sobre a saúde desta, ao contrário de promover sua autonomia.

3.4.4. O tabu da sexualidade: Adolescentes, sexo, DST e gravidez

A forma como as pessoas investigadas concebem o que é ser mulher, nas práticas de atenção, também diz respeito às suas idéias sobre reprodução e responsabilidade feminina, implicando em normas de comportamento aceitáveis ou não para as mulheres, jovens ou adultas. Estes aspectos emergiram no processo de investigação paralelamente à noção de como se estruturam os relacionamentos conjugais, e por isso é importante ater-se também sobre eles.

A sexualidade é outro tema que se destacou nas observações. Percebi em minhas primeiras conversas com Dona Clara, a senhora que trabalha na fundação Sempre-Viva, que a sexualidade de adolescentes é um assunto pouco abordado ao mesmo tempo em que é alvo de grandes preocupações. As pessoas não se sentem preparadas para tratar do tema com adolescentes e quando falam do assunto, falam de forma obscurecida, tratando de temas correlatos. Assim foi que Dona Clara me relatou sua dificuldade em intervir nas brincadeiras dos meninos que falavam sobre a orientação sexual de um colega. Disse-me ela que embora seja uma mulher moderna, que entende de muita coisa, tem coisas que ela não sabe como lidar e essa era uma delas (DC).

Dona Clara passa todos os dias na fundação, e durante os primeiros dias em campo fui conversar com ela algumas vezes. Como era vizinha da fundação e queria conhecer melhor a vizinhança, passei algumas tardes por ali. Além de Dona Clara, Ana, a diretora do espaço também conversou comigo e me falou sobre sua preocupação com a gravidez na adolescência e o exercício da sexualidade entre os jovens da redondeza.

Com as profissionais da equipe Lírio do Vale ainda pude ver alguma preocupação com a questão da sexualidade. As idéias ainda ressoavam desencontradas entre as profissionais, mas todas atrelavam as questões problemáticas de saúde de adolescentes com a sexualidade e gravidez. Aliás, quando a sexualidade fora tratada, esta era articulada à gravidez e DST.

As atividades que a equipe faz com adolescentes são as atividades educativas: grupos de adolescentes e o PSE – Programa Saúde na Escola. Os grupos de adolescentes e o PSE costumeiramente ficam sob responsabilidade de Luiza (dentista). Luiza sempre disputa um espaço no cronograma para as reuniões desses grupos. No entanto, são duas atividades que também não se regularizaram. Há ainda uma série de especulações em torno de como deveriam proceder com estes grupos. A própria equipe, como um todo, ainda não construiu um planejamento consensual de ações para este grupo de usuários.

No mês de junho, não teve grupos de adolescentes e de PSE por conta do feriado do São João e dos jogos da copa do mundo de futebol. No mês de julho não teve PSE e eu não soube o motivo, sobre o grupo de adolescentes, se houve não fiquei sabendo. No mês de agosto, tivemos as duas atividades – PSE e grupo de adolescentes – das quais pude participar. Em setembro, no fim do mês, eu não estava frequentando o serviço de saúde com a mesma assiduidade, então não soube se tiveram outras atividades destas.

A única reunião de grupo de adolescentes que eu participei com a Equipe Lírio do Vale – que foi na escola, junto com as atividades de PSE – foi abordada a temática do Planejamento Familiar (PF), sob a classificação de sexualidade.

Ao que pude perceber as ações voltadas aos adolescentes acabam por ser resumir na questão do Planejamento Familiar, fundamentadas em informações técnicas. E este Planejamento Familiar é centrado na figura feminina. São as mulheres adolescentes, jovens e adultas quem freqüentam o Planejamento Familiar. Raramente homens – de qualquer idade – vão a consultas de PF. Também abordam a sexualidade atrelada, principalmente, à gravidez não planejada. Luiza sempre se lembra de abordar as DST e se engaja em falar do uso da camisinha – no entanto não parece ser um aspecto central, já que a própria oficina sobre sexualidade que fizeram na escola centrou-se no Planejamento Familiar.

Um dia, na sala de Luiza eu vi em seu armário uns cartazes que imaginei que fossem utilizados para as oficinas de adolescentes. Estava escrito no primeiro deles: SEXUALIDADE, e uma seta que levava a outras três palavras: DST AIDS

GRAVIDEZ. Perguntei a Luiza do que se tratava e ela me explicou que os usava nas reuniões ou oficinas com adolescentes. O cartaz demonstrava a forma como a profissional de saúde trabalhava a questão da sexualidade, uma vez que sugeria a idéia de que a sexualidade traria como consequência ou gravidez ou alguma doença.

Na reunião de avaliação e planejamento, quando Tereza fez observações sobre as ações que realizam, contou de seu esforço em atender adolescentes, abrindo um espaço em sua agenda especificamente para eles. Segue um relato do diário de campo:

Ela não tinha se dado conta que eram tantos. Ela foi a única a ter a idéia de abrir um horário em sua agenda só pra adolescentes que é na sexta de tarde, mas ainda não tinha noção de que sua área tinha tantos adolescentes. Então perguntou se não era o caso de abrir mais um horário para eles. E comentou sobre as falas das adolescentes em seu consultório e reproduziu uma delas: *“tem adolescente que chega pra mim e diz assim no fim da consulta: não bote PF não, que minha mãe vai olhar...”* Então comentou o quanto essas adolescentes merecem maior atenção e cuidado, principalmente na questão da gravidez. (DC)

Mais uma vez o PF aparece como um serviço principal oferecido a adolescentes. E o exercício da sexualidade aparece como algo proibido, como um tabu, principalmente ao tratar da questão entre jovens garotas na esfera familiar. Nesta reunião foi colocada algumas vezes a preocupação das profissionais com a gravidez na adolescência. Tanto que acabaram por definir o grupo de adolescentes como uma das prioridades das próximas ações da equipe.

Neste momento, coloquei minha opinião a respeito, já que considero importante que as atividades educativas, principalmente com adolescentes – com os quais já tive oportunidade de trabalhar há alguns anos – tenham continuidade e metodologia planejada. Apontei a necessidade de utilizar-se de novos instrumentos para provocar o debate entre os jovens, para além de vídeos didáticos, e sugeri que tratassem de outros temas que pudessem estar relacionados com a sexualidade, que não apenas a gravidez. Minha intenção, naquele momento de reflexão era provocar as pessoas de modo a desmistificar o exercício da sexualidade, pois percebo uma grande dificuldade entre as pessoas – e não apenas naquele contexto – de se falar sobre sexo com jovens.

Luiza pareceu gostar da minha sugestão, mas esta foi uma das últimas reuniões que pude participar, e assim, não pude ajudá-la no planejamento e elaboração de novos temas a serem tratados com aquele público.

A reunião com os adolescentes sobre sexualidade referida acima, evidenciou não apenas a centralidade dada à questão do planejamento familiar, como também a responsabilização das mulheres sobre a gravidez. A imagem da mulher como a principal responsável fora reforçada inclusive pelo vídeo apresentado. Em todo momento o vídeo apresentava como a mulher reproduzia, como a mulher poderia contar com os métodos contraceptivos e explicava como ela poderia usar cada um deles apresentados, enfatizando o uso das pílulas anticoncepcionais.

Algumas falas do vídeo referiam-se à figura feminina que engravida como: *“métodos anticoncepcionais para a mulher não engravidar...”* ou *“o corpo podia falar: hoje eu estou ovulando, melhor a gente se cuidar!”*, *“... a mulher pode calcular o seu período fértil, pode planejar ter o filho.”* Vale dizer que o vídeo é produzido por uma empresa farmacêutica, que produz pílulas anticoncepcionais.

