Dora Mariela Salcedo Barrientos

**Tese de Doutorado apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo
Programa Interunidades de Doutorado
em Enfermagem dos *campi* de São Paulo
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.**

Orientadora: **Prof.^a Dr.^a Emiko Yoshikawa Egry**
Co-orientadora: **Prof.^a Dr.^a Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca**

**São Paulo
2002**

**Ficha catalográfica preparada pelo Serviço
de Biblioteca e Documentação da EEUSP**

Salcedo Barrientos, Dora Mariela

Mulher & saúde: dialetizando o trabalho da enfermagem ambula-torial./ Dora Mariela Salcedo Barrientos.—São Paulo: D. M. Salcedo-Barrientos, 2002.

188 p.

Tese (doutorado) – Programa Interunidades das escolas de enfermagem de Ribeirão Preto e São Paulo da Universidade de São Paulo.

I. Título II. Saúde da mulher III. Processo saúde-doença IV. Educação em saúde V. Enfermagem em saúde comunitária.

DEDICATÓRIA

Dedico este produto de longas horas de reflexão e de transformação do meu olhar como profissional e especialmente como mulher latino-americana ciente da nossa realidade:

A Deus pelo seu imenso amor e pelo presente oferecido ao permitir a minha estada entre vocês e ser hoje imensamente feliz...

Aos meus seres queridos, Mariano, Dorotea, as minhas irmãs, Patricia e Julisa, pelo apoio, amor e compreensão nesta minha fase de crescimento, proporcionando-me momentos de tranqüilidade e segurança para continuar a luta e cumprir meu objetivo profissional e meu novo projeto de vida familiar longe de casa...

Ao Juan Francisco (Paco), pelo seu apoio moral e pelos momentos de profundos questionamentos gerados durante esta longa jornada, repensando os nossos papéis nesta sociedade de desigualdades...

AGRADECIMENTOS

O presente produto surge em uma etapa muito importante da minha vida, ao ser aceita para dar continuidade ao curso de pós-graduação no nível de doutoramento; isso prolongou a minha permanência aqui no Brasil, o qual acabou sendo meu segundo país, mas, as minhas raízes peruanas continuam fortes e misturam-se por vezes neste belo sentimento de carinho e amor por este País que me abriu as portas para encontrar aquilo que uma vez foi um lindo sonho e hoje é realidade...

Assim expresso meus especiais e profundos agradecimentos a todos que fizeram parte e são responsáveis pelo o que sou hoje.

À Prof.^a Dr.^a Emiko Yoshikawa Egry, orientadora deste trabalho, pela sua confiança, paciência, carinho e o tempo investido neste produto. Pelos essenciais e maravilhosos momentos de reflexão neste novo referencial, pela sincera amizade e dedicação compartilhadas nesses 7 anos de pesquisa. Minha gratidão por ser uma mulher exemplar e pela sua simplicidade e dedicação pela Enfermagem.

À Prof.^a Dr.^a Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca, co-orientadora deste estudo, por ter despertado em mim o desejo de trabalhar em grupo, técnica norteadora desta pesquisa, o que me levou a freqüentar o Curso de Psicodrama, hoje na reta final. O meu agradecimento muito especial pelo entusiasmo e vibrações positivas a cada encontro que tivemos.

À Prof.^a Dr.^a Marcia Regina Car, pela assessoria nas técnicas de análise de discurso, pela sua dedicação, seus aportes críticos, pelas reflexões e questionamentos compartilhados durante a elaboração desta pesquisa e especialmente, pela sua amizade e apoio incondicional nos momentos de desespero e sufoco. Obrigada por ter facilitado esta construção coletiva.

Às Professoras do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, em especial à Prof.^a Maria Rita Bertolozzi e a Prof.^a Sayuri Maeda, pelo sincero carinho e a força recebida nesses anos de convivência profissional.

Às professoras do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP, pelo apoio acadêmico; de maneira muito especial Prof.^a Dr.^a Miriam Aparecida Barbosa Merighi, Prof.^a Dr.^a Amélia Fumiko Kumiro e à Prof.^a Maria Alice Tsuneshiro, por terem permitido a minha entrada no seu espaço seja compartilhando trabalhos de pesquisas e reflexões conjuntas no serviço ambulatorial do HUUSP, favorecendo o entrosamento interinstitucional, seja pelo afeto e carinho recebidos durante esses 7 anos de convivência acadêmica.

À Prof.^a Dr.^a Isilia Aparecida Silva, pelos bons momentos de saúde mental compartilhados nos momentos mais stressantes das nossas vidas e pelo grande carinho e crédito recebido nestes anos de convivência profissional. Meu sincero reconhecimento e admiração a essa mulher ativa demonstrando entrega e dedicação com os compromissos assumidos da qual tenho aprendido muito tanto pessoal quanto profissionalmente. Minha sincera admiração e especial reconhecimento pelo seu desempenho e exemplo para a Enfermagem.

À minha querida amiga Edméia de Almeida Cardoso Coelho, pelo seu apoio incondicional e pelas suas importantíssimas contribuições durante a execução da presente pesquisa, pelas suas críticas construtivas, pela sua dedicação na revisão minuciosa desta pesquisa e pelas valiosas sugestões recebidas, as quais foram de grande valor acadêmico e crescimento pessoal. A ela meu reconhecimento sincero e meu agradecimento profundo.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem, pelo imenso carinho recebido, tentando diminuir o meu *stress* nos momentos críticos de trabalho intenso,

preenchendo o lado familiar, através de uma palavra de alento e uma voz de “vamos em frente”, “vai dar tudo certo”.

Ao Serviço de Biblioteca e Documentação da Escola de Enfermagem da USP, especialmente à sua Diretora Alaíde Moura de Oliveira e às bibliotecárias Nadir Aparecida Lopes, Juliana Akie Takahashi e Sonia Gardim pelo carinho e dedicação na revisão das referências bibliográficas.

Ao Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HUUSP), pela oportunidade oferecida como bolsista do Departamento de Enfermagem.

Ao Departamento de Enfermagem do HUUSP, especialmente à Prof.^a Dr.^a Dulce Maria Gualda Rosa, ex-diretora do Departamento de Enfermagem do HUUSP, quem acolheu a proposta de intervenção positivamente, facilitando desta forma a execução do mesmo e por todo o apoio acadêmico recebido durante os anos de convivência acadêmica. E a sua atual Diretora Prof.^a Dr.^a Raquel Gaidzinski, pelo apoio incondicional, favorecendo o meu crescimento profissional, pelos momentos de reflexão e apoio no desenvolvimento dos trabalhos de pesquisa no Serviço Ambulatorial no decorrer de minha experiência como bolsista.

Às funcionárias do Serviço Ambulatorial do HUUSP, particularmente ao pessoal técnicos e auxiliares. Meus agradecimentos especiais pelo carinho, paciência e por preencher valiosos momentos de solidão familiar. Às minhas amigas Meire Oliveira Pereira e Luzia Pereira de Souza Lopes, pelo imenso carinho e respeito que tenho experimentado na convivência diária, pela força do dia-a-dia e pelos ensinamentos de vida que levarei como a melhor lembrança da nossa amizade.

Às minhas companheiras e amigas de luta, Teresa Manrique Coan, Rosana Sabato Montano, Selma Maria Mena Romeiro Nishimura, Marilza Keiko Hiyashi, Zilah Bergamo Navarro, Aildes Santos Pegoraro, Marília Martins de Oliveira

Paoliello, Regina Maria Caetano Bascchera Wakim e Elisabete Finzch Sportello, que me ajudaram a dar este salto qualitativo junto à prática, possibilitando a construção coletiva das nossas identidades, repensando e questionando no dia-a-dia o nosso papel como mulher-enfermeira de um serviço ambulatorial, comprometidas com a saúde e a qualidade de vida da nossa clientela. Pela permissão no aprofundamento e compreensão da nossa própria realidade. Pelo enorme apoio incondicional, pelo amor oferecido, especialmente por esse grande carinho recebido e por fazer da minha permanência no Brasil uma experiência que jamais esquecerei pelo resto da minha vida.

À Shirley Costa por todos esses momentos de crescimento pessoal e por toda essa força que tenho recebido a cada dia, portanto agradeço a Deus por ter-me entregado este lindo presente transformado numa linda amizade e ter encontrado uma grande irmã.

Às minhas amigas, Maria de Fátima Prado Fernandes, Regina Toshie Takahashi, Daisy Rizatto Tronchin, Telma Moreira, Teresinha, Magna Nunes Rodrigues, companheiras de longo caminhar nesta vida cheia de surpresas e com as quais aprendi a superar muitos obstáculos e dar um salto qualitativo rumo ao crescimento pessoal e profissional, olhando sempre adiante. A elas meu profundo e muito especial agradecimento por terem sido minhas verdadeiras “irmãs do peito”.

As minhas queridas amigas secretarias Deise da Costa Bragança Campelo Vianna, Maria Delira Jesus, Ieda Stavarengo, Helena Tieko Fugii, Dayse Fazzolaro, Valdinéia Marciel pela imensa paciência e carinho recebido neste longo processo, pois quem melhor que elas acompanharam de perto as minhas angústias e alegrias; por tudo isso meu reconhecimento sincero por ter permitido roubar seus corações.

À Joana D'Arc da Silva Costa, pela imensa paciência na correção do português deste trabalho e pelo imenso carinho recebido no decorrer da finalização do mesmo.

À família Veltrini Marcondes (Neuza, Ricardo, Gaby, Daniela, Fabio) por ter-me acolhido com muito carinho nesta última fase de término da tese, estimulando-me a continuar nesta luta.

À Província Camiliana Brasileira, especialmente ao Pe. Júlio Serafim Munaro, Pe. Renato Luiz Pasqual, Pe. Leo Pessini, Pe. João Batista Gomes de Lima; pelo apoio moral, espiritual e intelectual recebido e por ter-me acolhido de *braços abertos* pela primeira vez por ocasião da minha chegada no Brasil, contribuindo de maneira especial na minha adaptação e crescimento profissional e pessoal; por todas essas maravilhosas lembranças minha gratidão infinita.

Ao corpo Docente e discente da Faculdade de Enfermagem da PUC - Campinas por ter-me aberto uma nova porta para este novo desafio de trabalhar nesta área da saúde da mulher junto aos estudantes de graduação, construindo uma disciplina conjunta privilegiando a categoria gênero nas nossas reflexões.

Ao CNPQ - Programa de Estudantes/ Convênio da Pós-Graduação PEC/PG/PM, pela bolsa de Pós-graduação que me permitiu a execução deste trabalho.

Finalmente, agradeço a todos que colaboraram diretamente ou indiretamente na realização deste trabalho.

SUMÁRIO

Resumo
Resumen
Abstract

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. CONTEXTUALIZANDO A ENFERMAGEM COMO PRÁTICA SOCIAL	9
3. CAMINHO METODOLÓGICO	27
3.1.O método.....	27
3.1.1 Gênero como categoria analítica do processo saúde-doença das mulheres.....	28
3.2.Fonte e cenário dos dados empíricos	32
3.2.1. A população de estudo	35
3.3. Coleta dos dados.....	36
3.4. Análise dos dados	41
3.4.1. Primeira Fase	42
3.4.2. Segunda Fase (Procedimento de depreensão de temas contidos nos depoimentos	41
4. AMBIGÜIDADES E/OU MULTIPLICIDADE DE SE VIVER E SER MULHER ENFERMEIRA: UM CAMINHO PARA A SUPERAÇÃO DAS CONTRADIÇÕES	45
5. A MULHER E A PRÁTICA NA ENFERMAGEM VERSUS A MULHER NOS PAPEIS TRADICIONAIS (DES) GENERIFICANDO O TRABALHO FEMININO.....	81
6. SÍNTESE	139
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	148

ANEXOS

Anexo 1: Instrumento de coleta do Perfil das participantes

Anexo 2: Programação geral e desenvolvimento das Oficinas de trabalho “Práticas de enfermagem: Um olhar de gênero”

Anexo 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivos: identificar as percepções e as contradições das mulheres enfermeiras acerca das práticas sociais da enfermagem, analisar a prática das enfermeiras enquanto prática social na perspectiva de gênero materializada em seu cotidiano de trabalho; compreender os significados atribuídos pelas enfermeiras ao seu fazer profissional para subsidiar a transformação da prática junto às usuárias através da enfermagem generificada. Foi realizada uma pesquisa com perspectiva de intervenção junto às enfermeiras que trabalham no ambulatório do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo em 3 períodos, abrangendo um total de 7hr 30' durante o mês de junho de 2000, através de oficinas de trabalho estruturadas em vários momentos: motivação, reflexão individual, reflexão grupal, síntese e avaliação. Foi realizada uma análise imediata dos discursos para efeito de intervenção durante a própria oficina e, posteriormente, através do aprofundamento dessa análise foram encontradas as seguintes categorias empíricas: ambigüidades e/ou multiplicidade de se viver e ser mulher enfermeira: um caminho para a superação das contradições; a mulher e a prática na enfermagem versus a mulher nos papéis tradicionais (des) generificando o trabalho feminino. Os resultados mostram que estas oficinas representam um avanço epistemológico, ficando evidente que esta metodologia gerou um locus de intervenção concomitantemente à coleta de dados que, permeado por um clima de confiança, levou ao aprofundamento das informações, em razão da construção de empatia entre investigadoras e investigadas, apontando novas saídas para uma verdadeira transformação do exercício profissional junto à população feminina.

Palavras chaves: Saúde da mulher, Educação em Saúde, Gênero, Práticas em enfermagem, Oficinas de trabalho.

RESUMEN:

Este estudio tuvo como objetivos: identificar las percepciones y las contradicciones de las mujeres enfermeras sobre las prácticas sociales de la enfermería, analizar la práctica de las enfermeras como práctica social en la perspectiva de género materializada en su cotidiano de trabajo; comprender los significados atribuidos por las enfermeras a su quehacer profesional para subsidiar la transformación de la práctica junto a las usuarias a través de la enfermería generificada. Fue realizada una investigación con perspectivas de intervención junto a las enfermeras que trabajan en el consultorio externo del Hospital Universitario de la Universidad de Sao Paulo; en 3 períodos, con un total de 7 hs 30' durante el mes de junio de 2000; a través de talleres de trabajo estructurados en varios momentos: motivación, reflexión individual, reflexión grupal; síntesis y evaluación. Fue realizado un análisis inmediato de los discursos para efecto de la intervención durante el propio taller y posteriormente a través del análisis de los discursos fueron encontrados las siguientes categorías empíricas: ambigüedades y/o multiplicidad de vivir y ser mujer enfermera: un camino para la superación de las contradicciones; la mujer y la práctica en enfermería *versus* la mujer en los papeles tradicionales (des) generificando el trabajo femenino. Los resultados muestran que estos talleres representan un avance epistemológico y quedó evidente que esta metodología permitió un avance en relación a la utilización de grupos focales, entrevistas grupales u otras opciones metodológicas, pues generó un locus de intervención concomitantemente a la recolección de datos permeado por un clima de confianza, lográndose una efectiva profundización de las informaciones, dada la empatía entre las investigadoras y colaboradoras, apuntando nuevas salidas para una verdadera transformación del ejercicio profesional junto a la población femenina.

Palabras claves: Salud de la mujer, Educación en Salud, Género, Prácticas en enfermería, talleres de trabajo.

ABSTRACT

This work had as objectives: identify women nurse's perceptions and contradictions about nursing social practices, to analyze nurse's practice as social practice in the gender perspective materialized in their usual work; to understand meanings given to their professional work by the nurses to give support to the practice's transformation together with the clients through a nursing under gender point of view. It was made an intervention research with nurses that work in the ambulatory center, at the University Hospital of the Sao Paulo's University in six stages, including 7 hours 30' during June, 2000, using Workshops, divided in many moments: motivation, group reflection, synthesis and evaluation. It was made a quick speech analysis for intervention during the workshop and afterwards with a deeper analysis there were found the next empiric categories: Ambiguities and/or multiplicities of living and being a nurse woman: A way to get over contradictions; Woman and the nursing practice vs. woman in traditional roles. (Mis) gendering feminine work. The results show that these workshops represent an epistemological advance, being clear that this methodology let us an advanced compared the focal groups method, or the group interviews method, and other methodological options, because it created a way of intervention at the same time of data collection that helped by reliable environment, let us to go inside the information, as a result of researchers and researched empathy, showing new ways for a real change of the professional work with women.

Key words: Health Education, Gender, Nursing practices, Woman health, workshops.

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Construindo o objeto

O presente trabalho é parte integrante da linha de pesquisa “Gênero, Saúde e Enfermagem” que estuda as bases teórico-metodológicas da enfermagem em saúde coletiva, sustentadas pela “Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva - *TIPESC*” formuladas por Egry em 1996. Os estudos nessa linha de pesquisa focalizam os fenômenos sociais a partir da relação entre mulheres e homens, no processo saúde–doença, sob o recorte de gênero, subjacente ao paradigma da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, que engloba estudos sobre o saber/fazer da enfermagem, enquanto prática social historicamente feminina.

Na última década do século XX, houve um acúmulo de conhecimento na enfermagem, o que trouxe saudáveis transformações técnico-científico, ampliando dessa maneira o campo da saúde coletiva para o atendimento das necessidades socio sanitárias da população, demonstradas através do comprometimento dos perfis epidemiológicos e do levantamento das necessidades por promoção da saúde e da qualidade de vida. Assim consideramos que a nossa responsabilidade como atores sociais, participantes desta história, deve centralizar-se em assumir uma postura de socialização dos nossos conhecimentos e reflexões até aqui amadurecidos.

Nas minhas experiências, acumuladas ao longo desses doze anos, como docente na Faculdade de Enfermagem da Universidade “*Cayetano Heredia*” em Lima, Peru, e, posteriormente durante a minha formação no mestrado e, no presente momento, concluindo o Doutorado na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e ainda como bolsista do Departamento de Enfermagem do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, desenvolvi atividades de complementação educativa à minha formação profissional.

Conheci a realidade da saúde brasileira por meio de um estágio em unidades hospitalares e com maior ênfase no Serviço Ambulatorial, lugar onde desenvolvi atividades docente-assistenciais.

Em vista disso, expandi meus conhecimentos na área da saúde coletiva, sobretudo na prevenção do câncer ginecológico, o que me motivou a aprofundá-los em uma outra dimensão, privilegiando a dimensão social, uma vez que a minha formação foi norteadada pelo modelo biologista.

Vivendo esta experiência pude acompanhar e observar como se processa o primeiro exame ginecológico da mulher no serviço de saúde e como se desenvolve a relação enfermeira-cliente no contexto social do processo saúde-doença.

A mulher, nesse contexto, estabelece contato com o serviço de saúde, onde é possível evidenciar o desconhecimento destas sobre os benefícios do exame ginecológico (Papanicolaou, exame de mamas) e, não raramente, o faz sem prévia orientação, o que constitui desrespeito à sua individualidade e à sua história de vida carregada de temores, medos e vergonha (Chiesa, 1994), (D'Oliveira e Luiz, 1996), (Salcedo-Barrientos e Egry, 1999). É, nesse momento, que se evidencia também uma real desigualdade de gênero, em que alguns membros da equipe, dentre eles alguns médicos, fazendo uso de sua autoridade, exerce seu poder obrigando a paciente a submeter-se (subordinar-se) ao exame, às vezes, não levando em consideração o ambiente dos consultórios, por vezes inadequados, além do atendimento do profissional de saúde ser pouco amável. A mulher, muitas vezes, sem condições de enfrentar todas essas situações assume a posição de subordinada. Dessa forma, sua liberdade fica limitada, havendo repercussões psicológicas, físicas e emocionais que não são consideradas. Muitos desses fatos podem ser marcantes na vida da mulher, chegando até à rejeição aos exames posteriores.

Estas afirmações são ratificadas por algumas autoras já referidas, as quais aprofundaram estudos sobre os agravos mencionados, fazendo um recorte no atendimento ginecológico, considerado como prioritário na saúde da mulher.

Em relação ao controle de câncer de mama, Almeida (1991) afirma que esta doença representa a maior causa de mortalidade da mulher e tem observado que o seu controle faz parte das prioridades do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) do Ministério da Saúde. No entanto, se fossem adotadas medidas efetivas para esse controle, entre eles a caracterização de grupos de risco, a nível local, e um protocolo de controle desses mesmos grupos, contribuindo, assim, para um diagnóstico precoce, mas, estas medidas ainda evidenciam-se distantes da nossa realidade de programa de saúde.

Em relação à prevenção do câncer cérvico-uterino, Greco (1993) buscou avaliar a atividade desenvolvida por atendentes, como parte do Modelo de Assistência Integral à Saúde da Mulher e conhecer a representação da mulher acerca desse exame, traçando ainda o seu perfil, segundo algumas características pessoais e sua inserção social. Foi observado, também pela autora, que a meta das políticas públicas, no Brasil, não está sendo totalmente atingida, e o mesmo acontece quanto aos programas de atenção à saúde da mulher, uma vez que o atendimento à saúde para essa mulher continua centrado no seu corpo biológico; não é considerada a sua inserção social em uma sociedade de classes, com uma história de vida singular e, portanto, com necessidades e anseios que merecem e precisam ser atendidos; finalmente os procedimentos técnicos vêm sendo realizados sem a sua participação, sem a preocupação na troca de conhecimentos através do processo educativo.

Ainda, D'Oliveira e Luiz (1996), quanto ao exame do Papanicolaou, afirmam que “as mulheres procuram o serviço de saúde para o controle ginecológico periódico sem, no entanto, saberem ao certo a finalidade deste procedimento.

Fazem-no, as que fazem, para cumprir um dever do modelo ideal de mulher, ultrapassando o conflito entre a vergonha e o dever”. Acrescentam as autoras que ao propiciar uma relação mais próxima e menos culposa com o corpo, este trabalho permitiu que a mulher tivesse maiores chances de conhecimento, autocuidado e autocontrole, possibilitando-lhe maior aderência ao exame preventivo e uma auto-imagem mais positiva.

Finalmente as autoras acreditam, ainda, que o trabalho em grupo permitiu uma compreensão mais ampla a respeito do exame preventivo de câncer de colo de útero e do exame ginecológico em geral, uma alternativa do autoconhecimento como possibilidade real, concreta (D'Oliveira e Luiz, 1996).

A necessidade de retomar e dar continuidade à discussão de algumas destas questões parecem ser uma preocupação coletiva, o que foi demonstrado por Salcedo-Barrientos, Egry (1999) no estudo “Mulher e saúde: uma visão de gênero na percepção das usuárias acerca do exame ginecológico”, produto da Dissertação de Mestrado, em que foram levantadas também preocupações experimentadas na cotidianidade da assistência relativa aos problemas de saúde da mulher, dentre eles: 1) o atendimento das mulheres que vêm ao seu primeiro exame ginecológico, continua circunscrito ao “corpo biológico”, o que é reforçado pela mídia, pelo pessoal de saúde e pela própria usuária; 2) em relação à ideologia das mulheres usuárias do serviço, identificou-se uma alienação com seu próprio corpo e com os serviços e assistência de saúde, que lhes são prestados; 3) o processo saúde-doença encontra-se baseado em conceitos normativos, arraigados no transcorrer dos fatos históricos. A dimensão religiosa ainda continua sendo um dos componentes essenciais da concepção de saúde e de sua própria apreciação como mulher de um “corpo com muito mistério e preconceito”, levando-a a reprimir sentimentos, pois a censura da sociedade ainda presente a impede de ser uma mulher livre; 4) os sentimentos da mulher, usuária do serviço de saúde, compõem uma “tríade sentimental” entre os quais identificou-se: medo, vergonha

e culpa, sentimentos que perpassam as diferentes preocupações diretamente ligadas à vida e à saúde relacionadas à condição da mulher e à fase do ciclo vital, sexualidade, maternidade, aborto, métodos anticoncepcionais e menstruação.

Os resultados obtidos nesta pesquisa ratificaram o desejo consciente ou inconsciente das mulheres de reivindicar seus direitos como pessoa, mulher e cidadã. O exame ginecológico provoca um conflito entre *saber* o que é o exame ginecológico *versus fazer* o exame ginecológico, assim como o conflito de *querer* realmente fazê-lo, uma vez que é marcante o fato de entrar em contato com o serviço de saúde após o início da vida sexual (Salcedo-Barrientos; Egry, 1999).

Outro estudo, refletindo sobre as práticas gerenciais de enfermagem em saúde coletiva no próprio Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, demonstrou que as práticas de enfermagem ainda encontram-se fundamentadas em teorias administrativas positivistas, aderentes ao modelo da racionalidade. Essa prática gerencial é realizada preferentemente pela (o) enfermeira (o), denotando uma divisão social e técnica do trabalho de enfermagem e sua gênese é compreendida pela história da enfermagem enquanto prática social (Silva et al, 1999).

Num espaço maior, como é especificamente o do Distrito Sanitário do Butantã, na cidade de São Paulo, foi também possível evidenciar a reprodução de práticas de enfermagem que ainda se encontram alicerçadas no trabalho do profissional médico; a política institucional determina a organização do trabalho; existe uma participação intensa das enfermeiras nas atividades gerenciais, porém as atividades ligadas ao coletivo, como por exemplo, as educativas e o trabalho extramuros, revelaram-se reduzidos (Bertolozzi et al, 1999).

Estas pesquisadoras referidas acima alertam para o cuidado a ser tomado evitando-se dar continuidade à reprodução de práticas que “não redundem em impacto efetivo sobre os perfis epidemiológicos, que deixem de buscar a

integração com outros profissionais e na manutenção dos indicadores sociais e de saúde” (Bertolozzi et al, 1999).

O processo histórico mostra que, com a participação ativa das feministas, houve uma importante intenção de mudança com a formulação do PAISM, caminho para uma verdadeira atenção integral da mulher, tendo em sua base a categoria gênero, mas ao longo de duas décadas ainda encontra-se pendente seu encaminhamento e efetivação e respondendo às necessidades no que diz respeito à sua saúde.

Por tanto, acreditamos que as enfermeiras deveriam nortear os seus trabalhos pelos princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) contemplados no art. 7º da Lei 8080/90 dentre os quais destaca-se : a Universalidade de acesso a todo e qualquer cidadão a todos os níveis de assistência; Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; Integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, princípios estes também presentes na formulação do PAISM; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; direito à informação, às pessoas assistidas, sobre a sua saúde; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; utilização da epidemiologia para o estabelecimentos de prioridades, a alocação de recursos e a orientações programáticas (Brasil, 1990_a).

Diante da realidade apresentada e das reflexões sobre a mesma, foi proposta uma pesquisa que busque intervir na prática de enfermagem em saúde coletiva na área de saúde da mulher, privilegiando o processo participativo e dinâmico no âmbito da extra-internação, para melhor conhecer o trabalho de enfermagem por meio de uma vertente emancipatória da educação e na

concepção de *empowerment*, ampliando o exercício profissional no SUS sobre os princípios do PAISM.

Pensando em criar as possibilidades de transformação desta realidade, foi proposto estrategicamente refletir os significados que as enfermeiras atribuem à sua prática no serviço Ambulatorial do HUUSP, parte do Sistema Integrado de Saúde da Universidade de São Paulo e prestador de serviços ao SUS, aprofundando especificamente na área da saúde da mulher, dando continuidade às reflexões já iniciadas durante a pesquisa realizada para a conclusão do mestrado.

Por outro lado, considerando que a construção da prática das enfermeiras dá-se sob um modelo de saber e poder masculino e médico, dificultando, assim, a relação com as usuárias dos serviços de saúde, e impossibilitando o empoderamento das mulheres, decidimos conhecer também, sob o enfoque do materialismo histórico dialético e de gênero, as representações das enfermeiras sobre o seu fazer, ao estabelecer uma relação com a mulher que realiza, pela primeira vez, o exame ginecológico para que as possíveis contradições sobre a sua prática possam ser olhadas também sob o aspecto da relação enfermeira/cliente, considerando esta uma porta de entrada para facilitar a compreensão do objeto. Partindo do *pressuposto* de que as enfermeiras não evidenciam as desigualdades que estabelecem com a clientela feminina, apesar dos avanços em termos de reorganização da assistência ginecológica, elas reproduzem o atendimento biomédico comprometendo a atenção de qualidade e de humanização.

Levando em consideração a necessidade de articulação entre o SUS (Brasil, 1990_b) e o PAISM (Brasil, 1984), perante a ameaça da implantação e perpetuação do projeto neoliberal, e a necessidade de revisão da prática de enfermagem, e reconhecendo que gênero perpassa os diversos espaços sociais,

foi assumido como objeto deste estudo a *prática das enfermeiras do serviço extra-internação do Serviço Ambulatorial do HUUSP frente ao cuidado da mulher*, utilizando a categoria gênero como categoria analítica.

Assim os objetivos deste estudo foram os seguintes:

- Identificar as percepções e as contradições das mulheres enfermeiras acerca das práticas sociais da enfermagem,
- Analisar a prática das enfermeiras enquanto prática social na perspectiva de gênero materializada em seu cotidiano de trabalho
- Compreender os significados atribuídos pelas enfermeiras ao seu fazer profissional para subsidiar a transformação da prática junto às usuárias através da enfermagem generificada.

2. CONTEXTUALIZANDO A ENFERMAGEM COMO PRÁTICA SOCIAL

Surge esta necessidade de contextualizar e refletir sobre a prática social da enfermagem, principalmente pelo fato de focalizar melhor o nosso objeto para subsidiar incluso os posteriores questionamentos, produto da análise dos dados empíricos trabalhados. Assim, iniciaremos esta reflexão, resgatando a gênese do trabalho na enfermagem a partir da década de 80 até a atualidade, dentro dos contextos sociopolítico, econômico e ideológico, os quais têm registrado mudanças significativas que ampliam as perspectivas de trabalho da enfermeira no âmbito da saúde da mulher em saúde coletiva.

Silva (1986) reconstrói historicamente a prática social e a prática médica no modo de produção antigo e feudal, durante a Revolução Industrial, caracterizando as inter-relações dialéticas das dimensões infra e superestruturais, fazendo ainda uma abordagem referente ao aspecto particular e individual, ao se resgatar a enfermagem desde o nascimento como uma prática fundamentada em saber de cunho empírico, procedente de um âmbito doméstico com caráter caritativo, reforçado na sociedade feudal com influência do cristianismo, onde o “cuidado dos corpos” é concebido como instrumento para a salvação das almas e seguido pela criação dos hospitais que exigiu o melhor preparo destes agentes. A autora tenta apreender estes traços principais que caracterizaram a enfermagem tradicional na esfera de produção e das forças produtivas, identificando que a existência da enfermagem tradicional coincidia com o pré-capitalismo e a enfermagem moderna é produto do capitalismo, processo este que implica na reorganização desse espaço sob o poder dos médicos.

Ao falar da gênese da enfermagem, é importante resgatar a história médica para entender algumas mudanças inseridas no âmbito da saúde. O conhecimento médico-clínico tem sua gênese, no final do século XVII, junto com o movimento

social de transformação do hospital como local de cura e, no século XIX, na Inglaterra, surge a enfermagem que se institucionaliza dentro deste movimento do nascimento da clínica, onde o objeto do trabalho médico era o *corpo doente*, devendo higienizar e disciplinar o espaço hospitalar, favorecendo dessa maneira a recuperação individual (Almeida; Rocha, 1986).

Almeida; Rocha (1997) apresentam outra contribuição relevante para a enfermagem enquanto trabalho, quando colocam que as profissões da área da saúde, geralmente são tomadas no seu estatuto científico profissional, de forma restrita, causando sérias limitações. Então, para a enfermagem, enquanto uma profissão, seria “fundamental afastá-la dos padrões normativos e técnicos para considerá-la como trabalho e para, dentro deste denominado processo de trabalho em saúde, podermos identificar seus diferentes momentos “caracterizando sua finalidade, tecnologia, objeto e agentes”. E, através desta ótica, estudar a organização tecnológica da prática de enfermagem e encontrar finalmente o espaço institucional e social desta prática, “apreender as contradições e dinâmicas da prática e contribuir com estratégias de mudança da realidade”. As autoras ainda consideram que estas contribuições possibilitaram “macroanálises da enfermagem na formação social capitalista e, em especial, sua gênese e evolução histórica na sociedade brasileira”. E a enfermagem passa a ser um instrumento ou um meio do processo de trabalho médico; e o trabalho de enfermagem não se subordina ao profissional médico, senão ao trabalho médico.

As mesmas autoras referem-se também à enfermagem como uma ação ou uma atividade executada, principalmente por mulheres, que utilizam os saberes advindos de outras ciências e de uma síntese produzida por elas mesmas para apreender seu objeto, e tendo, como finalidade a atenção ou satisfação das necessidades sociais do cliente ou clientes. Ainda afirmam que “a geração bem como a satisfação das necessidades por meio do trabalho é um processo social e ao mesmo tempo histórico, porque nele se dá a produção e reprodução deste

homem que é social”. Portanto, este processo de trabalho também é social e histórico (Almeida; Rocha,1997).

Villa et al (1997) trouxeram outra contribuição ao analisarem o trabalho de enfermagem a partir da *organização tecnológica de saúde pública em São Paulo, de 1889 a 1967* e partem da análise, tomando o modelo tecnológico da Saúde Pública Paulista que se baseia na epidemiologia da “Era bacteriológica” e constataam que estas ações de saúde não incorporaram os agentes de enfermagem, pois eram realizadas de maneira “coercitiva”, “fiscalizadora”, “policial”, centradas no controle do meio ambiente.

Estas reflexões têm sido possíveis partindo das contribuições de Mendes-Gonçalves (1994), que faz uma fecunda renovação da teoria do trabalho no campo da saúde, redefinindo-a como tecnologia na noção de “organização tecnológica do trabalho” a qual serve de subsídios para as futuras produções.

Donnangelo; Pereira (1979) ainda resgatam que a autonomia médica é questionada quanto à sua plenitude, pois ela depende das necessidades da articulação das práticas na divisão social do trabalho; coincidindo com a finalidade do trabalho da enfermagem de curar corpos individuais.

No processo de desenvolvimento do modelo clínico, surge, para a enfermagem, uma outra atividade: a administração com a finalidade imediata de organizar e controlar o processo de trabalho e favorecer o cuidado para a pronta cura dos pacientes. São desenvolvidos diversos instrumentos, dentre eles, destacam-se: os modelos e métodos de administração, normas e rotinas, a própria força de trabalho em enfermagem (auxiliares), equipamentos e materiais permanentes e para manipulação e administração de drogas e soluções.

A implantação do modelo “Médico-Sanitário” se desenvolveu a partir de 1925 até o final da década de 1960, o que gerou o aumento de serviços sanitários

do Estado, mas sem um planejamento pré-estabelecido. A educação sanitária converte-se no principal instrumento de trabalho, junto ao desenvolvimento das ações de campanha e de política sanitária. Isto, por sua vez, facilitou a admissão de agentes de enfermagem, sem preparo nem treinamento formal, com o objetivo de auxiliar o médico nos serviços de tuberculose, hanseníase, tracoma, puericultura. Dessa maneira, certas áreas de especialização para este pessoal foram se estruturando, com um enfoque coercitivo e de controle, mas sem que este profissional recebesse uma supervisão contínua, dando-lhe uma certa autonomia quanto à organização do trabalho em saúde, facilitada pelos mecanismos burocráticos e racionalizadores. A enfermeira se insere de maneira muito esporádica, tendo como atividade principal a coordenação do trabalho e o treinamento deste pessoal (Villa et al, 1997).

Outro período do trabalho na enfermagem, considerado pelas mesmas autoras, foi de 1969 a 1983, caracterizado pela ampliação e diversificação da assistência médica individual prestada pela Secretaria da Saúde, que se denominou *Programação em saúde*, produto de uma Reforma Administrativa que gerou um novo modelo tecnológico. Dentre as principais mudanças estão a quebra da polarização do trabalho, antes centrado entre médicos e atendentes, educador sanitário ou visitador e a introdução de novos profissionais, principalmente a enfermeira. Instala-se concretamente a divisão técnica no trabalho de enfermagem (supervisão / treinamento, controle e coordenação). A enfermeira é eleita para contribuir de maneira prioritária com este modelo introduzido e, por sua vez, adquire hierarquia e disciplina e suas ações centram-se no desenvolvimento de padronização de técnicas de enfermagem, através da distribuição de tarefas simples. A assistência médica individual se incorpora a um conjunto de atividades dirigidas a grupos coletivos com o trabalho baseado em enfoque de risco, dentre eles: a visita domiciliária, vacinação, educação em saúde. Frente a esta transformação, surgem muitos questionamentos na maneira de se envolver mais esta enfermeira com necessidades da clientela, sem fazer um excessivo uso do

poder que, em algumas ocasiões, levou a certos conflitos como consequência deste trabalho parcelado dentro da equipe de enfermagem (Villa et al, 1997).

O capitalismo trouxe consigo novas necessidades sociais e, dentre seus principais objetivos, a área da saúde tinha que controlar e cuidar da força de trabalho. Assim, a clínica vai assumindo um lugar importante mediante a instrumentalização, através do saber anátomo-fisiológico, sendo, a partir de então, seu objeto de trabalho *o corpo doente, a doença* e, sua finalidade, *a recuperação do corpo individual*. O médico assume uma posição de liderança, proprietário das condições do processo para fazer o diagnóstico e a terapêutica e, devido à complexidade do conhecimento e ampliação da infra-estrutura, a incorporação de outros profissionais se torna prioritária, configurando, dessa maneira, um trabalho coletivo, em que se evidenciaria uma marcada divisão do trabalho (intelectual x manual), assumindo o médico o momento mais intelectual do trabalho e uma posição hegemônica neste processo, garantindo o espaço de poder sobre os outros trabalhos (Mendes-Gonçalves, 1992).

Então o capitalismo, além de favorecer muitas mudanças nas vidas dos trabalhadores, torna-se importante para a saúde, pois dá origem ao modelo de saúde coletiva em que é assumida a concepção da doença como fenômeno coletivo, sendo a epidemiologia uma ferramenta importante denominada como um dos saberes fundamentais (Mendes-Gonçalves, 1992).