A sessão de vídeo apresentava jovens brancos de classe média, famílias nucleares e felizes – uma realidade diferente da que eu observava todos os dias no Bairro Jardim. Igualmente, Silvia de Zordo (2009) observou, em sua investigação sobre o PF com mulheres de baixa renda em Salvador, um distanciamento entre materiais e métodos educativos e explicativos que a equipe profissional apresentava à população usuária e a realidade desta última. Silvia exemplifica este caso quando relatara o fato de profissionais se utilizarem de instrumentais como cartilhas, figuras, desenhos e exemplos que retratavam muito mais a realidade das mulheres brancas de classe média, do que a realidade destas mulheres, na maioria negras de classe popular. Silvia aponta ainda para questões semelhantes àsquelas observadas por Vânia Bustamante, como o distanciamento entre as perspectivas dos profissionais e as das usuárias, e demonstra que as queixas das mulheres usuárias se referiam principalmente à falta de oferta de métodos contraceptivos (De ZORDO, 2009).

Além disso, o debate que se seguiu após o vídeo, na sessão que participei, fora travado exclusivamente entre as profissionais de saúde e as adolescentes. As meninas tiraram suas dúvidas sobre injeções contraceptivas, pílulas, menstruação. Nem um garoto se pronunciou em momento algum. As orientações, por conseguinte, voltaram-se principalmente, ao público feminino. Muito embora Luiza, Tereza e Helena tenham convocado os meninos a falarem, nenhuma resposta fora ouvida. Luiza falou em um momento sobre isso:

“Geralmente são as mulheres que mais conhecem os métodos porque são elas as mais responsáveis... as meninas ficam sobrecarregadíssimas, ficam com toda a responsabilidade...” e então perguntou aos meninos se eles já sabiam sobre todos os métodos e se queriam perguntar algo. Nenhum dos meninos falou nada (DC).

Esse fato sugere que não são apenas as profissionais de saúde quem priorizam as mulheres ao tratar da questão da gravidez. Trata-se enfim de um padrão cultural presente em todo o contexto social em questão.

Inclusive entre as mulheres usuárias o valor atribuído à prevenção da gravidez sob responsabilidade feminina é compartilhada. Segue o relato de uma observação nos primeiros dias de investigação na Unidade:

Enquanto eu observava, percebi que algumas mulheres na fila estavam conversando sobre ter filhos. Só percebi quando ouvi uma dizer que *“os ricos só tem um filho hoje em dia”*. A outra moça concordou com a cabeça e disse que só tinha um. Elas comentavam o quanto era difícil ter um filho e depois comentaram sobre alguém que tinha muitos filhos, *“uma penca de filhos”*. Reprovavam tal feita. Depois essas mulheres começaram a falar de uma jovem que estava na fila (não dava pra ver quem era) que ela era novinha demais para ter um filho. Olhavam entre si e comungavam da opinião de que aquilo era um absurdo (DC).

Reprovada duas vezes é a mulher pobre que engravida, sobretudo durante sua juventude. É ela quem vai ter de enfrentar olhares acusadores, como aqueles que eu presenciara nesta situação relatada acima. É ela quem será julgada e condenada pela gravidez. Ao mesmo tempo em que é a mesma jovem que precisa esconder da família suas práticas sexuais e que é reprimida por querer exercê-las. A gravidez na adolescência é condenada pela maioria das pessoas que encontrei em campo e preocupa as pessoas mais velhas. No entanto, tal preocupação não se consubstancia em práticas de prevenção efetivas, salvo as atividades relatadas acima, que se realizam de modo fragmentado e descontínuo.

A fim de reforçar meu argumento, evidencio alguns aspectos apontados em outros estudos. Márcia Marinho (2006), ao realizar uma etnografia em uma UBS de Salvador, analisando os significados acerca da sexualidade adolescente, registrou em suas observações alguns momentos em que profissionais tinham suas práticas e interação com usuárias adolescentes baseadas em juízos morais e valores que delineavam seus significados de gênero. Em atendimentos do Planejamento Familiar,

algumas adolescentes foram atendidas e, o que se observa, a partir do relato escrito, é uma postura de imposição do saber técnico biomédico sobre os anseios, angústias e faltas de conhecimentos das adolescentes que tinham iniciado sua vida sexual. Outras questões ficaram evidentes como o reforço cultural transmitido às adolescentes de responsabilização feminina sobre a busca e conhecimento de métodos contraceptivos, sobre uma possível gravidez, além de destituí-la da autonomia e poder sobre o próprio corpo no momento em que defende seu posicionamento contra o aborto (MARINHO, 2006: 72-78).

Silvia de Zordo relatou também em sua etnografia, o ponto de vista dos profissionais, que seguiam a mesma lógica de responsabilizar as usuárias por não seguirem suas orientações, sendo culpadas de sua condição de saúde, ou gravidez não planejada (De ZORDO, 2009: 12).

Através de dados de pesquisa etnográfica em maternidade de Salvador, McCallum (2008) aponta que as adolescentes grávidas são vistas como autoras, como responsáveis da sua gravidez, incluindo uma idéia de atos egoístas por parte delas, ainda que se reconheça a influência das condições sociais em que estão inseridas. Segundo a autora, os profissionais entendem que as jovens são programadas fisicamente e psicologicamente para se tornarem mães, que a sexualidade influencia o momento de realizar este destino e, portanto, seus corpos estão sujeitos a forças internas que devem ser controladas.

Em contrapartida, enquanto estive em campo, percebi que as profissionais com quem conversei ficavam angustiadas e queriam buscar alternativas para resolver o problema. Em sua fala, Tereza me disse que 30% das usuárias gestantes são adolescentes, e dessas 50% voltam a engravidar. Comentou a necessidade de montar um grupo específico para essas meninas, *“que a gente pudesse tá trabalhando com elas de forma que elas não vão engravidar de novo... e daí que elas possam pensar num projeto de vida que não seja só ter filhos, na vida delas enquanto cidadãs que tenham direito a estudar, a ter profissão, a ter domínio sobre sua própria sexualidade.”* Tereza também fala que as adolescentes ainda não se apoderaram de seus direitos para gerenciarem suas vidas. Em contrapartida, Tereza e toda a sua equipe não conseguiram estabelecer ainda um hall de ações educativas sólidas com adolescentes, menos ainda nesse domínio mais sócio-político do que de orientações técnicas.

Em entrevista, a ACS Laura me fez a seguinte colocação sobre as necessidades de saúde das adolescentes: *“ah, as adolescente... elas precisam de direção... não escutam os mais velhos. As adolescentes de hoje deixam a desejar, que nós sabemos disso. Não sei o que elas querem da vida até hoje! Engravidar... eu vejo isso, eu fico doente quando eu vejo: 15, 16 grávida... É orientação que elas precisam!”*

Um dia, em uma reunião da Equipe Lírio do Vale, enquanto Sandra (ACS) relatava as intercorrências de sua micro-área, contou que tinham três grávidas. Neste momento, Helena disse a ela que era preciso melhorar o PF em sua micro área (DC).

As orientações profissionais sobre o PF e a tendência em repreender as mulheres que não fazem ou fizeram o PF continuamente, fornecem elementos para esta reflexão. Nestes moldes, o Planejamento Familiar – pensado como um instrumento de garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de todas as mulheres – parece ter se tornado um dever, uma obrigação das mulheres, principalmente as mais jovens, ou mais pobres.

3.4.5. A mulher que “pári”: a gestação e o comportamento aceitável para as mulheres gestantes.

Durante todo o processo de observação, percebi a emergência recorrente do termo “parir”, deixando a impressão de que “parir” significa mais do que o ato de ter o filho no momento do parto, sendo também uma marca impressa na imagem exterior da mulher, no corpo da mulher, definindo-a como tal. É uma ação exclusiva da mulher, é ela quem tem o poder de parir. No entanto, trata-se de um termo utilizado, principalmente pelas profissionais de saúde desta Unidade, tendo menor frequência nas falas de usuárias, as quais não foram possíveis abordar com igual intensidade. Assim, pude observar como se atribui uma “identidade de gênero atrelada à função reprodutiva” por parte das profissionais (MCCALLUM, 2007), sem ter suficiente clareza de seu aspecto relacional com as usuárias.