As transformações marcantes da Enfermagem Brasileira através das últimas décadas

A partir da **década de 80**, a prática social da enfermagem é marcada por profundas transformações. De um lado, por uma crise econômica intensa e prolongada e, de outro, pela superação de um longo período autoritário, restaurando-se a ordem democrática. A organização do setor de saúde é intensamente discutida, questionando-se o modelo previdenciário, incompatível

com a demanda da população, sendo colocadas em pauta questões como a extensão de cobertura, a regionalização, a participação popular e a cidadania, em busca de novas formas de organização da assistência (Rocha et al, 1997).

Dentro deste cenário, a preocupação da enfermagem vai se configurando no sentido de refletir sobre a profissão e inseri-la no contexto da sociedade brasileira da época.

Na primeira metade da década, a despeito do avanço das discussões havidas em 1979, acerca da enfermagem, enquanto prática social, prevalece a tendência anterior de visão da assistência de enfermagem centrada no aspecto individual do processo “saúde-doença” ou quando muito articulada à concepção multicausal da saúde pública, ainda que com pouca ênfase nos aspectos estrutural e conjuntural do País (Fonseca et al, 1997).

Tem início o estudo da reforma curricular, propondo a formação do enfermeiro generalista, que compreende o desenvolvimento do ensino centrado nas diversas áreas de atuação e em diferentes níveis de complexidade. Tal proposta decorre de uma reflexão crítica acerca do homem, da sociedade, do processo saúde-doença, pressupondo uma abordagem multidisciplinar, fundamentada nas ciências humanas, sociais e biológicas, bem como no saber próprio da enfermagem enquanto profissão, enfatizando os aspectos administrativos a serem desenvolvidos em instituições hospitalares e sanitárias (Almeida, 1984; Fundação W K Kellog, 1991).

É relevante resgatar que, no Brasil, os movimentos sanitaristas, durante as décadas de 70 e 80, favoreceram a redefinição do campo da saúde pública, o que hoje reconhecemos como saúde coletiva (Paim, 1993). Esta mudança indubitavelmente, ainda está sendo repercutida na enfermagem, pois, atualmente, muitas questões não resolvidas são evidenciadas na prática, desde as diferenciações quanto à definição entre saúde coletiva *versus* saúde pública e o

objeto de trabalho. Encontramos muitos avanços na área da saúde coletiva, mas acreditamos que ainda haja dificuldades para reolharmos o próprio trabalho na enfermagem sob esta perspectiva.

Na década de 70 surge o movimento feminista, preconizando a ampliação legal dos direitos civis e políticos das mulheres, e como consequência gerou na década de 80 a utilização de "gênero" como categoria analítica na Academia, que foi consolidada nos anos 90; portanto, consideramos este fato uma das principais mudanças na enfermagem na saúde coletiva e especificamente um grande avanço na área da saúde da mulher.

É importante também mencionar que o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM (Brasil, 1984) surgiu como uma proposta exclusiva à saúde da mulher para responder as suas necessidades nesse campo; os quais tentaremos refletir com um pouco mais de detalhe no item a seguir.

A década de 80 caracterizou-se também pelas grandes mudanças que trouxe para o setor saúde, na sociedade brasileira, ao consolidar-se o rompimento com o regime de ditadura militar e a volta ao regime democrático, mediante a criação constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS), que veio a ser regulamentado posteriormente com as Leis 8080/90 e a 8142/90 (Mendes, 1996).

Sem dúvida, as lutas desenvolvidas pela sociedade civil, já vinham ocorrendo há algum tempo, através do movimento da Reforma Sanitária, as quais procuravam mudanças nas políticas de saúde, e por consequência desenvolveram um papel muito importante no produto final desta conquista.

Mendes (1996) afirma que o SUS, “entendido como um processo social em marcha, não se iniciou em 1988, com a consagração constitucional de seus princípios, nem deve ter um momento definido para seu término”, pois considera este como um processo em construção, dada a sua alta complexidade em um

ambiente onde convergem diversas representações de interesses e de campos sociais de diferentes hierarquias como o político, o cultural e o tecnológico.

A **década de 90** foi também caracterizada pelo rápido avanço tecnológico que revolucionou o mundo e a produção mundial. O desenvolvimento e a introdução dessas novas tecnologias no setor saúde trouxeram um novo desafio para a enfermagem que necessitava conhecer e dominar esses novos recursos.

Ainda, nessa década, novas questões foram discutidas pela enfermagem, que passou a tratar de assuntos relacionados com os direitos do consumidor, com a qualidade dos serviços e, mais recentemente, com a concepção de qualidade de vida e a re-significação da prática social do enfermeiro no âmbito de extra-internação.

É importante também ressaltar que a prática de enfermagem sempre veio a reboque das políticas de saúde. O SUS, que se caracterizou hegemonicamente médico e crítico, trouxe muitas mudanças no agir dos outros profissionais, de tal maneira, contribuindo na reativação da reforma sanitária em favor de uma luta social, em que as prioridades estivessem ligadas às reivindicações pelos direitos dos cidadãos.

Os anos 90, sob a égide do neoliberalismo, enfrentaram um intenso processo de inclusão e exclusão social. Observa-se a intensificação do arrocho salarial, o aumento do desemprego, bem como a deterioração dos serviços públicos sociais. No setor saúde, consolidou-se a visão individual do processo “saúde-doença”. Os profissionais de enfermagem foram atingidos pelos reflexos da desvalorização social, por meio dos baixos salários, dupla e exaustiva jornada, em condições inadequadas de trabalho.

Neste contexto, é importante ressaltar as profundas repercussões sociais ocorridas, especificamente, com as mulheres brasileiras, que as levaram buscar

novas oportunidades de emprego, incrementando ainda mais sua carga de trabalho na sociedade e por conseguinte o registro de agravos evidenciados nos indicadores socioeconômicos. De modo que, na última década, a participação da mulher brasileira na população economicamente ativa (PEA) tem passado de 31% a 35%, porém o seu salário médio corresponde a 63% dos homens. As disparidades étnicas resultam alarmantes nos menores salários recebidos pelos negros e os denominados “pardos”, grupo de população que representa 44% da população total do País e cujo salário correspondeu em 1990, em promédio, a 68% do recebido pelos brancos (OPS, 2001_a).

Nesse contexto surge gênero como uma categoria capaz de compreender a dupla subalternidade a que está exposta a maioria das mulheres nas sociedades onde é mais evidente o colapso da modernização, considerando-se que este opera muito mais por exclusão que por inclusão e que este processo penaliza muito mais as mulheres, principalmente no que tange às doenças de risco, produto dessa conjuntura (Fonseca, 1996_a).

Tudo isso nos remete a repensar o nosso papel como atores sociais em meio desta crise, tentando compreender as profundas transformações e os novos desafios que se abrem, especificamente, neste campo da saúde da mulher e refletir sobre este novo desafio para a enfermagem como prática social, uma vez que seja possível a análise e a compreensão da prática do cotidiano com o intuito de intervir na realidade objetiva.

O Sistema Único de Saúde (SUS) e O PAISM como desafio na assistência à saúde da Mulher

Neste momento consideramos importante resgatar a análise das contribuições da saúde à organização das próprias práticas no âmbito do SUS. Desta forma para estabelecer um debate democrático na assistência à saúde, é preciso reconhecer que o SUS caracteriza-se por conter 3 dimensões importantes,

a saber: a) tem uma dimensão política, pelo fato de estar sendo construído num ambiente democrático, onde encontram-se diferentes atores sociais com diferentes projetos; b) possui uma dimensão ideológica, uma vez que parte de uma nova concepção ampliada de processo saúde-doença e de um novo paradigma sanitário, reconhecendo que a implantação tem um nítido caráter de mudança cultural e esta, por sua vez, introduz um elemento de temporalidade longa ao processo de implantação dada a sua natureza intrínseca; c) tem uma dimensão tecnológica, que deve ser coerente com os pressupostos políticos e ideológicos do projeto que o referencia, exigindo dessa maneira, a produção e a utilização de conhecimentos e técnicas para sua implementação (Mendes, 1996).

Com a implantação jurídica do SUS foi possível levar em frente uma proposta humanista e igualitária; evoluindo de um sistema discriminatório de castas para o direito universal; de um sistema fragmentado caótico e dispersivo onde existiria um principal gestor e executor das políticas de saúde para a unificação e descentralização; de um sistema autocrático ao democrático e na perspectiva de favorecer a integridade dos serviços públicos e privados (São Paulo, 2001).

Dentre seus princípios cabem lembrar a universalização (visa o direito de acesso aos serviços de saúde sem restrições); a integralidade (entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de promoção, preventivos e curativos, sejam estes individuais ou coletivos exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema); a descentralização (da gestão para estados e municípios); a hierarquização e “participação Popular – Controle social” (exercido por meio de conselhos e conferências de saúde, de caráter propositivo e deliberativo, composto paritariamente por usuários e o conjunto dos demais segmentos de trabalhadores, gestores e prestadores de serviço (Brasil, 1990_{a,b}).

Para tanto, com o intuito de concretizar estes princípios e organizar os serviços de saúde foi proposto o desenvolvimento dos distritos sanitários, onde

levando em consideração o limite topográfico e político poderia ser possível satisfazer as necessidades da população.

Dessa maneira, o distrito sanitário além de se constituir em uma base geográfica e burocrática, uma concepção de processo social, é definido como “um espaço geográfico, populacional e administrativo, ao lado da criação de instancias de coordenação do conjunto de estabelecimentos de saúde localizados neste espaço” (Mendes, 1988).

O distrito sanitário englobaria todos os serviços públicos e privados articulados com os setores governamentais e não-governamentais, tendo como referencial que “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes entre outros a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiental, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer o acesso aos bens e serviços essenciais (Brasil, 1990_a art. 2 &3).

Poderia ser concretizado um novo modelo assistencial a partir de um diagnóstico epidemiológico social, realizando o levantamento, em cada distrito sanitário, dos índices de morbi-mortalidade e dos indicadores sociais ligados às condições de vida da população a nível local, desta forma seriam identificadas as necessidades respectivas as quais poderiam ser atendidas, considerando-as como ponto de partida para o planejamento e o desenvolvimento das ações de saúde (Mendes, 1988).

Os serviços de saúde, tanto públicos como privados, são diretamente afetados pela crise nas relações entre o Estado e a sociedade no Brasil, não bastasse isso os mais variados problemas cotidianos impedem que os serviços cumpram suas funções de instrumentos a serviço da vida individual e coletiva.

A falta de dinheiro, o clientelismo das políticas de saúde praticado nas esferas federais, estaduais e municipais, a ausência de legislação adequada a

importância das políticas sociais dos governos, entre outras graves questões, só vem agravar a crise, ocasionada a desumanização dos serviços de saúde. A constituição de 1988 preocupou-se em assegurar a saúde como um direito do cidadão. A partir de então se impôs um desafio entre os trabalhadores de saúde e os usuários do sistema como objetivo primordial de tornar mais solidaria a relação que se estabelece (Merhy, 1997).

Buscando eliminar o paradoxo entre o dispositivo constitucional e a insegurança do usuário nas instituições de saúde, os profissionais dessa área se conscientizaram dia após dia da sua parcela de responsabilidade na melhoria da qualidade da assistência que prestam e destacam, entre outras, três condições necessárias ao conjunto dos serviços de saúde, dentre eles: a garantia do acesso dos usuários às ações de saúde, ofertando múltiplas opções tecnológicas para enfrentar os seus problemas; o acolhimento dos usuários em todos os momentos de relacionamento com os mesmos; a garantia da máxima resolutividade às ações de saúde, procurando impactar os quadros de morbi-mortalidade a partir da associação mais ampla possível de todas as ações de saúde individuais e coletivas, tecnologicamente disponíveis (Merhy, 1997).

Desta forma, para eficácia dessas medidas preconizou-se que os trabalhadores de saúde dos setores devem lutar pela implantação de um SUS efetivo, publicamente concentrado no usuário e democratizado. Por isso a clínica e a epidemiologia são tratadas como saberes tecnológicos, produzidos com o objetivo de realizar intervenções produtivas do trabalho humano sobre os “processos da vida como a saúde e a doença”. Ao adotar a tecnologia da tipo leve (como o acolhimento) o processo operatório é bem mais aberto, receptivo ao fazer do trabalho vivo em ato, ao contrário do que ocorre quando este adota uma tecnologia do tipo dura como realizar uma conduta totalmente normatizada ou mesmo o processo incorporado de máquinas, ferramentas (Merhy, 1997).

Schraiber (2002) resgata o princípio da integralidade em saúde, questionando que esta esteve sempre explicitada como intenção e necessidade da ação pública, isto é ser eficaz nas ações em saúde realizando a justiça ou pelo menos ser justo, respeitando o direito, acesso e de resolutividade assistencial. Portanto muito se produz, intelectual e praticamente, em termos de modelos de gestão ou até de organização dos serviços, mas pouco se tem pensado a dimensão da ação clínica e da ação sanitária e qual seria sua integração, desenvolvendo-se a integralidade em saúde neste espaço de intervenção.

Por outro lado, nesta luta da integridade, consideramos importante também resgatar o final da década de 70, onde o feminismo brasileiro floresceu com influência do feminismo internacional criando diversos grupos e instituições não governamentais que trabalhavam na área da saúde (D'Oliveira, 1999).

No início dos anos 80 como tínhamos mencionado anteriormente, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Atenção Integral à Saúde da mulher (PAISM), onde em sua formulação diversas correntes de saber e práticas sociais influenciou principalmente no movimento sanitário que teve como proposta a Reforma Sanitária e no próprio feminismo que permeiam os documentos do programa destacando-se: a politização centrada principalmente nas ações de saúde; a luta contra a AIDS; a Saúde mental (D'Oliveira, 1999).

Nesta década foi assumida uma posição alternativa tanto frente ao “natalismo” quanto ao “controlismo” dando origem aos direitos reprodutivos, condição de cidadania, responsabilidade social e uma atenção ampla a saúde reprodutiva. Em 1986 foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, onde foram colocados os princípios de um verdadeiro programa de implantação da Reforma Sanitária, que futuramente foi transformada em proposta do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre eles: ampliar a cobertura com uma nova qualidade no trabalho; racionalizar dimensão educativa da assistência; Implantar

assistências: de clínica e ginecológica, no pré-natal; ao parto e puerpério (D'Oliveira,1999).

O PAISM não deixou de enfrentar riscos e possibilidades na incorporação das questões do poder ligadas às questões homem-mulher na sociedade, seja por referência às relações medicina-mulheres, no interior dos serviços de saúde, trazendo uma importante questão ético-política para o interior dos serviços. A possível tradução técnica dessa questão, isto é, a possibilidade histórica e socialmente dada mostrou-se perpassada por conflitos e dilemas entre o ético-político e o científico-tecnológico, como a dificuldade de compor qualidade e quantidade, saber técnico e saber popular e de questionar as relações de poder no interior de instituições de grande autoridade técnica e moral na sociedade (D'Oliveira,1999).

Dados históricos registram que houve uma efetiva participação das feministas na formulação desse programa, buscando uma verdadeira atenção integral à saúde da mulher, considerando como base a categoria “gênero”, mas infelizmente, ficou pendente seu encaminhamento e efetivação na prática cotidiana. Hoje, é preciso refletir sobre esse passado histórico, que tentou resgatar a identidade feminina, colocando em xeque as diversas transgressões dos direitos reprodutivos femininos, colocando também em perigo a própria identidade da mulher. Na prática, ainda identificam-se ações que favorecem a repressão dos sentimentos das clientes, que são traduzidos em inumeráveis passagens da vida destas mulheres (Salcedo-Barrientos, 1998_a).

Grossi (1996) alerta também ao profissional de saúde quanto ao aproveitamento da relação terapêutica no qual deveria tratar de conhecer a história de vida de cada mulher, identificar fatores e dinâmicas que possam ajudar a enfrentar os problemas do cotidiano, ainda mais, o setor saúde mediante ações democráticas e massivas, programando ações educativas e de prevenção

dirigidas à população reforçando seu direito de cidadania, com uma perspectiva global e não individualizada, por tratar-se de um problema social e político antes que epidemiológico; desta forma a autora considera o PAISM como uma alternativa interessante neste processo de transformação concordando com a sua viabilização.

A proposta do PAISM era dependente e correlacionada à proposta original do SUS, exigindo hierarquização das ações, regionalização, prioridade para as ações educativas e promoção de saúde, além de planejamento segundo referenciais epidemiológicos e de participação popular. A evolução histórica recente do sistema de saúde deu-se, porém, predominantemente na direção da extensão de acesso ao pronto-atendimento médico na rede de saúde pública, com escassa racionalidade epidemiológica e sucateamento dos recursos públicos. Motivo pelo qual, o PAISM acabou por reduzir-se, no cotidiano do trabalho à oferta de assistência médico-ginecológica, focalizando o tratamento de patologias do aparelho reprodutor feminino (D'Oliveira; Senna, 1996).

A própria implantação do SUS enfrentou diversas dificuldades para transformar em tecnologia de trabalho concreto. Com referência à operacionalidade, a tradução da proposta política do PAISM para a organização concreta dos serviços não é simples nem automática, colocando questões complexas para à prática (D'Oliveira; Senna, 1996).

Existe nos serviços de saúde um tipo de trabalho, dirigido prioritariamente à dimensão reprodutiva, reduzida ao aspecto biológico do corpo feminino. Existe a presença de uma postura violenta traduzida nas ações que não questionam a reprodução da desigualdade nas relações de gênero, traduzidos no desrespeito à integridade corporal e autonomia das mulheres, ao contrario, reafirmam que o núcleo do sofrimento feminino está centrado em sua anatomia, que determina o seu destino natural de ser humano incompleto. As autoras sugerem perante as diversas dificuldades para a implantação do PAISM, construir instrumentos

levando em consideração a demanda e a organização atual dos serviços, já conformados à redução biológica dos sofrimentos femininos, fazer emergir as questões de gênero e saúde, ampliando a sua compreensão e criticar a própria prática cotidiana (D'Oliveira; Senna, 1996).

Para a enfermagem especificamente e complementando esta reflexão em tornar possível a implementação do SUS, visando o cumprimento do princípio da Integralidade, Antunes (1996) sugere “avançar de uma visão do indivíduo enquanto um ser biológico e independente para enxergá-lo como um ser social, vivendo com os conflitos, dificuldades e partilhamento de interesses cotidianos na sociedade levando em consideração o conjunto de necessidades e problemas que devem ser encarados também integralmente”.

A autora sugere que os caminhos para a universalização da integralidade da assistência de enfermagem, em saúde coletiva, no processo de municipalização da saúde, exigem a revisão através dos programas de educação continuada, dos marcos conceituais, econômicos, incorporação de conhecimentos das ciências humanas e sociais e a adoção de um novo paradigma centrado nos cuidados de enfermagem para a promoção da vida; exige a apropriação de conhecimentos ligados ao planejamento e à programação de assistência a partir das necessidades da população (Antunes, 1996).

Desta forma, o grande desafio da enfermagem, na saúde coletiva, para o novo século é recriar os cuidados de enfermagem, isto é criar novas formas de cuidado, para atingir a integralidade da assistência e transformá-lo em um novo paradigma com uma abrangência individual e coletiva (Antunes, 2001).

Quanto aos desafios a serem enfrentados pela enfermagem, em favor da implementação do SUS, Antunes (2001) considera fundamental a busca da saúde como resultante da qualidade do bem viver. Assim considera também que o universo da atenção básica como um outro espaço a ser explorado no qual a

enfermagem tem tido e ainda tem desenvolvido as suas capacidades e vem mostrando sua força, compromisso e competência, através das sustentações para as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças apesar das adversas condições de trabalho e do não reconhecimento oficial dos poderes oficiais e da imprensa brasileira. Nesta circunstancia a autora propõe estrategicamente empoderar e instrumentalizar as enfermeiras(os) em ações ligadas com a área gerencial e assistencial inclusive para vencer os desafios na organização do SUS (acompanhamento dos indicadores da atenção básica, na programação pactuada integrada epidemiológica e da assistencial, dentre outras atividades).

Nesta conjuntura, resgatando o desafio direcionada para a própria categoria representada pela ABEn, questiona-se qual o papel desta como “entidade civil, de associação voluntária e civil?”. Considerando que desde 1986 assumiu, no preâmbulo de seu Estatuto o compromisso ético, político e técnico de propor e defender políticas e programas que visem a melhoria da qualidade de vida da população, maior grau de resolutividade dos seus problemas de saúde e que garantam acesso universal e equânime nos Serviços de Saúde. Cumprindo com este compromisso a ABEn tem permanecido ao lado das instâncias de poder formal e informal, construindo e contribuindo criticamente para modificar a realidade, caso contrário a referida entidade estaria abrindo mão desse poder de intervir (Antunes, 2001).

Dentre os principais desafios para a enfermagem, é importante buscar poder para intervir nas decisões, em todas as instâncias, independente dos partidos políticos que democraticamente as governam. É preciso que a ABEn Nacional, Seções e Regionais avancem nas relações de poder e na prática política que são oferecidos nos diversos espaços políticos. E especialmente precisa ter uma participação efetiva nos espaços de controle social (conferências de saúde, conselhos de saúde) para favorecer a construção da cidadania da mulher, não mais regulamentada, porém construída nas raízes da vida brasileira. Por tanto, autora frisa a importância que as enfermeiras (os) precisam ser sujeito e autores

da história da Saúde Pública, onde é preciso as negociações, as lutas, rompimentos e pactuações. O fato de não aproveitar estes espaços significaria na perda da oportunidade de ajudar a mudar o mundo, pois o SUS ainda está em construção e somente será possível uma mudança efetiva, com a participação de todos os associados apoiando, transformando, concretizando projetos e programas que ampliem o acesso e a qualidade da atenção à saúde; esta é uma tarefa muito importante, que deve envolver a comunidade de enfermagem nesta luta coletiva de construção da cidadania com ética e competência profissional (Antunes, 2001).

Portanto, o gerenciar, organizar serviços de saúde e de enfermagem para a atenção básica é *extremamente complexo* e é preciso que as instituições formadoras incorporem nos seus conteúdos curriculares de graduação, tais conhecimentos, assim como as Seções e Regionais da Aben deveriam organizar grupos de discussão deste conteúdo (Antunes, 2001).

O presente resgate histórico da prática da enfermagem, privilegiando o SUS e o PAISM permitiu dar subsídios para compreender e reolhar as ações no serviço ambulatorial foco da nossa atenção, repensado inclusive as vantagens de estruturar um trabalho sólido utilizando uma estratégia de sensibilização que vise identificar as contradições a nível local, favorecendo desta forma a reflexão de futuras intervenções em favor da equidade respeitando as diretrizes e princípios do SUS, os quais deveriam permear o funcionamento do mesmo.

3. CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 O método

O referencial teórico utilizado foi o *materialismo histórico dialético* (MHD); sendo o método adotado o *Dialético de Exposição*, para compreender as diferenças numa unidade ou totalidade parcial (Minayo, 1998). Portanto, busca-se a compreensão das conexões orgânicas (o modo de relacionamento entre a realidade e o processo de constituição da totalidade parcial), o entendimento das determinações essenciais e das condições e efeitos de sua manifestação.

Este estudo está sustentado pela “Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva - *TIPESC*” (Egry, 1996); Gênero, saúde e enfermagem, que estudam os fenômenos sociais de mulheres e homens, entre eles o processo saúde–doença, sob o recorte de gênero.

Esta pesquisa foi desenvolvida através da execução de oficinas de trabalho, as quais serão abordados com mais detalhes no item de coleta de dados.

Egry (1996) refere que “o materialismo histórico tem, como objeto de estudo, a sociedade e as leis gerais de seu desenvolvimento. É materialismo porque sustenta que a produção material é a base, sobre a qual se estabelece o modo de viver dos homens, o que determina toda a vida da sociedade. O materialismo histórico atribui caráter histórico aos fenômenos sociais, considerando-os suscetíveis de serem transformados pela ação dos homens. Nesse sentido, diferencia-se do funcionalismo, que considera os fenômenos sociais como não-históricos”. A autora apresenta uma proposta centrada no marco filosófico do materialismo histórico - dialético, denominada Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC), com o objetivo de refletir e ampliar a abordagem metodológica de intervenção da enfermagem no processo saúde-doença da coletividade: “é a sistematização dinâmica de captar e interpretar um fenômeno articulado aos processos de produção e reprodução

social referentes à saúde e doença de uma dada coletividade, no marco de sua conjuntura e estrutura, dentro de um contexto social historicamente determinado; de intervir nessa realidade e, nessa intervenção prosseguir reinterpretando a realidade para novamente nela interpor instrumentos de intervenção”.

As âncoras epistemológicas desta Teoria estão no conceito de historicidade, de dinamicidade e de práxis. Por historicidade entende-se a mobilidade constante da História, o vir-a-ser contínuo das transformações sociais, estas vivendo da tensão dialética entre a persistência no tempo e a transcendência ao futuro. Parte contígua da historicidade é a situacionalidade que se trata da "condição atual do fenômeno nas perspectivas quantitativas e qualitativas. Opõe-se a ela, dialeticamente, o passado e o devir da totalidade-parte considerada ao exame de suas contradições" (Egry, 1989). A historicidade pode ser expressa através da compreensão da superestrutura político-ideológica e das transformações do modo de produção da sociedade, donde se elaboram continuamente as necessidades sociais. Por dinamicidade entende-se que toda a realidade social está em contínua transformação, sofrendo sucessivas modificações no tempo e no espaço. As sociedades, os processos de trabalho, os processos de saúde-doença, assim como os processos assistenciais, educacionais e o investigativo não escapam desta dinamicidade.

3.1.1 Gênero como categoria de análise do processo saúde-doença das mulheres

A categoria gênero pressupõe a compreensão das relações que se estabelecem entre os sexos na sociedade, diferenciando o sexo biológico do sexo social. Enquanto o primeiro refere-se às diferenças anátomo-fisiológicas, portanto, biológicas, existentes entre os homens e as mulheres, o segundo diz respeito à maneira que estas diferenças assumem nas diferentes sociedades, no transcorrer da história. “O sexo social é historicamente construído, é produto das relações sociais entre homens e mulheres e deve ser entendido como elemento constitutivo destas mesmas relações, nas quais, as diferenças são apresentadas como

naturais e inquestionáveis. A utilização da categoria gênero pretende assim explicar, à luz destas relações de poder, as manifestações sociais das mulheres.” Fonseca (1996_b).

Portanto, o presente estudo utilizou a categoria Gênero como analítica central, a qual perpassa as nossas ações cotidianas e reforçamos esta nossa escolha a partir das reflexões de Fonseca (1996_a) quem afirma que na incorporação da categoria gênero é possível identificar uma das saídas para a superação das contradições que evidenciamos cotidianamente, tanto na nossa relação social com a clientela feminina/masculina, como na que estabelecemos com os demais trabalhadores da área da saúde.

Segundo Fonseca (1996_a), “somente o entendimento da trama das relações sociais de produção, em relação dialética com as forças produtivas, constituindo a base material sobre a qual se constrói a superestrutura social, não explica determinados fenômenos inscritos na construção e vivência dos sujeitos sociais, especialmente das mulheres”.

Durán (1995) considera a importância dos estudos nesta área da mulher a partir de uma perspectiva de gênero, entendido como uma relação de poder estabelecida em determinados espaços e especificamente na área de medicina e nas ciências da saúde, em que é muito freqüente observar uma grande participação de movimentos organizados para fomentar a reivindicação de seus direitos, promovendo o autocuidado e a auto-reflexão destas mulheres. Assim torna-se muito questionado e até rejeitado o sistema ideológico e organizativo das instituições de saúde em meio aos enormes avanços médicos, os quais também são questionados neste presente trabalho que tentará refletir e intervir diretamente na ideologia apreendida pelos profissionais responsáveis pela atenção direta.

Castro (1993) afirma que a partir desta categoria "gênero" tem sido possível começar a estudar as diferentes forças existentes dentro da família e da

sociedade, que determinam, de maneira crucial, as formas masculinas e femininas de ser, em um período histórico determinado.

Breilh (1994) explicita que “a categoria de gênero pode ser central em alguns estudos ou ações específicas, entretanto, não pode ser principal na determinação do conjunto global do movimento histórico da população das quais são partes inseparáveis dos gêneros”.

As pesquisas de gênero e saúde não se reduzem ao conhecimento de indicadores de doenças que afetam primeira ou totalmente um gênero nem tampouco se limitam a buscar o nexo empírico da patologia feminina com fatores sociais correlacionados. Devem, sim, explicar como intervir nas condições e nas relações de gênero, no processo de determinação social da saúde-doença. Para fazê-lo, considera-se que essas relações modificam-se historicamente e que possuem expressões distintas nos diversos grupos humanos da sociedade (Breilh, 1994).

Uma outra forma crítica de analisar esta categoria é a partir de Scott (1995), quem afirma que a categoria gênero possui duas partes e várias subpartes ligadas entre si, mas analiticamente distintas. *“O núcleo essencial da definição baseia-se na conexão integral entre duas proposições: o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder.”*

Segundo Fonseca (1996_a), a concepção de gênero, na vertente pós-estruturalista francesa, categoria fundamental trabalhada nesta pesquisa, insere-se na perspectiva que “a incorporação da categoria analítica gênero na área da saúde, através da denominada epidemiologia social ou crítica, é fundamental para a compreensão das desigualdades sociais e da qualidade que assume o processo saúde-doença em cada sujeito ou em cada grupo social. *Isto pode ser feito através de algumas subcategorias que concretizam as desigualdades existentes entre os sexos*”.

Silva (1997) considera que a enfermagem brasileira tem muito a contribuir através do desenvolvimento de pesquisas baseado na vertente feminista pós-moderna. A autora defende a idéia que o *feminismo* é um compromisso político, uma consciência, uma forma de pensamento e uma práxis, o qual tem como premissa básica “o fim da dominação de um grupo sobre outro e mudanças na vida diária das mulheres”.

A vertente *feminista pós-moderna* apresenta-se como uma perspectiva atrativa tanto para o movimento feminista como para a enfermagem, ao privilegiar a reconstrução das relações de poder, a partir da dimensão social, cultural e política da sociedade capitalista e patriarcal, sendo que uma das contribuições importantes para esta área da saúde é a construção do conhecimento relacionada diretamente à emergência de novos níveis de consciência política que possam desafiar os discursos dominantes e ao compromisso com a socialização do poder no conjunto de relações da vida cotidiana. Assim a pesquisa como instrumento de socialização do conhecimento e do poder é emancipatória, sendo uma meta importante tornar visível o invisível, desconstruir e reconstruir as formas nas quais o conhecimento teórico-prático é gerado e denunciar as formas de violência e opressão contra as mulheres e as minorias (Silva 1997).

Nesse contexto, no qual encontram-se inseridas as mulheres-enfermeiras, é importante considerar alguns pressupostos essenciais que embasam a pesquisa feminista pós-moderna, tais como: a) *A pesquisa como Ato de Reciprocidade*.- este pressuposto mostra a relação de reciprocidade entre o pesquisador e o “sujeito”, através do desenvolvimento de um processo dialógico onde são negociados desde as questões até análise dos dados, existindo uma relação de mútuo entendimento, buscando novos níveis e consciência crítica por ambas as partes; b) *A pesquisa como Desconstrução da Autoridade*.- visa dar importância à “multiplicidade de vozes” através da interpretação durante a análise do texto. Esta multiplicidade de vozes não implica na ausência de um posicionamento do autor e tratar os sujeitos como verdadeiros “sujeitos”. A pesquisa emerge como uma

construção textual e social construída pelo esforço de compreender a situação e torna-o visível àqueles que têm sido silenciados historicamente; c) *A pesquisa como Ato de Cuidado e de Esperança*.- a pesquisadora tende a se preocupar muito pouco com os “resultados” da “pesquisa”, o interesse é para a participante com quem a pesquisadora está engajada no encontro de pesquisa, ela capacita a pesquisadora a dar voz a sua vida e sem a qual não haveria nenhum texto. “A pressuposição de que a pesquisa é um ato de cuidado implica em considerá-la também um ato de esperança”; em que possam ser abertos espaços de novas formas de consciência e de ação no mundo, reconhecendo as diferenças individuais e coletivas na sociedade; d) *A pesquisa como Ativismo Político*.- este pressuposto “engloba as anteriores e amplia-os, pois abre espaços para novos marcos de conhecimento teórico-prático, assim como de ação em prol de níveis crescentes de qualidade de vida em sociedade”; criando espaços para “pensar o impensável, dizer o não dito, para ver ou não visto ou para representar o irrepresentável, sendo assim a força da pesquisa ativista feminista está na habilidade de abrir contradições e conflitos nas práticas colaborativas” (Silva 1997).

Finalmente são propostas 3 estratégias básicas como possibilidades de criar novas realidades políticas no mundo, a saber: a pesquisadora deve explicitar o espaço no qual ela se situa política e teoricamente; a análise crítica do texto deve buscar “desnaturalizar” o que parece natural e “a narrativa deve procurar enfatizar como as coisas são postas e como elas poderiam ser” (Fine apud Silva, 1997).

Estes pressupostos apresentam-se como essenciais para a enfermagem, os mesmos que não são totalmente considerados como novos, dado que muitos deles encontram-se nas raízes históricas da profissão (Silva 1997).

3.2 Fonte e cenário dos dados empíricos

As fontes primárias dos dados empíricos foram captadas junto às enfermeiras que trabalham no Ambulatório do HUUSP. Os dados de fontes secundários foram captados através da aplicação de um instrumento específico.

O estudo foi realizado no serviço ambulatorial do HUUSP, situado no Campus da Universidade de São Paulo - município de São Paulo. O HUUSP é um órgão complementar da Universidade de São Paulo, foi fundado em 1981 e de acordo com o regimento interno, tem que, entre as suas finalidades, como parte do Sistema Integrado de Saúde da Universidade de São Paulo, promover o ensino, a pesquisa e a extensão dos serviços à sociedade (Universidade de São Paulo, 1992).

Dentre seus objetivos visam desenvolver atividades assistenciais de prevenção e tratamento de enfermidades no nível secundário, bem como de proteção e recuperação da saúde.

O HUUSP encontra-se inserido na Direção Regional de Saúde da Capital – DIR I do Sistema Único de Saúde e presta atenção à Comunidade USP (docentes, discentes e servidores e seus dependentes que correspondem ao campus São Paulo e dos demais campi Pirassununga, Piracicaba, São Carlos, Ribeirão Preto, Bauru) e à comunidade Butantã, população que pertence à área geográfica de sua abrangência (Universidade de São Paulo, 1992).

HUUSP dispõe de 308 leitos, distribuídos nas quatro especialidades básicas: Médica, Cirúrgica, Obstétrica e Pediátrica. Por sua vez, o Serviço Ambulatorial do HUUSP está dividido em várias unidades, dentre as quais encontra-se o Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica e Pediátrica, tendo uma ou duas profissionais de enfermagem como responsáveis pelas atividades próprias destas clínicas.

O Ambulatório de Ginecologia tem três tipos de atendimento: o pronto atendimento médico (atendimento à demanda espontânea), consulta médica e realização da coleta de Papanicolaou, que pode ser feita durante o pronto atendimento ou mediante consulta agendada. Convém esclarecer que esse procedimento é realizado pelas enfermeiras, cujo resultado trouxe agilidade ao serviço, sendo que antes dessa implantação, a coleta de Papanicolaou era realizada durante as próprias consultas médicas e isso acabava ocasionando uma espera por longo período.

Há uma escala de trabalho feita em revezamento para que todas as enfermeiras possam cobrir esta demanda. Tal fato ocorre além de outras responsabilidades assumidas pelas enfermeiras em cada clínica.

O Ambulatório de Obstetrícia tem também três tipos de atendimento: pronto atendimento (atendimento à demanda espontânea), consulta agendada (pré-natal) e monitorização das gestantes de alto risco.

O Departamento de Enfermagem do HUUSP prevê que sua prática assistencial seja desenvolvida num contexto que privilegie fundamentalmente dois aspectos: que o paciente seja assistido de acordo com as suas necessidades, preservada sua individualidade e que o enfermeiro tenha assegurado o seu papel de coordenador da assistência de enfermagem.

Visando a consolidação da filosofia proposta pelo HUUSP, desde o início das atividades desta instituição, o Departamento de Enfermagem adotou como modelo assistencial o Sistema de Assistência de Enfermagem – SAE (Universidade de São Paulo, 1999).

Este Departamento, dentro da estrutura organizacional, tem participação efetiva no desenvolvimento e na consecução dos objetivos institucionais. Há um quadro de pessoal composto por 187 enfermeiros, 42 técnicos de enfermagem, 425 auxiliares de enfermagem, 25 atendentes de enfermagem, 7 técnicos de apoio gráfico, 1 técnico de apoio educativo e 20 técnicos para assuntos administrativos, totalizando 707 funcionários (Gualda, 1998).

O Serviço Ambulatorial, por sua vez, conta com um quadro de pessoal equivalente a 27 profissionais de enfermagem, dentre eles 10 enfermeiras, 14 auxiliares de enfermagem e 2 técnicos de enfermagem.

3.2.1 A população de estudo:

Este estudo foi desenvolvido junto a nove enfermeiras que atuam nas diferentes clínicas do serviço ambulatorial do HUUSP, as quais mantêm contato diário com a população feminina. Delas captamos a visão de mundo, como parte integrante da sociedade, em que são reprodutoras e transmissoras do conhecimento.

Caracterização das enfermeiras participantes nas oficinas de trabalho

Participaram do estudo nove enfermeiras do ambulatório do HUUSP. A maioria situava-se entre 35 e 45 anos de idade, havendo apenas duas com mais 50 anos. Oito eram casadas e uma era solteira. Todas as casadas tinham filhos, a maior parte 1 ou 3. Apenas uma tinha 4 filhos. Quatro delas eram egressas da Escola de Enfermagem da USP, as outras quatro eram egressas de outras escolas do Estado de São Paulo e uma era da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ). Todas tinham se formado há mais de 12 anos, com a maioria entre 15 e 20 anos. Duas eram formadas há mais de 20 anos. Apenas duas não tinham especialização, as demais possuíam várias especialidades, entre elas: psicodrama, pediatria, obstetrícia, enfermagem do trabalho, saúde pública, educação, administração hospitalar e home care. Todas trabalhavam no HUUSP há mais de 8 anos, com metade entre 15 e 20 anos. Dentre as funções exercidas no HU, duas eram do Ambulatório da Clínica Médica, sendo uma delas responsável pelo grupo de Hipertensão Arterial e a outra pelo grupo de Diabetes; uma era Enfermeira do Ambulatório USP (responsável exclusivamente pelos clientes da Comunidade USP – docente, discente, dependente) e do Programa de

Assistência Domiciliária; uma era Enfermeira de Serviço de Educação Continuada, uma era Enfermeira do Ambulatório de Pediatria e Coordenadora do Protocolo-Asma, duas era enfermeiras do ambulatório da Clínica Cirúrgica; uma era Enfermeira do Ambulatório de Pré-Natal e uma outra Enfermeira ocupava o cargo de Chefe de enfermagem do Ambulatório.

3.3 Coleta dos dados

Para o desenvolvimento destas atividades duas fases foram planejadas.

3.3.1 Primeira fase

A primeira fase constou da elaboração de um instrumento, que foi aplicado na ocasião do primeiro encontro (Anexo1), para identificar o perfil destas profissionais, caracterizando-as de acordo com a escola em que se formaram, tempo de formação, cursos de pós-graduação (especialização), tempo de trabalho na Instituição e principais funções que exercem no âmbito extra-internação.

3.3.2 Segunda fase:

Nessa segunda fase foram desenvolvidas oficinas de trabalho, sendo utilizadas como estratégia para a coleta de dados e para a conscientização sobre as mudanças da prática da enfermeira e a superação das contradições no futuro próximo, sendo esta prática articulada à sua vida, estando inclusa a tentativa de superar algumas questões até pessoais.

Assim, foi desenvolvida a oficina intitulada "Práticas de enfermagem: um olhar de gênero", o qual fez parte dela pela sua vez 3 sub-oficinas de trabalho. A programação geral encontra-se no Anexo 2.

Cabe ressaltar que a mencionada oficina foi trabalhada em 6 encontros, mas, para efeito do presente estudo foram escolhidas as primeiras 3 oficinas que serão apresentadas no decorrer do corpo da presente pesquisa.

Tudo isso foi possível através de uma estratégia pedagógica com o intuito inclusive de potencializar a prática das mulheres enfermeiras/usuárias, junto às usuárias dos serviços.

3.3.2.1 Desenvolvimento das oficinas de trabalho:

A oficina de trabalho, "Práticas de enfermagem: um olhar de gênero" teve como finalidade *a captação da realidade*; com duração de 2 horas e 30 minutos cada. Sendo que os objetivos específicos para efeito dessas oficinas foram:

- Compreender a visão de mundo das enfermeiras do Ambulatório do Hospital Universitário da USP, acerca do processo saúde-doença das mulheres e das práticas da enfermagem, como base para a transformação da intervenção junto às usuárias através da enfermagem generificada.
- Sistematizar o conhecimento e instrumentalizar as mulheres enfermeiras sobre a determinação social da constituição de sujeitos femininos e masculinos, e sua participação no processo de reprodução social, para compreender a vida e o processo saúde-doença da mulher cliente e da trabalhadora de enfermagem.
- Refletir sobre a enfermagem, enquanto prática social na perspectiva de gênero, materializada na consulta de enfermagem para prevenção do câncer ginecológico (Papanicolaou).

A oficina total foi desenvolvida através de oficinas-parte que, por sua vez, compreenderam vários momentos, a saber:

Aquecimento: desenvolvimento de uma atividade objetivando preparar o grupo para os momentos subseqüentes e visando o fortalecimento das relações interpessoais.

Reflexão individual: a partir da experiência vivida ou observada pelas participantes, esta foi representada através de materiais alternativos (fios, sucatas, recortes de revistas, massa de modelar, papel e tintas, etc.).

Reflexão grupal: a partir da exposição individual para subsidiar a discussão geral e a síntese.

Síntese: resumo e análise dos principais pontos levantados nos momentos anteriores, à luz da perspectiva de gênero, seguida da introdução de novos conhecimentos.

Como pode-se notar, essa fase foi desenvolvida através de oficinas de trabalho de cunho emancipatório e crítico, tendo por base o referencial teórico e filosófico o Materialismo Histórico Dialético (Chiessa, 1996) e a sistematização de oficinas educativas problematizadoras propostas por Chiesa; Westphal (1995) e por Fonseca (1996_a), as quais demonstraram a eficácia como instrumento de trabalho dentro do processo do trabalho em enfermagem.

As oficinas de trabalho desenvolvidas neste estudo focalizaram o planejamento de uma temática expresso em temas centrais gerando inclusive o nome das respectivas oficinas, como é possível evidenciar no anexo 2, através da qual buscou-se identificar as representações sociais das enfermeiras e as contradições explicitadas, acerca da prática de enfermagem. Foi também escolhido estrategicamente o primeiro exame ginecológico de prevenção de câncer de colo uterino e de mama, realizado pelas próprias profissionais, como uma estratégia de aproximar as usuárias do serviço, dando continuidade aos achados por Salcedo-Barrientos, Egry (1999) em um estudo anterior, como já foi mencionado. Durante as oficinas foram tomados os devidos cuidados não interferindo nos depoimentos e respondendo apenas as questões que

eventualmente surgiram, promovendo a participação de todas as profissionais, respeitando a programação e objetivos em cada encontro.

De forma geral, as oficinas de trabalho desenvolvidas neste estudo tiveram uma dupla função, por um lado como técnica para a coleta dos dados, favorecendo dessa maneira a construção das categorias empíricas e por outro lado privilegiando a reflexão do fazer em enfermagem à luz dos fundamentos teórico-filosóficos da categoria gênero, tendo como baliza a epistemologia feminista.

A abordagem de gênero nos processos educativa, de acordo com a epistemologia feminista, procura como elementos centrais a tematização do poder e do conflito, convertendo-se inclusive em um fator que determina e configura as relações que podem ser estabelecidas no próprio grupo, porém demanda um cuidado especial por parte do facilitador para evitar posições indesejadas como a de paternalista ou vitimizadora das próprias mulheres. Portanto, o movimento feminista criou uma metodologia especificamente para a ação educativa, ancorada fortemente na perspectiva de gênero, dando principal ênfase ao trabalho com grupos, com caráter participativo através do uso de metodologias que articulem a subjetividade e a racionalidade, a experiência pessoal e o conhecimento teórico e técnico (Portella; Gouveia, 1998).

Levando em consideração estes fundamentos, cabe resgatar os nove princípios que permeiam esta prática político-educativa feminista, a saber: a ação educativa é também política, porque objetiva mudar as relações de injustiça presentes na vida das mulheres e reduzir as desigualdades sociais; a ação político-educativa é um processo, que não se inicia nem se encerra com uma atividade específica; o processo político-educativo parte da realidade dos sujeitos, o que inclui as relações de subordinação em que estão inseridos; os/as educandos/as não são uma página em branco, pois já têm conhecimentos e experiência acumulada. Todas as pessoas têm uma história pessoal e coletiva e

um conhecimento sobre a sua realidade que é muito maior do que a dos educadores/as; os/as educadores/as também possuem conhecimento acumulado; as ações político-educativas devem possibilitar o acesso dos grupos ao conhecimento acumulado e sistematizado nos diversos campos temáticos; o processo político-educativo é realizado através de trocas entre diferentes saberes e experiências; nele sempre estão em jogo relações de poder, alguns dos quais baseados em relações sociais e a aprendizagem envolve os sujeitos por inteiro e não apenas intelectualmente (Portella; Gouveia, 1998).

Portella; Gouveia (1998) afirmam que “as oficinas são processos de trabalho onde a participação e reflexão de todos/as são requisitos fundamentais para a compreensão dos conteúdos e para a construção do conhecimento”. Processos estes, que se caracterizam pelo exercício das relações horizontais e democráticas em que é indispensável a participação direta de todos/as os envolvidos. Estas relações são caracterizadas por serem também trabalhadas as dimensões individuais e coletivas em igual importância, cumprindo com os seguintes princípios: “a experiência da realidade se dá, num primeiro momento, de modo individual; todos os processos de transformação implicam e acarretam em modificações pessoais”; assim as oficinas perseguem os seguintes objetivos: possibilitar um espaço para a reflexão que leve em conta e articule as vivências individuais e coletivas; disponibilizar informações, articulando a teoria com a experiência concreta dos sujeitos; favorecer a apropriação pelos sujeitos destas informações; elaborar coletiva e articuladamente novos conhecimentos.

Reforçando a repercussão deste tipo de trabalho com grupos, Xavier (1989) afirma que esses espaços também se configuram como excelentes para intermediar relações diferenciadas das comumente autoritárias que se desenvolvem entre agentes de saúde e clientela: “Um processo educativo que pretende dar integralidade da saúde”, deve estar, portanto, atento entre as flutuações do corpo e da mente, fisiologia e sintoma, energia e anomia, saúde e

doença. Nessa perspectiva, há ainda um lugar fundamental de relação que se dá entre os promotores e os beneficiários da saúde.

As sub-oficinas de trabalho foram desenvolvidas no mês de junho de 2000. Nessa etapa foram captados os depoimentos das profissionais de saúde descritos anteriormente, convertendo-se num espaço para a reflexão e discussão das vivências, facilitando a identificação de temas fundamentais para compreender o problema em questão.

Assim, acredita-se que as oficinas de trabalho utilizadas historicamente, pelo movimento feminista, constituíram um grande desafio para o trabalho de enfermagem e que concomitantemente a isso poderiam abrir muitas portas para o avanço nas transformações na enfermagem.

Aspectos éticos da pesquisa

As enfermeiras, que constituem a população deste trabalho e que prestam atendimento às mulheres, foram convidadas a participar deste estudo pelas pesquisadoras, que previamente explicaram-lhes a finalidade da pesquisa, a fim de obter aceitação e participação ativa dessas profissionais durante o processo. As oficinas foram gravadas e transcritas, levando em consideração os aspectos éticos, ou seja, a garantia do anonimato e sigilo, do respeito à privacidade e à intimidade e ainda garantindo-lhes a liberdade de participar ou declinar desse processo no momento em que desejassem. Conforme Resolução n.º 196/96, a participação foi voluntária.

A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HUUSP, sendo anexado o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3).

3.4 Análise dos dados

3.4.1. Primeira Fase:

O primeiro instrumento serviu para identificar o perfil das profissionais. Os dados gerados a partir da aplicação deste instrumento foram analisados por meio da estatística descritiva (Anexo 1).

3.4.2. Segunda Fase:

Os dados obtidos das sub-oficinas 1,2 e 3 na segunda fase foram analisados através do *Procedimento de depreensão de temas contidos nos depoimentos* - frases temáticas.

Procedimento de depreensão de temas contidos nos depoimentos :

Esta técnica de análise e tratamento do material de fonte primária teve por base a proposta de decodificação de dados captados preconizados por Savioli; Fiorin (1991) e adaptada por Car (1993), fundamentando-se na *teoria de Greimás* ou *Teoria de Geração* de sentidos do texto, seguindo a Teoria do Discurso - organização da narrativa e do discurso - dentro da perspectiva da dialética materialista (Fiorin, 1989).

Fiorin (1993) destaca que "o discurso são as combinações de elementos lingüísticos (frases ou conjuntos constituídos de muitas falas), usadas pelos falantes com o propósito de exprimir seus pensamentos, de falar do mundo exterior ou de seu mundo interior, de agir sobre o mundo"; privilegiando a importância da fala como a possibilidade de exteriorização psico-físico-fisiológica do discurso, alertando que ela é rigorosamente individual. Para análise do discurso, o autor faz uma distinção entre a sintaxe discursiva e a semântica. Explica que a primeira compreende os processos de estruturação do discurso que estão expressos no mecanismo do discurso direto, indireto e indireto livre. A semântica discursiva é abordada pelo autor como o campo das determinações inconscientes, e constitui a maneira de ver e pensar o mundo numa dada formação social, caracterizando como campo da determinação ideológica. Segundo esta orientação, os discursos dos atores/falantes sofrerão uma análise e

interpretação para a apreensão dos conteúdos-chaves contidos em seus discursos.

Esses conteúdos foram agrupados, segundo seus elementos constitutivos. Mais uma vez, foi utilizado o aporte de Fiorin (1993) para encontrar o significado dos temas e das figuras. "Tema é definido como o elemento semântico que designa um elemento não-presente no mundo natural, mas que exerce o papel de categoria ordenadora dos fatos observáveis. Figura é o elemento semântico que remite a um elemento do mundo material".

Car (1993) refere que a análise e tratamento do material consistem, de início, na apreensão dos temas contidos nos depoimentos através do procedimento descrito a seguir:

- a) Leitura repetida dos depoimentos grifando temas e figuras;
- b) Busca da articulação entre os temas e figuras, suas congruências e ambigüidades;
- c) Para facilitar a apresentação desses temas eles foram expressos em "frases temáticas" (Anexo 4).

Depois de realizada a transcrição fidedigna dos depoimentos, partimos para a interpretação da realidade objetiva, que é denominada a segunda etapa deste estudo, considerada como a fase de análise e tratamento do material (Minayo, 1998). Dessa maneira, das frases temáticas foram construídas as categorias empíricas decorrentes do tratamento analítico dos discursos, as quais, submetidas à análise, revelaram a visão de mundo das participantes. Estes dados serão apresentados no capítulo a seguir.

Categorias Analíticas

Para o presente estudo, foi proposta as seguintes *Categorias Analíticas*, expressas em dimensões:

1.^a Dimensão: Representação da mulher na sociedade, processo saúde- doença, masculino vs. Feminino.

2.^a Dimensão: Identidade profissional (profissão feminina), construção do sujeito na área da saúde.

3.^a Dimensão: Sentimentos e expectativas da prática, corpo.

4. AMBIGÜIDADES E/OU MULTIPLICIDADES DE SE VIVER E SER MULHER ENFERMEIRA: UM CAMINHO PARA A SUPERAÇÃO DAS CONTRADIÇÕES

Neste estudo, os discursos das mulheres enfermeiras foram reveladores das relações sociais estabelecidas nos âmbitos públicos e privados, diante da construção das identidades feminina e masculina, dificultando os processos de superação da ideologia predominante.

❖ Enfermeiras articulando o público e o privado na vida das mulheres

Esta subcategoria foi constituída a partir da contradição: **independência versus dependência**, onde por um lado, a mulher mostra-se aparentemente lutadora, auto-suficiente, independente, e de outro, reforçando valores tradicionais que reafirmam a subalternidade feminina, conforme constatado nas frases temáticas seguintes:

A vida inteira a mulher luta lado a lado com os homens sem depender totalmente deles.

A independência da mulher, em relação ao homem, acontece pelo seu modo de se colocar no mundo e pela sua perseverança no trabalho.

A profissão permitiu obter estabilidade e independência quando comparada com o tipo de vida levada durante a infância.

Demonstrando também segurança, através da expressão de uma auto-estima favorável, expressa no sentimento de “gostar delas mesmas”, “ser o centro do mundo”, a cor rosa aparece representando um dos estereótipos femininos aceito socialmente; sendo todas estas características específicas que reforçam a

identidade feminina, isto é, o fato de “ser mulher” na sociedade, como está registrado nas frases que se seguem:

As enfermeiras notaram que gostam de ser mulheres.

A mulher é a “graça” do mundo.

A cor rosa representa o “feminino ” como valor positivo característico da própria mulher.

A transparência e a capacidade são aspectos que representam a maneira delicada de viver da mulher.

De maneira geral a identidade social, geralmente aparece como um aspecto da identidade pessoal. Esta, por sua vez, se remete às noções de unicidade e especificidade, sendo diferente, mas ao mesmo tempo semelhante ao outro. Então, ter uma identidade “é ao mesmo tempo ser alguém único, com características idiossincráticas e ser alguém igual aos outros, no sentido de compartilhar com os grupos significados comuns”, sendo o sujeito reconhecido dentro de um contexto social, cultural e histórico (Santos, 1998).

A identidade social é reconhecida também como um atributo dos indivíduos ou grupos em suas relações com a sociedade, o que tem por consequência o fato de que não existe apenas uma identidade social, mas sim múltiplas, conforme o tipo e a quantidade de relações estabelecidas, pautando suas condutas e gerando expectativas em função destes atributos (Gouveia, 1998).

Esta identidade também é construída como uma “vivência de si próprio” e como continuidade histórica, conformando um complexo processo de aprendizagem de tarefas e de estereótipos. Enfatizando o sexo refere-se à identidade biológica de uma pessoa, e a categoria gênero refere-se a sua construção social, histórico pluralista como sujeito masculino ou feminino onde admitem-se as diferenças socio-políticas, econômicas dentro de uma determinada sociedade. Desta forma, gênero surge como uma construção que compromete ao corpo dos sujeitos, onde o caminho seria evitar a polarização natural social

possivelmente compreendendo que gênero tem uma dimensão e uma expressão biológica (Lora, 1996).

Os aspectos da identidade pessoal e social se constituem primordialmente na esfera do cotidiano e é aqui onde a estrutura e dinâmica das relações de gênero fornecem os elementos fundamentais destas identidades, sendo que a constituição da identidade “é basicamente um processo de construção, apropriação e negociação de significados e sentidos, pois são as palavras, seus significados e valores que definem radicalmente a nossa inserção na sociedade”. Assim “para que a identidade, o sentimento de que eu sou, possa se estabelecer, a linguagem cria suportes para a fixação das identidades e suas várias dimensões. Portanto considera-se um destes suportes primordiais a estrutura das relações de gênero, na medida em que ser menina ou menino, receber um nome feminino ou masculino é um dos primeiros referenciais através do qual é organizado o estar no mundo (Gouveia, 1998).

A formação da identidade “pressupõe a existência de modelos com os quais desejamos nos identificar, não só em função da necessidade que se tem de partilhar as semelhanças, como também para que sirva de suporte na construção do futuro, da idealidade, do dever e querer ser”. A autora destaca também que é impossível esquecer como a organização das relações gratificam as mulheres ao se identificarem plenamente com o seu gênero, assumindo as identidades sociais de mãe, esposa, dona de casa e como profissional incluindo inclusive os atributos de sensualidade e feminilidade. Desta forma a formação de identidades entrelaçadas com a estrutura das relações de gênero e não sendo esta fixa ao longo da história, sua dinâmica pode gerar processos de resistências no âmbito individual e no coletivo, portanto é importante reconhecê-los para uma melhor compreensão das relações de gênero e como saídas para sua transformação (Gouveia, 1998).

Neste estudo, o homem ainda aparece fortemente reconhecido pela sociedade como *detentor do poder* e ainda mais, é a mulher quem reforça este

poder instituído através do desenvolvimento de diversos papéis, entre eles, o trabalho doméstico (mantendo a casa, cuidando dos filhos):

O homem se vê e é visto na sociedade como o detentor do poder, inclusive sobre a mulher, mas é ela que “segura o mundo” (é o “centro do mundo”).

Socialmente o homem detém o poder, mas é a mulher que mantém os filhos e a casa, inclusive economicamente.

Nos discursos, constata-se ainda uma atitude controladora e centralizadora das tarefas doméstica, justificada pela incompetência do companheiro e, ainda mais, a execução de atividades que “demandam maior esforço”, que poderiam ser interpretadas como atividades especificamente masculinas, como podemos apreciar nas seguintes frases:

A mulher vem ampliando suas atividades de trabalho, inclusive aquelas que exigem maior esforço físico.

Os homens não são capazes de fazer o que elas fazem, então as enfermeiras assumem tudo por acreditarem que podem fazer melhor.

Sobre este assunto Cuschnir (1995) aponta que, as mulheres querem ser como os homens, e querem entrar no mundo deles e, às vezes, cometem os mesmos erros que eles e pagam alguns preços como as rotinas estressantes, a obrigação de ter que conseguir alguma coisa e às vezes são situações que elas não desejam para si. Mas as mulheres deveriam buscar o que é SER MULHER, pois nunca ninguém provou que ser do mundo masculino traria mais felicidade.

Na infância das mulheres, a feminilidade é valorizada e parece ser positiva para elas melhorando a capacidade de se expressar delas, porém, na adolescência, quando elas começam a se envolver mais com o universo masculino, começam a ficar menos confiantes e menos expressivas, desta forma “a própria mulher, cautelosamente, se protege dentro dos vínculos que já tem. Não leva muito a diante a luta de se auto-afirmar e crescer, renuncia às possibilidades de se valorizar um pouco mais, para se recolher à segurança do papel tradicional e aceito pelas instituições” (Cuschnir, 1995).

O mesmo autor resgata que na própria história feminina, embora documentada foi esquecida pelo machismo a história que fala de uma deusa anterior ao deus masculino; espaço onde mulheres coletavam alimentos agrícolas mais abundantes do que a caça e essa coleta feminina inevitavelmente gerou as primeiras alquimistas, químicas e médicas. Há registros de guerreiras, administradoras e rainhas; organizações de sobrevivência coletiva baseadas no ciclo menstrual; costumes de liberdade sexual e de casamentos por amor em que as filhas recebiam dotes de seus pais para si mesmas, garantindo uma autonomia econômica durante o casamento, numa separação ou numa viuvez. Por esse esquecimento, “a mulher adaptou-se através de perversões do ser mulher, como: o mito da intuição e da sensibilidade; a perversão do poder”. Nesta construção, os homens valorizam mais a liberdade e o poder de “se virar sozinho” e as mulheres valorizam o carinho e a dependência mútua. Portanto existe três tipos básicos de mulher: a que fugiu do mercado de trabalho; a que investe e luta para ser igual aos homens; e as que tentam a dupla jornada de trabalho (Cuschnir, 1995).

Ainda mas, as mulheres sentem-se responsáveis por tudo que acontece dentro de casa e, por isso, exige de si mesma uma certa eficiência e uma certa cobrança, mantendo um controle de qualidade de suas ações. A própria mulher que tem muito poder no lar não costuma deixar espaço para o marido ajudar nos problemas do lar e às vezes reclama que o marido não ajuda, sem perceber que é ela que não o deixa ajudar; desta forma as próprias mulheres que dificultam a participação do homem no “reduto” das tarefas domésticas estão repetindo em casa o poder que o homem teve para bloquear a identidade da mulher nos aspectos profissionais e econômicos” (Cuschnir, 1995).

Neste estudo Identificou-se também a valorização do companheiro/marido na sua vida, reforçando dessa maneira a construção da própria identidade feminina ao reconhecer a importância e a necessidade de ser protegida, expressa como “sorte”, isto é, provavelmente como um grande ganho:

A mulher acha que teve sorte porque “arrumou um príncipe encantado”[marido].

Mas uma vez apesar das conquistas, as mulheres ainda convivem com valores preconceituosos e carregam a culpa de quase tudo. Carregam a culpa do marido se sentir sozinho, perdido, frágil, sofrido e também levam a responsabilidade de educar os filhos. Desta forma ao invés de lutarem pelos seus direitos, muitas mulheres ressentidas optam pela passividade, pela omissão destrutiva. A passividade diante do autoritarismo é uma maneira de culpar ou atacar sem criatividade quem exerce o poder” (Cuschnir, 1995).

Diante estes achados, foi possível evidenciar a construção da identidade feminina, através da expressão da **reprodução dos estereótipos** apreendidos e construídos socialmente, estando estes ligados aos papéis sociais assumidos prioritariamente no espaço privado, apesar da sua presença no espaço público. O papel de esposa-ligada a um companheiro é de grande preocupação na relação homem/mulher, uma vez que esta ainda caracteriza-se pela aceitação das responsabilidades do próprio marido/companheiro, omitindo a divisão das tarefas democraticamente em nome da falsa onipotência de supermulher, com a intenção de ganhar um possível espaço ocupado pelo sexo masculino.

A vida cotidiana de todas as mulheres é definida a partir da sua posição na família (filha, esposa, mãe, avó, dona de casa) e das responsabilidades dela decorrentes. Assim, a identidade básica das mulheres define-se a partir destes papéis, sendo a sociedade a principal responsável por fazer a mulher cumprir uma série de responsabilidades próprias até o ponto de criar um sentimento de culpa perante o não cumprimento de suas obrigações (Bruschini; Sarti, 1998).

Nesta perspectiva, verifica-se o surgimento do conflito: **valorização versus desvalorização**, presentes nas relações homem/mulher estabelecidas junto à família, onde é possível reconhecer que estas mulheres valorizam-se como mulheres que cumprem com as suas obrigações “femininas”, apesar dos

processos destrutivos decorrentes dessas responsabilidades (desgaste físico-emocional) sendo até assumidas e aceitas a *própria submissão e discriminação*, uma vez que a própria mulher reconhece que há uma relação de poder entre homens e mulheres nos diversos espaços (público e privado). Tudo isso ocorre através de um caráter centralista, androcêntrico e legitimado pela própria sociedade. Alguns temas, expressos em frases extraídas dos depoimentos das enfermeiras, esclarecem esta afirmação:

A mulher afirma sua desvalorização em relação ao homem no desenvolvimento de atividades consideradas e desenvolvidas por homens (ir ao banco, ao mecânico).

As relações de poder entre homens e mulheres estão presentes tanto no trabalho quanto no ambiente doméstico.

A submissão frente aos homens é reconhecido na vida pessoal.

Sobre esta temática, Faundes (1996) afirma que as relações de poder, dentro do ambiente familiar, têm a ver diretamente com as definições culturais dos papéis que se atribuem aos gêneros feminino e masculino. Por isso, do ponto de vista da história, cabe à mulher assumir o dever e suas funções centralizadas na satisfação das necessidades da família no cuidado dos filhos e do marido, ou seja, nas atividades próprias do lar, atividades estas legitimadas pela própria sociedade.

O poder e as condutas de obediência e submissão foram apropriados também pela Igreja através da exploração das relações de dominação exercidas pelos homens e reproduzidas na relação homem-mulher, adotando uma conotação de mulher escrava doméstica, criando e cuidando dos filhos com uma mentalidade androcêntrica (Del Priore, 1995 & Fukui, 1998).

Del Priore (1995) resgata o papel da mulher brasileira a partir da época da colônia, onde a história da vida familiar centralizou-se na idéia de que a privacidade poderia traduzir-se pela relação que as mulheres tinham com sua própria casa, com a religiosidade doméstica, com usos e costumes relativos ao seu próprio corpo, mas sobretudo com a relação que mantinham com sua prole. Conseqüentemente, o papel da mulher na sociedade e seus direitos reprodutivos

ficariam limitados e determinados a este tipo de relação de poder exercida pelos próprios familiares em diferentes momentos da vida.

Na discussão com as enfermeiras participantes do estudo, também foi possível evidenciar objetivamente que desigualdades do âmbito privado têm repercussões no âmbito público. São **desigualdade nas relações de gênero** traduzida no campo **econômico**, como elucidam as frases a seguir:

Os homens recebem maiores salários, apesar da mulher ter conquistado mais da metade do mercado de trabalho em todas as profissões.

A mulher está entrando para o mercado de trabalho, mas ainda existe discriminação.

Breilh (1994) confirma esta evidência, reafirmando que não somente no espaço privado é exercida a discriminação e a violência de gênero, mas também no âmbito laboral através da distribuição das tarefas e das respectivas remunerações que são diferenciadas quando comparadas com as dos homens, mesmo quando as mulheres exercem funções que sempre foram ocupadas pelo sexo oposto. Tudo isso as leva a uma subvalorização humana, o que é traduzido em processos específicos de gênero que deterioram não somente a mulher, como também o homem e por conseguinte o processo humano em geral.

A esse respeito, Pinto (1993) considera que o poder econômico permite ter poder de intervenção ou de influenciar de forma significativa na vida econômica, inclusive interrelacioná-la com outras áreas econômicas e não econômicas (ciências sociais, culturais, antropológicas, etc.), sendo identificados nas classes sociais dominantes – agentes formais e não formais–, que assumem um papel decisivo dentro da política de um país.

A educação superior é considerada, de certa forma, uma estratégia para ascender ao poder econômico, sendo esta uma das razões pelas quais as mulheres hoje têm optado por uma profissão, saindo de casa para modificar seu papel na sociedade. Sendo assim, a mulher trabalha muitas vezes fora de casa,

frente ao desemprego do marido portanto para aumentar o rendimento familiar exercendo inclusive atividades pouco remuneradas. Inicialmente, a mulher entrou no mercado de trabalho por obrigação e não por opção, sendo muitas vezes uma mão de obra desqualificada e com difícil acesso a cargos importantes bem remunerados, fazendo parte da classe de mão-de-obra não diferenciada e de baixo poder econômico. Com o passar dos anos, a mulher inicia a procura de formação profissional com a vontade de realizar-se profissionalmente e pelo desejo da independência econômica em relação ao homem. Surgem aqui a competência e a luta por vagas de emprego, emergindo sérias restrições de possibilidades de ordem social, considerando a mulher um elemento pouco produtivo ligado à função procriadora (Pinto, 1993).

Ainda com relação a essa questão, Grecchi (1993) aponta a importância das mulheres no tecido econômico (renda, pagamento de taxas de consumo, investimentos e poupança), sendo que infelizmente “elas não enxergam o grande peso econômico” e não são capazes de reivindicar em favor de postos importantes da economia e salário justo, restringindo-se ainda somente ao espaço privado da economia. É importante também reconhecer que o trabalho extra-doméstico contribui para a manutenção das famílias, consideradas o núcleo no qual se centra a vida do Estado.

A discriminação na sociedade é evidente e a mulher tem sérias dificuldades em exercer o direito de escolha entre a casa e o trabalho, acumulando dessa maneira as diversas tarefas no espaço privado, com alto custo individual e social. Essa rigidez da sociedade, em relação à divisão do trabalho de gênero, exclui ou poupa o homem em participar igualmente das responsabilidades domésticas e familiares. Sem dúvida, o papel da mulher na sociedade é resultado de um conjunto de elementos culturais, mentalidade, marco de valores vigentes, que têm determinado a divisão do trabalho, segundo o gênero. Essa divisão do trabalho condiciona, de maneira significativa, o acesso da mulher ao poder econômico,

porque dificulta a aquisição de capacidades específicas e restringe o desempenho de cargos diretivos (Pinto,1993).

Ao refletir sobre a mulher e o poder econômico, no espaço doméstico, denominado também como *não contabilizado ou invisível*, a mulher tem possibilidade de exercer sua capacidade de decisão em dois momentos fundamentais. De um lado, se as tarefas domésticas (a preparação dos alimentos, cuidado das crianças, os idosos e doentes, cuidado da roupa, etc.) fossem calculadas em valor do mercado - poder atual - em outras palavras, trazidas estas para o âmbito não doméstico, seria considerado como um caos econômico brutal. Por outro lado, se a capacidade de compra - poder potencial - dos bens de consumo para o lar fossem sabotados, condicionando as opiniões em relação a alguns produtos monopolizados pelo próprio mercado, haveria a possibilidade de afundar determinadas marcas e empresas, configurando-se estas “numa capacidade de decisão econômica muito potente” (Ayala, 1993).

No tocante a este estudo alguns discursos retratam a condição da mulher e do homem na situação específica da viuvez, onde é possível identificar o reforço da própria **valorização** feminina, novamente no espaço privado, ao assumir as direções da família e com ela certas obrigações decorrentes da ausência física masculina, que se encarregava da manutenção e da chefia do lar; gerando inclusive tudo isto um acúmulo de papéis sociais para a mulher e conseqüentemente uma ampliação da carga de trabalho a ser enfrentada no dia-a-dia.

Nesta pesquisa identificou-se também uma posição relacionada com os sentimentos de doação aos filhos e uma homenagem ao marido morto, isto é, mais uma vez parece existir *um esquecimento de si própria para os outros*, a conseqüente “solidão”, uma possível anulação como mulher; por outro lado entende-se que esta fase diante a perda do parceiro envolve outros sentimentos compreensíveis por amor, afeto e inclusive maior vínculo com os filhos.

O que chama a atenção é que, quando este estado de viuvez é comparado com o do homem, a estratégia costuma ser a inversa, ele imediatamente procura uma mulher jovem para transferir essa parcela feminina (cuidado dos filhos órfãos de mãe) com a justificativa de limitação de ministrar o lar por conta própria ou individualmente. Liberando-se desta responsabilidade e assegurando o processo e a própria reprodução social, como observamos nas frases a seguir:

A mulher viúva não casa logo, assume o duplo papel, de homem e de mulher.

A mulher viúva cuida dos filhos, porque acha que é uma obrigação dela em relação ao marido que morreu.

O homem viúvo procura rapidamente uma mulher para tentar suprir suas necessidades de cuidar da casa e dos filhos.

O homem descasado caracteriza-se pela procura de mulheres mais jovens, porém os jovens procuram “mulheres mais velhas”.

É interessante resgatar o papel da mulher na mediação dos conflitos e na sustentação emocional de todo o grupo familiar. No mundo concreto o homem que já constituiu uma família continua necessitando desse apoio feminino, isto é de uma esposa, mãe, de uma amiga, existindo portanto fragilidade emocional no homem muito marcado.

Assim é importante resgatar que durante o ciclo vital de vida da mulher acontecem fatos que as fortalecem e inclusive dá condições de sustentação na hora da dor. Além disso, há muitas relações que causam sofrimento, algumas enfrentadas bravamente, outros vividos com abnegação e submissão como o próprio parto, contribuindo de forma positiva a enfrentar a adversidade, dentre estas as diversas perdas.

Sobre esta temática, Foucault (1990) resgata também, historicamente o aparecimento da literatura cortesã ligada à sociedade medieval, dos *juvenes*, onde estes jovens eram descendentes que não tinham direito à herança e que deveriam viver de certa forma à margem da sucessão genealógica linear característica do

sistema feudal; portanto, eles aguardavam a morte entre os herdeiros masculinos legítimos para que uma herdeira se visse na obrigação de arranjar um marido, capaz de encarregar-se da herança e das funções ligadas ao chefe da família. Os *juvenes* eram considerados “um excesso turbulento, produzido necessariamente pelo modo de transmissão do poder e da propriedade, um conflito fictício entre os jovens e o chefe de família ou o senhor, mesmo o rei, tendo como objetivo a mulher já apropriada (...) existindo uma instabilidade, um desenfreamento tolerado, produzido pelas próprias instituições e que originaram este combate real-fictício, esta comédia centraliza-se nas relações de poder, que acaba funcionando nos interstícios do poder, mas que não é uma verdadeira relação de poder”.

Fonseca (1990) afirma que “em uma sociedade patriarcal como a nossa, o lugar de chefe da família, historicamente, vem sendo ocupado pelo homem cabendo a este tanto a responsabilidade pela manutenção e sustento da família, como a detenção do poder decisório sobre a maior parte das questões familiares. A mulher só ocupa esta posição na ausência da figura masculina do esposo ou de outro homem que possa vir a ocupá-la, como o seu pai, o seu sogro, o seu filho mais velho, etc. Na presença destas pessoas, dificilmente ela é designada chefe, apesar da sua crescente participação na população economicamente ativa, portanto, de estar contribuindo cada vez mais, ao lado do homem, para o sustento da família”.

Ocorre assim, a revisão de valores que provoca algumas mudanças no saber construído, evidenciando o caráter dinâmico do próprio conhecimento adquirido, considerando-se esta, uma outra saída interessante a ser repensada, uma vez que a atitude assumida pela maioria das mulheres é de acumular mais uma tarefa, ao invés de questionar as tarefas desenvolvidas pelo companheiro no âmbito privado, a favor de uma responsabilidade que deve ser compartilhada, estimulando a equidade no trabalho doméstico com vista ao coletivo.

Em contrapartida no grupo de enfermeiras estudadas, foi também expresso o desejo de luta e a procura de novos horizontes, como revela a frase a seguir:

Existem expectativas de conhecer lugares e ter novas experiências, pois as enfermeiras acreditam que sempre estão em constante “descobrimento e conhecimento”.

Tais elementos podem ser resgatados, provavelmente a favor de futuras intervenções, continuando na perspectiva de empoderar mulheres.

Então, surge o seguinte questionamento: Será que suprir o papel masculino geraria uma maior valorização da mulher nesta sociedade?

Em síntese, a postura da mulher, ao sentir-se indispensável, suprimindo o papel masculino, na ausência deste, gera uma ideologia ingênua, longe de reverter esta desvalorização que vem sendo arrastada historicamente, produzindo o próprio reforço deste conflito (valorização *versus* desvalorização). Pois, esta mulher procura a sua valorização centralizada nos estereótipos masculinos, traduzidos na execução do trabalho no lar e como chefe de família. Em vista disso coloca em perigo sua integridade perante os riscos dos processos destrutivos, trazendo como conseqüências uma sobrecarga, produto do desgaste físico-emocional, dentre eles a solidão perante a viuvez, o reforço da submissão e discriminação diante da adoção da naturalização das tarefas no âmbito privado. Este é um desejo entendido como um poder real, sendo que a valorização aparece como irreal diante das exigências das funções múltiplas.

Reconhece-se que este poder é um poder que desgasta, porque é produto do acúmulo de trabalho, assumindo responsabilidades antes ditas da competência do outro, além de ser comprometido pela desvalorização social; e parece-nos que estas mulheres estão se iludindo da real complexidade e profundidade das conseqüências decorrentes de suas próprias posturas adotadas, convertendo-se em um nó crítico a ser trabalhado coletivamente.

❖ **As relações de gênero no âmbito público (enfermeira/ enfermeira) (enfermeira/médico).**

No tocante à relação, homem-mulher, estabelecida no âmbito público, evidencia-se no discurso das enfermeiras as mesmas frustrações e conflitos anteriormente identificadas, dentre eles a **valorização versus desvalorização**, seja nas relações pessoais afetivas, seja com os outros homens, em especial, no trabalho, com os médicos, em que as mulheres-enfermeiras são colocadas em dupla subalternidade de gênero e de saber. Tal fato se explica pela organização da assistência à saúde na nossa sociedade, que é de forte conteúdo tecnicista e androcêntrico.