Constatei o uso deste termo em campo, no fim da pesquisa, quando Luana (ACD da dentista Luiza), estava comparando seu corpo (34 anos) com o corpo de uma amiga, menor de 20 anos. Ao reproduzir sua conversa com a amiga disse-nos que elas tinham o mesmo corpo, e então Luana virou-se para nós que a ouvíamos, concluindo: *“... e ela nem pariu!... tá lá com o corpo tudo cheio de estria.”* (DC). Neste momento, observei que “parir” poderia ser um elemento definidor na constituição do “ser mulher”,

justificando e/ou legitimando a condição social e corpórea da mulher, para com as usuárias dos serviços de saúde.

Esta conversa teria passado despercebida se logo em seguida, quando sentamos juntas novamente, as outras agentes de saúde não tivessem falado tanto sobre as usuárias que estão sempre “parindo”. Nas palavras de Mônica (ACS): “*Pári uma, duas, três vezes... só faz parir...*” Neste dia, quando cheguei em casa, olhei o diário de campo, e sem que eu percebesse, tinha reproduzido diversas falas como estas durante todo o período de observação. Foi então que passei a dar mais atenção ao uso do termo.

Embora a gravidez seja um fenômeno que se processe no corpo da mulher, tornar-se mãe, também possui significados sociais para todas as pessoas envolvidas (OLIVEIRA, 2008; FONSECA, 2004; SCAVONE, 2001). As profissionais usavam freqüentemente este termo ‘parir’ para falar das mulheres que engravidam, das gestantes, ou mesmo do próprio momento do parto. Assim, passou-me a impressão de que ‘parir’ vai além do parto, mas também diz respeito ao processo como um todo, desde o engravidar passando pela gestação e seu desfecho. Além disso, sustenta uma idéia de que as mulheres resolvem (conscientemente) engravidar, o que não seria um problema se não estivesse acompanhada a um juízo de valor, muitas vezes negativo – já que a maioria das mulheres são jovens, pobres e solteiras.

Neste contexto estudado, “parir” pode definir algo mais do que ter um filho, pode colocar a mulher numa posição ativa, conferindo-lhe certo *status* – que pode ter uma valoração positiva ou negativa, dependendo da idade, do número de filhos, condição conjugal, raça e etnia.

Na conversa que Laís e eu tivemos com Mariani, quando ela contava como era o PF antigamente,

Mariani se lembrou de um fato que uma vez uma moça virou e disse: “*não tem injeção? Então eu vou é parir!*” E levantou-se para imitar a forma de andar e postura corporal da mulher que falou isso. E continuou perguntando a Laís se ela se lembrava do PF de antigamente. Laís fez menção que sim. E seu comentário se estendeu: “*a outra uma vez fez assim: ó o que me deram... camisinha. Ói o que eu faço com isso aqui.. e foi lá e jogou no lixo.*” Laís perguntou: “*jogou no lixo a camisinha, foi?*” Mariani respondeu: “*é foi, jogou no lixo a camisinha!*” (DC).

A forma como Mariani reproduziu a fala da usuária, dá uma idéia do sentido intencionado atribuído ao termo parir. Outro dia eu estava na copa, após o almoço, com Luana e Jackson – um dos vigias da Unidade.

[...] Jackson e Luana começaram a fazer piadas um com outro. Jackson fez piada com Luana sobre seu ex-marido que era mais velho. Disse que ele foi embora porque não agüentou sua disposição ao sexo. Disse, em seguida, que ela “*pariu logo pra prender o velho*” (DC).

A idéia de um ato intencionado, quem sabe até planejado, das mulheres, reforça a imagem que se faz da mulher como maior responsável pela gravidez. Engravidou porque não cuidou de sua saúde, porque quer “*prender o marido*”. Mônica (ACS) um dia comentou sobre uma menina menor de 20 anos que já era mãe, dizendo: “*aquela ali, engravidou porque quis*” (DC).

Quando se refere à gravidez na adolescência o termo adquire um valor agregado às caracterizações pejorativas. É corrente observar profissionais incorporarem valores morais e julgamentos em suas falas, principalmente quando se fala da gravidez:

Em conversa, Sandra contou a Laura que nasceu um bebê dela (um bebê na área dela) e Laura perguntou: “*da menina baladeira?*”. Sandra disse que não, “*não é a baladeira não.*” Eu ouvi isso e repeti como quem acha engraçado o adjetivo. Sandra foi explicar... “*Não, porque tem uma menina lá...*” Ao mesmo tempo Laura comentou: “*ai meu Deus, essas menina tudo parindo! Quanta irresponsabilidade!*” E Sandra justificou: “*Não, mas essa aí não é nova não, é casada, mora na casa dela, tudo direitinho, tudo certinho*”. (DC)

Segundo minhas observações, a maternidade só se torna um fenômeno positivo para as profissionais quando se trata de mulheres casadas e mais velhas, com condições financeiras suficientes para sustentar e cuidar da criança, e ainda, com prole pequena ou sem filhos. Um exemplo pode ser notado na fala de Mônica, em uma conversa que tivemos no intervalo da reunião de planejamento e avaliação feita com toda a equipe Lírio do Vale.

Em algum momento as ACS, que se sentaram quase todas juntas, começaram a falar sobre umas meninas novas que tem filhos. Sobre aquelas que têm muitos filhos. Então Mônica disse sobre uma moça da área de Sílvia (a enfermeira do PACS): “*tem uma usuária de Sílvia, magine, tem 27 anos, e já tem 8 filhos... como é que vai fazer? vai parir mais, é!?! 27 anos e 8 filhos!!!*” (DC)

Quando as condições são favoráveis para viver a maternidade, então esta é bem vista por todos. Socialmente, a maternidade e os significados a ela atribuídos são valorizados, principalmente nas camadas populares, uma vez que possibilitam a afirmação da identidade de mulher e, com ela, a realização de atribuições femininas ligadas à família e ao cuidado dos filhos (OLIVEIRA, 2008).

Em entrevista, Rita me contou que durante toda sua infância e adolescência pensava em ser mãe. Sempre se viu como mãe, com um filho, no entanto esta imagem sempre lhe foi mais forte do que a presença de algum companheiro. Via-se como mãe, mas não se via casada. O que reflete a força dos sentidos que a experiência da maternidade carrega consigo. A mulher pode se realizar como mulher sendo mãe, realizando suas atribuições de cuidado familiar, antes mesmo de esta família ser completada pela imagem de um casal. Rita também fez uma colocação acerca de sua gravidez. Segundo ela: *“Eu queria ter um filho, queria ter e tive com 27 anos. Parí meu filho e também só queria esse.”* A maternidade, nesse sentido, pode se associar aos significados que envolvem as relações de gênero, reforçando a identidade da mulher com as atribuições maternas e “parir” pode sugerir um ato intencionado da mulher ao ter seu filho.

Possivelmente “parir” tenha forte conotação para a constituição do ser mulher, à medida que o parto seja entendido como uma experiência marcante e simbólica para as mulheres que o vivenciam, transformando-as em mães social e culturalmente (MCCALLUM & REIS, 2008). Viver a experiência da maternidade, do cuidado e do trabalho exigido como tal, ao menos uma vez. Pude ouvir falas que levam a esta interpretação de mais algumas usuárias em esperas de PF, ou na rua: *“Quero ligar porque filho dá muito trabalho, já tenho esse que me dá muito trabalho.”* Ou *“Num quero mais saber de filho, já chega a minha Julinha.”* (usuária se referindo à sua filha pequena). A maioria das profissionais com quem tive contato na Unidade também tinha apenas uma filha ou filho.

“Parir” também remete à experiência marcada pelo momento pontual do parto, no qual dispositivos fisiológicos, emocionais e mentais são acionados, conferindo sentidos e produzindo significados para as mulheres parturientes e aqueles que a cercam (MCCALLUM & REIS, 2008). Muitas pessoas contavam quantas mulheres pariram nas semanas que se passavam. A médica Bárbara ao me levar para reunião de gestantes me disse com satisfação que tinha 11 gestantes em seu grupo e na última semana 5 pariram.