Verifica-se, por um lado, uma importante valorização sentida pelas enfermeiras no âmbito do seu trabalho, fortalecendo-as como profissionais, sendo caracterizada pelos espaços que ocupam, privilegiando as atividades administrativas e o resgate da importância do saber como um indicador de poder, evidenciado nas frases a seguir:

A valorização da enfermagem no espaço institucional depende dela “mostrar o valor” da sua prática.

A enfermagem ocupa um lugar importante, pois finalmente é ela quem administra o hospital.

Existe uma relação de poder em todos os níveis da enfermagem associada à experiência e ao saber.

Perante esta realidade questiona-se o fazer administrativo como sinônimo de poder instituído dentro da enfermagem, o que vem afastando as enfermeiras do seu objeto de trabalho centralizado no cuidar. Afastando-se deste e não reconhecendo como tal, o cuidar perde a sua essencialidade na enfermagem, como será discutido amplamente no próximo capítulo.

Por outro lado, apesar de reconhecer a sua própria valorização, contraditoriamente, as mulheres precisam de reconhecimento externo, isto é, **ser valorizada por alguém**. Uma valorização especial, de preferência, pelo sexo masculino, no caso, o médico, que socialmente é considerado o detentor do poder

no âmbito de trabalho dessa mulher. Pois ele dá privilégio ao seu preparo acadêmico – com isso ela resgata a sua importância nesse meio profissional, através do momento mais intelectual, como é possível evidenciar na seguinte frase:

O pessoal médico reconhece a enfermagem pela sua constante preocupação acadêmica.

Em relação a esta temática Cuschnir (1995) afirma que a mulher ainda é discriminada e sofre opressão dos homens. Muitas são agredidas fisicamente e sexualmente e as que não foram, preocupam-se com esta questão. Portanto as mulheres querem reconhecimento não só meramente por seus corpos, mas também pela sua personalidade; querem liberdade de escolha; querem ser reconhecidas e tratadas como iguais pelos homens.

Souza (1994) afirma que a separação entre o intelectual - reservado à burguesia e que pretende constituir uma teoria pura – e o manual, permanece na produção de um proletariado alienado e dominado na sua prática cotidiana. Portanto “o saber pode trazer as condições para o poder e é negado ao trabalhador associar decisão e ação”.

A história da enfermagem processa a divisão entre o trabalho intelectual e o trabalho manual a partir do estabelecimento desde seu nascimento pela ordem social, dentre estes se destaca o trabalho desenvolvido nos estratos social pelas ladies e as nurses. Hoje, infelizmente os profissionais ainda são formados para a alienação e para o descompromisso, sendo que perde-se as oportunidades para conseguir uma associação entre a teoria e a prática gerando uma práxis transformadora e ainda descolada das mudanças político, social e econômica, mas a exigência corporativa vem exigindo reformulações radicais nas instituições formadoras com o fim de aperfeiçoar esta mão-de-obra de acordo com as exigências do mercado e com as relações de produção histórica. Desta forma, a construção de concepções sobre o mundo, o tipo de homem que deve viver nele e de que forma deve viver, precisa preceder qualquer tentativa de formação do

profissional de saúde, tendo o princípio educativo do trabalho como mediador (Souza,1994).

Coelho (2001) apresenta algumas reflexões junto ao trabalho de enfermeiras, onde é também referida essa valorização por parte dos médicos sendo interpretado como um indicador de concessão de poder ligado ao possível acúmulo de conhecimento por essa no que reforça o modelo legitimado institucionalmente. Desta forma a referência masculina é capaz de exercer um domínio de forma sedutora e gerando concomitantemente o aumento da auto-estima o que ocorre também em outras relações homem/mulher, fortalecendo o poder do homem na subjetividade da mulher. A autora considera que o entendimento por parte das enfermeiras sobre seu lugar no espaço institucional deve passar necessariamente pelo desvendamento de mecanismos ideológicos presentes na construção do masculino e do feminino.

Pelo que foi exposto, o profissional médico abriria um espaço para essa mulher-enfermeira, até agora desvalorizada socialmente, desde que esse fato ocorra na vertente intelectual. No entanto, ela também é capaz de conquistar seu espaço, impondo, ganhando e mantendo o seu valor profissional junto ao médico, o qual reconhece o seu mérito através de um posicionamento que causa segurança e competência:

Exercer a profissão de enfermagem depende do posicionamento de cada pessoa para se impor como profissional frente ao médico para que possa ganhar e manter o seu espaço.

Em relação a esta temática Lunardi F e Lunardi V. (2001) afirma que as relações de trabalho e de poder, buscam a dissociação do poder do corpo do trabalhado, a sujeição das suas forças à disciplina, criando/produzindo um aumento das suas habilidades e utilidade, concomitante ao aumento das suas forças de submissão, assujeitamento e obediência. O trabalhador faz do espaço de trabalho um ambiente de relações intersubjetivas, de interação e convívio, estabelecendo-se relações de amizade e de camaradagem. Portanto o trabalhador desloca o espaço de convívio familiar, fazendo do local de trabalho seu 2º lar.

Essa reinvenção criativa do trabalhador, constitui-se em relações de trabalho que produzem a subjetividade do trabalhador, o seu modo de ser moral.

O poder normalizador percebido como um exercício de poder sem limites, difuso e não localizado, ocupa espaço deixado pelas regras do direito pelas leis. A punição pretende quebrar a insubmissão, das forças do trabalhador e concomitantemente, ao ser exibida pelos demais, a eles servir de exemplo, refreando possíveis rebeldias e resistências. Assim quando o trabalhador incorpora seu significado político e social no trabalho, movendo suas energias e capacidade de criação, ele pode vir a se tornar sujeito do trabalho que executa. Entretanto, a construção do modo de vida do trabalhador não depende só do trabalho, mas de suas relações na sociedade, cotidianamente, desde o nascimento (Lunardi F e Lunardi V, 2001)

Embora exista a necessidade de valorização por parte do sexo oposta decorrente da construção do feminino/masculino identificadas nas entrelinhas, é possível também evidenciar um outro fato ligado com o tipo de relacionamento estabelecido especificamente com o pessoal médico no campo de trabalho o qual parece estar permeado por certo coleguismo, fato preocupante uma vez que pouco ou nada é questionado no desenrolar das atividades no dia a dia.

❖ (Des) generificando o toque e o vínculo com a clientela

Na relação homem/mulher, especificamente na atuação profissional, desenvolvida entre o *enfermeiro/médico, junto à clientela*, foi possível evidenciar que as enfermeiras acreditam que há uma diferença marcante no tipo de atendimento que é ministrado por esses profissionais, quando comparado com o próprio atendimento executado exclusivamente por enfermeiras. Reconhecem que o atendimento encontra-se permeado por características próprias da denominada identidade feminina e/ou masculina propriamente ditas, referindo que o enfermeiro e o médico utilizam a razão enquanto que a enfermeira, a emoção. De forma que

é possível serem evidenciadas as repercussões aparentemente com uma tendência positiva a favor das próprias enfermeiras, através do tipo de cuidados que é ministrado, como pode ser evidenciado nas frases a seguir:

Os enfermeiros utilizam mais a razão, enquanto as enfermeiras utilizam mais emoção (“eles são mais práticos”).

Existem diferenças entre ser enfermeira (mulher) e ser enfermeiro (homem) pelo tipo de cuidado que ministram.

A enfermeira é o centro das atenções pelas suas características femininas o que favorece a pronta identificação com o paciente.

Ser mulher-enfermeira contribui com a identificação e a adaptação do paciente dentro da instituição, quando comparada com a atenção que é ministrada pelo médico.

A razão é entendida por Chauí (1995) como “a forma de pensar e falar ordenadamente, com medida e proporção, com clareza e de modo compreensível para os outros. Desta forma a origem da razão é a capacidade intelectual para pensar e exprimir-se correta e claramente e dizer as coisas tais como são” (...) é a confiança de que pode-se ordenar, organizar e compreender nelas e por elas mesmas, desta forma as próprias coisas são racionais e estas se opõem à paixão ou à passividade emocional. Portanto todo conhecimento racional obedece a princípios racionais dentre os quais destaca-se as seguintes características: não possuem um conteúdo determinado, pois são formas, isto é, indicam como as coisas devem ser e como devemos pensar, mas não nos dizem quais coisas são, nem quais os conteúdos que devemos ou vamos pensar; possuem validade universal, empregados e obedecidos por todos (coisas, fatos, acontecimentos); são necessários, indispensáveis para o pensamento e para a vontade, para os fatos e os acontecimentos. Indicam que algo é assim e não pode ser de outra maneira.

A razão “não é a estrutura universal do espírito humano e sim um meio precioso de que dispomos para criar, julgar e avaliar conhecimentos, para dar sentido às coisas, às instituições e aos acontecimentos e para transformar nossa

existência individual e coletiva. Indicam também uma atitude reflexiva e crítica própria da racionalidade, sendo que a razão se opõe ao dogmatismo, entendido como uma verdade que não pode ser contestada, desta forma o dogmatismo pode ser assumido como uma atitude autoritária (não admite dúvida, contestação e crítica) e submissa, porque se curva as opiniões estabelecidas (Chauí, 1995)

Por outro lado, para o emotivismo ético, o fundamento da vida moral não é a razão, mas a emoção conformada pelos sentimentos e paixões que são produto das normas e dos valores éticos, originando a forma e o conteúdo da existência moral como uma relação intersubjetiva e interpessoal (Chauí, 1995).

Rizzotto (1997) faz um resgate histórico da profissão de enfermagem identificando e compreendendo os princípios e diretrizes que permearam o ensino de Enfermagem ministrado pela Escola Anna Nery, especificamente no início do século o qual caracterizou-se pelo reforço do papel de submissão da Enfermagem em relação à Medicina, assim também buscou analisar os determinantes das relações de poder estabelecido no cotidiano levando em consideração o contexto social, econômico e político no qual se desenvolveu esta primeira Escola, da qual foi incorporado e assimilado este princípio como pressuposto para a formação ministrada nas demais Escolas de Enfermagem Brasileiras.

Estas diretrizes estabelecidas desde a institucionalização da enfermagem na década dos anos vinte, permitem compreender a gênese da relação entre enfermagem e medicina e que é evidenciado até os dias atuais, onde é possível ser evidenciada a enfermagem como uma profissão que exige a presença de sentimentos ligados as características femininas dentre estes destaca-se a doação, bondade, desprendimento; uma outra questão a ser resgatada é também a “impregnação de princípios que estão vinculados, de um lado a formação cristã e de outro, uma forma de organização da sociedade que aceita a exploração e desigualdade entre as pessoas” (Rizzotto, 1997).

Chama a atenção também que, esta aparente autovalorização esteja justificada pelo fato de ser esta característica exclusivamente feminina e, portanto, natural, próprio de mulher e enfermeira, associada à **valorização do toque**, isto é, utilizando as **mãos** como um objeto intermediário entre ela e o cliente, definido pelas próprias enfermeiras como uma “ferramenta ainda pouco explorada”. Por outro lado, é também entendida como a expressão da representação do momento manual que caracteriza o trabalho da enfermagem, ao toque é atribuído inclusive um *poder divino* favorecendo, assim, o verdadeiro vínculo com a cliente:

As mãos são ferramentas importantes no trabalho da enfermagem e ainda pouco exploradas.

A enfermeira considera a existência das mãos como uma dádiva divina.

É reconhecido que esta característica não é ensinada ao sexo oposto quando comparada ao tipo de educação recebida pelas enfermeiras no âmbito privado desde crianças. Por isso podemos supor que os homens enfermeiros e médicos ficam longe do cuidado do cliente, evitando tocá-los, até ao ponto de se afastar da atividade assistencial. No caso do enfermeiro ocorre o mesmo, só que pelo fato de provocar um sentimento de vergonha perante o possível preconceito do cliente. Assim, os enfermeiros optam pelo desenvolvimento de outras funções tais como docência e administração:

A enfermeira acredita que “colocar a mão” do enfermeiro no paciente é considerado “pouco natural” por ser homem.

As funções adotadas pelo enfermeiro-homem centralizam-se em atividades de administração e docência e em menor escala no atendimento direto ao paciente, pelo possível preconceito e sentimento de “vergonha” frente à clientela (“ele é enfermeiro... aí já vem aquela chacota, ah!, então ele é bicha”) (“acho que ele se afasta mais”, “ele não toca muito ao paciente”).

As enfermeiras afirmam também que os médicos estabelecem um **vínculo limitado** com o cliente. Através desse fato parece que esta profissional ganha um espaço junto à clientela pelo estabelecimento de um **vínculo forte e humanizado** o qual encontra-se mais uma vez ligado ao “toque”, pelo fato de “ficar perto”, diminuindo de alguma maneira o possível sentimento negativo nas clientes:

A enfermeira acredita que mesmo o médico tem essa dificuldade para lidar com o “toque ao paciente”, tendo um vínculo limitado.

Existe um vínculo forte entre a enfermeira e o paciente, diferente do médico, e que é questionado.

O vínculo do paciente com a enfermagem é estabelecido após o diagnóstico médico.

A enfermagem cria um vínculo com o paciente e torna essa relação mais humanizada através do toque.

A relação da enfermagem com o paciente torna-se mais “distante” e “agressiva” pela falta do toque/humanização.

O fato da enfermagem ficar perto do paciente cria um vínculo muito importante e suficiente.

Sobre isto, Nogueira (1994) afirma que a enfermeira é um dos profissionais que apresenta maior flexibilidade e abertura para mudanças e reformulações na sua própria prática, enquanto o médico é um dos profissionais que apresenta maiores dificuldades para modificar sua prática de acordo com as necessidades da clientela. Mas, infelizmente ainda a enfermeira e a sua equipe são obrigadas a atuar num cenário e cultura onde seus esforços não são valorizados.

Segundo Engels apud Souza (1994) refere que a própria evolução da mão ocorreu em função de sua utilização, sendo que o trabalho se especializou e desenvolveu a mão humana. Portanto a mão não é apenas o órgão do trabalho: é também um produto deste como ação transformadora. O trabalho altera o estado natural das coisas com o fim de melhorar sua utilidade, desta forma prevê uma atividade intelectual e mecânica na sua realização; assim na execução do trabalho, o homem produz conhecimento que vai propiciar transformações no meio onde está inserido.

Coelho (2001) afirma que, ainda a enfermagem é identificada como profissão prioritariamente feminina e especificamente no estudo realizado junto a enfermeiras que cuidam de mulheres, mesmo que de forma particularizada, quando existe receptividade à condição social e biológica das clientes pelas enfermeiras, são estabelecidos vínculos resultando em demanda espontânea que abre caminhos à valorização da categoria. Esse vínculo é caracterizado como

relação de troca que cria as possibilidades para uma nova representação e uma nova memória sobre as enfermeiras.

A mesma autora constatou que, no que tange ao olhar das enfermeiras sobre sua atuação no processo de atendimento à mulher, há uma atitude diferenciada daquela do serviço ao não pactuar com o aprofundamento de desigualdades sociais, valorizando também o contexto de vida das mulheres. Todavia, a forma pela qual as enfermeiras assumem a demanda de clientes comumente relacionada ao atendimento da demanda médica excedente, retarda a construção de instrumentos pela clientela e por elas mesmas para ações reivindicatórias que resultem em questionamentos e enfrentamento de poderes. Foi identificada também uma atuação ligada à ótica da carência e da pobreza referendando o princípio assistencialista que norteia as políticas sociais no Terceiro Mundo (Coelho, 2001).

Por outro lado, a clientela que procura o serviço é marcada pela pobreza material e pela carência de atenção, escuta e afeto precisando assim de cérebros pensantes e corações abertos. Desse modo, a relação de confiança que se estabelece entre enfermeiras e mulheres clientes, outorga-lhes a responsabilidade por um cuidado que se estrutura frente a fragilidades emocionais, exigindo dessas que ao lado da compreensão e do afeto desenvolvam um trabalho articulado a contextos micro e macroestruturais. A autora enfatiza a necessidade de “reconhecer as mulheres como pessoas potencialmente capazes de construir consciência política e de mobilizar recursos que fortaleçam a auto-estima e a capacidade reivindicatória quanto a seus direitos em saúde”. Considera ser esta, uma tarefa difícil frente ao contexto institucional atual e afirma que tal mudança está condicionada ao desenvolvimento de um processo de reflexão sobre a prática e suas construções ideológicas a ser vivido pelas próprias enfermeiras (Coelho, 2001).

Os achados por Coelho (2001) permitem evidenciar certa relação na realidade encontrada no presente estudo na medida que, a abordagem e preocupações ligados ao tipo de vínculo e troca durante o atendimento é desenvolvido através da consulta marcada, o qual permitiria de certa forma, uma melhor estruturação do trabalho da enfermagem com tendência a reforçar a própria auto-estima da clientela, fortalecendo um tipo de atendimento generificado uma vez que possa ser repensado o tipo de trabalho em um serviço ambulatorial de nível público.

Outro fato a ser resgatado neste estudo é que contraditoriamente no serviço privado, o médico estabelece um tipo de vínculo com a clientela associado à mercantilização da saúde, situação essa expressa pelas enfermeiras como um atendimento colocado naturalmente no cotidiano, sendo, a saúde, portanto, considerada como um bem de consumo, isto é, a saúde como um meio e não como um fim:

O trabalho do médico e o vínculo estabelecido com a cliente se diferencia dependendo do lugar onde este exerce suas atividades (“no consultório dele, ele vai receber por aquilo, aquele paciente vai voltar e ele estabeleceu vínculo com a paciente”).

As enfermeiras afirmam que os médicos deixam “transparecer” as atitudes assumidas na prática privada de maneira natural (“Ah, se fosse no meu consultório seria diferente...eu não ganho para isso aqui”).

Por todo o exposto, identificamos mais uma vez o reforço e a crítica por parte das enfermeiras quanto ao estabelecimento desta relação desigual baseada nos estereótipos da sociedade trazida para o espaço público, questionando-se o toque feminino, sendo este mais um fato que contribui para a desvalorização desta profissional por ter um **caráter amigável/ caritativo** mais que terapêutico.

Em relação a esta temática Mendes H; Caldas J (2001) apontam que, na área da saúde, a ordem econômica neoliberal privilegia modelos de assistência à saúde desenvolvida pela iniciativa privada, prevalência dos interesses do complexo médico-industrial e médico-hospitalar, financiamentos e controles

centralizados. As implicações dessa visão, dentre outras, são as de que, necessariamente, o direito aos serviços de saúde e bem-estar não existe e, portanto, não é função do Estado oferece-los, pois pertencem ao âmbito da caridade e não da justiça. Assim é que a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) vem sendo dificultada pelas restrições de financiamento do Sistema e pelo privilégio concedido aos modelos de saúde desenvolvidos pela iniciativa privada, sendo que as concepções assumidas pelo Estado determinam políticas sociais as quais são revertidas através do comportamento das instituições e das próprias práticas profissionais.

Um outro aspecto abordado foi o relacionado com o princípio de equidade entendido como o reconhecimento das diferenças que geram necessidades provocadas pela divisão social e o desejo de reduzi-las, observando, ao contrário, que no cotidiano é levantada iniquidade desenvolvida pelos próprios profissionais de saúde, quando estes concedem privilégios aos indivíduos melhor posicionados socialmente ou que têm relações de parentesco e amizades quanto ao acesso a serviços diagnósticos, internações ou tempo de espera para atendimento. Por tal motivo, a situação exige integração dos serviços dos profissionais para o estabelecimento de uma política de assistência à saúde que priorize o acesso da população aos serviços de saúde como direito de exercício da cidadania, observando-se esse preceito legal do SUS (Mendes H; Caldas J, 2001).

Nesse mesmo estudo foi apontada também injustiça relacionada à distribuição equitativa dos bens produzidos em saúde. Observam-se profissionais de saúde que fazem concessões de privilégios, mediante certos tipos de recompensas, desrespeitando o direito das pessoas ao atendimento gratuito no serviço público, sendo que as relações entre usuários e os serviços de saúde encontram-se comprometidas em decorrência de fatos que possam gerar fragilidade ao sistema local de saúde. Neste contexto as relações entre profissionais e serviços estão prejudicadas por condições de trabalho nem sempre adequadas, problemas de capacitação profissional, baixa remuneração, e de

relacionamento conflituoso, que podem decorrer de limitações impostas à sua prática pelas políticas de contenção de custos, pelo modo como os serviços estão estruturados e concepções dos profissionais acerca do seu papel e dos demais, com repercussões na acessibilidade aos serviços e no atendimento igualitário e integral dos usuários (Mendes H; Caldas J, 2001).

Desta forma, a forte influência da ideologia liberal sobre os profissionais acaba por propiciar posicionamentos contrários aos princípios do SUS, sob a argumentação de que é impossível para o país financiar uma assistência de saúde igualitária e universal. A adoção, pelo governo brasileiro, de políticas sociais mais restritivas, com redução de financiamentos para a saúde, gerou o agravamento e a piora do sistema público, tendo implicações nas práticas de saúde, especialmente em relação à observância de princípios éticos de justiça, beneficência e respeito ao usuário. Os profissionais mostram-se pessimistas em relação à perspectiva de melhoria do sistema e verifica-se, ainda, que os profissionais não se vêem como objeto de mudanças, demonstrando sentirem-se excluídos do sistema.

Alem disto foi evidenciado o confronto entre as duas políticas presentes no setor, dentro do espaço da ordem capitalista: - a política de bem-estar social, exige garantias de direitos sociais; - a política liberal, a qual faz restrições e, por conseguinte, nega tais direitos promovendo ambigüidades e contradições que assumem dimensões éticas (Mendes H; Caldas J, 2001).

Outros fatos interessantes a ser resgatado são as dificuldades, experimentadas pelas enfermeiras na relação homem/mulher através de experiências com médicos ao cuidar do seu corpo, causando-lhes sentimentos negativos como “desconfiança”, “invasão da privacidade pela exposição do próprio corpo”, gerando até uma atitude de rejeição a este profissional. Preferindo ser examinadas pela própria colega/mulher, isto é, outra enfermeira, que oferece “tranqüilidade”:

As enfermeiras têm preferência pela própria colega para serem examinadas.

O atendimento dos partos pela enfermeira é mais confiável do que o do médico.

A preferência pela profissional mulher e enfermeira, ao invés do médico, é devido à experiência negativa do primeiro exame ginecológico por ter sido na presença de dois homens (médico ginecologista e o interno).

O atendimento com a enfermeira produz tranquilidade, mas com o médico “é uma tragédia”.

Sobre esta questão Foucault (1990) resgata o poder do corpo a partir do século XVIII foi reconhecido também sob o ângulo da libertação. Nas relações de poder é possível evidenciar fenômenos complexos que não obedecem à forma hegeliana da dialética; sendo que o domínio, a consciência do próprio corpo somente pôde ser adquirida pelo efeito do investimento do corpo pelo poder (ginástica, exercícios, nudez, exaltação do belo corpo) conduzindo ao desejo de seu próprio corpo através do trabalho insistente, obstinado, meticuloso que o poder exerceu sobre o corpo das crianças, dos soldados e sobre o corpo sadio. Perante esta situação emerge inevitavelmente a reivindicação de seu próprio corpo contra o poder, a saúde contra a economia, o prazer contra as normas morais da sexualidade, do casamento, do pudor...Portanto o poder penetrou no corpo, encontra-se no próprio corpo (...) pois “a impressão de que o poder vacila é falsa, porque ele pode recuar, se deslocar, investir em outros lugares...e a batalha continua” (Foucault, 1990_a) (p.146).

O século XVIII na Europa foi marcado pelo controle, vigilância, uma objetivação da sexualidade com uma perseguição do corpo a partir do controle da masturbação criando pânico e medo, tornando-se um objeto de preocupação e de análise; isto converteu-se em jogo de luta entre os filhos e os pais, entre a criança e as instancias de controle, sendo respondido este poder pela sua vez através da exploração econômica da erotização, estabelecendo-se desta forma uma nova ideologia, surgindo diversos conflitos na forma de controle –repressão, controle(Foucault, 1990_a).

Portanto, o século XVIII esteve marcado pelo resgate dos problemas do sexo masculino, e decorrente deste fato a influencia na disciplina sobre o sexo foi colocada em prática nos colégios de meninos, com principal ênfase nos colégios militares. Posteriormente no século XIX, quando o sexo da mulher começou a adquirir importância médico-social decorrente da maternidade, aleitamento materno, é que a masturbação feminina também aparece como um dos pontos de discussão (Foucault, 1990_a).

A partir do 68 apareceu o problema do corpo fazendo parte do processo político, surgindo um questionamento da identidade marxista sinônimo do processo revolucionário, identidade esta que constituía uma espécie de dogma, o corpo é uma das peças importantes e essenciais (Foucault, 1990_a) (p.147).

O mesmo autor, aponta também que do século XVII ao início do século XX, acreditou-se que o investimento do corpo pelo poder devia ser denso, rígido, constante, meticuloso e é reconhecido que “nada é mais material, mais físico, mais corporal que o exercício do poder fato evidenciado nos terríveis regimes disciplinares nas escolas, hospitais, oficinas, cidades, famílias, etc. Considera também importante prestar atenção “na análise que privilegia a ideologia e que sempre se supõe um sujeito humano, cujo modelo foi fornecido pela filosofia clássica, que seria dotado de uma consciência de que o poder viria se apoderar (Foucault, 1990).

Se o poder se centraliza-se somente na noção da repressão, através da censura, da exclusão, do impedimento, do recalçamento, à maneira de um grande super-ego, se apenas se exercesse de um modo negativo, este mecanismo seria muito frágil, insuficiente e perigoso; mas se ele fosse forte, é porque produz efeitos positivos a nível do desejo e também a nível do saber. Pois o poder, longe de impedir o saber, o produz, sendo possível constituir um saber sobre o corpo através de um conjunto de disciplinas militares e escolares, portanto “é a partir de um poder sobre o corpo que foi possível um saber fisiológico, orgânico”. Portanto

o enraizamento do poder, as dificuldades que se enfrentam para se desprender dele vêm de todos estes vínculos (Foucault, 1990).

Foucault (1990) resgata também que “o poder não está localizado no aparelho do Estado e que nada mudará na sociedade se os mecanismos de poder que funcionam fora, abaixo, ao lado dos aparelhos de Estado a um nível muito mais elementar, quotidiano, não forem modificados. Cabe destacar que a própria psicanálise desempenhou um papel libertador. Questiona também o papel do intelectual que centralizou-se na ministração de conselhos, pois estes deveriam fornecer os instrumentos de análise, trata-se de “ter do presente uma percepção densa, de longo alcance, os que permita localizar onde estão os pontos frágeis, onde estão os pontos fortes, a que estão ligados os poderes ao invés de impor vontades.

Assim no século XIX surgem também os denominados agentes da política do corpo como a denominada filantropia, as quais estavam conformadas por pessoas que se ocupavam da vida dos outros, da sua saúde, da alimentação, da moradia. Posteriormente desta função emergiram personagens, instituições, saberes (inspetores, assistentes sociais, psicólogos, etc.); sendo que hoje evidencia-se uma proliferação das diversas categorias, dentre elas a medicina cujo discurso passava de um a outro representando uma autoridade nas diversas normas a serem assumidas, finalmente Foucault frisa que “o interessante não é ver que projeto está na base de tudo isto, mas em termos de estratégia, como as peças foram dispostas” (Foucault, 1990).

❖ Serviço público e o privado: relações desiguais de gênero

Existe uma clara relação de poder estabelecida entre as enfermeiras e os médicos, a qual é diferenciada dependendo do local onde trabalham, *público ou privado*, sendo que este último caracteriza-se pelo cumprimento de ordens

médicas e normas já estabelecidas e, portanto, pela manutenção da hegemonia, neste setor privado em detrimento do respeito e comunicação no serviço público, como é evidenciado nas frases a seguir:

No espaço privado existe uma relação mais evidente de poder e subalternidade, entre o médico e a enfermeira, quando comparada com o serviço público onde predomina o respeito e a comunicação.

A atuação do médico e da enfermeira muda dependendo do espaço onde são desenvolvidas suas atividades – o serviço público versus o serviço privado.

Na instituição privada a enfermagem submete sua prática às ordens médicas.

Na instituição privada a enfermeira comporta-se como se estivesse trabalhando num “hotel”, “desfilando sua roupinha”.

O hospital público propicia que a enfermagem não seja uma mera cumpridora de ordens médicas.

Sobre esta questão Rizzotto (1997) afirma que, a submissão da Enfermagem em relação a Medicina, que marcou a formação das primeiras enfermeiras, encontram-se ainda permeando o cotidiano das enfermeiras até a atualidade apesar das transformações políticas e sociais dentre eles o movimento feminista na década de 70, sendo que esta situação evidenciada permite resgatar que o problema não se limita somente a uma questão de gênero e que vincula-se a uma questão de classe, onde determinadas profissões vinculam-se a determinadas classes sociais e outras pela própria procedência de seus membros e pelo próprio predomínio de uma determinada categoria na sua composição fazem o conjunto de profissões que caracterizam-se como um tipo de trabalho explorado.

A sociedade brasileira vem sofrendo as influências do processo de globalização o qual tem provocado um desencadeamento de uma série de processos de ordem estrutural que demandam um olhar diferenciado para a saúde. Desta forma, as conseqüências da expansão e da consolidação do modelo econômico neoliberal têm-se evidenciando por meio dos indicadores de morbimortalidade. No sistema de saúde brasileiro há duas correntes que a consolida: a saúde de caráter público e a saúde que é subjugada pelos processos

de origem econômico. A primeira adota o princípio da equidade e o marco conceitual da epidemiologia e junto ao movimento da Saúde Coletiva, o Brasil produziu a Reforma Sanitária que veio a constituir o Sistema Único de Saúde. Opera-se, então um novo modo de intervenção que veio a constituir a estratégia/processo de Vigilância à Saúde, por este motivo a intervenção não se daria somente sobre os resultados dos agravos em si, mas sobre os condicionantes e os determinantes do processo saúde-doença, a partir de um sistema de monitorização constante (Chiesa et al, 2000).

A força com que a economia de mercado vem se instalando no país fez surgir outra corrente, a da economia da saúde, o que coloca um outro contorno à interpretação e intervenção no campo da saúde. Na medida em que o acesso ao trabalho e ao ganho depende da lógica do mercado, da mesma forma o acesso à saúde dependerá do potencial individual para o consumo. Ocorre, então, um embate entre a economia neoliberal e a defesa do SUS e o trabalhadores deve tomar uma posição (Chiesa et al, 2000).

Portanto, não se trata de formar um trabalhador superespecializado, mas sim de preparar os profissionais sensíveis à conscientização sobre os problemas da realidade e que incorporem uma perspectiva de trabalho privilegiando os outros saberes buscando responder às necessidades sociais. Nesta perspectiva trata-se de assumir a tarefa de lidar com o coletivo que implica em primeiro lugar, conhecê-los, pois a questão nodal consiste em explicar os determinantes, pondo em evidências os mecanismos de transformação do social em biológico e pautar essa análise tendo como referência a determinação social do processo saúde-doença. Um outro desafio seria a interpretação das conseqüências da implantação do projeto econômico do neoliberalismo, ou seja, ter instrumentos para entender a lógica do funcionamento do mercado (Chiesa et al, 2000).

As estratégias e as políticas sociais devem ter tanto o sentido de buscar a qualidade como a quantidade, ou seja, os gastos sociais são os causadores do

crescimento econômico e recuperar o seu perfil para atuar em conjunto com outros profissionais da saúde para que possa concretizar as diretrizes do SUS. Finalmente a enfermagem como prática social deve assumir todas as suas potencialidades e diferentes perspectivas de práticas a saúde, as quais devem estar voltadas para o indivíduo/coletivo, enfocar o biológico como subjacente ao social e resgatar o ser humano como um complexo com necessidades individuais e sociais vindas de sua inserção social (Chiesa et al, 2000) (Collet e Rozendo, 2001).

Embora, seja uma realidade, a experiência tem demonstrado que, nem por isso deixa de ser um ambiente conflitante, quando a enfermeira procura manter o seu espaço.

Pois, apesar da complexidade administrativa, consideram que a instituição pública ainda oferece vantagens e possibilidades de reconhecimento do trabalho de enfermagem:

O espaço das enfermeiras no hospital público é mais definido, mas encontra-se ameaçado pelos médicos que ingressam na instituição e que desconhecem o tipo de organização e respeito pelo profissional de enfermagem.

A instituição pública pesquisada permite que a enfermeira tenha um espaço satisfatório quando comparado com outras instituições privadas.

Em relação à opressão da enfermagem, Waldow (1996) refere que é um processo ativo que acontece no cotidiano, vivido de diferentes formas interligadas a vários aspectos e áreas do viver, sendo impossível acreditar em uma “razão isolada”. Por isso sugere o trabalho de intervenção junto à categoria para favorecer mudanças de conduta e gerar questionamentos que favoreceriam a reflexão e a análise do seu cotidiano de tal forma que possa ter uma verdadeira repercussão social.

De acordo com Meyer (1996), as diferenças das relações de poder podem ser exercidas por sujeitos livres e os elementos de domínio e de resistência, especialmente, servem como um argumento que permite ter a idéia de

transformação possível. Dessa forma não há ruptura, mas introduz a valorização do movimento, a fluidez e as pequenas mudanças nas ações cotidianas através da noção de multiplicidade de pontos de resistência, de forma que na dinâmica das relações de poder é que se produzem os saberes e se estruturam os campos possíveis de ação dos sujeitos humanos.

Uma outra característica, que chama a atenção no serviço público é a impossibilidade de escolha do sexo do profissional para o atendimento, fato este ligado principalmente a dar continuidade na ordem do preenchimento de vaga para evitar a sobrecarga a determinado profissional.

Este direito deveria ser garantido à cliente, mas não é respeitado, e ainda é reforçado pela própria enfermagem perante a atitude da clientela, a qual desperta na enfermeira um sentimento negativo de “incômodo”, “raiva”, como é exemplificado a seguir:

A instituição (hospital público) onde trabalha atualmente não considera a possibilidade de escolha do profissional pelo sexo por ter que preencher a vaga “mais próxima”.

A escolha da cliente por profissional de sua preferência provoca sobrecarga no agendamento de alguns profissionais e esvaziamento em outros.

A manifestação das clientes pela preferência de sexo ou de determinado profissional provoca sentimentos negativos (“brava”, “incomodo”, “raiva”) na enfermeira.

A atitude negativa da enfermeira frente à solicitação da cliente quanto à preferência pelo pessoal de enfermagem de sexo feminino ao invés do masculino, produz distanciamento/afastamento do serviço de saúde (interação) apesar da sua necessidade.

Consideramos esta uma contradição e um indicador de desigualdade, uma vez que, perante experiências prévias pela própria profissional opta pela escolha de atendimento com a colega do sexo feminino, exercendo a liberdade de escolha.

Contraditoriamente, é interessante verificar como outra mulher, que faz parte do mesmo sistema, se posiciona frente a essa reivindicação por uma cliente em um outro momento. Na referida situação, esta profissional torna-se um agente bloqueador do exercício de cidadania da cliente e por conseguinte reforça a desigualdade intra-gênero. Este fato ocorre porque a profissional, nesta situação,

tem possibilidade de agir sobre a preferência da cliente por encontrar-se numa posição mais privilegiada.

Frente aos dados apresentados, de alguma forma, o serviço público favoreceria o desenvolvimento do trabalho da enfermagem, lugar onde, aparentemente, a enfermeira encontra-se mais protegida e valorizada até pelo profissional médico, mas sem deixar de *reconhecer que ainda o espaço de poder é o masculino* no âmbito público; fato que demanda repensar o verdadeiro papel destas enfermeiras na medida que estas possibilitam a manutenção do *status quo*.

Perante esta situação, é preciso tomar uma atitude em favor deste grupo através do “empoderamento”, o mesmo que é reforçado por León (2000) a qual afirma que há a necessidade de “empoderar” à mulher neste processo de globalização, e ainda remete-se a frisar a enorme importância na aquisição do controle de suas vidas, com a finalidade de conseguirem habilidade em desenvolver suas próprias tarefas e aprenderem a definir suas prioridades. Portanto, consideramos importante resgatar uma estratégia que permita optar por uma saída eficiente para superar as contradições identificadas no cotidiano destas enfermeiras, motivo pelo qual continuaremos tecendo algumas reflexões centralizadas no empoderamento destas mulheres enfermeiras auxiliando-nos das contribuições de algumas estudiosas na área.

Hoje, as mulheres estão desenvolvendo novas formas de consciência sobre as relações de poder entre elas e os homens na sociedade, produto provavelmente do Movimento de *Liberção das Mulheres* iniciado no final da década de 60. Estas mudanças estão relacionadas diretamente com os diversos espaços públicos e privados ocupados por estas mulheres, seja na família, no setor educativo, no trabalho, na política, na economia, na cultura e no lazer (Silva, 1997).

Sem dúvida o *empoderamento* das mulheres é um caminho a ser percorrido com vistas à construção da sua cidadania. Este “empoderamento”, como teoria e

prática do feminismo, facilitaria a conversão de tornar estratégico o prático, assumindo um caráter político e “dar poder a” seria uma maneira alternativa de perceber o desenvolvimento, que vem de baixo para cima, como um aporte da própria base, gerando um avanço inclusive na mudança da vida das pessoas e gerando um processo de transformação nas estruturas sociais. Ao referir as relações de poder e empoderamento, a autora propõe quebrar com todas os opositores limitadores e reconciliar o dualismo, surgindo “o poder como processo”, o qual permitiria olhar o empoderamento e o des-empoderamento como duas faces de uma mesma moeda, inclusive com suas múltiplas inter-relações (León, 2000).

Nisto, um ponto para tomar muito cuidado é “o individualismo” – valor próprio da masculinidade – , que reduziria o alcance do empoderamento nas percepções individuais e descontextualizadas. Assim, os elementos que acompanham o empoderamento (entendido como “dar poder a”) são: a autoconfiança e auto-estima, que devem integrar-se coletivamente, cooperação e solidariedade. Sendo assim, o empoderamento deve estar ligado ao contexto sociopolítico e relacionar-se com as ações coletivas dentro desse processo político (León, 2000).