Um momento de descontração e conversa que vivenciei com algumas agentes de saúde da equipe Lírio do Vale, enquanto esperávamos chegar alguma gestante para a reunião, me forneceu indícios que me levaram a interpretar o uso do termo ‘parir’ para todo o processo – desde engravidar, a gestação e o próprio parto – e seu aspecto negativo, quando o há. Segue um pequeno relato da conversa:

Encontrei Mônica, Sandra e Clarice (todas são ACS da Lírio do Vale) na sala de Luiza. Estavam esperando a reunião acontecer. Fiquei lá com elas, peguei umas cadeiras para arrumar o ambiente. Mônica e Sandra comentavam sobre a reunião de gestantes, que estava diminuindo o número de participantes. Sandra disse: *“não tem muita gestante.”* *“eu tinha 6, agora só 2, 4 pariram... tem que parir tudo logo para acabar o grupo de gestante.”* Mônica então comentou: *“não vai acabar não, sempre vai aparecer...”* (referindo-se às meninas novas) *“essas peste... vira e mexe, aparece uma aí parindo. Ao invés de estudar, trabalhar, não... prefere parir, até parece que gosta, que é bom..”* E Sandra por sua vez respondeu: *“eu já falei pra minha filha nem pensar em parir. Se ela parir ela vai morar longe de mim.”* *“... essas menina pari e depois fica as mães cuidando, que nem a irmã de Clarice, até parece que ela é a mãe.”* (Clarice é uma ACS da equipe e sua irmã acabara de se tornar avó. Sua sobrinha tinha 13 anos quando engravidou) (DC)

Quando Mônica diz *“não adianta você querer que acabe o grupo de gestante nunca vai acabar, sempre vai aparecer as menina aqui parindo...”* (DC), talvez ‘parir’ signifique mesmo um ato das mulheres que se traduza em desafio ao seu trabalho, diante dos esforços em aumentar a abrangência do PF na Vila.

O desafio que vislumbro, no entanto, é outro. O desafio que percebo para o trabalho destas profissionais, se levado em conta apenas o âmbito de suas práticas de saúde – sem considerar as outras condições estruturais, políticas, de gestão, que estão além de seu alcance – é assumir uma postura nova perante os velhos problemas que cercam a questão da atenção à saúde das mulheres. É enfim considerar as suas usuárias como agentes, como sujeitos que têm poder e direito de decidir sobre suas escolhas e agir de acordo.

Esses são alguns exemplos de concepções que as pessoas daquele contexto possuem e compartilham sobre ‘ser mulher’. Essas concepções costumam emergir de discursos e práticas aliados às idéias (ou normas) de comportamentos aceitáveis ou não dessas mulheres: se têm relações sexuais, se engravidam ou se fazem planejamento familiar, se gestam e párem cedo ou tarde, muitas ou poucas vezes, se cuidam ou não de

seus filhos. São concepções que ao mesmo tempo em que podem expressar uma (re)ordenação de processos normativos – tendo como exemplo o próprio processo de controle dos corpos femininos e de sua sexualidade pela medicina (FOUCAULT, 1997) – também refletem a dinâmica da vida social na qual emergiram, onde as pessoas compartilham de idéias semelhantes sobre o que seja ser mulher e suas atribuições enquanto tal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cotidiano de trabalho observado revelou que a AISM não se processa como propõem os referenciais normativos. Conforme procurei demonstrar, a consolidação da AISM enfrenta uma série de dificuldades.

A idéia de AISM cunhada pelo PAISM e reforçada pela PNAISM reconhece as desigualdades de poder nas relações sociais marcadas pelo gênero e sugere a reconfiguração de práticas de atenção, transcendendo a visão biologicista que reduz um sujeito a um corpo biológico, fragmentado e – no caso das mulheres, um aparelho reprodutor. Provoca sob esta noção, um novo olhar e atitude perante as mulheres. Entende-se que tal perspectiva recoloca a mulher na posição de sujeito, cidadã, dona e responsável por si própria.

A incorporação deste enfoque de gênero nos processos vinculados a atenção à saúde da mulher aumenta o escopo teórico voltado para a definição polissêmica do termo ‘integralidade’ para os serviços de saúde, permitindo desvelar desigualdades de poder, baseadas nas diferenciações de gênero. Deste modo, este novo olhar e postura, diante da perspectiva de gênero incorporada no processo de atenção à saúde, requer considerar as mulheres – em todas as suas diversidades – enquanto cidadãs, garantindo-lhes condições de exercitar a autonomia em suas decisões sem que sejam reféns de sua condição reprodutiva.

As condições de precariedade de vínculo e sobrecarga de trabalho sob as quais o corpo de profissionais desta USF vive, traduz um desafio essencial à integralidade na atenção à saúde. A falta de capacitação profissional constatada, que impede as pessoas de conhecerem as normativas e terem subsídios para fundamentar suas práticas, é outro fator implicante. A distância entre os documentos oficiais e a prática cotidiana começa justamente na ausência de divulgação destes e do aprimoramento profissional seguindo suas bases.

Outros problemas podem ser respondidos pela incapacidade de articulação intersetorial, na medida em que impossibilita a criação de condições de vida favoráveis para a promoção da saúde. As ações fragmentadas e desarticuladas demonstram como se processa a interlocução entre diversos setores de prestação de serviços à população.

A precária integração dos serviços de saúde em rede também se configura em um desafio para a consolidação da AISM.

Diante de tais questões levantadas, devo pontuar que não fora possível analisar com maior minúcia o contexto da gestão municipal e local, no serviço referido, já que fora na dimensão das práticas de atenção o principal foco dado a esta pesquisa. Espera-se, no entanto, que o esforço de análise aqui empregado sirva de subsídio para futuras pesquisas, recomendando-se um olhar mais sistemático sobre questões referentes ao planejamento e gestão dos serviços de saúde a nível municipal e mesmo em micro contextos como este que fora observado.

Entre as práticas de atenção, a equipe Lírio do Vale se destaca pelos esforços que empregam no objetivo de melhorar a qualidade de seus atendimentos e estabelecer vínculos. Em relação a um dos aspectos que envolvem a noção de integralidade – referente à valorização das relações interpessoais, da conversa, do diálogo e respeito às condições dos sujeitos atendidos – a equipe Lírio do Vale caminha na mesma direção ainda que resguardados os limites enfrentados.

Em contrapartida, a tentativa de compreender as concepções de gênero implicadas, revelou a dificuldade das profissionais em transformarem suas práticas, condutas, atitudes e olhares na assistência às mulheres – ainda que constatem as condições adversas à que as mulheres estejam submetidas. O entendimento sobre as mulheres ainda está atrelado à dimensão reprodutiva, de modo que permanecem reproduzindo valores ancorados em modelos tradicionais que definem os comportamentos aceitáveis (bem como as práticas recomendáveis) para mulheres e homens.

Deste modo, as ações em saúde continuam privilegiando aspectos voltados à contracepção, gestação, parto e puerpério. As atividades educativas, de orientação e aconselhamento ainda revelam a difícil interação entre saberes popular e técnico-científico. A sexualidade feminina – principalmente com adolescentes – permanece controlada e vigiada. E as profissionais não conseguem transcender suas práticas na direção de promover autonomia destas mulheres, apesar de buscarem este objetivo.

Pode-se dizer, no entanto, que ao intencionarem a promoção de autonomia das usuárias, constatando as problemáticas que envolvem suas condições de vida, a equipe de profissionais de PSF acompanhada reserva uma potencialidade inclusive para transformar suas condutas.

Se gênero é também constituído nas práticas, talvez essas constatações das profissionais somados aos desejos de mudanças, possam ser um caminho para a ressignificação de gênero, para a constituição de outras concepções. No entanto, para que esta potência torne-se realidade, recomenda-se em primeiro lugar, a execução de atividades de aprimoramento pessoal e capacitação de recursos humanos.

É preciso apontar finalmente, que não se trata simplesmente de inserir um determinado modo de pensar naquele contexto de práticas. Uma solução difícil de ser elaborada, revelando a complexidade em que a temática se insere e superpondo reflexões que sugerem, por conseguinte, apenas algumas considerações possíveis sobre esta realidade observada.

As reflexões suscitadas pela pesquisa somam-se ao entendimento de ser esta uma questão que diz respeito não apenas às formas de tratamento para com as mulheres usuárias dos serviços, como também às formas de compreender as relações de poder implicadas na vida social.

Nas palavras de Schraiber (2005: 57), “[...] estamos diante de mais um eixo de tradição cultural a ser mudado”. E uma mudança cultural só é possível na medida em que conhecemos os padrões culturais vigentes de determinado grupo humano – o que revela uma possível contribuição da pesquisa aqui apresentada.

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

- ABRAMO, Laís. *Perspectiva de Gênero e raça nas políticas públicas*. In: IPEA. Mercado de Trabalho. V.25. nov. 2004
- ALVES, Paulo César. *A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22 (8), 2006.
- ALVES, Vania S. *Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial*. In: Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.
- AQUINO, Estela M L. *Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil*. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 40, n. spe, Aug. 2006
- BARBOSA, Regina H. S. *Humanização da Assistência à Saúde das Mulheres: Uma Abordagem Crítica de Gênero*. In: DESLANDES, Suely F. (org) *Humanização dos Cuidados em Saúde – Conceitos, Dilemas e Práticas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p.323 - 350.
- BARROSO, L. M. M. & GALVÃO, M. T. G. *Avaliação de atendimento prestado por profissionais de saúde a puerperas com HIV/AIDS*. In: Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2007. 16(3) – p.463-469.
- BEAUVOIR, Simone. *O Segundo Sexo - vol. 1.Fatos e Mitos*. São Paulo: Circulo do Livro. 1986.
- BERGER, P. L. & LUCKMANN, T. *A construção social da realidade*. Ed. Vozes, 1996.
- BOURDIEU, Pierre. *A Dominação Masculina*. Educação e Realidade, v.20, n.2: 1995. p.133-184.
- BRASIL, MS. *DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA*. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
- _____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. *Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática*. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde, 1984.
- _____. Ministério da Saúde. *Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília, 2006. (Série Pactos pela Saúde, v. 1).
- _____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, 2006. (Série Pactos pela Saúde, v. 4).
- _____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para reordenação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª Ed. 2008.

- BUSTAMANTE, Vânia Nora Dejo. *Cuidado infantil e construção social da pessoa: uma etnografia em um bairro popular de Salvador*. Tese de doutorado, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, 2009.
- _____. TRAD, Leny Alves Bonfim. *Cuidando da saúde de crianças pequenas no contexto familiar: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares*. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(5):1175-1184, 2007
- BUTLER, Judith. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. 2003.
- CAMPOS, Gastão Wagner; BARROS, Regina Benevides de; CASTRO, Adriana Miranda de. *Avaliação de política nacional de promoção da saúde*. In: *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, set. 2004.
- CARDOSO de OLIVEIRA, Roberto. 1999. *O trabalho do antropólogo*. Brasília: Paralelo XV; São Paulo: Ed. UNESP, 2000.
- CARDOSO, Marcelle. *Avaliação da Cobertura da Atenção Básica à Saúde em Salvador, Bahia*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, 2009.
- CARVALHO-FILHO, Silvio de Almeida. *A masculinidade em Connell: os mecanismos de pensamento articuladores de sua abordagem teórica*. In: *Identidades*. Caderno do XIII Encontro de História Anpuh-Rio. Disponível em: http://www.encontro2008.rj.anpuh.org/resources/content/anais/1212953291_ARQUIVO_ComunicacaoSilviodeAlmeidaCarvalhoFilho.pdf
- CLIFFORD, J. *Sobre a autoridade etnográfica* (1983). In: Gonçalves, J. R. S. (org.) *A experiência etnográfica: antropologia e literatura no século XX*. Rio de Janeiro: EDUF RJ, 2002.
- CONNELL, R.W. *New directions in Gender Theory, Masculinity Research, and Gender Politics*. In: *Ethnos*, v.61, n.3-4, p.157-2003, 1996.
- _____. *Masculinities: Knowledge, power and social change*. Berkeley/Los Angeles: University of Califórnia Press, 1995.
- COELHO, Edméia. *et.al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional*. In: *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 13 (1) jan-mar; 2009: 154-160.
- COSTA, Ana Maria *Participação Social na conquista das políticas de saúde para as mulheres no Brasil*. In: *Ciência & Saúde Coletiva*. 14 (4), jul/ago. 2009. p.1073-1084.
- DALSGAARD, Anne Line. *Vida e Esperanças: Esterilização feminina no nordeste*. SP: UNESP, 2005.
- DANTAS-BERGER, Sônia Maria; GIFFIN, Karen. *A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual?* *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, Apr. 2005.
- De BRUYNE, P.; HERMAN, J. & SCHOUETTE, M. *Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais. Os pólos da prática metodológica*. Rio de Janeiro: Francisco Alves. 1977. Cap.7-8, p.201-251.
- De ZORDO, Silvia. *Planejamento familiar e incorporação das desigualdades sociais, de gênero e raciais em Salvador da Bahia: «escolhas» contraceptivas de mulheres «negras» de baixa renda na tensão entre a casa e a clínica*. Forthcoming in: *Annals of 1st International Seminar on "Gender, race, class, social identity in Brasil and in France"* Federal University of Bahia, Salvador, Bahia, Brazil, December 2009.

- SCOREL, Sarah et.al. *O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil*. In: Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 21(2), 2007.
- FARAH, Marta Ferreira Santos. *Gênero e políticas públicas*. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 47-72, 2004.
- FAVORETTO, César Augusto. *Prática Clínica e o Desenvolvimento do Cuidado Integral à Saúde no Contexto da Atenção Primária*. Jan/mar. 2008. APS, v.11, n.1, p.100-108.
- FONSECA, Claudia. *Família, fofoca e honra. Etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares*. 2da edição. Porto Alegre: UFRGS, 2003.
- FOUCAULT, Michel. *A história da sexualidade 1: a vontade de saber*. 12. Ed. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque e J.A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1997.
- GALLINA, Justina Franchi. *Pós-feminismo através de Judith Butler*. Rev. Estud. Fem., Florianópolis, v. 14, n. 2, Sept. 2006.
- GEERTZ, Clifford. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro, Zahar: 1978.
- _____. *O Saber Local*. Petrópolis, RJ: Vozes. 1997.
- _____. *Obras e vidas - o antropólogo como autor*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2002.
- GIFFIN, Karen. *Violência de Gênero, Sexualidade e Saúde*. In: Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 10 (supl. 1), 1994: 146-155.
- GONÇALVES, Ricardo B. M. *Reflexão sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônico-degenerativas*. In: COSTA, Dina C. (org) *Epidemiologia: teoria e objeto*. São Paulo: HUCITEC - ABRASCO, p.39-86, 1990.
- GUASARIAN, Christian. *Sur les chemins de l'ethnographie réflexive*. In: GHASARIAN, Christian. (Dir.). *De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive*. Paris: Armand Colin, 2004.
- HARTZ, Zulmira M. de Araújo & CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. *Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros"*. Cad. Saúde Pública [online]. vol.20, s/n, 2004.
- HEILBORN, Maria Luiza. *Gênero e poder por Bourdieu*. In: Jornal do Brasil, Caderno Idéias. Rio de Janeiro, 19/02/2000, p. 1-6.
- _____. *Gênero, sexualidade e saúde*. In: Saúde, Sexualidade e Reprodução – compartilhando responsabilidades. SILVA, Deise de Paula Marques da. (org.) RJ: Ed. UERJ, 1997, p.101-110.
- HELMAN, Cecil G. *Relação médico-paciente*. In:_____. *Cultura, Saúde e Doença*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994, p. 100-136.
- IBANEZ, Nelson et al. *Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, Septo. 2006.
- JACKSON, Michael. 1989. *Paths Towards a Clearing: Radical Empiricism and Ethnographic Inquiry*. Bloomington and Indianapolis: Indiana UP.
- JUCÁ, Vlória Jamile dos Santos, et.al.. *Programa de Saúde da Família e Saúde Mental:impasses e desafios na construção da rede*. In: Ciência & Saúde Coletiva, 14(1):173-182, 2009.
- KLEINMAN, Arthur. *Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems*. Soc. Sci. and Med. 12. 1978.
- LAPLANTINE, F. *A descrição etnográfica*. São Paulo: Terceira Margem, 2004.