Diante desta realidade, Fukui (1998) propõe uma política que tenha por objeto a família num estado democrático, trabalhando no âmbito das ideologias, para “combater os estereótipos, os modelos prescritivos e normativos, partindo do pressuposto básico de que a característica de uma sociedade democrática é o reconhecimento da diversidade e o respeito às diferenças culturais”.

Aponta também que a mulher tem sido objeto de diferentes formas de *poder sobre* (aumento de poder de uma pessoa implica na perda de poder de outra) e especificamente o denominado *poder latente e invisível*; em que a coerção, manipulação e informação com viés ou falsa informação são consideradas como espaços de poder *sobre*, que se caracterizam por não permitir o surgimento do

conflito aberto. Motivo pelo qual encontra-se “desempoderada”, mas sem dúvida não se pode afirmar que a mulher tem carecido de poder, mas sim que a sua situação social expressa pouco poder, e o que tem ostenta-se dentro de rígidas limitações sociais (León, 2000).

De modo que a mulher, ao reconhecer e aceitar este tipo de poder, encontra a possibilidade de pôr resistência ou de manipular este poder a seu favor, diminuindo, assim, o sentido de vitimização. Outros tipos de poder existentes – *poder para, poder com e poder desde dentro* – são definidos como *poder suma positiva*, pois caracterizam-se pelo incremento de poder de uma pessoa a qual acrescenta o poder total disponível (León, 2000).

A partir de uma perspectiva sociológica, León (2000) afirma que as relações de poder são formas de consciência históricas e culturalmente condicionadas pelas lutas sociais. Reafirma ainda a importância dos mecanismos de participação nas instituições sociais que resultam de um sistema igualitário. Dessa maneira, o poder opera em todos os níveis da sociedade, desde os interpessoais e íntimos até os altos níveis do Estado.

Frente a estas reflexões, resgatando a mulher na sociedade brasileira, no caminho do reconhecimento da sua condição de cidadã e atora social ativa, verifica-se que ela assume diferentes papéis sociais ligados às relações de poder. A ampliação dos papéis de mãe e esposa gera o aparecimento de conflitos nas diferentes relações de poder que são estabelecidas no cotidiano entre gêneros: mulher/ homem, mulher/ mulher. Isto seria uma saída interessante a ser refletida, ou seja, o empoderamento da mulher rumo a uma vida com maior dignidade e liberdade, quebrando o sentimento de autovitimização que só obstaculiza a transformação e a superação das contradições expressas e manifestas no cotidiano.

O processo de empoderamento das mulheres é considerado um desafio à ideologia patriarcal, porque visa transformar as estruturas que reforçam a discriminação de gênero e a desigualdade social. Ele faz com que as mulheres reconheçam que existe uma ideologia que legitime a dominação masculina, perpetuando a discriminação. De modo que o empoderamento é induzido pelos agentes externos e visa a modificação da própria imagem da mulher, as crenças sobre seus direitos e capacidades e que finalmente desafiem os próprios sentimentos de inferioridade; mudanças no comportamento do próprio parceiro e das outras pessoas que têm contato direto com ela (León, 2000).

Acreditamos que repensar a nova postura a ser assumida por esta mulher/enfermeira na sociedade atual, não é uma tarefa fácil, mas os desafios que se apresentam através da participação da mulher na família, são sem dúvida importantes na formação de futuros cidadãos – homens e mulheres na construção de espaços que favoreçam a equidade com um controle da reprodução de estereótipos, os quais não favorecem esse processo de avanço, ao contrário, escravizam a mulher impedindo a sua liberdade. Até aqui é possível evidenciar fatos em que existe um reforço de papéis historicamente determinados, os quais colocam as mulheres em dupla situação de subalternidade tanto no âmbito privado (do lar), como no público (trabalho e outras relações sociais). Pode-se observar, assim, uma denotação de incompatibilidade entre as diferentes funções sociais exercidas por essas mulheres, gerando uma insatisfação pessoal e profissional, como foi evidenciado anteriormente e que chama a nossa atenção.

Consideramos que estes aspectos precisam ser trabalhados no interior da própria categoria profissionais da enfermagem e especificamente com os profissionais, isto é com os próprios enfermeiros (as) para superar as diferentes contradições identificadas na prática a fim de obter um avanço qualitativo que longe de favorecer o reforço caritativo, consigamos enxergar os nós que bloqueia a nossa prática e agir para revertê-las a nosso favor com repercussão na melhoria da qualidade dos cuidados que prestamos às mulheres.

5. MULHER E AS PRÁTICAS NA ENFERMAGEM *VERSUS* A MULHER NOS PAPÉIS TRADICIONAIS (DES) GENERIFICANDO O TRABALHO FEMININO

Neste capítulo analisamos as representações e as contradições dessas mulheres enfermeiras no processo de construção como sujeito a partir do exercício das práticas sociais da enfermagem e como estas são percebidas no processo de interação no espaço público e qual a sua repercussão no trabalho feminino.

Abordar a temática específica, das mulheres enfermeiras, entendidas como vidas e espaços sociais que se atravessam no seu dia-a-dia, nos remete a refletir sobre as repercussões dos papéis sociais exercidos pela mulher. Torna-se, pois, possível evidenciar a presença de um outro conflito: ser mulher e enfermeira **implica assumir sacrifícios**, em detrimento do seu desenvolvimento profissional para exercer a profissão com plena liberdade (deixando de fazer inclusive algumas coisas que gosta). Portanto, ao invés de dar continuidade a sua ascensão profissional, embora encontrando-se num momento favorável para optar por um curso de pós-graduação (mestrado), isto não ocorre, porque a sua preferência é para a família:

Existe o conflito entre o crescimento acadêmico e o desenvolvimento do papel de ser mãe, apesar de encontrar-se amadurecida profissionalmente (“gostaria de fazer o curso de mestrado... mas não consigo dividir um pouco de tempo que tenho com meus filhos”).

Sobre esta temática Cuschnir (1995) reafirma que, no âmbito privado, a mulher tem o papel de administradora do lar, ela é responsável pelo bom andamento da casa. Se ela também trabalha fora, na maioria das vezes não deixa a casa e a família em segundo plano por medo da perda do marido. Conseqüentemente, é difícil para a mulher dedicar-se ao seu crescimento profissional, porque a prioridade nessa área é o homem. Neste trabalho questiona-se esta postura que reforça a própria alienação, uma vez que o chamado poder adquirido centraliza-se no desenvolvimento de atividades ligadas fortemente às atividades domésticas e os reforço de estereótipos femininos ligados com o cuidado da família expressos inclusive através do possível risco da perda da liderança afetiva e emocional da família e a perda do poder administrativo da casa, fato importante a ser repensado uma vez que compromete a sua própria ascensão profissional e a sua própria qualificação e valorização como mulher nesta sociedade de desigualdades.

Por outro lado, neste estudo também foi identificado que ser enfermeira **implica ter satisfações/ realização** como mãe e esposa, reforçando mais uma vez a procura do reconhecimento ou a busca da sua valorização centrada no parceiro:

A realização da mulher é os filhos e a enfermagem.

Na relação familiar versus a profissional, o marido deve ter satisfação sobre o relacionamento (“ele deve ter satisfação de ser nosso companheiro”).

No final das contas, a tendência é privilegiar a família e através dela reforçar os estereótipos justificando a sua postura pelo reconhecimento do sentimento da própria culpa pela escolha profissional. Agindo assim, exime totalmente a família por esta responsabilidade, assumindo, portanto, um sentimento de superproteção, inclusive tentando separar os acontecimentos que poderiam interferir na sua dinâmica familiar, a qual é até poupada das preocupações e problemas decorrentes do seu trabalho:

A enfermagem é dinâmica e no dia-a-dia tem que lidar com os próprios problemas (pessoais/familiares) para não interferir com as questões profissionais.

Os problemas da vida profissional não devem ser levados para a vida familiar:

A família não é “culpada” dos problemas mais decorrentes da profissão (da enfermeira).

Sendo assim, as enfermeiras privilegiam a família como prioridade, colocando a profissão num plano paralelo a este. Ainda há o reforço das vantagens adquiridas no relacionamento com a família:

A profissão tem que estar fortemente ligada à família para crescer juntos.

A vida profissional deve ser levada em paralelo à vida familiar.

O trabalho da enfermeira no ambulatório influencia positivamente sua vida familiar e comunitária.

É reconhecido também que a enfermagem faz parte da sua dinâmica familiar como um complemento oportuno e facilitador das vivências. Ajuda a superar as dificuldades pessoais, sendo um estímulo de luta. Dessa forma, a profissão acaba sendo “uma coisa a mais” em sua vida, e, em vista disso, destacada inclusive como prática essencialmente feminina, reforçando mais uma vez o seu papel no âmbito privado:

Ser enfermeira-mulher facilita a vivência com a família, pois permite ter um olhar diferente para a vida quando este é comparado com a situação de outras profissões.

O campo da enfermagem tem a ver com as práticas femininas e é marcado pela história da própria profissão e da própria mulher na sociedade (“desde pequena ela já vai vendo e fazendo”).

Ser enfermeira é a parte da vida da mulher que seria revivida.

Em relação a esta temática, Caponi (1997) questiona o papel da mulher no âmbito do conhecimento e da moralidade dentro do contexto da “razão pública e a emoção privada”. Para reverter este quadro, é resgatada em um primeiro momento a história da submissão e da exclusão, permeada por uma racionalidade legitimada no âmbito da teoria e a presença da submissão e privações evidenciado no cotidiano do âmbito privado onde ainda são garantidas as ações ligadas à procriação e ao cuidado dos filhos. É nesse âmbito que as mulheres

vinculam-se com os outros de um modo independente ao interesse racional, pois o que predomina neste âmbito são as emoções e “um peculiar interesse desinteressado pelos outros”, destacando que a proximidade da emoção inibe e anula qualquer diálogo entre pessoas em iguais condições de gênero, considerando um perigoso instrumento de exclusão.

O espaço feminino centraliza-se no âmbito da vida privada e entre elas na administração da economia do lar, a educação e por sua vez, parece estender novas obrigações a estas mulheres privilegiando o uso da intuição e dos sentimentos tornando-as, mas aptas para desenvolver algumas tarefas específicas consideradas como extensão do próprio sentimento maternal como no caso da enfermagem. Desta forma é preciso considerar que o âmbito privado não deve-se esgotar com a vida familiar, mesmo que certas profissões como a enfermagem pertença a uma extensão dos valores próprios da vida privada e, portanto questiona o trabalho desenvolvido na esfera pública que longe de incentivar a sua independência complementam as atividades domésticas recebendo inclusive um salário diferenciado quando relacionados aos dos homens. Considera importante o ingresso a um âmbito onde sejam reconhecidos critérios universais e equitativos entre os gêneros, sendo este um dos caminhos para a superação das limitações estabelecidas no âmbito privado e desta maneira facilitaria a construção de um diálogo entre iguais, isto é, no âmbito da ação e da argumentação simetricamente fundamentada (Caponi, 1997).

A importância da hierarquia entre os saberes configura-se como hierarquia de gênero, transformado num saber qualificado e masculino. Sendo assim, “o saber médico incorpora o saber tecnológico, científico e masculino; o saber da enfermeira incorpora, ao contrário, o saber difuso, pouco científico e, sobretudo, qualificado como um saber feminino”, em que a realidade cotidiana da enfermeira “é imprecisa, pouco palpável, com largas margens de indeterminação” (...) “a enfermagem profissional incorpora o feminino, e este incorpora a invisibilidade histórica de um fazer menor, menos importante” (Pereira; Silva, 1997).

As mesmas autoras questionam o porquê de não levantar as características identificadas na enfermagem como marcadas pela postura acrítica, pela alienação e pelo “apoliticismo”, sendo isto reflexo também de um significativo contingente de outros profissionais da área da saúde os quais também são caracterizados da mesma forma, ou seja, encontram-se no mesmo patamar. Além disso, o desenvolvimento de estudos comparativos e movimentos que “paralelizem” o fazer da enfermagem em relação aos demais, provavelmente poderiam contribuir efetivamente no avanço da profissão, inclusive melhorando a auto-estima das enfermeiras (Pereira; Silva, 1997).

Tudo isto nos leva a refletir e problematizar o papel da mulher na sociedade e a *práxis de ser mãe hoje*. Pois a mulher-mãe, ao longo do ciclo de vida, torna-se *uma educadora imediata do pai*, reconhecendo que o que ela aprendeu informalmente pode ser socializado com o pai do seu filho, estabelecendo dessa maneira uma parceria e divisão de suas responsabilidades e tarefas, com o marido ou companheiro. Ao aprofundar o debate, nesta perspectiva, foi possível estimular a atitude passiva do pai, transformando-se de um simples ouvinte a um pai em processo de aprendizagem “interagindo com o próprio filho”, prestando-lhe alguns cuidados físicos e afetivos e colaborar com a companheira nas tarefas domésticas. Essa mudança de comportamento representa um avanço para a ruptura de estereótipos socialmente determinados (Cabral, 1999).

Historicamente, é apontado que, a partir do século XIX, a participação do pai em relação à educação das crianças, se circunscreve a alguns momentos, algumas tarefas que demandam força física (carregar e controlar os filhos), depois da fase de bebê. Mas, a experiência masculina nos cuidados e estimulação da criança vem sendo modificada pela *práxis* advinda de uma mudança de realidade na estréia como pai, na medida em que ele é colocado diante dessa experiência. Cabe à mulher-mãe “detentora do saber, ensiná-lo, ajudá-lo, encorajá-lo e superar

esse desafio o mais cedo possível, no processo de cuidador e estimulador da criança” (Cabral, 1999).

Cabral (1999) também afirma que enquanto a mulher é treinada, desde a infância, para realizar as tarefas inerentes ao cuidado e estimulação da criança, o homem defronta-se com essa realidade no momento concreto em que deixa de ser homem-homem para se tornar homem-pai. Essas desigualdades estão sofrendo transformações, na medida em que homens e mulheres confrontam-se com novas experiências sociais concretas que os levam a modificar a sua práxis e minimizar essas desigualdades.

Assim, a participação do pai, deve ser o envolvimento em todo o cuidado e não apenas no sustento da família. A responsabilidade na condução dos rumos da vida dos filhos é do casal, portanto o compartilhamento de ações e a divisão das tarefas são aspectos dessa responsabilidade. (Cabral, 1999).

Para os homens continua sendo difícil romper com as barreiras do preconceito social de uma imagem estereotipada, mas a força física masculina hoje abre espaço para a emoção e sensibilidade. Nessa relação homem-mulher, sobre as ações paternas em função do jogo de mediação que se estabelece entre ambos, atualmente está havendo um começo de transformação da práxis de mulheres e homens, porque com a mulher trabalhando fora haverá como consequência a divisão de responsabilidade no controle e gerenciamento do lar, posteriormente, alguns outros conceitos vão sendo consolidados, dando lugar a novas determinações histórico-sociais (Cabral, 1999).

Perante esta realidade questiona-se o papel assumido por estas enfermeiras no âmbito privado uma vez que a família ainda faz parte das prioridades na vida desta mulher deixando de problematizar as repercussões pessoais e profissionais redirecionando os novos objetivos de vida tentando estabelecer uma divisão marcada tanto no âmbito público como no privado.

❖ O trabalho cotidiano da enfermagem *versus* o trabalho médico

Foi possível evidenciar, através dos depoimentos das enfermeiras, que no cotidiano das instituições de saúde, o trabalho da enfermagem encontra-se subordinado ao trabalho médico. Neste contexto, as atividades da enfermagem concentram-se com maior ênfase no momento manual do trabalho, em detrimento do momento intelectual, já questionado quando foi abordado o toque humanizado.

Por outro lado, foi possível também resgatar que o trabalho do médico focaliza-se no diagnóstico e no tratamento da clientela enquanto que a enfermeira centraliza suas atividades no cuidado. Assim, neste estudo, as enfermeiras enfatizaram também a importância às atividades de prevenção de incapacidades, isto é ao privilegiar as atividades direcionadas à clientela com alguma afeição crônico-degenerativa, com é possível ser evidenciado nas frases a seguir:

Existe diferença entre o tratar do médico e o cuidar do paciente pela enfermeira.

O trabalho do médico centra-se no tratamento e no diagnóstico.

A função da enfermagem centra-se na prevenção de incapacidades, na reabilitação e auxílio aos pacientes idosos.

Considera-se realizada profissionalmente por gostar de cuidar de pessoas.

A dicotomização entre o cuidar e o tratar foi estabelecida por uma questão cultural ligada a tarefas assumidas pela mulher. Portanto ser enfermeira, mãe, professora, assistente social são profissões marcadas por um aspecto feminino, e “o tratar” como tarefa do homem (médico, pai, provedor). Esta dicotomização define uma série de conflitos de relações entre poder e hierarquia, que se estabelecem na prática profissional da enfermagem (Bandeira; Oliveira, 1998).

Schraiber (2002) resgata a importância do plano da integralidade através da ação pública, que é aquela onde ocorre a prestação dos serviços, sendo o público um setor de produção social, entendida também como a assistência que está diretamente em jogo, e da perspectiva de sua capacidade de se colocar diante do

setor privado de produção e a competitividade do modelo em curso na assistência pública.

Portanto, a integralidade converte-se um grande desafio nas práticas em saúde não de ordem institucional ou política, senão como um desafio cultural, para romper com formas cristalizadas de se entenderem e realizarem ações técnicas e que conformam padrões de intervenção médica ou em saúde já tornados tradição. Desta forma, a autora questiona o isolamento do trabalho especializado o qual tem gerado diversas conquistas na ciência e na tecnologia médica (Schraiber, 2002).

Esses denominados isolamentos originam impactos negativos da ação especializada, dentre eles os maiores riscos de ação iatrogênica devido ao alto poder de sua manipulação dos corpos e dos doentes, caracterizando-se por uma atuação parcial, necessitando reconhecer seus limites e as complementaridades obrigatórias a cada intervenção, podendo ser comprometidas a própria eficácia da ação especializada. A integralidade oferece a possibilidade de se pensar no limite necessário às ações técnicas, entre elas as da saúde, renovando desta forma a humanização da própria técnica através da revitalização da construção técnico-científicas. Desta forma o rompimento de isolamentos implica: ultrapassar o plano dos saberes técnico-científicos, em que tanto a exclusividade da ciência como saber, diante do vivido do paciente, pelas trocas de experiência quanto à interdisciplinaridade substituindo a construção do processo decisório de base unidisciplinar; o plano da construção conjunta da tomada de decisão por parte de diversos profissionais, em que as autonomias de base corporativa e estritamente individual serão substituídas pelo diálogo e construções de consensos, autonomias compartilhadas pela equipe multiprofissional. Desta forma as ações técnicas não são apenas a produção de um produto no trabalho cotidiano, mas são também trocas intersubjetivas e comunicação, e não são só dependentes do conhecimento e dos saberes específicos, mas sim momentos de interação entre profissionais na aplicação de disciplinas científicas, portanto a integralidade não se

resume a uma interdisciplinaridade, e esta não é a mesma coisa que trabalho em equipe, o qual deve conter a comunicação interprofissional (Schraiber, 2002).

Esses conflitos ligados ao cuidar e tratar podem estar associados também “ao mito fundador de origem da enfermagem, gerador de uma moralidade e de uma competência que condicionam a prática profissional; à feminilidade, maternagem, à gestão da intimidade e aos cuidados dos corpos, ou seja, as representações sociais da enfermagem em relação à condição de gênero; ao caráter androcêntrico das relações de poder e de sexualidade que subjazem no espaço profissional da enfermagem” (Bandeira; Oliveira, 1998).

Do ponto de vista dos estudos sociológicos, o trabalho masculino “é sempre considerado um trabalho, mesmo que desvalorizado ele será visível enquanto tal; já o trabalho feminino dependerá de suas parcelas de visibilidade e invisibilidade social, consubstanciada nas multiplicidades e polivalências que esta encerra”, caracterizando-se dessa maneira a representação diferenciada entre os fazeres masculinos e femininos. Conseqüentemente, em função da hierarquia de gênero, as mulheres ficaram com os fazeres “menos importantes”, que incluem menor prestígio e menores ganhos (Pereira; Silva, 1997).

A partir dos aportes de Foucault e Gramsci, é reconhecido que nas relações de trabalho existem movimentos constantes de resistência pelos dominados que conformam uma outra “face do poder” mais difusa, sendo que “na área da saúde, o modelo de saber qualificado e científico é o saber médico”. Embora este modelo venha sendo cada vez mais questionado como elemento fundamental para qualquer tipo de mudança, é necessária a democratização dos serviços, tanto para a população como para outros profissionais (Pereira; Silva, 1997).

Coelho (2001) considera que perante os impasses da relação médico/enfermeira, onde ainda a preocupação da enfermagem centraliza-se na racionalidade técnica e com o confronto de saberes perante o médico, é preciso

considerar como as construções da masculinidade e da feminilidade refletem-se no cotidiano da prática e como desta forma fazem cidadãos comuns e profissionais que criam relações desiguais que impactam subjetividades. Desta forma aponta a uma “reorganização da categoria incluindo a perspectiva coletiva e a cumplicidade intragênero na direção do seu fortalecimento e na busca do empoderamento”, privilegiando os instrumentos legais que a amparam, sendo este um dos caminhos possíveis para combater as desigualdades que longe de ajudar no fortalecimento destas acabam bloqueando seu avanço.

Por outro lado, é importante também destacar a identificação da profissional de enfermagem com o tipo de trabalho desenvolvido no serviço ambulatorial, quando comparada com outros serviços restritos e de pouco contato com os demais profissionais, como no centro cirúrgico e creche, lugares onde as enfermeiras já trabalharam anteriormente.

Este fato é expresso através de características ligadas à autonomia profissional o qual gera satisfação e valorização profissional, a partir das próprias mudanças profissionais e pessoais experimentadas logo após o início no serviço ambulatorial, resgatando desta forma as enormes vantagens oferecidas pelo ambulatório ao facilitar a **aproximação** (contato direto com a cliente) **versus o afastamento da cliente**. Assim, o serviço ambulatorial favorece o estabelecimento de vínculo privilegiando o social, permitindo o seguimento do cliente nas diferentes fases do seu tratamento, resgatando, inclusive, a participação da família:

O trabalho no ambulatório favorece o contato com o social e o estabelecimento de vínculos.

No ambulatório, o atendimento de enfermagem prioriza “o estabelecimento de vínculo e orientação individual”.

O trabalho no ambulatório é considerado “ótimo” pela enfermeira.

Trabalhar no ambulatório representa a abertura de um novo campo que antes era restrito pelo pouco contato com outros profissionais.

O trabalho assistencial da enfermeira no ambulatório é o inverso daquele do centro cirúrgico.

No ambulatório a enfermeira pode fazer o seguimento do paciente nas diferentes fases do tratamento (pré, pós-operatório e retorno).

O trabalho no ambulatório permite que a enfermeira tenha uma visão mais “social” do paciente, integrada à família e à comunidade.

Quanto ao poder Foucault (1990) refere que “na medida que as relações de poder são uma relação desigual e relativamente estabilizada de forças, é evidente que isto implica um em cima e um em baixo, uma diferença de potencial”. Assim “para que haja um movimento de cima para baixo, é preciso que haja ao mesmo tempo uma capilaridade de baixo para cima”, isto é, que exista uma certa piramidalização, como no caso do sistema feudal, onde destacou-se pelo poder dos reis da França e os aparelhos de Estado que foram pouco a pouco constituindo-se a partir do século XI e tiveram como condição de possibilidades o enraizamento nos comportamentos, nos corpos, nas relações de poder locais.

De esta forma todo poder “é efetivamente representado, de maneira mais ou menos constante nas sociedades ocidentais, sob uma forma negativa, isto é, sob uma forma jurídica. Sendo característica das sociedades ocidentais que a linguagem do poder seja o direito e não a magia ou a religião, etc.” (Foucault, 1990).

O mesmo autor aponta que, “uma classe dominante não é uma abstração, mas também não é um dado prévio. Que uma classe se torne dominante, que ela assegure sua dominação e que esta dominação se reproduza, estes são efeitos de um certo número de táticas eficazes, sistemáticas, que funcionam no interior de grandes estratégias que asseguram esta dominação. Mas entre a estratégia que fixa, reproduz, multiplica, acentua as relações de força e a classe dominante, existe uma relação recíproca de produção (...) Desta forma, “é a estratégia que permite à classe burguesa ser a classe burguesa e exercer sua dominação (...), portanto, “o objetivo existia e a estratégia desenvolveu-se, com uma coerência

cada vez maior, mas sem que se deva supor um sujeito detentor da Lei, enunciando-a sob a forma de um “você deve, você não deve”(…) assim, “para que uma determinada relação de forças possa não somente se manter mas se acentuar, se estabilizar e ganhar terreno, é necessário que haja uma manobra” (Foucault, 1990) (p.255-54).

Lunardi Filho WS et al (2001) resgatam os elementos para fornecer uma discussão sobre a produção da subjetividade do trabalhador e as (im) possibilidades do profissional de enfermagem mostrar-se como sujeito do seu trabalho; assumindo que “o processo de trabalho é o canal através do qual os trabalhadores expressam e buscam concretizar seus desejos, vontades e possibilidades, mediante o sentido e o significado do trabalho construído, em sua vida”. Os autores fazem uma retomada histórica, assinalando as repercussões sociais dos elementos do Taylorismo e do Fordismo presentes até nossos dias, sendo estas de tendência evolutiva, fragmentando as tarefas com vistas a eliminar as possibilidades de qualificação no processo produtivo, aspectos estes inerentes ao trabalho qualificado.

Afirmam também que para “tornar-se sujeito do seu trabalho” e, portanto, “ter autonomia”, é preciso apropriar-se do significado político e social no trabalho, através de uma participação ativa na sua organização, tanto na concepção como na execução das tarefas – realizando-as ou não – isto é, acompanhando o processo de maneira ativa, movendo suas energias e “capacidade de criação”, gerando espaços de liberdade, responsabilidade e instâncias diferenciadas de decisão. Tudo isto será possível sem perder de vista que “a normalização do trabalhador, a construção do seu modo de ser na sociedade” e levando em consideração que o fazer da enfermagem ainda encontra-se determinado a outras atividades (prescrição médica, de enfermagem, determinações verbais), e pensar que ser sujeito não depende somente do trabalho, mas de suas relações sociais e de poder desenvolvidas no dia-a-dia. Perante estas considerações, os autores levantaram a seguinte questão: *estarão esses profissionais reconhecendo as*

possibilidades de criação, liberdade e responsabilidade presentes no seu cotidiano profissional? (Lunardi Filho WS et al, 2001).

O trabalho da enfermagem é executado pelos seus vários agentes, dentre eles, enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem, sendo que esta divisão do trabalho se dá conforme o grau de complexidade das atividades de acordo com o maior grau de qualificação, sendo o enfermeiro, neste âmbito o detentor do saber e o controlador do processo. As tarefas mais complexas são desenvolvidas pelas enfermeiras, que, como gerentes do processo de trabalho de enfermagem, exercem o controle sobre seus subordinados, porém contraditoriamente, no exercício de tal função, “assujeita-se aos desejos e ao controle da direção, em detrimento de sua própria autonomia”. Por outro lado, os autores também refletem sobre o tipo de atitude assumida, de submissão às determinações superiores destes profissionais, apesar da sua formação profissional estar voltada para a crítica, política e capacidade de liderança e autonomia. Considerando que o trabalhador da enfermagem está imerso nas relações de trabalho entendidas como relações de poder, de forças e enfrentamentos, a produção da sua subjetividade, inclusive é iniciada antes da sua formação profissional. Os autores acreditam também que estes fatores sejam a base para o trabalho, para permitir-se não pensar/questionar e ocupar os diferentes espaços de possibilidades que levariam este trabalhador de enfermagem a resistir, enfrentar, discordar como expressões de contrapoderes e resistências a este jogo do poder hegemônico (Lunardi Filho WS et al, 2001).

❖ **Mulheres cuidando de mulheres: (des) mistificando as contradições entre a vida e a morte**

O trabalho da enfermagem pode ser analisado de várias perspectivas. Gostaríamos de refletir sobre ele a partir de algumas contradições identificadas nas vivências do cotidiano desta profissão, através do trabalho para a vida (na obstetrícia) ou trabalho para a morte (na UTI).

Assim, evidencia-se uma clara identificação da mulher-enfermeira com o trabalho ligado à obstetrícia, uma vez que esta área é valorizada e privilegiada como uma escolha no trabalho de enfermagem; ligada inclusive a um forte componente feminino quando comparada a um outro serviço restrito e de alta complexidade como a UTI, onde o interesse por fazer parte desta é menos aceita, por estar ligada à geração de sentimentos negativos (perda, morte), como é possível ser evidenciado a seguir :

A profissão tem que ser uma continuidade da vida.

Obstetrícia é vida, UTI representa morte.

A gravidez é à base de quaisquer atividades, pois representa a vida e [no trabalho] produz um sentimento de satisfação pessoal quando comparada com outras unidades onde o predomínio é a morte.

A enfermeira obstétrica se identifica prioritariamente com o trabalho junto às gestantes quando comparadas às outras atividades da enfermagem.

Geram sentimentos que oscilam entre o **prazer e o sofrimento** e entre **ganhos e perdas**:

Na enfermagem existem dois lados: o prazer versus o sofrimento (desastre).

O trabalho na enfermagem é com perdas e ganhos, como em qualquer profissão e demanda um trabalho pessoal para se equilibrar.

Sendo assim, a área obstétrica pode ser entendida como um espaço onde reproduzem-se fazeres de maneira consciente ou inconsciente ligados a uma ideologia que reforça estereótipos femininos. A maternidade é resgatada como uma vivência compartilhada e valorizada pelo fato de serem mulheres, que também privilegia esta situação como o centro de suas preocupações. Porém, resgata-se que perante este fato aparentemente sem intercorrências nefastas, existem também dificuldades a serem superadas “somente com a chegada do bebê”, como pode ser evidenciado a seguir:

A maternidade é uma etapa importante pelo fato de ser compartilhada com outras mulheres e, porém existem dificuldades a serem superadas com a chegada do bebê.

Na obstetrícia é possível ver o retorno através do novo produto (criança) e representa a concretidade do vínculo.

Esta questão foi confirmada por Coelho (2001), no seu estudo intitulado *Mulheres que cuidam de mulheres: conhecendo a prática sob o olhar de gênero*, ao afirmar que as enfermeiras “sensibilizam-se com as dores das mulheres, e ao lidar com subjetividades lançam mão da idealização de seu papel como mulheres enfermeiras, que vincula sua prática à da maternidade e a esta a compreensão, acolhimento e amor”, desta forma é questionada a falta de uma visão crítica rumo a uma mobilização política e, portanto ao exercício da própria cidadania. Desta forma a construção do cuidar, acaba reproduzindo uma postura centralizada na naturalização dos fatos atendendo única e exclusivamente aos interesses da ordem social e institucional.

O caminho da enfermagem necessariamente implica em trabalhar reivindicando este tipo de serviço para superar estas contradições, isto é, evitar restringir e simplificar o reforço dos estereótipos em relação à mulher, dando uma abertura tanto quanto para o trabalho na UTI e para a obstetrícia, aprofundando o tipo de trabalho específico nesta área considerada de alta complexidade e, portanto demandando um outro tipo de abordagem tecnico-científico, rumo à superação desta contradição, até aprendendo a lidar com a morte, aproveitando inclusive o questionamento, levantado pelas próprias enfermeiras, centralizado nas dificuldades encontradas no trabalho desenvolvido intra-institucionalmente, como é possível ser evidenciado a seguir:

O trabalho com a gestante hoje é diferente por ser "institucionalizado" quando comparado com o trabalho domiciliar desenvolvido antigamente, o qual "acrescentava mais para essa gestante e para a parturiente".

A institucionalização do trabalho de hoje "perde muito", mas tenta ser compensada através do trabalho grupal junto às gestantes, privilegiando a troca de experiências.

O trabalho grupal desenvolvido hoje junto às gestantes é aproveitado por ambas as partes tanto pela profissional, quanto pela cliente.

Em relação a esta temática Zampieri (1997) resgata o significado do cuidado para a enfermagem, principalmente quando são estas mulheres

assistindo mulheres. Assim verificou na sua prática junto a um trabalho desenvolvido na reestruturação do serviço de uma maternidade em um hospital escola e como este cuidado era ministrado por estas enfrentando até seus próprios medos perante cada nascimento assistido. Sendo que para a autora o cuidar é tudo que é feito pelo e com o ser humano para que este possa viver uma vida mais feliz, desenvolvendo suas potencialidades e crescendo enquanto pessoa. Considerando importante lançar mão, portanto das questões relacionadas com a categoria gênero para compreender as relações estabelecidas com a clientela e o cuidado desenvolvido por estas mulheres enfermeiras, isto é, repensando o papel da mulher na sociedade, entendendo a trajetória histórica respeitando as crenças e vivências destas mulheres; resgatando o poder da mulher em relação ao seu corpo, buscando a união das mulheres da categoria de enfermagem, em favor das mulheres e não contra os homens, em busca da valorização pessoal e profissional.

Por outro lado, Colliere apud Zampieri (1997) afirma que o cuidado encontra-se na própria raiz da vida das mulheres; cuidar é ouvir pacientes, ter tempo para unir reflexão e ação, expressar sentimento, construir e avaliar com o paciente e a família os projetos de cuidado de acordo com crenças e valores.

Assim é apontado também que as qualidades percebidas por estas enfermeiras são atribuídas como naturais, isto é, intrínsecas a sua natureza feminina e reveladora de sua atribuição como reprodutora ao passo que às outras qualidades como inteligência e criatividade é desprezado a um segundo plano. Uma outra questão levantada foi o relacionado com a sobrecarga do trabalho das mulheres que além de assumir a sua profissão, no caso os cuidados de enfermagem, assumem também os cuidados com os filhos e com o lar. Desta forma, o agir da enfermagem, não pode ser desvinculado da vivência enquanto pessoa e mulher, o que interferirá no ato de cuidar. Refere também que não é possível unificar as mulheres em uma única imagem e um único sentido, devendo-se ressaltar as dominações de gênero existente entre as próprias mulheres/

enfermeiras, onde são igualadas na condição feminina, mas desiguais pela raça e classe social (Zampieri, 1997).

Contraditoriamente, foi observado na área obstétrica que as profissionais de enfermagem muitas vezes tratam as outras mulheres, gestantes, parturientes e puérperas, de forma desigual, desumana e até discriminatória. Perante esta realidade a autora questiona esta postura tentando repensar nos motivos que leva a estas a assumir esta postura. Desta forma partindo da concepção do movimento humanista que estuda a natureza humana e rejeita a visão mecanicista e reducionista (fragmentação do homem), compreendendo o homem de forma integral, acredita que “a desumanização implica na fragmentação do homem; a divisão do homem em corpo, emoção, razão e intuição impedindo ao homem de raciocinar com o coração e de sentir com o cérebro”. Portanto humanizar pressupõe o desenvolvimento de algumas características essenciais ao ser humano entre elas as que se fazem urgentes e necessárias em todos os aspectos: a sensibilidade, o respeito e a solidariedade (Zampieri, 1997).

Finalmente, a autora propõe pensarmos no resgate do cuidado baseado na sensibilidade, buscando o que realmente torna o homem ser humano, razão e sensibilidade em equilíbrio e harmonia. Buscar o cuidado à mulher através de um trabalho interdisciplinar, assistindo o trinômio (mãe, filho, família) através da complementaridade de ações, dividindo medos e angústias e socializando realizações. Acredita ser necessário trabalhar em primeiro lugar a enfermeira e a equipe de enfermagem, seus sentimentos e suas emoções para buscar, além da humanização do atendimento, a humanização da enfermeira e do cliente (Zampieri, 1997).

❖ **Ideologia da formação e da atuação profissional: ênfase na técnica em detrimento da integralidade do ser cuidado**

Uma outra contradição evidenciada foi o resgate da ideologia da formação e da atuação profissional das enfermeiras, a qual tem suas raízes na própria história da enfermagem e nos referenciais teórico-filosóficos da prática em saúde, privilegiando desta maneira o movimento higienista, como é possível ser evidenciado nas frases a seguir.

O trabalho de enfermagem se compõe do preparo técnico-científico, o bom senso e humanidade.

Durante a formação do novo profissional deve-se valorizar a importância do paciente e da técnica da limpeza como “coisa básica”.

O trabalho de enfermagem caracteriza-se pelo hábito de fazer as coisas certas levando em consideração as normas de assepsia e limpeza.

Algumas técnicas básicas (arrumar cama, área limpa) ensinadas durante a formação, foram incorporadas no cotidiano doméstico.

Outro ponto, que consideramos importante a ser discutido neste momento e onde identificamos outros dos principais conflitos, está centrado na formação das enfermeiras *versus* os problemas identificados na prática; configurando aquele velho conflito saber *versus* fazer. Se pararmos para pensar como é a formação hoje, ainda a encontraremos fracionada, pois historicamente a formação na enfermagem foi permeada pelas necessidades ou exigências impostas pela sociedade e decorrente destas pelos princípios filosóficos estabelecidos no âmbito da academia.

A gênese da enfermagem foi marcada pela influencia do conhecimento médico-clínico no século XIX e o trabalho de enfermagem no Brasil, se expandiu com o processo da industrialização/urbanização e com ele o aumento das doenças infecto-contagiosas e a conseqüente necessidade de congregar a todos os doentes num mesmo espaço físico, onde foi preciso a “higienização e a disciplina” dentro do âmbito hospitalar com o intuito de evitar a propagação da doença no restante da população; este fato retratou a fiel reprodução do enfoque da clinica com ênfase no atendimento individual. (Rizzotto, 1997) (Almeida; Rocha, 1986).

Perante estes acontecimentos, cabe destacar, mas uma vez alguns fatos marcantes inclusive na mesma cidade de São Paulo, nos anos de *1889 a 1967*, onde foram evidenciados a efervescência do modelo centralizado na era bacteriológica e o surgimento do Modelo Médico Sanitário onde foi possível evidenciar uma postura assumida pelas ações dos profissionais da saúde, centralizadas no desenvolvimento de ações fundamentalmente controladoras privilegiando as propostas do movimento higienista (Villa et al, 1997) (Almeida; Rocha, 1997).

Nascimento (1996) refere que a enfermagem no Brasil, como na Europa e nos Estados Unidos, tem relação direta com a própria história das mulheres e a profissão surge num momento histórico em que se dão profundas desigualdades de gênero, onde o homem é privilegiado pelo prestígio em detrimento das mulheres.

Neste estudo, confirma-se, mas uma vez que o modelo assistencial adotado por estas enfermeiras decorrente provavelmente de uma formação positivista esta permeado por uma concepção de saúde fundamentada na teoria dos germes, isto é, com enfoque do modelo explicativo monocausal e explicam os problemas da saúde através de uma relação linear entre o agente e o hospedeiro; desta maneira pretenderam resolver os problemas de saúde e ou as doenças através da “interposição de barreiras que quebrem esta relação agente/hospedeiro para o que as estruturas de ações, de inspiração militarista, de combate a doenças de massa, por meio da criação de estruturas ad hoc, com forte concentração de decisões e com estilo repressivo de intervenções nos corpos individual e social” (Mendes, 1996).

Neste contexto, Domenico (1998) aponta que, a enfermagem ainda limita-se a um saber tecnicista, incompatível com a economia supersimbólica da atualidade, motivo pelo qual vai perdendo seu prestígio e respeito. Por outro lado

o desenvolvimento tecnológico traz uma demanda de novos profissionais que possam, a partir do esquema ainda taylorizado vigente, emergir com propostas de trabalho que diferenciem o produto no qual trabalham. Infelizmente percebem-se na enfermagem profissionais despreparados para essa ação polivalente; escondendo-se em burocracias e dedicando-se ao abafamento das tensões, seja na relação enfermeira / paciente ou enfermeira / equipe de trabalho.

Em vistas desta circunstancia e considerando-se as diferentes formas de abordar, conhecer e sentir o mundo que cada indivíduo possui, o ensino deveria possibilitar a originalidade e a tentativa de novas respostas que certamente acabariam por favorecer no aluno o desenvolvimento do espírito crítico e a sua própria realização como pessoa. Nessa nova ordem, dedicar-se à formação educacional, principalmente profissionalizante, segundo a qual o desenvolvimento teórico-prático deve unir-se ao pessoal, pressupõe uma intensa discussão das escolhas pedagógicas referentes a estratégias e conteúdos, bem como à forma de avaliar esse conhecimento (Domenico, 1998).

Desta maneira, a inexistência de uma base pedagógica consistente e coerente com os desafios do mundo do trabalho e que viabilize a elaboração de padrões próprios de atuação de enfermagem tem sido objeto de preocupação no desenvolvimento discente na enfermagem. A enfermagem convive com uma crise de identidade profissional, provocada principalmente pela estrutura educacional e trabalhista que reforça a trajetória histórica da enfermagem, ou seja, exercido por mulheres, burocrática, distante do cuidar. Portanto a responsabilidade da graduação reside em oportunizar o desenvolvimento cognitivo, emocional e social, viabilizando a construção de projetos de ação, produtos do pensamento crítico desenvolvido com a possibilidade de estranhar, analisar e propor uma nova prática (Domenico, 1998).

Souza (1994) aponta algumas reflexões tentando problematizar a própria formação; onde apresenta algumas considerações sobre a concepção do homem,

de trabalho, a responsabilidade na formação deste profissional pela própria Universidade. Portanto considera que a função mais nobre da educação é educar a mente crítica, com apreensão crítica do real o qual não deve ser alcançado apenas pela escola e nem tampouco vai depender do volume de conteúdos repassados, mas sim da qualidade deste conteúdo, resgatando-se ao sujeito em todas as relações sociais, fazendo-se deste sujeito e objeto das transformações na realidade. Ainda mais, é resgatado pela autora, mas um indicador a ser resgatado e é que infelizmente o enfermeiro ainda não se reconhece e não tem coragem e o empenho necessário para se afirmar como profissional autônomo, repercutindo na própria valorização da categoria.

Sordi; Bagnato (1998), ao falarem sobre ensino na enfermagem, colocam que “a mudança da lógica da formação dos profissionais de saúde é uma exigência frente aos desafios da nova ordem mundial” para favorecer a inserção destes ao mercado de trabalho e “deve ser regida pela ética da cidadania coletiva e deve estar disposta a enfrentar de forma organizada os interesses do projeto neoliberal”.

Neste estudo, é interessante resgatar estas características presentes no cotidiano destas enfermeiras a pesar de ter dado um salto qualitativo na enfermagem com a abordagem cientificamente avançada na perspectiva de gênero observa-se que, a formação recebida condiciona o desenvolvimento de técnicas de assepsia/limpeza e é reproduzido inclusive no âmbito familiar (“gosto de arrumar o cantinho da cama”, sendo inclusive reproduzido e reforçando por outros enfermeiros, “você tem que enfrentar o cliente, conversar... limpar a cama é uma coisa básica”). Hoje, a formação precisa de uma intervenção urgente constituindo-se um dos grandes desafios a serem abordados visando à transformação da prática cotidiana na enfermagem rumo a uma nova enfermagem brasileira.

❖ O cotidiano Profissional: Limitações para lidar com o cliente como ser multidimensional

O trabalho de enfermagem caracteriza-se pelas dificuldades e ou limitações experimentadas no seu cotidiano profissional relacionadas com a falta de preparo técnico-científico, preparo psicológico; gerando sentimentos negativos tais como "medo e impotência". Como esses são expressos a seguir:

Existem dificuldades dos profissionais em fornecer informações ao paciente devido ao desconhecimento sobre procedimentos técnicos específicos (cirurgia laparoscópica).

Existem dificuldades com o próprio preparo psicológico dos profissionais em lidar com os pacientes com comprometimento de auto-imagem o que repercute no relacionamento.

O ônus de ser enfermeira é o não preparo psicológico que provoca medo e impotência para resolver alguns problemas na prática ("saber lidar com patologias ligadas a cabeça e pescoço").

Uma outra limitação expressa esta ligada com a dificuldade criada entre as unidades que permita ministrar um atendimento integral adequado que permita um oportuno seguimento; criando desta maneira um mal-estar, como é possível evidenciar na frase a seguir:

Existem dificuldades das enfermeiras do ambulatório em lidar com as orientações recebidas pelos clientes no serviço de internação que não são condizentes com a realidade do ambulatório.

Perante estes resultados, é importante também observar que estes fatos provavelmente podem estar ligados ao próprio poder hierárquico dentro da instituição, pois dada à característica de um hospital de terceiro nível de atendimento existe a possibilidade de evidenciar alguns postos e certas categorias profissionais com maior poder e reconhecimento de acordo com a complexidade do próprio serviço, de tal forma que determinados serviços ainda mantêm sua própria autonomia com a conseqüente resistência com vistas a um trabalho coordenado.

A enfermagem lidando com a própria sexualidade

Por outro lado, considera-se importante evidenciar uma outra dificuldade experimentada pelas enfermeiras através da coleta de informação ligadas com a sexualidade da cliente, portanto com a própria sexualidade, como é possível evidenciar nas frases a seguir:

O levantamento dos dados pessoais e ginecológicos durante o atendimento gera problemas para a enfermagem e não para a cliente.

A coleta de dados sobre antecedentes sexuais gera uma atitude de surpresa nas clientes (“brincando”, “fazendo gozação”, “expressa através do olhar”).

Existe dificuldade da enfermeira em realizar o exame físico do cliente do sexo masculino considerado “moço bonito”.

Chauí (1995) afirma que sem a repressão da sexualidade, não há sociedade nem ética, mas a excessiva repressão desta destruirá em primeiro lugar a ética e posteriormente a sociedade.

Geralmente é encontrado na própria clientela certa resistência na abordagem dos dados ligados à própria sexualidade evitando ser questionada, mas nesta situação verifica-se que é especificamente a própria profissional quem apresenta dificuldades questionando e justificando no desconhecimento da utilidade do mesmo. Evidencia-se desta forma uma contradição decorrente do processo de trabalho, pois considerando que é a profissional de enfermagem encarregada da regência do seu próprio trabalho quem detém o poder quem mostra o tipo de trabalho que tem que ser desenvolvido e finalmente são elas quem o definem.

Por outro, lado também identifica-se que as enfermeiras apontam que existe um descolamento entre quem propõe utilizar o SAE (Sistema de Assistência de Enfermagem) e quem realmente utiliza, existindo um espaço de poder susceptível de ser problematizado as questões próprias do trabalho, sendo associado à possibilidade de uma aparente invasão da privacidade, causando certo constrangimento e dificuldades decorrentes do desconhecimento da utilidade dos próprios dados. Assim preocupa a possibilidade de continuar esta aparente

postura de omissão ou instrumentaliza-as, já que esta parece ser uma preocupação coletiva, como é possível ser evidenciado estas dificuldades e conflitos nas frases a seguir:

Durante as reuniões da reformulação do SAE (Sistema de assistência de enfermagem) foi questionado o levantamento de dados ligados a “vida sexual” e ao “uso de drogas” das clientes.

É questionadas a expressão e atitude da enfermeira quanto à “enfermagem não tem sexo” e o tipo de atendimento individualizado que é oferecido pelo SAE, sem levar em consideração os sentimentos da cliente.

A atitude questionadora da enfermeira sobre o levantamento de dados ligados à vida sexual e drogas das clientes produz uma chamada de atenção pela chefia.

O procedimento da coleta do papanicolaou é considerado tranqüilo, porém o levantamento de antecedentes ginecológicos e pessoais (diferentes parceiros, aborto, dor nas relações sexuais, estados civil) é considerado constrangedor e invasão da privacidade.

Fazer perguntas relativas aos parceiros sexuais às pacientes durante a entrevista é questionada pela enfermeira, pelo desconhecimento da utilidade dos dados considerados como invasão da privacidade e utilizados apenas para encaminhamento a outros serviços.

A profundidade da coleta sobre dados ginecológicos – antecedentes sexuais está relacionada com o aparecimento da AIDS, porém não evidencia diferenças durante o próprio atendimento/procedimento.

Levando em consideração estes achados, considera-se importante, evitar fazer todo este levantamento de dados os quais não serão trabalhados nem utilizados com algum objetivo específico ou do contrario seria interessante ponderar algumas questões úteis, isto é, consideradas importantes para a realização de futuras intervenções. Resgata-se também que a intervenção na enfermagem precisa articular as dimensões do particular, do singular e do Estrutural (Breilh, 1996) (Fonseca, 1996) como foi exaustivamente discutido durante as oficinas de trabalho. Evidenciou-se que as enfermeiras não faziam esta conexão entre as dimensões, sendo evidente através das dificuldades identificadas durante a coleta dos dados relacionados com os antecedentes pessoais e sexuais colhidos durante o exame ginecológico, junto ao qual foi evidenciado uma grande impotência por parte das próprias enfermeiras em dar uma resposta imediata através de uma possível intervenção. Portanto questiona-se este pensamento funcionalista, diante da preocupação da coleta e tratamentos

dos dados colhidos, sendo que nem tudo dado colhido é susceptível a uma imediata intervenção sobre essa pessoa, isto é, sobre este *corpo individual*, pois todo este processo vai se compondo no perfil epidemiológico para logo ser processado coletivamente.

Mediante esta situação, cabe ressaltar que, nem toda intervenção é de responsabilidade exclusiva da enfermagem; sendo que a nossa preocupação deveria centralizar-se na identificação de um problema pontual e para este problema deveria se estabelecer uma solução específica.

De forma geral, perante estes achados consideramos interessante discutir estes dados a partir de algumas reflexões explicitadas por Foucault (1990_b) quem afirma que, o dispositivo da sexualidade é em primeiro lugar “um conjunto heterogêneo que engloba discursos, instituições (considerado todo comportamento mais ou menos coercitivo, aprendido, isto é, tudo no que em uma sociedade funciona como sistema de coerção, sem ser um enunciado, todo o social e não discursivo), organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais (...) em suma é considerado o dito e não dito; é a rede que se pode estabelecer entre os diversos elementos (p.247)”.

Foucault (1990_b) afirma também que, as relações estabelecidas entre estes podem ser através de discursos que podem aparecer como “programa de uma instituição, ou ao contrario, como elemento que permite justificar e mascarar uma prática que permanece muda; pode ainda funcionar como reinterpretação desta prática, dando-lhe acesso a um novo campo de racionalidades. Em suma, entre estes elementos, discursivos ou não, existe um tipo de jogo, ou seja, mudanças de posição, modificações de funções, que também podem ser muito diferentes” (p.244)

O dispositivo da sexualidade também é entendido “como um tipo de formação que, em um determinado momento histórico, teve como função principal responder a uma urgência”, portanto este tem dois momentos essenciais: predominância de um objetivo estratégico dominante e o preenchimento estratégico, o qual “se constitui como tal e continua sendo dispositivo na medida em que engloba um duplo processo: por um lado, processo de sobredeterminação funcional, pois cada efeito, positivo ou negativo, desejado ou não, estabelece uma relação de ressonância ou de contradição com os outros, e exige uma rearticulação, um reajustamento dos elementos heterogêneos que surgem dispersamente” (Foucault, 1990_b) (p.245)

O dispositivo está sempre inscrito em um jogo de poder, estando sempre, no entanto ligado a uma ou a configurações de saber que dele nascem mas igualmente o condicionam, portanto implica a manipulação das relações de força, sendo estas desenvolvidas para desenvolve-la em determinada direção ou para bloqueia-a, etc. (Foucault, 1990_b) (p.246).

Neste contexto o poder “é um feixe de relações mais ou menos organizado, mais ou menos piramidalizado, mais o menos coordenado”, perante isto o mais importante é munir-se de princípios de análise que permitam pela sua vez uma análise das relações de poder” (Foucault, 1990_b) (248p.).

O mesmo autor considera preciso “ver como as grandes estratégias de poder se incrustam, como se encontram suas condições de exercício nas micro-relações de poder. Mas sempre há também movimentos de retorno, que fazem com que as estratégias que coordenam as relações de poder produzam efeitos novos e avancem sobre domínios que até o momento, não estavam concernidos. Sendo desta forma, “até a metade do século XVI, a igreja controlou a sexualidade de maneira frouxa através da obrigação do sacramento da confissão anual, com as confissões dos diferentes pecados, garantia que não se tivesse histórias imorais para contar ao padre”. Com o Concílio de Trento a meados deste mesmo

século houve o aparecimento de procedimentos novos, isto é, técnicas minuciosas de explicitação discursiva da vida cotidiana, de auto-exame, de confissão, de direção de consciência, de relação de dirigidos-diretores no interior da própria instituição eclesiástica com o objetivo de purificação e de formação do próprio pessoal; desta forma, este novo movimento influenciou de forma marcada a esta sociedade (Foucault, 1990_b) (p.249).

A idéia de sexo não é contemporânea da instauração do dispositivo de sexualidade, pois ele aparece durante o século XIX. Portanto existe uma sexualidade depois do século XVIII, um sexo depois do século XIX, pois antes sem dúvida existia somente a carne (Foucault, 1990_b)

O mesmo autor também aponta que o dispositivo da sexualidade é um outro dado histórico marcante, como a loucura a qual deixou aparecer a máscara da razão e foi inscrita como um outro prodigioso presente em todo homem razoável, detendo uma parte, talvez o essencial, dos segredos da razão”, começando a partir deste momento um novo episódio na história da loucura. Assim, a partir do momento em que se disse ao homem: com seu sexo, este não vai simplesmente fabricar prazer mas sim vai fabricar verdade. Mas no decorrer da história é possível inclusive resgatar a Eurípides, “misturando-o com alguns elementos da mística judaica, outros da filosofia alexandrina e da sexualidade tal como era vista pelos estóicos, tomando também a noção de *enkrateia*, esta maneira de assumir alguma coisa que, nos estóicos, não é castidade... Enfim no sexo, estava o segredo de sua verdade (Foucault, 1990_b).

O objeto sexualidade “é um instrumento que historicamente se foi constituindo em um dispositivo de sujeição milenar e o discurso nos movimentos de liberação da sexualidade que aparecem no século XIX não é a reivindicação da especificidade da sexualidade e dos direitos referentes à esta sexualidade especial, mas o fato de terem partido do próprio discurso que era formulado no interior dos dispositivos da sexualidade, chegando finalmente a uma

dessexualização, a um deslocamento em relação à centralização sexual do problema, para reivindicar formas de cultura, de discurso, de linguagem, etc.; que são não mais esta espécie de determinação e de fixação a seu sexo que de certa forma elas tiveram politicamente que aceitar, que se fazer ouvir” (Foucault, 1990_b)(p.268).

Então, até aqui teríamos duas hipótese a serem respondidas, por um lado as repercussões do modelo assistencial predominante e por outro lado uma segunda questão formulada através da seguinte pergunta: Será que a usuária percebe e aceita este fato como uma agressão e/ou invasão da privacidade concordando desta forma com a hipótese destas profissionais ou existe uma real dificuldade das profissionais para superar algumas questões ligadas a própria sexualidade e que hoje se embate na pratica cotidiana ?

Para reforçar os achados deste estudo centralizados nas dificuldades para lidar com o próprio corpo da clientela, consideramos importante compartilhar a produção científica de Figueiredo et al (1997) as quais tentaram procurar algumas saídas em função da prática de cuidar/confortar na enfermagem principalmente a partir do uso de algumas técnicas fundamentais criando reflexão e interesse sobre estas tecnologias. No entanto consideram importante também teorizar sobre a prática, sobre as próprias técnicas executadas, sobre os cuidados e construir conhecimento para buscar outros paradigmas além do biomédico-positivista.

Essa pesquisa teve como objetivo identificar como as enfermeiras sentem, tocam e olham para o corpo nu. Foi desenvolvida a partir de uma experiência de Banhar vivenciada por vinte e dois mestradas e duas docentes da UNI-RIO; partindo da seguinte questão, que a técnica não tem apenas passos e materiais a serem considerados e é necessário acreditar que neles incluem-se outros conhecimentos para que o diagnóstico de enfermagem seja mais completo e deve incluir: investigação, exame físico, interação, psicossociologia, política, ética, estética, antropologia, história e subjetividade. Portanto isto significa aceitar e

interagir com as relações que se estabelecem na prática do cuidado incluindo inclusive aspectos transculturais e transdisciplinares (Figueiredo et al, 1997).

O estudo desenvolvido serviu para detonar inúmeras questões ligadas não somente com a sexualidade, mas com as próprias dificuldades em tocar/olhar o corpo nu nesse relacionamento estabelecido com a clientela. A **sexualidade**, entendida “como a forma como nos colocamos no mundo enquanto sujeito e interagimos com ele; são aquelas sobre o não dito, resgatando que a enfermagem é a única profissão autorizada socialmente a tocar qualquer parte do corpo de outro, inclusive o corpo nu no espaço público. Dentre os principais questionamentos levantados foram: como entender de fato o que se passa no corpo do cliente quando não compreendemos o que se passa no nosso?, seríamos todas capazes de tirar a roupa ali, para que colegas treinassem o banho em nosso corpo, como fazemos diariamente com os nossos cliente?, o que desperta em nós quando olhamos alguém nu?, o que dispara em nossa memória emocional? (Figueiredo et al, 1997).

Diante esta experiência foi possível resgatar a forma de tocar, como é o envolvimento através dos sentimentos não ditos, mas que são escutados pelo “coração”, isto é o que o corpo do outro diz, pois o toque não é só manual, mas entra na nossa pele através de energia doente do olhar do cheiro. Portanto ainda não é possível adquirir conhecimento para reconhecer que a pele é a fronteira porosa entre nossas emoções internas e externas que extrapola o racional-biológico e irracional-emocional. Desta forma “a prática de cuidar do corpo do outro tem criado imaginários simbólicos (sagrados e profanos) que guardamos, principalmente quando é desenvolvido o diverso ritual sobre o próprio corpo como uma ilusória, uma magia. A apropriação do comportamento da lógica cristã e controladora e não muda, independentemente de mudar de roupa ou não, questão que faz parte da história de mentalidades a serem trabalhadas sem máscaras, sem subterfúgios e sem mistérios. As autoras concluíram que o banho como técnica é um ritual, que a cama é o altar de celebração e não adiantou tirar o

uniforme da enfermeira, adaptando aos novos tempos. O próprio banho é um ato explícito, um ato invasivo onde o corpo continua cartesiano, partido entre um corpo físico e um corpo mental. O comportamento continua a lógica cristã e o banhar trás lembranças de nossos próprios corpos como possibilidade de estar ali, emergindo os sentimentos de medo, ansiedade e expectativa, portanto emergindo gestos corporais” prioritariamente de resistência do que de aceitação, que ainda amerita um maior aprofundamento (Figueiredo et al, 1997).

Sem dúvida, o processo de trabalho se faz mediante perspectiva ideológica, e chama a nossa atenção a **não problematização da sexualidade**, no trabalho desenvolvido, por exemplo, junto às clientes que demandam atendimento ginecológico. É evidente nesta questão que, a relação com o próprio corpo guarda relação com a estabelecida junto as clientes e é trabalhada basicamente desde uma perspectiva ética, isto é, fica restrito e centralizado à “invasão do corpo do outro ou invasão da privacidade”, sendo até ratificando pelas próprias profissionais inclusive que resolvendo esta questão o problema estaria superado; mas, o que deixa em evidencia é a postura assumida por estas profissionais a qual caracteriza-se por ser extremamente assexuadas, considerando que a matriz ideológica de gênero é a diferença sexual. Por outro lado evidencia-se também a forma de apropriação do corpo da cliente a partir de uma perspectiva ideológica embutida, portanto uma reprodução deste tipo de relações de poder (relação desigual enfermeira / cliente) já estabelecida com estas mesmas em situações similares.

Compreendendo o Processo saúde-doença versus a qualidade de vida

O processo saúde-doença é entendido pelas enfermeiras desde uma concepção idealista: *ligado ao divino, intercorrências durante o ciclo reprodutivo e ligado a fatores de risco* (promiscuidade perante as doenças sexualmente transmissíveis):

A mulher conseguiu superar a doença graças ao Divino e com a ajuda de todos e do tratamento

A saúde-doença da mulher é apontado o aborto e a gravidez difícil.

A saúde- doença está representado pela gravidez e as doenças dos filhos.

A positividade do exame HIV é associada previamente a história da mulher “mais promíscua”.

Ter um único companheiro não assegura “proteção” da mulher-cliente à doenças sexualmente transmissíveis.

Desta forma, a concepção do processo saúde-doença permitiu também identificar as repercussões presentes na vida desta mulher o qual foi expresso através de sentimentos ambíguos que variaram desde a baixa auto-estima até o sentimento de luta e superação perante as dificuldades; condicionando inclusive de alguma forma a opção pela escolha profissional:

A doença causa baixa auto-estima mas também é motivo de luta, perseverança e persistência

Ser profissionais de enfermagem está ligado ao fato de ter tido algum problema relacionado com a doença.

Em relação a esta temática Domenico (1998) afirma que a enfermagem assume no final deste milênio preocupações relacionadas ao (re) dimensionamento profissional, reidentificando seu espaço social, prioridades e anseios e dentre eles a escolha profissional relaciona-se aos aspectos da personalidade, às suas características culturais, familiares e sociais, ao poder econômico, às expectativas internas e externas, à configuração trabalhista e às experiências vividas até então, isto é uma confluência de ilusões pessoais e de interesses coletivos, um projeto vocacional.

As relações, gratificantes ou frustradoras, com pessoas que desempenham papéis sociais com os quais os homens de identificam, tendem a pautar o tipo de relação com o mundo do adulto em termos de ocupações. A possibilidade de estar em contato direto com o ser humano, trabalhar com e para as pessoas, associada ao fato de a enfermagem ser uma profissão da área da saúde, são as fontes mais atrativas para a profissão (Domenico, 1998).

Foi expresso também que, o trabalho da enfermagem esta direcionado a promover e manter a qualidade de vida da clientela; resgatando inclusive a preocupação pela velhice entendida como uma “doença abençoada” e não como um processo decorrente do ciclo de vida; desta forma, projetando-se pessoalmente provavelmente com uma situação similar em um futuro próximo:

A função da enfermagem centra-se na educação aos outros ajudando-os a ter qualidade de vida.

A velhice é uma questão de amadurecimento e é uma “doença abençoada” para quem consegue chegar até lá.

A preocupação de hoje é a má qualidade de vida na velhice.

A expectativa de vida na velhice com qualidade, é ser independente no desenvolvimento das atividades diárias.

Sem dúvida, a crise contribui para acentuar e massificar as condições destrutivas da vida, os quais nem sempre são captados pelos perfis de morbimortalidade. As características dos processo destrutivos na crise podem ser analisados através de 3 dimensões: *nas condições de produção e de trabalho* – levando à necessidade de transformação das estratégias para a sobrevivência; *nas condições de consumo e nas condições de distribuição da riqueza através do salário social e da função distributiva do Estado* – caracterizando-se pelo desmoraonamento do salário mínimo real e a tendência à concentração da renda direcionado as classes dominantes, sendo oculta pelas taxas médias como a renda capita gerando grandes desigualdades sociais e por tanto repercutindo na qualidade de vida da população (Breilh, 1990).

Sendo que a qualidade de vida é entendida como sinônimo de “bom estado de saúde”, “desejo de viver”, “exercício de cidadania”, em meio do qual foram questionadas a vantagem e desvantagem pelo tipo da denominada “medicina moderna” através do uso da alta tecnologia, pois além de preservar a vida da clientela, acaba gerando ônus na cliente (seqüelas crônico-degenerativos) com alto custo físico e econômico repercutindo inclusive na dinâmica familiar:

O bom estado de saúde permite buscar uma melhor qualidade de vida.

A alta tecnologia é questionada frente a qualidade de vida no futuro do paciente e família (“pacientes com vida negativa”).

Existe preocupação da enfermeira pelas seqüelas geradas no paciente crônico-degenerativo versus o relacionamento da própria família e a qualidade de vida.

A qualidade de vida do paciente está relacionada com o próprio desejo de viver independente da opinião da enfermeira.

Qualidade de vida significa exercício de cidadania após o diagnóstico. (“fazer tudo o que tem direito”/ “é um direito a favor da vida e contra a doença”).

A medicina moderna favorece uma vida mais prolongada.

Falar sobre a qualidade de vida, implica repensar mas uma vez no referencial escolhido, sendo assim usaremos algumas reflexões sobre esta temática por Breilh, quem afirma que, a qualidade de vida se estabelece pelo grau de adequação das condições de reprodução social de um grupo, frente ao desenvolvimento e avanço dos processos fisiológicos que conformam o fenótipo/genótipo dos seus membros e é determinado pelas contradições da reprodução social e se expressa em qualidades fisiológicas e genotípicas, as quais participam na definição da sobrevivência e da saúde (Breilh, 1990).

A tecnologia - assumida como novas formas de relações de produção na sociedade moderna - exige mais conhecimento por parte do trabalhador para conseguir o domínio da máquina. Na atualidade o conhecimento e a experiência estão impregnando as novas máquinas e não se exige do trabalhador a não ser o domínio desta máquina, portanto é entendido todo este processo como a perda do conteúdo do trabalho como prática reveladora da verdade. Portanto ainda a formação abrange uma visão tecnicista, utilitarista e é organicista não chegando a atingir uma dialética da prática profissional, pois a política de saúde brasileira não oferece condições de absorver e de reconhecer as necessidades do enfermeiro deixando à margem a capacidade transformadora reforçando desta forma o poder hegemônico capitalista (Souza, 1994).

Finalmente, questiona-se as práticas de enfermagem desenvolvidas nesse serviço alvo do nosso estudo, pois as concepções de saúde-doença ainda

encontram-se vinculadas ao paradigma da epidemiologia clínica e ou teoria multicausal, sendo a qualidade de vida resgatada como uma preocupação com a velhice, questões estas a serem aprofundadas pelo fato de parecer de interesse coletivo e por ser uma área que mobiliza, mas, ainda as diversas ações encontram-se voltadas para a atenção individual porém, dificultando à implantação do SUS/PAISM.

A postura da profissional encarregada dos procedimentos e portanto do trabalho da enfermagem caracteriza-se por ser uma profissional que possui base científica, ainda com certas dificuldades de aperfeiçoamento, mas que utiliza conhecimentos empíricos ao prestar cuidado à clientela, desenvolvendo inclusive um fazer inespecífico caracterizado freqüentemente pela diversidade de atividades assumidas e resolvendo problemas variados nas diferentes áreas de atuação.

Em meio a esses questionamentos encontramos uma saída a este túnel, por quiçá este representar uma voz de *alarme no cotidiano* que sem dúvida converte-se em um momento estratégico que poderia ser utilizado para transformar a realidade da clientela e entender este processo-saúde doença a partir da construção do empoderamento destas mulheres enfermeiras para que pela sua vez estas possam reproduzir no seu dia-a-dia contribuindo num novo reolhar a sua própria prática de uma forma, mas crítica, sendo reprodutoras de um saber generificado, favorecendo a equidade neste mundo de desigualdades.

Fonseca (1997) afirma que a epidemiologia social pode contribuir com o instrumental necessário para planejar, organizar e avaliar os serviços de saúde, mas infelizmente esta não foi assumida como tal, a exceção dos programas verticais ou de determinado tipo de assistência à saúde que vem sendo utilizado basicamente pela academia.

Os desafios perante esta realidade centralizam-se no interesse de cada profissional pelas mudanças, descobrindo como a epidemiologia pode ser utilizada

para transformar a realidade efetivamente ou para melhorar os serviços existentes, levando em consideração a relação existente entre a investigação da situação de saúde e a realidade dos resultados dos serviços (Fonseca, 1997).

No processo de consolidação do capitalismo, é possível evidenciar a agudização de vários processos combinados destacando-se dentre deles: um aumento na proporção de famílias chefiadas por mulheres, porém em condições mais desvantajosas quando comparados com a chefia familiar masculina especificamente com o suporte jurídico e salário; expansão do trabalho feminino desqualificado; feminização das profissões que vão perdendo prestígio social como saúde e educação, destacando-se um aumento de insalubridade em profissões femininas; agudização da falta de acesso a bens de consumo e serviços comunitários; agudização do peso da “tripla carga de trabalho feminino”, caracterizando-se o trabalho produtivo remunerado como suporte do orçamento doméstico, o próprio trabalho doméstico – tarefa historicamente feminina e o trabalho de reprodução dos corpos, trabalhos estes desenvolvidos muitas vezes sem o apoio masculino (Breilh, 1994).

Sob o enfoque da epidemiologia social é possível identificar “o processo de deteriorização / sobrevida do gênero feminino está determinado pelo desenvolvimento das contradições entre os processos protetores e destrutivos que se dão nos quatro grandes espaços de prática das mulheres: 1) na prática reprodutiva da espécie; 2) na prática doméstica (trabalho doméstico-estratégias de sobrevivência; projeção de gênero; atividades estéticas, políticas, culturais e de reflexão); 3) na produção econômica (inserção no sistema produtivo); 4) na prática de gestão para a coletividade” (Breilh, 1994).

Então, a partir dos processos destrutivos (deteriorações no seu fenótipo e no seu genótipo) é possível mostrar a deteriorização da saúde das mulheres e não somente através das taxas de morbi-mortalidade (Breilh, 1994).

Assim, “a saúde-doença de homens e mulheres se constrói em meio a contradições sociais e condições específicas de reprodução social, determinações moduladas pela atribuição de papéis e valorações de gênero que os expõe de maneira diferencial a processos protetores ou destrutivos que vão definindo riscos, capacidades de respostas e efeitos terminais” (Costales, 1994).

Assim, comenta o autor que “uma leitura epidemiológica moderna da realidade mostra como a vida humana se constrói *entre fogos*. A qualidade de vida e a saúde forjam-se em termos globais em meio a uma luta permanente e dinâmica entre o interesse privado e a necessidade coletiva, entre os processos destrutivos de diversas ordens que se geram nas distintas dimensões (geral, particular e individual) e espaços da reprodução social (etnias, gêneros, classes sociais) e os processos protetores que são possíveis nas dimensões da realidade sócio-epidemiológica, com seus grupos e suas famílias” (Breilh, 1996).

As enfermeiras deixam permear através do tipo de atendimento uma vertente funcionalista, isto é centralizado no biológico e na busca de soluções direcionadas pela relação causa-efeito e suas preocupações ligadas com o corpo doente.

Portanto questiona-se esta visão por limitar o seu próprio atendimento, sendo que o processo saúde-doença de uma forma mais realista se estabelece através da relação entre as dimensões estrutural, particular e singular, sendo entendida como “o modo específico pelo qual ocorre nos grupos, o processo biológico de desgaste e reprodução destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente, com conseqüências para o desenvolvimento regular das atividades quotidianas, isto é, o surgimento da doença” (Laurell, 1983).

O processo saúde – doença do grupo adquire historicidade porque está socialmente determinado, pois não bastam os fatos biológicos, mas é preciso

esclarecer como se articula no processo social, mas o próprio processo biológico humano é social, então, não é possível focalizar a normalidade biológica do homem à margem do momento histórico e é possível estabelecer padrões distintos de desgaste-reprodução, dependendo das características da relação entre o homem e a natureza. Visto de outro modo, os processos sociais e biológicos do processo saúde-doença não são contraditórios, estes se consideram processos únicos (Laurell, 1983).

A relação entre o processo de saúde-doença coletiva e o do indivíduo, fica estabelecida porque o processo saúde-doença coletiva determina as características básicas sobre as quais assenta-se a variação biológica individual, desta maneira a história social do cliente assume importância porque condiciona sua biologia e determina certa probabilidade de que adoça de um modo particular, porém, a probabilidade não se efetiva no indivíduo, senão como presença ou ausência do fenômeno”. É por isso que a análise do caso clínico tem sua especificidade própria, pois aprofunda a doença de maneira individual e a epidemiologia social, pretende avançar na compreensão dos processos coletivos tendo que encarar a unidade deste processo em seu duplo caráter, biológico e social (Laurell, 1983).

A teoria da determinação social do Processo Saúde – Doença “se contrapõe à da multicausalidade porque procura relacionar a forma como a sociedade está organizada ao aparecimento de riscos ou de potencialidades que determinam os processos do adoecer e morrer” (Fonseca, 1997).

O processo saúde – doença se forja é resultado das contradições dos denominados processos protetores e destrutivos que acontecem no dia a dia e cujos fenômenos são observáveis e evidentes nas pessoas, isto é possível se evidenciado a traves dos domínios geral, particular e individual (Breilh, 1995).

Reconhecendo o processo saúde-doença como determinado socialmente, isto é que depende da organização da sociedade, é importante analisar a situação social da crise político-econômica pela qual passa a sociedade brasileira sobre o modo de produção capitalista e quais as repercussões desta nas condições de vida, trabalho e saúde da população os quais podem ser traduzidos em termos de *qualidade de vida*.

Diante destes achados ligados com a prática de enfermagem, consideramos importante iniciar estas reflexões tentando situarmos em meio desta problemática resgatando o Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE), o qual fundamenta-se em alguns conceitos da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta e no Conceito de Autocuidado de OREM e é composto por três fases: histórico, prescrição e evolução de enfermagem.

Gualda (1998), afirma que o SAE, como modelo assistencial, visa a consolidação da proposta filosófica do HU-USP, desta maneira, o SAE tem possibilitado a avaliação da qualidade da assistência prestada e tem direcionado os programas de treinamento e desenvolvimento dos profissionais.

Portanto, “o SAE requer a utilização do saber e do fazer, num fluxo constante de informações coordenadas pelo enfermeiro, exigindo ações reflexivas que demandam compromisso e envolvimento com a assistência prestada em sua área de atuação, ficando centrado nesse profissional o poder decisório da assistência de enfermagem”. Além disso, este processo “prevê um continuum assistencial onde todo cliente, ao ser avaliado pelo enfermeiro, terá um plano assistencial implementado de acordo com os dados levantados no Histórico de Enfermagem, contempladas as suas prioridades. A partir daí, toda abordagem será seqüencial e complementar, considerados e validados todos os dados já conhecidos, de maneira que fique assegurado o atendimento ao cliente, no âmbito hospitalar ou domiciliar” (Gualda, 1998).

O direcionamento da assistência está centralizada no autocuidado, sendo respeitada a seguinte proposição proposta por OREM “ajudar os indivíduos a se envolverem e desempenharem o autocuidado e, assim, promover a saúde, facilitar a recuperação da doença ou permitir uma morte serena” (Universidade de São Paulo, 1999).

Desta forma, através do SAE, os clientes recebem orientações sobre como cuidar de si, de maneira sistematizada, fundamentada e adaptada, levando-se em consideração as suas crenças, valores e grau de compreensão (Universidade de São Paulo, 1999).

O SAE como tal, é desenvolvido no serviço ambulatorial sendo composto por somente duas fases a saber:

- a) *Histórico de Enfermagem*, considerado como um guia sistematizado que serve para levantamento de dados, com o objetivo de se conhecer os problemas e planejar a assistência de acordo com as suas necessidades; por tanto requer a “a ação reflexiva do enfermeiro, no sentido de aprofundar a investigação de determinados aspectos” e prevê o atendimento global do ser humano em suas necessidades biopsico-socioespirituais. Contem duas fases: a entrevista (caráter obrigatório) e exame físico; somente é realizadas estas duas atividades aos pacientes com possibilidade de internação. A entrevista “abrange um conjunto de questões que possibilitam o conhecimento dos hábitos do paciente relacionados as necessidades mencionadas, assim como as alterações provocadas pela doença nas manifestações e/ou satisfação destas necessidades.
- b) *A evolução de enfermagem*, é considerada ao “registro realizado após a avaliação do estado geral do paciente, tendo como objetivo nortear o planejamento da assistência a ser prestada e informar o resultado das condutas de enfermagem implementadas”. Toda evolução deve conter identificação de problemas novos, resposta do paciente aos cuidados de enfermagem prestada e

resolução dos problemas abordados, deve documentar a avaliação das condições gerais apresentadas pelo paciente ao deixar o hospital, assim como o resumo das orientações ministradas por ocasião da alta, direcionadas para o autocuidado no domicílio e a indicação ou não da Consulta de enfermagem” (Universidade de São Paulo, 1999).