- LÉVI-STRAUSS, Claude. *As estruturas elementares do parentesco*. São Paulo: Vozes, 1976.
- LOPES, Maria Margaret and Piscitelli, Adriana. *Revistas científicas e a constituição do campo de estudos de gênero: um olhar desde as "margens"*. Rev. Estud. Fem., vol.12, no.spe, p.115-121. Dez 2004.
- MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al . *Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual*. Ciênc. saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, abr. 2007.
- MAIO, M. C.; MONTEIRO, S.: *Tempos de racialização: o caso da 'saúde da população negra' no Brasil*. In: História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 12, n. 2, p. 419-46, maio-ago. 2005.
- MARCUS, G.E.; CUSHMAN, D.E. *Las etnografías como textos*. In: REYNOSO, C. (Ed.) *El surgimiento de la antropología posmoderna*. Barcelona: Gedisa, 2003.
- MARINHO, M. C. G. *A vida entre discursos: representações da sexualidade do/a adolescentes por profissionais de saúde em uma unidade de Atenção Básica*. Dissertação de mestrado, Salvador: ISC, 2006.
- MATTOS, Ruben Araujo de. *A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)*. Cad. Saúde Pública [online]. vol.20, n.5, 2004.
- MCCALLUM, Cecília. *Incorporando um Enfoque de Gênero, Classe e Raça no Acolhimento na Atenção Básica à Saúde em Salvador*. Ms, 2005.
- _____. *Sem nome: pessoa como processo na dinâmica racial e de gênero brasileira*. In: CABRAL, J.P.; VIEGAS, S.M. (Orgs.) *A ética dos nomes: gênero, etnicidade e família*. Lisboa: Editorial Almedina; 2007. p. 265-89.
- _____. *Víctimas egoístas: Perspectivas sobre la sexualidad, raza, clase y adolescencia desde un hospital de maternidad en Salvador*. Brasil. In: WADE, Peter, et.al.(Orgs). *Raza, etnicidad y sexualidades. Ciudadanía y multiculturalismo en América Latina*. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Centro de Estudios Sociales (CES), Escuela de Estudios de Género, Bogotá: 2008.
- _____. & REIS, Ana Paula dos. *Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador-Bahia*. In: Cadernos de Saúde Pública. , v.22, p.1483 - 1492,2006.
- _____.; _____. *Passagem Solitária: Parto Hospitalar como Ritual em Salvador da Bahia, Brasil*. In: *Qualificando os números: estudos em sexualidade e saúde reprodutiva no Brasil*. MIRANDA-RIBEIRO, Paula & SIMÃO, Andréa Branco (orgs.) Demografia em Debate. V.2. Belo Horizonte: ABEP, 2008.
- MEDEIROS, Patricia Flores de; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. *Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão*. Rev. Estud. Fem., Florianópolis, v. 17, n. 1, Apr. 2009
- MERLEAU-PONTY, Maurice. *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- MINAYO, M. C. S. *Contribuições da antropologia para pensar a saúde*. In: Campos G.V.S., Minayo M.C.S., Akerman M., Drumond Junior, Carvalho Y.M., (orgs). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 201-230.
- MINAYO, Maria C. S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec/ Abrasco, 2004.
- MORENO, M. A. M. *La categoría de gênero: una introducción*. In: VIVEROS, M. et al. (Orgs). *De Mujeres, Hombres y otras Ficciones: Género y Sexualidad en*

- América Latina*. Bogotá: Tercer Mundo: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas, 2006.
- MOTTA, Alda Brito da. *As dimensões de gênero e classe social na análise do envelhecimento*. Cadernos Pagu, 13, 1999. p. 191-221.
- OLIVEIRA, Francisco A. *Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação*. In: Interface – Comunic, Saúde, Educ. v. 6, n.10,p.63 – 74, 2002.
- OLIVEIRA, Régia Cristina. *Adolescência, gravidez e maternidade: a percepção de si e a relação com o trabalho*. In: Saude e Sociedade, São Paulo, v. 17, n. 4, Dec. 2008.
- OSIS, M. J. D., *PAISM: Um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil*. Cadernos de Saúde Pública, 14(Sup. 1):25-32, 1998.
- PAIM, Jairnilson Silva. *Modelos de atenção à saúde no Brasil*. In: GIOVANELLA, L., et al.(orgs) *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2008.
- _____.; SILVA, Lígia Maria Vieira da. *Universalidade, integralidade, equidade e SUS*. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010.
- PEIRANO, M. *Uma antropologia no plural: três experiências contemporâneas*. Brasília: Ed. UnB, 1992.
- _____. *Caminhos da antropologia*. In: A teoria vivida: e outros ensaios de antropologia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006: 15 – 52.
- PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araujo de. (Orgs). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 4. Ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2007.
- PISCITELLI, Adriana. *Nas fronteiras do natural. Perspectivas feministas, gênero y parentesco*. In: Revista Estudos Feministas, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 305-323, 1998.
- _____. *Re-criando a categoria mulher?*. In: Algranti, Leila Mezan. (Org.). A prática feminista e o conceito de gênero. Campinas: IFCH/UNICAMP, 2002, v. 48, p. 7-42.
- _____. *Gênero em Perspectiva*. Cadernos Pagu, Campinas, v. 11, p. 141-157, 1998.
- _____. *Resenha The Gender of the Gift por Marilyn Strathern*. In: Cadernos Pagu, Campinas, v. 2, 1994, p. 211-219.
- RODRIGUES, Carla. *Butler e a desconstrução do gênero*. Rev. Estudos Feministas, Florianópolis, v. 13, n. 1, Apr. 2005.
- SALVADOR, SMS/Instituto de Saúde Coletiva-UFBA. *Plano Municipal de Saúde 2006/2009*. Salvador, 2006.
- SARTI, C. *Família e individualidade: um problema moderno*. In: CARVALHO, M.C. (Org.) A família contemporânea em debate. São Paulo: EDUC, 1995.
- SCAVONE, Lucila. *A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais*. In: Cad. Pagu, Campinas, n. 16, 2001.
- SCHEPER- HUGHES, N. *Death without weeping: the violence of everyday life in Brazil*. Berkeley: UCP, 1992.
- SCHRAIBER, Lílian. *Equidade de Gênero e Saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife*. In: VILLELA, Wilza e MONTEIRO, Simone. (orgs). *Gênero e Saúde – Programa Saúde da Família em Questão*. Rio de Janeiro: ABRASCO/Brasília: UNFPA, 2005. p.39-61.