Como pode-se apreciar, as práticas de enfermagem no serviço ambulatorial reproduzem o modelo bio-médico, centralizado na teoria da multicausalidade. A política institucional e o modelo assistencial através do desenvolvimento do SAE, respondem a critérios de padrões estabelecidos determinando desta forma a organização do trabalho individualizado em detrimento do coletivo.

De forma geral o fazer da enfermagem ainda continua centralizado no modelo tecnoassistencial permeado por uma visão funcionalista o qual centraliza suas atividades direcionadas ao indivíduo como é evidenciado nas consultas de enfermagem, reproduzindo desta forma o modelo bio-médico ou clínico em detrimento, por exemplo, da Implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, o qual se embasa em uma concepção mais abrangente e compatível com a visão da saúde coletiva; o qual muda o objeto de atenção pelo sujeito integral, caracterizando-se por ser menos fracionado, a mulher é considerada como um sujeito social, isto é uma cidadã e as suas atividades estão encaminhadas para serem desenvolvidos junto ao coletivo onde a equipe também tem que desenvolver uma relação horizontal. Assim este fazer da enfermagem justifica-se provavelmente por um lado pela influência da filosofia institucional e pelo outro decorrente do tipo de formação profissional recebida também com um forte componente positivista, traduzido no exercício cotidiano das enfermeiras.

A continuação consideramos interessante resgatar o aporte de Fonseca (1996) a partir de uma abordagem da saúde da mulher e as diferenças marcantes através dos elementos que embasam os dois modelos tecno-assistenciais (Modelo Programa Materno Infantil e o Programa de Assistência Integral à Saúde da

Mulher), dando desta maneira um suporte mais objetivo aos achados nos discursos explorados com vista à refletir nas futuras transformações do processo de trabalho na saúde da mulher neste tipo de serviço (Quadro 1).

QUADRO 1

DIFERENÇAS ENTRE A SAÚDE PÚBLICA E A SAÚDE COLETIVA NA ABORDAGEM DA SAÚDE DA MULHER

ELEMENTOS	VISÃO DA SAÚDE PÚBLICA	VISÃO DA SAÚDE COLETIVA
Conceito de saúde-doença Conceito de saúde-doença da mulher	Empírico, reduzida ao plano fenomênico e individualizado da causação biológica Agravos relacionados à especificidade biológica da população feminina (relação causa-efeito. Priorização da problemática relacionada à função reprodutiva da mulher. Saúde materna, Saúde Reprodutiva	Determinado historicamente pelo processo coletivo de produção dos fenômenos sociais. Perfis de saúde-doença determinados historicamente na situação social da mulher compreendida segundo classe social, gênero, raça/etnia, geração. Saúde da Mulher
Ancoragem metodológica Ancoragem metodológica na saúde da Mulher	Método empírico-analítico baseado no funcional positivismo (estrutural funcionalista, Popperiano ou fenomenológico Fundado nos mesmos pressupostos anteriores capazes de analisar a função reprodutiva da mulher. Usa sexo, raça, etnia, idade como variáveis.	Método dialético embasado na filosofia da praxis Epistemologia feminista: utiliza gênero, raça/etnia, idade como categorias analítico interpretativas dos perfis de saúde-doença da mulher
Centralização da ação Centralização da ação na Saúde da Mulher	Sob a ótica do Estado e de seus interesses na sociedade capitalista Responde aos interesses capitalistas do papel da mulher de reprodução e manutenção da força de trabalho	Demandas originárias das lutas populares, crítica e renovação do “que fazer” estatal Demandas dos movimentos de mulheres, de gerações, raciais Subjaz à noção de cidadania e de direito à saúde
Amplitude e dinâmica das ações Amplitude e dinâmica das ações de Saúde da Mulher	Melhorias graduais e localizadas, dentro das possibilidades limitadas e definidas pelo Estado Melhorias nos perfis de saúde reprodutiva, dentro das possibilidades definidas pelos organismos internacionais e pelo Estado	Mudanças radicais, consideradas a dialética das possibilidades e necessidades, resultantes do embate entre o Estado e a Sociedade Mudanças na situação social das mulheres, dentro das possibilidades e necessidades resultantes do embate entre o Estado e os movimentos sociais de mulheres, negros, idosos, jovens.

Construído por EGRY (1994) a partir das considerações de BREILH (1990) e adaptado por FONSECA, R.M.G.S. da (1996a)

Perante este quadro apresentado, consideramos interessante reolhar, mas uma vez as praticas dessas enfermeiras e tentar refletir sobre as possíveis saídas, pois ainda identifica-se uma tendência marcada a reforçar a ideologia hegemônica, estagnada e funcionalista que reduz as chances de dar um salto qualitativo de tal forma que favoreça uma verdadeira mudança e/ou transformação da realidade, de forma que possa reverter a situação atual da mulher brasileira uma vez que o olhar fica centralizado no biológico em detrimento dos outros determinantes sociais do processo saúde-doença.

Para reforçar estes achados e refletir sobre as práticas gerenciais de enfermagem em saúde coletiva, o Projeto de Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC) no Brasil, desenvolvido pela Associação Brasileira de Enfermagem, teve o serviço ambulatorial do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo como parte do cenário São Paulo-Capital, o qual pertence ao Distrito Butantã. Demonstrou que, as práticas de enfermagem ainda encontram-se fundamentadas em teorias administrativas positivistas, aderentes ao modelo da racionalidade. Essa prática gerencial é realizada preferentemente pelo enfermeiro, denotando uma divisão social e técnica do trabalho de enfermagem e sua gênese é compreendida pela história da enfermagem enquanto prática social (Silva et al, 1999); corroborando desta maneira os achados no presente estudo.

A partir desta afirmação, assumindo que a teoria da multicausalidade encontra-se aderida à corrente de pensamento positivista, e, por conseguinte permeando este tipo de atendimento no serviço estudado, Demo (1985) reforça estes achados ao afirmar que nestas circunstancias o processo saúde-doença e a assistência à saúde é possível ser percebido quando as atividades desenvolvidas desejam alcançar um padrão pré-concebido baseando-se na idéia de utopia. Existem padrões de saúde-doença que devem ser buscados alcançar, padrões estes dados por um nível de normalidade ótima, existente apenas no nível das idéias”

Fonseca TM (1996) por sua vez, ao refletir sobre a passagem “de mulher a enfermeira” desde uma perspectiva de gênero, resgata a importância da busca da construção do conhecimento não, mas sexualmente cegos e dotados de capacidade de universalizar, masculinizando única e exclusivamente os sujeitos de trabalho, de tal forma que visem a luta social em favor da reivindicação dos direitos de ser mulher nesta sociedade.

Lopes MJM (1996_a) aponta a importância do poder da enfermagem no serviço hospitalar, caracterizada pela sua competência profissional e pelo seu nível de qualificação, não se remetendo a seu caráter missionário largamente difundido e incorporado historicamente, procurando encontrar para a enfermagem um lugar e um valor superando dificuldades e limitações mediante uma nova proposta de trabalho com a própria identidade, o qual facilitaria a compreensão da construção ativa do cuidado em termos da prática, enquanto ao saber, sistemas simbólicos, valores, crenças e tradições, tornando-se desta forma autônoma e singular, tendo repercussões inclusive salariais pelo reconhecimento social, assim os cuidados de saúde constituem e constituirão um campo satisfatório de significados que permitiram reflexionar a pesar do domínio médico.

Nestas circunstâncias, uma saída interessante poderia estar centralizada em dar continuidade as reflexões já iniciadas com a intenção de generificar a prática, pois este enfoque segundo Breilh (1994) não se reduz ao conhecimento de indicadores de doenças que afetam primeira ou totalmente um gênero, nem tampouco, se limitam a buscar o nexo empírico da patologia feminina com fatores sociais correlacionados. Mas, explicam como intervir nas condições e nas relações de gênero, no processo de determinação social da saúde-doença. Para fazê-lo, deve-se levar em conta que essas relações modificam-se historicamente e que possuem expressões distintas nos diversos grupos humanos da sociedade.

Por tanto a área da saúde é um campo onde convergem múltiplos determinantes e se fazem especialmente visíveis as contradições de gênero, quando se transcende o plano meramente individual dos padecimentos pessoais e se ascende para o plano coletivo, onde se estudam as condições de saúde das populações e grupos humanos, sejam estas as classes sociais, as etnias ou os membros de um determinado gênero (Breilh, 1994).

Mas uma vez reforça-se que o trabalho de enfermagem poderia ser desenvolvido nas 3 dimensões: Geral, particular, singular, assim por exemplo no caso da saúde da mulher, gênero corresponde ao domínio coletivo, sendo a feminilidade típica caracterizada historicamente. Breilh define-o como um conjunto de capacidades, potenciais e reais, e limites do ser mulher coletivo num cenário social concreto. *Mulher*, por sua vez corresponde ao domínio individual, considerando o ser feminino como singular com traços culturais e biológicos próprios. A *mulher* na sua reprodução particular reproduz-se diretamente a si mesma e ao conjunto do gênero e à sociedade indiretamente. Assim, a categoria gênero é uma ferramenta para aprofundar o desenvolvimento da epidemiologia crítica: no avanço do conhecimento epidemiológico (construção integral da especificidade feminina ou masculina); no desenvolvimento da prática nas áreas de prevenção e promoção da saúde e na potencialização da participação feminina nos processos de monitorização estratégica da realidade social e epidemiológica (Breilh, 1996).

Em relação a esta temática relacionada com as dificuldades enfrentadas durante o cotidiano, consideramos importante também enfatizar os principais *conflitos e dificuldades* evidenciados nos avanços na prática de enfermagem caminho a concretização dos princípios do SUS.

Assim Antunes (1996) destaca que ainda existe a manutenção da execução de múltiplas operações no processo de trabalho em saúde, isto é atividades denominadas “tarefeiras”, com dificuldade de conceber e visualizar a prática de enfermagem no contexto social e político, desconhecimento das características

epidemiológico-sociais da população de abrangência e ausência de programação das ações de enfermagem voltadas para o atendimento das necessidades de saúde e de bem viver prioritárias desta população; o multiemprego, determinado pelos baixos salários, que obriga a uma sobre carga horária (40-80 horas semanais).

A neutralidade social, identificada pela reduzida participação nos movimentos social e políticos, entidades de classe e conselhos de saúde; o predomínio da percepção do exercício profissional voltado para as atividades burocráticas de organização do espaço físico, de controle de pessoal, de atendimento à demanda espontânea e de atividades complementares ao ato de outros profissionais de saúde; o espaço limitado de poder dos enfermeiros nos níveis decisórios de definição de políticas, gerenciamento e planejamento locais de saúde; reduzido acesso à atualização profissional para revisão das práticas de enfermagem (Antunes, 1996)

Porém, resgata-se também a facilidade identificada por Antunes (1999) as quais baseiam-se no interesse político na implantação no Sistema Único de Saúde pelo gestor de saúde local; as tentativas de utilização do planejamento fundamentado na epidemiologia social para organizar a assistência à saúde; o início de implementação de gerenciamento e programação setorial, com base na territorialização; a busca de compreensão da interdisciplinariedade como fundamento para a prática social da enfermagem; as tentativas de aproximação com o político e de aproximação com a sociedade.

Concordamos com Antunes (1996), quando afirma que os conflitos são fundamentais para a existência da instituição da enfermagem, por serem considerados conflitos transformadores, que trazem propostas e protocolos para um novo fazer/saber/pensar para o trabalho do enfermeiro.

Neste estudo, acredita-se que existe uma franca evidencia da projeção das próprias limitações perante a presença do tabu adquirido pelas próprias enfermeiras e neste momento encontra-se permeando o próprio atendimento; consideramos também importante questionar o que significa o dado colhido especificamente para esta situação, para esta clientela, para esse perfil epidemiológico e o que representa nesta área de abrangência quando comparada com os outros estabelecimentos do próprio estado, do próprio País, privilegiando desta maneira a articulação da teoria e a prática. Precisa-se assumir uma atitude imediata na escuta *destas vozes de aparente protesta* e/ou chamada de atenção uma vez que poderiam estar criando insatisfações pessoais com transcendência no profissional, criando conflitos internos ainda não resolvidos.

As enfermeiras expressaram também um sentimento de ambigüidade em relação com seu próprio corpo, variando desde o auto-reconhecimento favorável pelo fato de gostar dele seja pela sua “delicadeza” apesar das suas imperfeições, gerando uma sensação de paz e tranqüilidade:

Existe uma relação da mulher com o corpo por sua delicadeza, independente do seu tamanho por ser “ela pequena”.

Existe uma sensação de paz e “tranqüilidade” em relação ao seu corpo.

Foi expresso também uma clara inconformidade e insatisfação pelas imperfeições do seu corpo “por ser extremamente grande” e inclusive gostaria ter um corpo mais “chamativo” características inclusive cobradas e reforçadas pelo próprio marido e pela mídia, sendo compartilhada e aceita pela própria mulher a ponto de procurar mudar e transforma-lo. Portanto evidencia-se uma valorização do “corpo perfeição”, que apesar disto acareia riscos a serem superados (cirurgia):

Existe a preocupação por “um corpo arrumado” porém expressa o desejo e a dificuldade de submeter-se a uma cirurgia estética.

Considera seu corpo “extremamente grande” é motivo para luta constante por emagrecer.

O corpo da mulher é representado pela “perfeição de detalhes” que nem sempre é atingida.

Expressa o desejo de ter um corpo mais “chamativo” e aprovado pela mídia (ser magra, loura de olho azuis e alta) o que é reforçado pela opinião do marido.

O corpo da mulher é associado à beleza sensual da mulher, atitude reforçada pelo marido.

O modelo de corpo da mulher brasileira atualmente, é o modelo americano (“corpo bonito, mamas grandes”)

A mídia tem provocado massacrantes mudanças e “impõe um padrão de beleza” às mulheres brasileiras privilegiando o culto ao corpo (“antes era o bumbum, hoje é a mama”).

Identificou-se também uma outra atitude centralizada no inconformismo diante do corpo, optando não fazer nada por transforma-lo apesar de não gostar dele:

Apesar de não gostar do corpo, não faz nada para mudá-lo.

Um achado muito interessante foi quanto as percepções do corpo envelhecido, onde evidencia-se também sentimentos ambíguos (“medo e tranquilidade relacionados ao futuro próximo”, insatisfação, “horroroso”), sendo que precisa ser aceita esta fase como mudanças biológicas e que pode ser transformado:

O envelhecimento do corpo provoca sentimentos ambíguos, medo versus tranquilidade, em relação ao futuro próximo.

O envelhecimento do corpo é relacionado ao seu uso e provoca insatisfação da mulher com partes desse corpo.

O corpo em processo de amadurecimento precisa uma vestimenta que disfarce e seja “vistosa”, porém a pele é considerada super macia.

Com o avanço da idade vão acontecendo mudanças no corpo de maneira que é “horroroso” “começa a cair tudo” porém é importante aceitar esta fase com as suas próprias modificações.

Foram também expressas pelas enfermeiras momentos de agressões sofridas por esse corpo nem sempre percebidas como tal, o qual teve um início marcado desde o primeiro parto gerando já desde aquela fase um sentimento negativo (medo, apavorada), marcando os posteriores momentos do ciclo de vida inclusive pela presença autoritária do médico nesta relação intra-institucional, como é percebido nas frases a seguir:

O parto normal é privilegiado frente à cesárea, considerada extremamente “agressiva e invasiva” devido a atitude médica.

Ao longo da vida o corpo sofre muitas agressões, nem sempre percebidas, provocadas por outras pessoas desde o nascimento.

Os sentimentos negativos (“medo”, “apavorada”) do primeiro parto foram superados e contribuíram para a vida profissional.

Nesta relação, é evidente uma outra contradição: apropriação *versus* desapropriação do corpo, evidente na forma como foram superados as diversas invasões desse corpo ao longo do ciclo de vida permeado estas por diversas formas de agressões que transitaram desde as físicas até as simbólicas/verbais, deixando incluso a um outro apropriar-se do seu corpo sendo reconhecido este tecnicamente pela autoridade exercida sobre estas.

Hoje, também é possível inclusive evidenciar a reprodução desta apropriação do corpo da cliente pelas próprias enfermeiras através do atendimento durante o exame ginecológico que será apresentado posteriormente.

Sem dúvida, a mulher torna-se enfermeira no dia-a-dia, na dinâmica do trabalho profissional e no espaço privado. Sobre esta temática Pereira; Silva (1997) buscam problematizar a identidade simbólica que há entre o fazer doméstico/privado da mulher e o fazer profissional/público. Cabe a enfermagem, enquanto profissão feminina, entender a construção social e cultural dos conceitos androcêntricos de poder, autonomia, subalternidade, submissão a partir perspectiva de gênero, motivada pelo desconforto de ter sido fiéis testemunhas das violências simbólicas (*ignorar a presença ou a palavra, com cenas explícitas de agressão verbal*) enfrentadas pela enfermagem no ambiente de trabalho, especialmente entre a enfermeira e o médico (a); tentando entendê-la a partir de fatos históricos marcantes presentes até os dias de hoje como é possível ser resgatado no presente estudo.

Compreendendo o processo saúde/doença através da relação com o corpo

O cotidiano da assistência à saúde da mulher em relação ao exame ginecológico permitiu o resgate da concepção do corpo como fato concreto e favoreceu a compreensão do processo saúde/doença, onde inclusive foi possível ser evidenciado a valorização do mesmo através especificamente dos procedimentos invasivos entre estes: o exame ginecológico no caso da mulher e o exame de próstata nos homens.

Assim, o primeiro exame ginecológico destas enfermeiras foi marcado pela presença de sentimentos ambíguos, por um lado experimentando sentimentos negativos quando relacionado com o próprio exame (medo, vergonha, obscuridade) e inclusive ligado ao desconhecimento do procedimento e ao próprio aparelho utilizado durante o exame (medo e desconforto do espéculo, invasão e agressão) e por outro lado identificou-se também um sentimento positivo (tranquilidade) permeado pela confiança estabelecida com o profissional responsável do respectivo exame, como é possível observar nas frases a seguir:

De modo geral, o primeiro exame ginecológico é marcado por sentimentos negativos (medo, vergonha, sensação de invasão, agressão, medo do espéculo, terror, tragédia, desconforto do espéculo).

No primeiro exame ginecológico teve sentimento de “medo”, “vergonha”, “obscuridão” pelo desconhecimento quanto ao procedimento além do “medo do espéculo”, porém hoje é diferente e é assumido como uma “coisa tranquila”.

O primeiro exame ginecológico foi considerado “sem problemas” devido a atitude do médico que gerou um sentimento de “veneração” e “confiança” até nos atendimentos subseqüentes. (atendimento dos 3 partos).

Um fato interessante é que, estas profissionais reconhecem os mesmos sentimentos negativos experimentados por elas e expressos hoje pelas próprias clientes:

A profissional reconhece nas pacientes, os mesmos sentimentos negativos por ela experimentados, tal como o “medo do espéculo”.

Sendo que estes sentimentos negativos, por um lado foram superados somente com os posteriores exames ginecológicos, onde foi privilegiado o bom atendimento, isto é o estabelecimento de uma adequada relação nos futuros exames com a cliente sendo esta considerado uma estratégia a ser repensada, para evitar “receio”:

Os sentimentos negativos do primeiro exame ginecológico às vezes são superados nos exames subsequentes.

Ministrar um bom atendimento e causar “boa impressão” nas clientes atendidas pela primeira vez pode evitar “receio” no futuro, segundo a própria experiência.

Sendo que estes sentimentos negativos decorrentes do exame ginecológico iniciaram sua construção no nível privado durante a infância através da influencia familiar recebida e posteriormente foi continuado este processo através de experiências negativas vivenciadas no serviço de saúde com os próprios profissionais de saúde durante a execução de procedimentos específicos (demora na posição ginecológica, falta de orientação oportuna quanto ao tipo de procedimento a ser executado), resgatando desta forma a enorme importância da postura a ser assumido pelos próprios profissionais (respeitando a privacidade desta) visando reverter os próprios sentimentos negativos para positivos (“tranquilidade”, “relaxamento”), minimizando as intercorrências, como evidenciamos a seguir:

Os sentimentos negativos do primeiro exame ginecológico estão relacionados a influência familiar desde a infância e posteriormente por intercorrências geradas pela demora na posição ginecológica e à orientação do profissional inadequada

No exame ginecológico e na coleta do papanicolaou deve existir muito respeito à privacidade da cliente.

A tranquilidade do exame ginecológico depende do serviço e dos profissionais que o realizam.

O “relaxamento” permite que o atendimento ginecológico “dê certo”, o mesmo ocorre com os procedimentos odontológicos.

Em contrapartida, ao ser comparada os sentimentos e/ou as atitudes assumidas pelos homens em circunstâncias similares como são os denominados procedimentos invasivos, as enfermeiras acreditam que durante o toque retal

decorrente do exame de próstata, gera um contraponto com os sentimentos das mulheres, sendo que neste caso os homens exacerbam também sentimentos negativos ao igual que as mulheres (vergonha e desconforto), mas, a diferença destas, eles circunscrevem a sua preocupação ligada ao comprometimento da ameaça sexual, acreditando que poderiam comprometer a sua masculinidade e gerar homossexualidade, estereótipo estes construídos e reproduzidos pela sociedade inclusive desde crianças. Mesmo sentimento foi percebido também perante a decisão de fazer uma vasectomia, neste caso frisado como características de homens que pertencem às classes mais baixas, como apreciamos nas frases a seguir:

Os homens também tem sentimentos de “vergonha” e desconforto associados a procedimento com a “parte sexual” (toque retal) relacionado a ameaça da masculinidade/homossexualidade.

A atitude dos homens frente ao exame de próstata é “cultural” e é aprendida desde criança.

A vasectomia é associada a comprometimento sexual nos homens de “classe mais baixa”.

A atitude assumida perante a vasectomia é questionada, pois independentemente a classe social identifica-se esta característica própria da identidade masculina fortemente arraigada e, portanto fazendo parte do perfil masculino latino-americano.

Foram identificadas outras preocupações ligadas à possibilidade de ter alguns sintomas ligados com câncer, mas que pode ser controlado com um acompanhamento médico adequado:

Existe preocupação constante na profissional com a possibilidade de ter câncer de mama [associado a sentimento de tensão e dor muscular], porém se tranquiliza realizando consulta médica.

Mas também, foram expressas as existências de dificuldades que poderiam comprometer inclusive o bom atendimento da cliente uma vez que esta desconhece como enfrentar estas intercorrências decorrentes do próprio procedimento invasivo o qual encontra-se permeado por sentimentos marcantes; sendo que tudo isto, reforça provavelmente de alguma maneira os próprios

conflitos existentes para ministrar os aspectos relacionados com a própria sexualidade e os próprios sentimentos negativos diante do mesmo exame, expressos anteriormente:

Existe dificuldade da enfermeira em lidar com as reações negativas (berros, gritos) das clientes durante a coleta do papanicolaou.

Por outro lado às enfermeiras reconheceram também uma outra dificuldade no atendimento ligado à falta de preparo técnico para a abordagem de clientes especificamente com implante de mama:

O procedimento de palpação de mama em paciente com implante é reconhecido como uma dificuldade e necessita de “nova orientação”.

Foi resgatada também a atitude assumida por parte das profissionais de enfermagem, isto é, o atendimento de enfermagem centrado no biológico e com tendência a reforçar, mas uma vez o estereotipo feminino (modéstia e recato do corpo) características próprias da mulher o qual é aprendida também desde criança:

É importante reconhecer a necessidade do exame ginecológico e do papanicolaou e principalmente resgatar a “privacidade íntima” aprendida desde criança (“modéstia”, “recato”)

O útero e as trompas representam o papel da mulher e a importância que ela tem dentro do processo e de preparo para o exame ginecológico.

Os motivos que levaram ao primeiro exame ginecológico esteve ligada a alguma alteração física, (secreção vaginal, infertilidade), ao cumprimento legal perante o casamento e com caráter preventivo como são ilustradas a seguir:

Os motivos do primeiro exame ginecológico estão ligados à alterações (secreção vaginal), ao preparo pré-nupcial e a dificuldade de engravidar após o casamento.

Existe consciência do controle através do exame ginecológico que tem sido tranquilo sem sentimentos de invasão ou agressão.

Finalmente a escolha do tipo de profissional também ocupa um lugar importante na preferência das enfermeiras, sendo o sexo feminino a de maior

identificação, pelo fato de causar menos constrangimento e diminuição dos sentimentos negativos:

O atendimento pelo médico ainda provoca ligeiro sentimento de “vergonha”.

O exame ginecológico é considerado importante para o acompanhamento, sendo a preferência por uma profissional do sexo feminino.

Nesta relação com o corpo é evidente, mas uma vez a apropriação do mesmo por uma outra pessoa, especificamente ao se referir a relação estabelecida com médico e o desejo de trocar por uma outra profissional de preferência da mesma área, sendo nitidamente expressa através da denuncia da relação desigual estabelecida uma vez que tendo esse poder de escolha poderiam optar por uma outra profissional.

Em pesquisa anterior intitulada “Mulher e saúde: uma visão generificada na percepção das usuárias acerca do exame ginecológico desenvolvida no mesmo serviço Salcedo-Barrientos (1998) identificou que a decisão de fazer o exame ginecológico estava ligado ao caráter biofísico (provável doença, diagnóstico, tratamento e controle) os mesmos que foram resgatados através das queixas expostas durante a primeira consulta; desta forma os resultados desse estudo sugerem que estas mulheres apesar da subordinação aos quais estão obrigadas a submeter-se assumem esta responsabilidade de forma pouco consciente ao decidir fazer o seu primeiro exame ginecológico, onde as diversas mudanças sociais e as relações de poder convivem numa sociedade capitalista”.

A concepção quanto ao processo saúde-doença encontra-se centrado na relação causa-efeito e de caráter multifatorial atribuindo assim a hereditariedade, a presença de microorganismos como possível causa de doença ginecológica. Foram identificados também certas contradições quanto ao acúmulo de conhecimentos em relação as próprias finalidades e procedimentos e notou-se uma concepção preventiva, considerando o exame importante para o diagnóstico e o tratamento oportuno. Registrou-se a presença de ambigüidade em relação ao

saber/fazer e querer/fazer o exame ginecológico uma vez que as justificativas não estão relacionadas única e exclusivamente à falta de conhecimentos uma vez que foram identificadas a existência de ambigüidades de sentimentos entre os quais se destaca (medo, vergonha, insegurança, aflição, assustada, receio) e (tranquilidade, estar indiferente, curiosidade, etc. Os sentimentos também foram evidenciados, ressaltando o entendido a subordinação no ato de fazer o exame ginecológico no qual gera a exposição de “suas partes íntimas”; o “medo” e a “vergonha” e a necessidade superada pela coragem) (Salcedo-Barrientos, 1998).

Estes sentimentos exteriorizados (medo, vergonha, entre outros) e o desejo de superar qualquer situação com a finalidade de dar resposta a sua problemática ou preocupação em termos de sua saúde, não é nada mais que as livres manifestações subjetivas em resposta às relações de subordinação enfrentadas pelas usuárias - na relação de gênero - percebidas através das diversas contradições, onde as manifestações da repressão sexual presente nos depoimentos, avançam rumo a ampliação de sua liberdade de escolha. Finalmente foi colocada em cheque a preocupação dos profissionais, os quais continuam circunscritos ao cumprimento das normas institucionais, deixando de considerar prioritariamente as expectativas e os sentimentos destas mulheres (Salcedo-Barrientos, 1998).

Em relação ao problema de câncer como uma doença preocupante para a Saúde Pública, a Organização Pan-Americana da Saúde no relatório intitulado Brasil: Perfis Básicos da Saúde - Resumos 1999, apresentou uma análise das causas segundo as categorias, demonstrando que no período de 1990 a 1994, as causas mal definidas, as doenças do aparelho circulatório, constituíram o primeiro grupo de causas de mortalidade, com 33,9% total dos óbitos. O segundo grupo de causas de morte está constituída pelas denominadas causas externas (lesão e envenenamento) e o terceiro grupo de causas de óbitos foram as neoplasias que entre 1990 e 1994 constituíram 13% do total de óbitos bem definidos. Entre as neoplasias malignas destacaram no sexo masculino o câncer de estômago e o

câncer de pulmão, *já nas mulheres o câncer de mama é o mais freqüente, seguido do câncer de colo uterino* (OPS, 2001_a) (OPS, 2001_b).

Em 2000, o Ministério da Saúde no Brasil declarou que o câncer ginecológico representou 43,2% do total de casos de neoplasias malignas entre mulheres. A taxa bruta de mortalidade estimada para 1998 foi de 9,2/100 mil mulheres. A incidência do câncer cérvico-uterino deve-se à baixa cobertura dos exames preventivos, hoje estimada em 8 a 10% da população acima de 20 anos, não obstante a Organização Mundial de Saúde ter estabelecido uma cobertura de 85% para produzir o impacto epidemiológico (Brasil, 2000).

Com respeito à situação no Estado de São Paulo que, no caso do câncer, a morbidade é medida pela incidência, verificada nos registros base populacional. Assim observa-se no ano de 1991 que o município de São Paulo apresenta o segundo maior coeficiente de câncer da mama (65,5% / 100.000 mulheres), classificando atrás somente de Porto Alegre e à frente de todas as demais cidades brasileiras. Inversamente, a cidade de São Paulo apresenta o segundo menor coeficiente de incidência de câncer do útero (42% / 100.000 mulheres), maior apenas que o da capital gaúcha. Alguns autores apontam que este comportamento da incidência dos cânceres ginecológicos, em relação à situação geográfica regional, provavelmente, não é mera coincidência, pois se assume como causa importante a dimensão socioeconômica dentre os fatores de risco (Fonseca, L. 1994).

Ao refletir sobre a prática de Enfermagem no Serviço Ambulatorial e especificamente ao refletir sobre a importância da sua atuação nesta área de prevenção e educação para o autocuidado foi implantado o “Programa de Atendimento Ginecológico de Enfermagem” à população feminina da comunidade USP. Este programa teve início no dia 02 de setembro de 1996 e desenvolve ações de prevenção e detecção precoce do câncer de mama e colo do útero pelo

serviço de enfermagem, fornecendo orientações as mulheres através da consulta de enfermagem; visa otimizar as consultas ginecológicas ambulatoriais até então reprimidas pela grande demanda e o escasso recurso profissional médico designado especificamente para esta atividade, reduzindo desta maneira a morbimortalidade para esses tipos de câncer (Sportello, E.F. et al, 1998_a).

Como resultados objetivos do Programa de Atendimento Ginecológico de Enfermagem estabelecido foram atendidas até 1998 mais de 900 clientes com resultados satisfatórios e com pleno envolvimento de toda a equipe multiprofissional. Na média, realizaram-se 7,2 consultas por período de atenção entre a primeira consulta e os retornos. Houve um aumento significativo de atendimento equivalente ao 60% quando comparado ao atendimento que era somente desenvolvido pelos ginecologistas (Sportello, E.F. et al, 1998_b).

Outro estudo realizado pelas mesmas responsáveis no mesmo serviço demonstrou o aumento significativo (3,1 vezes em média) no índice de detecção com a padronização da coleta tríplice de colpocitologia oncótica (Sportello, E.F. et al, 1998_b).

As enfermeiras acreditam que o tipo de trabalho que desenvolvem favorece o entrosamento com a equipe multiprofissional e que os objetivos propostos são atingidos. Um fato importante é que o programa é aceito pela comunidade USP, pois além de agilizar as consultas e dar um retorno efetivo conseguiram estabelecer um entrosamento enfermeira/paciente sendo que a consulta de enfermagem converteu-se num espaço para esclarecimento de dúvidas mais efetivas (Sportello, E.F. et al, 1998_a).

Estes posicionamentos (sentimentos e preocupações) frente ao Exame Ginecológico e o exame de próstata e o confronto dos achados com as próprias

usuárias foram muito elucidativos, pois permitiram evidenciar como através da valorização dos órgãos sexuais e retais a sociedade tem construído mitos até o ponto de ter influenciado na construção da sua identidade direcionado à proteção deste corpo no caso da mulher gerando até sentimentos de repressão/cuidado na preservação dos estereótipos femininos (submissa e com recato) e no caso do homem o cuidado para reforço da masculinidade valorizado através de um órgão considerado também carregado de tabus e crenças. Acreditamos que ambos experimentam estes ritos de passagem da vida de menina para a vida de mulher *versus* de menino para a vida de ser homem, com fatos estes permeados por conflitos relacionados com os sentimentos que oscilam desde uma simples exposição e invasão da privacidade até fatos considerados como uma violência física simbólica, uma vez que foram identificadas algumas condutas e atitudes assumidas pelas próprias profissionais de enfermagem que poderiam estar impedindo os próximos retornos ao estabelecimento comprometendo desta forma a qualidade do atendimento. Finalmente é interessante comprovar como estes resultados ratificam os achados com as usuárias identificadas em pesquisa anteriores (Salcedo-Barrientos, 1998)

Finalmente a experiência das enfermeiras diante do exame ginecológico, permitiu trabalhar uma problemática já iniciada em pesquisa anterior - onde o foco de atenção foram as usuárias do mesmo local de trabalho - assim foi possível resgatar a relação com o próprio corpo, a apropriação de um outro corpo, isto é, a relação com o outro corpo, neste caso da clientela.

É interessante verificar através da execução das oficinas de trabalho as percepções (sentimentos ambíguos, postura) destas enfermeiras nestas mesmas circunstancias como se estabelecem as relações de poder tanto entre a enfermeira ao assumir a responsabilidade durante o atendimento ginecológico e a postura da clientela, coincidentemente uma postura que novamente se repete. Portanto, mas uma vez, assistimos uma possível resistência de aceitação do corpo foco da nossa atenção, explicitados no decorrer desta pesquisa.

6. SÍNTESE

O caminho percorrido na construção desta tese, permitiu focalizar nossas reflexões em um campo ainda pouco explorado, que é o das práticas de enfermagem em serviço ambulatorial. Permitiu também a identificação do grande potencial humano que, na luta diária, busca encontrar e compreender melhor seu próprio trabalho, em meio aos papéis sociais de ser mulher, mãe e enfermeira. Como enfermeiras, os discursos apresentam conteúdos de uma formação profissional cartesiana, bem como valores humanitários que enriquecem as relações com a clientela. Exercendo suas atividades profissionais em um serviço público, onde as políticas institucionais sofrem interferências das políticas internacionais, há na prática das enfermeiras grandes desafios a serem enfrentados.

Foram detectadas lacunas de conhecimento no saber da enfermagem, em relação à determinação do processo saúde-doença da mulher, do trabalho da enfermagem e da enfermagem como profissão feminina, historicamente vinculada às representações do saber-fazer das mulheres. As reflexões feitas em todo o processo do estudo apontam que:

1) As relações sociais estabelecidas pelas enfermeiras nos âmbitos públicos e privados, diante da construção das identidades feminina e masculina, dificultam os processos de superação da ideologia dominante; identificando-se um movimento dialético centralizado na independência versus dependência. Nesse processo, são reforçados valores tradicionais que reafirmam a subalternidade feminina, mas demonstram também, em outros momentos, uma auto-estima favorável à superação, expressa através de sentimentos positivos, numa articulação com a identidade feminina, isto é, o fato de ser mulher na sociedade patriarcal.

2) O homem ainda aparece fortemente reconhecido como detentor do poder, o que é reforçado pela mulher no desenvolvimento de diversos papéis, entre eles, o trabalho doméstico. Constata-se uma atitude controladora e centralizadora das tarefas domésticas, justificada pela incompetência do companheiro e, ainda mais, a execução de atividades que demandam maior esforço, que poderiam ser interpretadas como atividades especificamente

masculinas. Por outro lado, identifica-se uma valorização do companheiro/marido na sua vida, sobre justificativa de proteção.

3) Foi possível evidenciar a construção da identidade feminina expressa na reprodução de estereótipos apreendidos e construídos socialmente, estando estes ligados aos papéis sociais assumidos prioritariamente no espaço privado, apesar da sua presença no espaço público. É dada grande importância ao papel de esposa-ligada a um companheiro aceitando responsabilidades do próprio marido/companheiro e omitindo a divisão das tarefas em nome da falsa onipotência da mulher, com a intenção de ganhar possivelmente espaços ocupados pelo sexo masculino.

4) Verificou-se o conflito: valorização versus desvalorização, presentes nas relações homem/mulher estabelecidas junto à família, onde é possível reconhecer que estas mulheres valorizam-se como mulheres que cumprem com as suas obrigações “femininas”, apesar dos processos destrutivos decorrentes dessas responsabilidades (desgaste físico-emocional) sendo inclusive assumidas e aceitas a própria submissão e discriminação, através de um caráter centralista, androcêntrico e legitimado pela sociedade.

5) Quanto às desigualdades nas relações de gênero o fator econômico apareceu como um indicador das repercussões das desigualdades nos âmbitos privado e público. Uma outra questão referente à condição da mulher e do homem é apontada na situação específica da viuvez, onde foi possível identificar a mulher como mediadora dos conflitos e responsável pela sustentação emocional de todo o grupo familiar e, por conseguinte, o reforço da valorização feminina versus a sobrecarga de trabalho enfrentada no cotidiano; inclusive adotando uma posição relacionada com os sentimentos de doação aos filhos e de homenagear o marido morto e a conseqüente solidão.

6) Constata-se também uma revisão de valores que provoca algumas mudanças no saber construído, evidenciando o caráter dinâmico do próprio conhecimento adquirido, considerando-se esta, uma outra saída interessante a ser repensada.

7) As relações de gênero no âmbito público isto é a relação enfermeira/ enfermeira, enfermeira/médico caracteriza-se pelo resgate das mesmas frustrações e conflitos anteriormente identificadas, dentre eles a valorização versus desvalorização, sendo as enfermeiras colocadas em situação de dupla subalternidade de gênero e de saber ligadas,

provavelmente, à organização da assistência à saúde na nossa sociedade, que se caracteriza pelo forte conteúdo tecnicista e androcêntrico.