- SCHRAIBER et.al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. In: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(5):961-970, mai, 2010.
- SCOTT, Joan. *Gênero: uma categoria útil de análise histórica*. In: Educação e Realidade, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 5-22, jul./dez. 1990.
- SCOTT, Parry. *Gênero, Família e Comunidades: Observações e aportes teóricos sobre o Programa Saúde da Família*. In: VILLELA, Wilza; MONTEIRO, Simone (Orgs). *Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em Questão*. Rio de Janeiro: ABRASCO/ BRASÍLIA: UNFPA, 2005. p. 73-98.
- SHERIFF, Robin E. *Dreaming Equality – Color, Race and Racism in Urban Brazil*. Rutgers University Press, 2001.
- SILVA, Iêda Zilmara de Queiroz Jorge & TRAD, Leny A. Bomfim. *O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais*. In: Interface, Botucatu, [online] vol.9, n.16, 2005.
- SILVA, Nair Chase da. *Extensão de Cobertura ou Reorganização da Atenção Básica? A trajetória do Programa de Saúde da Família de Manaus-AM*. In: Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.3, p.592-604, 2010.
- SILVA, Vagner da, 2000. *O Antropólogo e sua magia: Trabalho de Campo e Texto Etnográfico nas Pesquisas Antropológicas sobre Religiões Afro-Brasileiras*. [S.l.]: EDUSP, 2000.
- SCHIMIDT, MD & LIMA, MADS. *Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família*. In: Cad Saúde Pública.;20(6):1487-94. 2004
- SOARES, Mireya Suárez de. *Enfoques Feministas e Antropologia*. SÉRIE ANTROPOLOGIA - 177 [em pdf - online] 1995.
- SOUSA, M. C. P. et. al. *Gênero, vulnerabilidade das mulheres ao HIV/AIDS e ações de prevenção em bairro da periferia de Teresina, Piauí, Brasil*. In: Revista Saúde Sociedade, São Paulo, 2008. 17(2) – p.58-68.
- SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. *O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças*. In: Saude soc., São Paulo, v. 19, n. 3, Sept. 2010.
- SPINK, Mary Jane P. *Sobre a possibilidade de conciliação do ideal da integralidade nos cuidados à saúde e a cacofonia da demanda*. In: Saude soc., São Paulo, v. 16, n. 1, Apr. 2007.
- STOLCKE, Verena. *La mujer es puro cuento: La cultura del género*. In: Revista Estudos Feministas, v, 12, n. 2, p.77-105, 2004.
- STRATHERN, Marilyn. *O Gênero da Dádiva*. [tradução André Villalobos]. Campinas: Ed. UNICAMP, 2006.
- TORNQUIST, Carmen Susana. *Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil*. In: Cad. Saúde Pública, [online] vol.19, (supl.2) Rio de Janeiro, 2003.
- TRAD, L.A. et al. *Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia*. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 581-589, 2002.
- VENÂNCIO, Sônia Isoyama. et al (Orgs). *Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família – AMQ: estudo de implantação no Estado de São Paulo*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008.
- VILLELA, Wilza; MONTEIRO, Simone ; VARGAS, Eliane. *A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero*. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, n.4 pp. 997-1006.

VILLELA, Wilza & MONTEIRO, Simone. *Atenção à saúde das mulheres: historicizando conceitos e práticas*. In: VILLELA, Wilza e MONTEIRO, Simone. (Orgs.) *Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão*. Rio de Janeiro: ABRASCO/ Brasília: UNFPA, 2005. p.15-31.

_____.; _____. *A promissora expansão do uso da categoria gênero pela Saúde Coletiva Brasileira*. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.4, pp. 994-994.

SITES CONSULTADOS:

<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>

www.googlemaps.com

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACD – Atendente de Consultório Dentário

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AISM – Atenção Integral à Saúde das Mulheres

DA – Demanda Aberta

DC – Diário de Campo

ESF – Estratégia Saúde da Família

PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde

PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PF – Planejamento Familiar

PMS – Plano Municipal de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres

PSF – Programa Saúde da Família

SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

ANEXOS

ANEXO 1. ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS.

QUESTÕES PARA PROFISSIONAIS DA UNIDADE DE SAÚDE:

Sobre você:

- Fale-me sobre você. Gostaria de saber seu nome (que será mantido em segredo), sua idade, sua profissão.
- Onde você mora? Como é sua casa? E a sua vizinhança?
- Você tem religião? Qual?
- Como você se define em termos de cor/raça?
- Fale-me sobre sua família.

Sobre as usuárias:

- descreva as usuárias mais típicas da unidade.
- Quais as principais diferenças entre usuárias.
- Quais as necessidades destes grupos em termos de assistência?
- Assistir a saúde de um homem é diferente de assistir a saúde de uma mulher? Uma menina adolescente? Uma idosa? Uma mulher com condições específicas?
- Como você imagina as diferenças entre as necessidades de saúde das usuárias dessa unidade e aquelas que se utilizam do setor privado ou conveniado? E quais as semelhanças?

Sobre o relacionamento com a comunidade atendida:

- Como você caracteriza a sua relação com as usuárias que você atende?
- Como você acha que é a comunicação entre você e a comunidade usuária?
- E entre esta comunidade e os outros profissionais da equipe
- Como você vê a relação entre a equipe de saúde e a comunidade?
- Com relação às mulheres usuárias, como você percebe o relacionamento, a comunicação, e o tratamento estabelecidos entre vocês?
- As mulheres costumam aderir aos tratamentos, aos programas ofertados?
- O que você acha disso?

Sobre o próprio trabalho:

- Como é o seu trabalho com as mulheres atendidas aqui?
- Como tem mudado a atenção a saúde das mulheres nos últimos anos, meses?
- Quais os avanços (ou os atrasos) que você percebe no trabalho?
- E com relação às condições estruturais do seu trabalho, o que você acha?
- Como você avaliaria sua equipe e unidade de saúde? Fale-me dos pontos positivos e negativos.

Sobre o PAISM e a saúde das mulheres:

- Você conhece o PAISM?
- O que você acha do PAISM?
- Como você percebe seu trabalho com relação ao PAISM?
- O que você entende por Integralidade?
- Quais as necessidades das mulheres atendidas que você observa e como você lida com estas necessidades?

- Você conhece algo dos debates sobre a necessidade de adotar uma perspectiva de gênero na assistência à saúde da população? Onde ouviu disso?

Sobre a assistência prestada:

- Você poderia descrever a assistência prestada às mulheres?
- O que você pensa sobre seu trabalho – o que está funcionando e o que está falhando?
- E sobre as condições materiais do trabalho?
- Como você vê o trabalho em equipe?
- E o trabalho no Distrito?
- E com relação às políticas de saúde, financiamento e obtenção de recursos?

QUESTÕES PARA AS MULHERES USUÁRIAS DO SERVIÇO:

Sobre você:

- Fale-me sobre você. Gostaria de saber seu nome (que será mantido em segredo), sua idade, sua profissão.
- Onde você mora? Como é sua casa? E a sua vizinhança?
- Você tem religião? Qual?
- Como você se define em termos de cor/raça?
- Fale-me sobre sua família.

Sobre a saúde das mulheres:

- Quais são as principais necessidades de saúde das mulheres que você considera?
- E as principais necessidades de saúde dos diferentes tipos de mulheres (por exemplo: adolescentes, mais pobres, mais ricas, mais velhas, etc.)
- Quais são as principais necessidades de saúde dos homens?
- Como você percebe as diferenças entre a saúde dos homens e das mulheres? De onde você acha que surgem estas diferenças?
- O que você acha que influencia nas necessidades de saúde da mulher?

Sobre o relacionamento com os profissionais de saúde:

- Como é o seu relacionamento com os profissionais da unidade?
- O que você acha dos serviços ofertados para a saúde da mulher?
- E dos serviços em geral?
- Como é a comunicação entre você e os profissionais de saúde?
- Como você vê a relação entre a equipe de saúde e a sua comunidade?
- Você costuma aderir aos tratamentos, aos programas ofertados? (aqui, se for necessário, listar os programas ofertados na unidade)
- As mulheres que você conhece costumam aderir?
- O que você acha disso?

4. Sobre o PAISM:

- Você conhece o PAISM?
- O que você acha disso?
- Quais as necessidades de saúde das mulheres da comunidade que você observa?
- Como você vê a atuação dos profissionais diante destas necessidades?

5. Sobre a assistência prestada:

- Como você avalia a assistência prestada às mulheres na unidade?
- E sobre a assistência em geral?
- Como você percebe as dificuldades e aspectos positivos desta assistência?

ANEXO 2. QUESTIONÁRIO RÁPIDO – CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

1. Nome (primeiro nome ou apelido): _____
2. Data de Nascimento: _____
3. Escolaridade:
 - a. E. Fundamental
 - b. E. Médio
 - c. E. Superior
 - d. Outro: _____
4. É casada ou possui uma união estável?
 - a. Sim.
 - b. Não.
5. Tem filhos?
 - a. Sim. Quantos? _____
 - b. Não.
6. Como você define sua raça/cor? Você acha que sua raça/cor pode influenciar no seu trabalho? Por que?


7. Tem religião? Qual?

8. Você acha que sua religião pode influenciar em seu trabalho? Por que?

9. Aponte os principais desafios para a Saúde da Mulher que você percebe em seu trabalho.

MUITO OBRIGADA POR PARTICIPAR! SE U NOME SERÁ MANTIDO EM SEGREDO!

ANEXO 3. APROVAÇÃO DO CEP/ISC e AUTORIZAÇÃO DA SMS PARA EXECUTAR A PESQUISA.



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER Nº 028-10 / CEP-ISC

Registro CEP: 030 -10/CEP-ISC

Projeto de Pesquisa: “Gênero e Integralidade na Atenção Básica: uma etnografia da assistência à saúde das mulheres em Salvador.”

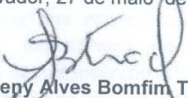
Pesquisador Responsável: Patrícia de Souza Rezende

Área Temática: Grupo III

Os Membros do Comitê de Ética em Pesquisa, do Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia, reunidos em sessão ordinária no dia 25 de maio de 2010, e com base em Parecer Consubstanciado, resolveu pela sua aprovação.

Situação: APROVADO

Salvador, 27 de maio de 2010.



Lepy Alves Bomfim Trad
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto de Saúde Coletiva
Universidade Federal da Bahia



**Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadoria de Desenvolvimento de Recursos Humanos
Subcoordenação de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal**

Salvador, 25 de março de 2010.

Ofício N.º 122 /2010.

Sr^(a). Coordenador ^(a)

Estamos autorizando a V. S^a. a pesquisadora Sr^a. Patrícia de Souza Rezende para executar projeto de pesquisa de intitulado "**Gênero e Integralidade na Atenção Básica: uma análise cultural da assistência à saúde das mulheres em Salvador**" na Unidade Centro de Saúde

.Entretanto, a pesquisa só poderá ser operacionalizada após a apresentação à SMS do comprovante de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Cordialmente.


Almir Silva Ferreira
Educação Permanente


Carla Wirz Leite Sá
Subcoordenadora. de Acomp. Distrital em exercício

Ilm^o ^(a) Sr ^(a).

Prof^a Dr^a Leny Trade

MD. Coordenador ^(a) do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia- - CEP ISC.

ANEXO 4. TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) APRESENTADOS.

Para profissionais de saúde



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Rua Basílio da Gama, s/nº 1º andar – Canela
Salvador – Bahia - Brasil CEP 40110-040
TELEFAX (71)3336-0173 3283-7397 / 7398.

Você está sendo convidada(o) para participar como voluntária(o) em uma pesquisa. Após ser esclarecida(o) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final este documento. Em caso de recusa você não será penalizada(o) de forma alguma.

Título do Projeto: Gênero e Integralidade na Atenção Básica: Uma etnografia da assistência à saúde das mulheres em Salvador.

A Pesquisa: A pesquisa tem por objetivo compreender quais são os significados de gênero que os sujeitos – profissionais e usuárias – elaboram e expressam no cotidiano da atenção básica, tendo em vista um diálogo com a ‘integralidade na atenção à saúde’ da mulher, tal como é proposta pelo PAISM e a PNAISM. Com base nos resultados desta pesquisa, pretendemos avançar algumas recomendações para a consolidação da integralidade na atenção à saúde da população. O estudo é de abordagem qualitativa e será desenvolvido através de uma etnografia, envolvendo a observação participante e aplicação de entrevistas semi-estruturadas.

Riscos: Não há riscos ou prejuízos que possam ser provocados pela pesquisa, mas talvez algum tópico a deixa sentindo algum constrangimento ou desconforto. Esclarecemos que você é livre para recusar a discutir qualquer tema ou para interromper a sua participação a qualquer momento, sem justificar sua decisão. Seu nome não será divulgado, você não terá despesas e não receberá dinheiro por participar do estudo.

Benefícios: Contribuir para a compreensão sobre os serviços de saúde direcionados às mulheres, e assim, para a sua melhora.

Declaração

Concordo em participar do estudo: “**Gênero e Integralidade na Atenção Básica: Uma etnografia da assistência à saúde das mulheres em Salvador.**” desenvolvido pela mestrandia Patrícia de Souza Rezende do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – Brasil, coordenado pela Profa. Dra. Cecília McCallum.

Fui devidamente informada(o) e esclarecida(o) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Estou ciente de que em caso de dúvida, ou caso me sinta prejudicada(o) poderei interromper minha participação sem prejuízo do meu tratamento de saúde. Também fui informada(o) que se desejar quaisquer outros esclarecimentos poderei contactar o pesquisador responsável pelo estudo no Instituto de Saúde Coletiva/UFBa pelos telefones: 71-81276866 da pesquisadora principal – Patrícia de Souza Rezende ou pela coordenadora Cecília McCallum: 71-32837425

Salvador, ____/_____/2010

Assinatura da Entrevistada(o)

Assinatura da Entrevistadora



Universidade Federal da Bahia
 Instituto de Saúde Coletiva
 Rua Basílio da Gama, s/nº 1º andar – Canela
 Salvador – Bahia - Brasil CEP 40110-040
 TELEFAX (71)3336-0173 3283-7397 / 7398.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Usuárias)

Você está sendo convidada(o) para participar como voluntária(o) em uma pesquisa. Após ser esclarecida(o) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final este documento. Em caso de recusa você não será penalizada(o) de forma alguma.

Título do Projeto: Gênero e Integralidade na Atenção Básica: Uma etnografia da assistência à saúde das mulheres em Salvador.

A Pesquisa: A pesquisa tem por objetivo compreender quais são as compreensões acerca do que é feminino e masculino que profissionais e usuárias elaboram e expressam no dia-a-dia da unidade de atenção básica, tendo em vista dialogar com a proposta de ‘integralidade na atenção à saúde da mulher’, tal qual consta nos documentos oficiais, PAISM e a PNAISM. Com base nos resultados desta pesquisa, pretendemos avançar algumas recomendações para a consolidação da integralidade na atenção à saúde da população. O estudo será desenvolvido através de uma etnografia, envolvendo a observação participante e aplicação de entrevistas semi-abertas.

Riscos: Não há riscos ou prejuízos que possam ser provocados pela pesquisa, mas talvez algum tópico a deixa sentindo algum constrangimento ou desconforto. Esclarecemos que você é livre para recusar a discutir qualquer tema ou para interromper a sua participação a qualquer momento, sem justificar sua decisão. Seu nome não será divulgado, você não terá despesas e não receberá dinheiro por participar do estudo.

Benefícios: Contribuir para a compreensão sobre os serviços de saúde direcionados às mulheres, e assim, para a sua melhora.

Declaração

Concordo em participar do estudo: “**Gênero e Integralidade na Atenção Básica: Uma etnografia da assistência à saúde das mulheres em Salvador.**” desenvolvido pela mestrandia Patrícia de Souza Rezende do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – Brasil, coordenado pela Profa. Dra. Cecília McCallum.

Fui devidamente informada(o) e esclarecida(o) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Estou ciente de que em caso de dúvida, ou caso me sinta prejudicada(o) poderei interromper minha participação sem prejuízo do meu tratamento de saúde. Também fui informada(o) que se desejar quaisquer outros esclarecimentos poderei contactar o pesquisador responsável pelo estudo no Instituto de Saúde Coletiva/UFBa pelos telefones: 71-81276866 da pesquisadora principal – Patrícia de Souza Rezende ou pela coordenadora Cecília McCallum: 71-32837425

Salvador, ____/_____/2010

Assinatura da Entrevistada

Assinatura da Entrevistadora

ANEXO 5. MAPA DO BAIRRO JARDIM – ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE LÍRIO DO VALE – VILA LÍRIO DO VALE. (modificado de googlemaps 2011)