8) A valorização sentida pelas enfermeiras no âmbito do seu trabalho, as fortalece como profissionais, sendo caracterizada pelos espaços que ocupam, privilegiando as atividades administrativas e o resgate da importância do saber como um indicador de poder; mas, contraditoriamente, as mulheres precisam de reconhecimento externo pelo sexo masculino/ médico, isto é, serem valorizada pelos que detêm o poder instituído e, portanto, mais uma vez acabam reforçando a subalternidade estabelecida.

9) Sob o aspecto da (Des) generificação do toque e do vínculo com a clientela, foi levantado pelas enfermeiras a diferença marcante no tipo de atendimento que é ministrado pelo médico, quando comparado com o realizado exclusivamente por enfermeiras. Esse, encontra-se permeado por características próprias da identidade feminina, valorizando o toque pela utilização das mãos como um objeto intermediário e considerado como uma “ferramenta ainda pouco explorada”. Embora enfermeiras e médicos utilizem a razão, a atuação das enfermeiras apresenta diferenças por deixarem que a emoção permeie a relação, criando um vínculo muito mais forte e humanizado.

10) No desenrolar do estabelecimento das relações de gênero existe uma clara relação de poder estabelecida entre as enfermeiras e os médicos, a qual é diferenciada dependendo do local onde trabalham, serviço público ou privada. Esse último caracteriza-se pelo cumprimento de ordens médicas e de normas já estabelecidas e, portanto, pela manutenção da hegemonia, em detrimento do respeito e comunicação estabelecidos no serviço público e com vantagens e possibilidades de reconhecimento do trabalho de enfermagem, ainda que também seja um ambiente conflitante. Evidencia-se ainda que no serviço privado, o médico estabelece um tipo de vínculo com a clientela associado à mercantilização da saúde, sendo esta considerada um bem de consumo, a saúde como um meio e não como um fim.

11) Um outro indicador de desigualdade marcante no serviço público é a impossibilidade de escolha por parte da clientela de determinado profissional, sendo esta atitude, inclusive, reforçada pela própria enfermagem, tornando-se um agente bloqueador do exercício de cidadania da cliente e, por conseguinte, reforçando a desigualdade intra-gênero. Existe também entre as enfermeiras, as que defendem o exercício desse direito no serviço

público, uma vez que a própria enfermeira mostra satisfação diante da sua possibilidade de escolha, inclusive dando preferência à própria colega/mulher, isto é, outra enfermeira, que oferece tranquilidade.

12) Ser mulher-enfermeira é apontado desde uma perspectiva contraditória ora assumindo sacrifícios, ora atribuindo satisfação e/ou realização. Desta forma é privilegiada a família como parte mais importante das prioridades da mulher. A mulher-enfermeira leva em paralelo a vida familiar e a vida profissional. A dupla atividade não permite que ela problematize as repercussões pessoais e profissionais para melhor interferir nos processos contraditórios da sociedade como sujeito livre, plenamente desenvolvido e socialmente reconhecido pela escolha da atividade profissional.

13) Quanto ao trabalho cotidiano da enfermagem versus o trabalho médico, é reconhecido que no cotidiano das instituições de saúde, o trabalho da enfermagem encontra-se ainda subordinado ao do médico, sendo que as atividades da enfermagem concentram-se com maior ênfase no momento manual do trabalho (toque humanizado) em detrimento do momento intelectual.

14) É reconhecido também que o trabalho do médico focaliza-se no diagnóstico e no tratamento da clientela enquanto que a enfermeira centraliza suas atividades no cuidado, priorizando as atividades de prevenção de incapacidade. Desta forma a escolha da profissão fica ligada ao fato de gostar de cuidar das pessoas

15) O serviço ambulatorial é reconhecido como um espaço onde é possível identificar sentimentos ambíguos quanto ao estabelecimento de vínculo privilegiando o social versus o afastamento da cliente; permitindo até o seguimento da clientela nas diferentes fases do seu tratamento. Ainda são consideradas as enormes vantagens oferecidas pelo ambulatório quanto ao facilitar a aproximação com a própria família desta.

16) A partir de algumas contradições identificadas nas vivências do cotidiano desta profissão, observa-se uma identificação da mulher-enfermeira com o trabalho ligado à obstetrícia- trabalho para a vida, uma vez que esta profissão é valorizada como uma escolha no trabalho de enfermagem, ao invés de um outro serviço restrito e de alta complexidade

como a UTI- trabalho para a morte, des-mistificando desta forma as contradições entre a vida e a morte. O caminho da enfermagem necessariamente, implica trabalhar reivindicando este tipo de serviço para superar estas contradições, isto é, evitar restringir e simplificar o reforço dos estereótipos em relação à mulher

17) A ideologia da formação e da atuação profissional das enfermeiras, tem suas raízes na própria história da enfermagem e nos referenciais teórico-filosóficos da prática em saúde; configurando aquele velho conflito saber versus fazer. Neste estudo, confirma-se mais uma vez que o modelo assistencial, decorrente, provavelmente, de uma formação positivista. Portanto evidencia-se que apesar de ter dado um salto qualitativo na enfermagem com a abordagem cientificamente avançada na perspectiva de gênero observa-se que, a formação recebida condiciona o desenvolvimento de técnicas de assepsia/limpeza e é reproduzida inclusive no âmbito familiar, convertendo-se num grande desafio a ser trabalhado na academia.

18) O cotidiano profissional entendido através das limitações para lidar com o cliente como ser multidimensional, denotou falta de preparo técnico-científico, preparo psicológico; lidar com as orientações recebidas pelos clientes no serviço de internação; ligados provavelmente ao próprio poder hierárquico dentro da instituição, gerando sentimentos negativos tais como "medo e impotência".

19) Uma outra dificuldade foi constatada na coleta de informação ligada à sexualidade da cliente, portanto, com a própria sexualidade, justificada pelo desconhecimento da utilidade da coleta, entendida como resistência de abordagem destes dados, evitando ser questionada; expressos através de um sentimento de ambigüidade em relação ao seu próprio corpo.

20) Questiona-se as práticas de enfermagem desenvolvidas nesse serviço alvo do nosso estudo, pois as concepções de saúde-doença ainda encontram-se vinculadas ao paradigma da epidemiologia clínica e ou teoria multicausal, sendo a qualidade de vida resgatada como uma preocupação com a velhice, questões estas a serem aprofundadas pelo fato de parecer de interesse coletivo e por ser uma área que mobiliza, ainda, diversas ações dificultando à implantação do SUS/PAISM.

21) É importante assumir uma atitude imediata na escuta destas vozes de aparente protesto e/ou chamada de atenção, uma vez que poderiam estar criando insatisfações

peçoais com transcendência no profissional, gerando conflitos internos ainda não resolvidos.

22) Confirma-se o atendimento de enfermagem centrado no biológico e com tendência a reforçar mas uma vez o estereótipo feminino (modéstia e recato do corpo) características próprias da mulher o qual é aprendido também desde criança

Por conseguinte identifica-se uma relação dialética no olhar generificado sobre a saúde da mulher no cotidiano das enfermeiras e as usuárias uma vez já trilhado o trabalho em pesquisa anterior, diante do exame ginecológico, o que permitiu trabalhar problemática já iniciada em pesquisa anterior intitulada “ Mulher e Saúde: buscando uma visao generificada na percepção das usuárias” (Salcedo-Barrientos, 1998)

O presente trabalho avança nas reflexões no sentido de repensar, a partir da implementação de novas estratégias de sensibilização com o intuito de rever as práticas nos serviços ambulatoriais, onde se tecem as contradições susceptíveis de serem trabalhadas de forma ativa sobre uma ótica generificada.

Diante dos achados, considero importante que haja mais investimento nesta área, pois a experiência como bolsista desta instituição facilitou de forma positiva o meu entrosamento com a equipe de saúde e o conhecimento da realidade onde a participação da enfermagem tem uma responsabilidade e um espaço a ser defendido; considero portanto, esta experiência relevante e que deva ser implantada em outras instituições, pelos resultados gratificantes obtidos pessoal e profissionalmente, uma vez que as mudanças na prática da enfermagem demandam a presença de um líder comprometido com estas questões, para assegurar o processo, visando uma verdadeira transformação...Considerando um caminho ainda a ser percorrido...

Finalmente, as práticas da enfermagem estão ancoradas nas concepções de saúde-doença centradas no modelo clínico e no indivíduo. Desse modo, os saberes a que recorrem para intervenção na saúde da mulher estão fortemente vinculados à visão biologistica e universalizadora, desconsiderando-se a historicidade dos processos. Sendo assim, as

práticas de enfermagem no ambulatório estudado, a exemplo da consulta de enfermagem à mulher, apresentam-se ainda desgenerificadas; mas apontam para a superação de desigualdades, ainda que dificultada pela incorporação de concepções sobre a mulher enquanto sujeito social segundo padrões androcêntricos, que interferem na profissão.

As enfermeiras, apesar de reconhecerem algumas contradições da prática assistencial, sentem-se impotentes para superá-las. Em meio a essa realidade, há espaço para a humanização do cuidado, garantido pelo estabelecimento de relações amigáveis com as usuárias, estando o cuidar ancorado na visão da enfermagem vocacional, sustentado pelo pilar ético da caridade-solidariedade (Fonseca RMGS 1996_a).

A interdisciplinaridade, que garante a integração de saberes, apesar de desejada pelas enfermeiras, apresenta-se como horizonte longínquo, prevalecendo a hegemonia médica sobre a prática da enfermagem. Isso é fortalecido pelas lacunas de conhecimento detectadas, que por sua vez, são passíveis de serem preenchidas, tanto pela capacitação e qualificação do pessoal de enfermagem, como no ensino de graduação, pós-graduação e de extensão universitária.

Consideramos que estes aspectos precisam ser trabalhadas no interior da categoria profissional para superar as diferentes contradições identificadas na prática, a fim de obter um avanço qualitativo que permita enxergar os nós que bloqueiam a autonomia da nossa prática e agir para revertê-las de modo que os ganhos profissionais tenham repercussão direta na melhoria da qualidade dos cuidados que prestamos às mulheres. Nesse sentido, ressaltamos a importância de reflexões mais amplas sobre o entendimento do fazer administrativo como sinônimo de poder instituído dentro da enfermagem, o que, na realidade, vem afastando as enfermeiras do seu objeto de trabalho centralizado no cuidar, perdendo a sua essencialidade. Ressalto também a importância de uma revisão nas relações de trabalho com médicos, em que o tipo de relacionamento estabelecido parece estar permeado por certo coleguismo, fato preocupante uma vez que pouco ou nada é questionado no desenrolar das atividades no dia a dia.

Sendo assim, investir no trabalho com as enfermeiras é tomar uma atitude em favor desse grupo para construir o empoderamento. Esse é reforçado por León (2000) ao afirmar que há necessidade de empoderar as mulheres no processo de globalização, enfatizando a

enorme importância na aquisição do controle de suas vidas, com a finalidade de conseguirem habilidade em desenvolver suas próprias tarefas e aprenderem a definir suas prioridades.

Consideramos ter iniciado tal processo com o uso das oficinas de trabalho para coleta de dados, na medida em que, as oficinas permitem:

- Adesão à epistemologia feminista, enquanto proposta metodológica;
- Um espaço para coleta de dados e intervenção concomitante;
- Adoção de um processo pedagógico que leva as participantes à compreensão de si mesmas enquanto sujeitos sociais;
- Estabelecimento de uma relação horizontal e dialógica permeada pela confiança;
- Estabelecimento de um processo educativo, terapêutico e emancipatório;
- Construção de um trabalho educativo e dialético que permite a reflexão sobre os processos sociais nas diferentes totalidades da realidade objetiva;
- Instrumentalização dos participantes para processos de construção e revisão da prática sustentada pelo processo pedagógico adotado na Oficina.

O trabalho com as oficinas permitiu resgatar a mulher na sociedade brasileira, no caminho do reconhecimento da sua condição de cidadã e atora social ativa, verificando que ela assume diferentes papéis sociais permeados por relações de poder. A ampliação dos papéis de mãe e esposa além de ser enfermeira, gera o aparecimento de conflitos nas diferentes relações que estabelecem no cotidiano intra e entregêneros.

Portanto, consideramos importante construir uma estratégia que permita optar por uma saída eficiente para superar as contradições identificadas no cotidiano das enfermeiras participantes deste estudo, motivo pelo qual entendemos ser necessário ampliar reflexões e discussões que visem ao empoderamento, rumo a uma vida com maior dignidade e liberdade, quebrando o sentimento de autovitimização que só obstaculiza a transformação e a superação das contradições expressas e manifestas no cotidiano.

Repensar a postura a ser assumida por esta mulher/ enfermeira na sociedade atual, não é uma tarefa fácil, mas os desafios que se apresentam através da participação da

mulher na família, são sem dúvida importantes na formação de futuros cidadãos – homens e mulheres na construção de espaços que favoreçam a eqüidade com um controle da reprodução de estereótipos, os quais não favorecem esse processo de avanço, ao contrário, escravizam a mulher impedindo a sua liberdade. Até aqui é possível evidenciar fatos em que existe um reforço de papéis historicamente determinados, os quais colocam as mulheres em dupla situação de subalternidade tanto no âmbito privado (do lar), como no público (trabalho e outras relações sociais). Pode-se observar, assim, uma denotação de incompatibilidade entre as diferentes funções sociais exercidas por essas mulheres, gerando uma insatisfação pessoal e profissional, como foi evidenciado anteriormente e que chama a nossa atenção.

Diante das constatações desta tese, é oportuno ressaltar que o poder a que se referem as enfermeiras em relação às mulheres é um poder que desgasta, produto do acúmulo de trabalho. Sendo assim questionamos:

Será que suprir o papel masculino geraria uma maior valorização da mulher na sociedade?

Será que estas mulheres estão se iludindo sobre a real complexidade e profundidade das conseqüências decorrentes das posturas por elas adotadas?

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida MCP, Palha PF, Domingos MMLN, Mishima SM, Vila TCS, Oba MDV. A classificação internacional da prática de enfermagem em saúde coletiva no Brasil- CIPESC/ABEN e o processo de trabalho. IN: CIPESC – Brasil. Brasília: Série Didática do SUS; 1999. p. 46-56.

Almeida MCP, Rocha JSY, organizadoras. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez;1986.

Almeida MCP, Rocha SMM, organizadoras. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez;1997.

Almeida MCP, Rocha SMM. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: Almeida MCP, Rocha SMM, organizadoras. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez;1997. p. 15-26.

Almeida AM. Câncer de mama: análise de fatores de risco sob a perspectiva da teoria de Kurt Lewin. [dissertação] Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem da UFRJ; 1991.

Almeida MCP. O estudo do saber da enfermagem e sua dimensão prática. Rio de Janeiro: ENSP da Fundação Osvaldo Cruz; 1984.

Amador MV. Contribuição ao estudo do auto-exame de mama como método de detecção precoce do câncer. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1975.

Andrade M. Saúde no trabalho de homens e mulheres: uma visão de gênero. In: Oliveira EM, Scavone L, organizadores. Trabalho, saúde e gênero na era da globalização. Goiânia: AB; 1997. p.29-37.

Antunes MJM. O enfermeiro e a integralidade da assistência de enfermagem na rede básica do Sistema Único de Saúde. [dissertação] Belo Horizonte. Escola de Enfermagem da UFMG, 1996.

Antunes MJM. O SUS, a saúde coletiva, a assistência integral de enfermagem. In: Anais do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1996 out. 6-11; São Paulo (SP). São Paulo: ABEn-Seção -SP; 1996. p.102-11.

Antunes MJM. A ABEn na defesa dos princípios éticos, políticos e técnicos na implementação do SUS. Rev. Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v.3, n.2, 2001. Disponível em: < http://www.fen.ufg.br/revista3_2/aben.html > (04 jan. 2002).

Associação Brasileira de Enfermagem. Projeto de classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva no Brasil; Manual do Pesquisador – parte I: orientação para o trabalho do Campo. Brasília: Aben; 1997.

Associação Brasileira de Enfermagem. Projeto de classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva no Brasil. Brasília; 1996.

Ayala I. Contribución a la mesa: “Mujer e poder econômico”. In: Instituto Universitario de Estudios de la mujer. Tercer Seminario Internacional “Mujeres e poder”. Madrid: IVEM; 1993. p.47-51.

Bandeira L, Oliveira EM. Representações de gênero e moralidade na práticaa profissional da enfermagem. Rev. Bras. Enf. 1998; 51(4):677-96.

Bertollozi MR, Chiesa AM, Fracolli L, Oliveira MAC, Luiz V, Sato A, Saporolli E, Peduzzi M, Felli, ME, Takahashi, R F.; Salcedo-Barrientos, D M. A classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva: cenário São Paulo. In: Chianca TCM, Antunes MJM, organizadora. A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva

- CIPESC – Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem; 1999. p. 245-69. Série Didática: Enfermagem no SUS.

Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

Brasil. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990_a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, 20 set. 1990_a p. 18055.

Brasil. Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990_b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 31 dez. 1990_b p. 25694.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à saúde. Saúde da mulher: Assistência Ginecológica. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> (05 fev.2000)

Breilh J. Reprodução social e investigação em saúde coletiva. Construção do pensamento e debate. In: Costa DS. Organizador. Epidemiologia: teoria e objeto. São Paulo: Hucitec/Abrasco. 1990. p. 137-165.

Breilh J. Género, poder y salud: aportes críticos a la construcción (intergenérica) de una sociedad sin subordinaciones. Quito: Ibarra; 1994.

Breilh J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Guía pedagógica para um taller de metodología (Epidemiologia del Trabajo). 2 ed. Quito: CEAS; 1995.

Breilh J. El género entrefuegos: inequidad y esperanza. Quito: CEAS; 1996

Bourdieu P. Novas reflexões sobre a dominação masculina. In: Lopes MJ, Meyer DE, Waldow VR. Gênero e saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p.28-40.

Bruschini C, Sarti C. Gênero e Família. In: Portella A P, Gouveia T. Ideias e dinâmicas para trabalhar com gênero. Recife, SOS Corpo, 1998. p. 207-210.

Cabral IE. Aliança de saberes no cuidado e estimulação da criança bebê. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery. 1999.

Caldas MA . Pensamentos e experiências na área de saúde de pessoas que vivenciam o adolescer: uma abordagem fenomenológica. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1991.

Car MR. Da aparência à essência. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1993.

Car MR, Bertolozzi MR. O procedimento da análise de discurso. In: Chianca TCM, Antunes MJM, organizadores. A classificação internacional das práticas de enfermagem em Saúde Coletiva-CIPESC. Brasília; Série Didática: Enfermagem no SUS; 1999. p.348-55.

Castro PR, Bronfman MP. Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión. Cad Saúde Públ 1993; 9 (3): 375-94.

Caponi MSC. La mujer: entre la razón pública e a emoción privada. Texto Contexto Enferm 1997; 6(1): 11-17.

Cavenaghi D. Meus passos me levam aonde ? In: Botura Júnior W, organizador. Destruição e resgate do feminino no homem e na mulher. São Paulo: República Literária; 1999. p. 59-82.

Coelho EAC. Enfermeiras que cuidam de mulheres: conhecendo a prática sob o olhar de gênero. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2001.

Collet, N, Rozendo CA. Questões metodológicas da pesquisa no campo da saúde. Rev Lat Am Enferm 2001; 9(3): 106-11.

Costales P. Presentación. In: Breilh J. Género, poder y salud: aportes críticos a la construcción (intergenérica) de una sociedad sin subordinaciones. Quito: Ibarra; 1994. p. 9-11.

Cuschnir L. Feminina: como o homem vê a mulher. 3ª ed. São Paulo: Saraiva; 1995.

Chauí M. Convite à Filosofia. São Paulo: Ática; 1995.

Cheida MLC. O exame ginecológico na perspectiva das usuárias de um serviço de saúde. [dissertação] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 1993.

Chiesa AM. O uso de estratégias participativas para o conhecimento das representações sociais de mulheres da Região de Pirituba/Perus com resultado Classe III de Papanicolaou. [dissertação] São Paulo(SP): Faculdade de Saúde Pública da USP; 1994.

Chiesa AM, Westphal MF. A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços públicos de saúde. Saúde em Debate 1995 ; (46): 19-22.

Chiesa AM. Mulher, corpo e agravo à saúde: do ingênuo ao crítico através do conhecimento. In: Fonseca RMGS. Mulher e cidadania na nova ordem social. São Paulo: NEMGE; 1996. p. 129-50.

Chiesa A M, Bertollozi M R, Fonseca R M G S. A enfermagem no cenário atual: ainda há possibilidade de opção para responder às demandas da coletividade? O mundo da saúde 2000; 24 (1): 67-71.

Corrêa S. Gênero: reflexões conceituais, pedagógicas e estratégicas. Relações desiguais de gênero e pobreza. Recife: SOS Corpo; 1994.

Del Priore M. Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidade no Brasil Colônia. 2ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio; 1995.

D'Oliveira AFPL. Gênero e violência nas práticas de saúde: contribuição ao estudo da atenção à saúde da mulher. [dissertação] São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da USP; 1996.

Demo P. Metodologia científica em ciencias sociais. São Paulo: Atlas. 1985.

D'Oliveira AFPL, Luiz O. Do outro lado do espéculo. In: Fonseca RMGS. Mulher e cidadania na nova ordem social. São Paulo: NEMGE; 1996. p.111-26.

D'Oliveira AFPL, Senna DM. Saúde da mulher. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB. Saúde do adulto: programas e ações em unidades básicas. São Paulo: Hucitec; 1996.

D'Oliveira AFPL. Saúde e Educação: a discussão das relações de poder na atenção à saáúde da mulher. Rev Comunicação, Saúde, Educação. 1999; 3 (4): 105-21.

Donnangelo MCF, Pereira L. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1979.

Domenico EBL. Enfermagem: uma articulação entre escolha profissional, graduação e mercado de trabalho. O mundo da saúde 1998; 22(5): 287-90.

Duran MA. Mujeres y hombres en el futuro de la ciencia. In: Duran MA, organizador. Mujeres y hombres en la formación de la teoría sociológica. Academia; 1995. p.1-36

Egry EY. Sistematização da assistência de enfermagem em saúde coletiva orientada pelo materialismo histórico e dialético: em busca da unicidade entre o saber e o fazer. In: Anais do 3º Semana Wanda de Aguiar Horta; 1989 ago. 9-11. São Paulo. São Paulo: EEUSP; 1989. p. 97-110.

Egry EY, Fonseca RMGS, Bertolozzi MR. Assistência de enfermagem em saúde coletiva: entendendo o processo para a aplicação de um instrumento transformador da prática e da teoria. Rev. Bras Enf Brasília. 1994; 47 (3): 287-94.

Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método. São Paulo: Ícone; 1996.

Egry EY. As transformações nos processos de trabalho da enfermagem em saúde coletiva: revisitando e classificando os instrumentos. Projeto de Pesquisa. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1998.

Egry EY, Antunes MJM, Sena-Chompre RR, Almeida MCP, Silva IA. Classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva: a experiência brasileira. In: CIPESC – Brasil. Brasília; 1999. p. 34-45. (Série Didática do SUS).

Egry EY, Car MR, Felli VEV, Caetano VC, Sugano AS. O processo de trabalho da enfermagem na Rede Básica do SUS. In: Anais do 1º Simpósio Internacional de Classificação da Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva e V Simpósio Nacional de Diagnóstico de Enfermagem; 2000 maio 23-26. João Pessoa (PB): Aben-PB; 2000.

Egry EY, Sena RR. O desenvolvimento do conhecimento na enfermagem. In: Sena RR, organizador. Educación de enfermería en América Latina. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia/Real; 2000. p. 13-22.

Egry EY, Antunes MJM, Sena-Chompré RR, Almeida MCP, Silva IA. Clasificación de las prácticas de enfermería en salud colectiva: la experiencia brasileña de clasificación. In: Associação Brasileira de Enfermagem. La clasificación internacional de las prácticas de

enfermería en salud colectiva en Brasil. Brasília: 1999. p. 11-22. (Série didática de Enfermagem no SUS).

Facchini LA. Trabalho materno e ganho de peso infantil. Pelotas: Universitária; 1995. p.26-30.

Faerstein E, Aquino EML, Ribeiro DCS. Câncer na mulher: uma prioridade no Brasil ? In: Labra M, organizador. Mulher, saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes; 1989. p.163-83.

Faúndes A. Gênero, Poder e Direitos Sexuais e Reprodutivos. Femina. vol. 24 n.7, p.661-70.1996.

Fleury HJ. Psicodrama e a atualidade da FEBRAP. In: FEBRAP [on-line]. Disponível em: < <http://www.febrap.org.br> > (set 2001) São Paulo; 1999. .

Figueirêdo TAM. Perfil de adolescentes de uma escola pública e suas opiniões em relação à orientação sexual na Escola. [dissertação] São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública; 1991.

Figueiredo N, Sobral V, Santos Macedo M C dos. Banhando uma enfermeira: desafios de olhar e tocar o corpo nu. EEAP/ UNI-RIO. (mimeografado). 1997.

Fiorin JL. Elementos de análise do discurso. São Paulo: Edusp; 1989.

Fiorin JL. Linguagem e ideologia. São Paulo: Ática; 1993.

Fonseca LAM. A situação no estado de São Paulo. In: Montoro AF, Giannotti Filho O, Valente CA, coordenadores. Estratégias para o controle do câncer. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo; 1994. p.71- 81.

Fonseca RMGS. Mulher, reprodução biológica e classe social: a compreensão do nexo coesivo através do estudo dialético do perfil reprodutivo e biológico de mulheres atendidas nas unidades básicas de saúde. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1990.

Fonseca RMGS. Mulheres e enfermagem: uma construção generificada do saber. [Livre Docência] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1996_a.

Fonseca RMGS. O processo saúde-doença (das mulheres) como fenômeno social. São Paulo: Escola de enfermagem da USP; 1996.

Fonseca RMGS; Bertolozzi MR. A epidemiologia social e a assistência à saúde da população. In: Fonseca RMGS; organizadora. A classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva e o uso da epidemiologia social. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem; 1997. p.1-59. Série Didática: enfermagem no SUS.

Fonseca RMGS. Práticas de enfermagem em saúde coletiva: um olhar de gênero. [Projeto de Pesquisa]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2000.

Fonseca RMGS, Forcella HT, Bertolozzi MR, Cianciarullo TI, Barbieri M, Matheus MCC et al. Historicidade dos congressos brasileiros de enfermagem. In: Anais do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1996 out. 6-11 São Paulo(SP). São Paulo: ABEn-Seção-SP; 1997. p.79-95.

Fonseca TM. De mulher a enfermeira: conjugando trabalho e gênero. In: Lopes MJM, Meyer DE, Waldow VR, organizadores. Gênero e saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 63-75.

Foucault, M. Microfísica do Poder. Graal. Rio de Janeiro. 1990.

Foucault, M. Poder-Corpo. In: Foucault, M. Microfísica do Poder. Graal. Rio de Janeiro. 1990_a. p. 145-152.

Foucault, M. Sobre a história da sexualidade In: Foucault, M. Microfísica do Poder. Graal. Rio de Janeiro. 1990_b. p. 243-276.

Fundação WK Kellogg. Enfermería del siglo XXI en América Latina New York: s.n.; 1991

Fukui L. Família: conceitos, transformações nas últimas décadas e paradigmas. In: Silva LAP, Stanisci SA, Bacchetto S. Organizadores. Famílias: Aspectos conceituais e questão metodológicas em projetos. Brasília: MPAS/SAS; São Paulo: FUNDAP, 1998. p. 15-22.

Gonçalves CS, Wolff Jr, Almeida WC. Introdução ao pensamento de J.L. Moreno. In: Lições de psicodrama São Paulo: Agora; 1988. Disponível em: <http://www.febrap.org.br/moreno.html> (03 set.2001)

Gouveia T. Gênero e Cotidiano. In: Portella A P, Gouveia T. Ideias e dinâmicas para trabalhar com gênero. Recife, SOS Corpo, 1998. p. 203-206.

Grecchi A. Mujeres y poder economico. In: Instituto Universitario de Estudios de la mujer. Tercer Seminario Internacional "Mujeres e poder". Madrid: IVEM; 1993. p.17-21.

Greco RM. Repensando a atenção à saúde da mulher na prevenção do câncer ginecológico: as perspectivas do serviço e das usuárias na unidade básica de saúde Jardim Suinã do Município de Taboão da Serra. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1993. (Mimeografado).

Gualda DMR. Hospital Universitário da Universidade de Sao Paulo. Rev. Tec. Enf. Nursing. 1998; 1(2): 7-8.

Grossi PK. Violência contra a mulher: implicações para os profissionais da saúde. In: Lopes MJM, Meyer DE, Waldow VR, organizadoras. Gênero e saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 133-56.

Halbe, H.W. Tratado de ginecologia. São Paulo, São Paulo:Roca. 2001

Jellin E. Doméstico, Público e Privado: Alguns Esclarecimentos Conceituais. In: Portella A P, Gouveia T. Ideias e dinâmicas para trabalhar com gênero. Recife, SOS Corpo, 1998. p. 199-202.

Laurell AC. A saúde-doença como processo social. In: Nunes ED, organizador. Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global; 1983. p.133-58.

Leon M. Empoderamiento: relaciones de las mujeres com el poder. Estudos feministas 2000; (2): 191-05.

Lima VM. Vida saudável com pratica educativa: visão dos estudantes de 2º grau sobre o câncer de mama. [dissertação] Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da UFRJ; 1991.

Lopes RLM. O avesso da prevenção do câncer cérvico-uterino: o existir feminino sob a ótica da enfermagem. [tese] Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery da UFR; 1996.

Lopes MJM. O sexo no hospital. In: Lopes MJM, Meyer DE, Waldow VR, organizadores. Gênero e saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 76-105.

Lopes MJM. Divisão do trabalho e relações sociais de sexo: pensando a realidade das trabalhadoras do cuidado de saúde. In: Lopes MJM, Meyer DE, Waldow VR, organizadores. Gênero e saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996a. p. 55-62.

Lora C. Identidade feminina y gênero desde una perspectiva psicológica. In: Henriquez N. Encrucijadas del saber: los estudios de género en las ciencias sociales. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 1996.

Lunardi Filho WS, Lunardi VL, Spricigo J. O trabalho da enfermagem e a produção da subjetividade de seus trabalhadores. Rev Latino-am Enferm 2001; 9(2): 91-6.

Médici AC. Mulher brasileira: muito prazer. In. Labram ME, organizador. Mulher, saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes; 1989. p. 71-117.

Mendes EV. O Sistema Único de Saúde: um processo social em construção In: Mendes EV, organizador. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec/ Abrasco; 1996. p 57-98.

Mendes EV. Sistema locais de saúde. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 1988. (mimeografado)

Mendes-Gonçalves RBM. Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades. São Paulo: Cadernos CEFOR; 1992.

Mendes-Gonçalves RBM. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/ ABRASCO; 1996.

Mendes HWB, Caldas Júnior AL. Prática profissional e ética no contexto das políticas de saúde. Rev Lat Am Enferm 2001; 9(3): 20-6.

Merhy EE. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: Fleury S, organizador. Saúde, democracia: a luta dos CEBES. São Paulo; Remos editorial; 1997. p.125-41.

Meyer DE. Do poder ao gênero: uma articulação teórico-analítica. In: Lopes MJM, Meyer DE, Waldow VR, organizadores. Gênero e saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 41-51.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 1994.

Minayo MCS. Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5ª ed. São Paulo: Hucitec; 1998.

Ministério da Saúde (BR). Atenção integral à saúde da mulher: bases para a ação programática. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1984.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência a Saúde. Instituto Nacional de Câncer. O controle do câncer cérvico-uterino e de mama. Rio de Janeiro; 1994.

Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Viva mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero e da Mama. In: INCA [online]. Brasília (DF); © 1996-2002. Disponível em: <http://www.inca.org.br/viva-mulher/documentos/vivamulher-fasel.pdf>.

Moreira ASP, Oliveira DC. organizadoras. Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia: AB; 1998.

Muniz F. Verificação do nível de conhecimento sobre câncer cérvico-uterino e sua prevenção em um grupo de mulheres na faixa etária dos 25 aos 64 anos. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1981.

Nascimento ER do. Gênero e enfermagem. Salvador, Positiva, 1996.

Nogueira MI. Assistência pré-natal: prática de saúde a serviço da vida. São Paulo: Hucitec; 1994.

Oliveira CA. Adolescente e adolecer. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1997.

Oliveira EM. Gênero, saúde e trabalho: um olhar transversal. In: Oliveira EM, Scavone L, organizadores. Trabalho, saúde e gênero na era da globalização. Goiânia: AB; 1997. p.1-14.

Oliveira RD, Oliveira MD. Pesquisa social e ação educativa: conhecer a realidade para poder transformá-la. In: Brandão CR, organizador. Pesquisa participante. 6ª ed. São Paulo: Brasiliense; 1986. p. 17-33.

Organización Panamericana de la Salud. Brasil: perfiles básicos de salud de países, Resúmenes; 1999_a. Disponível em: <<http://www.paho.org/Spanish/SHA/prflbra.htm>> (23 nov 2001).

Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos; 2000_b. Disponível em: <<http://www.paho.org/Spanish/SHA/prflbra.htm>> (24 nov 2001).

Pereira WR, Silva GB. A mulher, o trabalho e a enfermagem profissional – algumas reconsiderações sob a ótica do gênero. Texto Contexto Enferm. 1997; 6(1): 18-32.

Pinto VML. La mujer y el poder economico. In: Instituto Universitario de Estudios de la mujer. Tercer Seminario Internacional “Mujeres e poder”. Madrid: IVEM;1993. p.23-34.

Portella A P, Gouveia T. Ideias e dinâmicas para trabalhar com gênero. Recife, SOS Corpo, 1998.

Rizzoto, MLF. A questão de gênero e suas implicações na formação das primeiras enfermeiras brasileiras. V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Águas de Lindóia, agosto de 1997.

Rocha SMM, Lima RAG, Scochi CGS, Vendruscolo DMS. Tendências dos modelos de intervenção em enfermagem. In: Anais do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1996 out. 6-11 São Paulo (SP). São Paulo: ABEn-Seção-SP; 1997. p. 208-15.

Rodrigues C. Prática do auto-exame de mama e atitudes face ao câncer. [dissertação] Florianópolis (SC): Escola de Enfermagem da UFSC; 1996.

Rojas-Bermúdez JG. Introdução ao psicodrama. Trad. José Manoel D'Alessandro. 3ª ed. São Paulo: Mestre Jou; 1980

Salcedo-Barrientos DMS. Mulher e saúde: buscando uma visão generificada na percepção das usuárias acerca do exame ginecológico. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1998.

Salcedo-Barrientos DM, Egry EY. Mulher e saúde: uma visão dos profissionais sobre o exame ginecológico e uma proposta de intervenção. [Projeto de pesquisa]. São Paulo; 1998.

Salcedo-Barrientos DM, Egry YE. Mulher e saúde: uma visão de gênero na percepção das usuárias acerca do exame ginecológico. Rev. Mudanças: psicoterapia e estudos psicossociais – psicologia da saúde e da educação 1999; 7(11): p. 29-67.

Salcedo-Barrientos DM, Fonseca RMG, Egry YE. Caminhando para uma vida melhor na prevenção do câncer ginecológico. In: Livro resumo do 7º Congresso Paulista de Saúde Pública; 2001. Santos (SP); 2001.

Salcedo-Barrientos DM, Fonseca RMG, Egry YE. El examen ginecológico: caminando para una vida con menor desigualdad en una institución pública. In: Livro resumo da 7ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud y Educación para la Salud; 2001. Paris (FR); 2001. [Comunicação oral].

Salcedo-Barrientos DM, Fonseca RMG, Egry YE. Caminhando para uma vida melhor na prevenção do câncer ginecológico. Relatório das oficinas de trabalho. São Paulo; 2001.

Salcedo-Barrientos DM. O exame ginecológico: caminhando para uma vida com menor desigualdade. In: BLAY, EA (org.) Igualdade de oportunidades para as mulheres . São Paulo: Humanitas - USP 2002. p. 147-71.

Salum MJL, Queiroz VM. Estrutura social: base econômica/ base social/ base geo-social. Documento pedagógico elaborado para orientar os alunos na disciplina Enfermagem em Saúde Coletiva: fundamentação e prática. São Paulo, 1998 (mimeografado)

Santos MFS. Representação social e identidade. In: Moreira ASP, Oliveira DC. organizadoras. Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia: AB; 1998. p.1511-59.

São Paulo. Comunicado SMS 001/2001, de 25 de Janeiro de 2001. Diretrizes gerais para SMS – Documento 1 sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 25 jan. 2001, ano 46, n. 18.

Savioli FP, Fiorin JL. Para entender o texto: leitura e redação. São Paulo: Ática; 1991.

Scott J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. Trad. Chistine Rufino Dabat e Maria Betania Ávila. 2ª ed. Recife: SOS Corpo; 1995.

Schraiber LB. Desafios atuais da Integralidade em saúde. Jornal de RedeSaúde. n.2, 1999. Disponível em: < <http://www.redesaude.org.br/jornal/html> > (06 jan. 2002).

Secretaria Municipal da Saúde (SP). Administração Regional de Saúde – 2º Projeto Butantã. São Paulo; 1993.

Secretaria de Estado da Saúde. Direitos do paciente. São Paulo; 1997.

Silva AL. O feminismo pós-moderno e a pesquisa: implicações para a enfermagem. *Texto e Contexto Enferm* 1997; 6(1): 66-83.

Silva GB. *Enfermagem profissional: análise crítica*. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 1986.

Silva V, Ciampone TMH, Salcedo-Barrientos DM. Classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva: o processo de trabalho gerenciamento no ambulatório do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo- Brasil. In: Livro resumo do 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1999 out. 2-7 Florianópolis (SC). Florianópolis: ABEn; 1999. p. 287.

Sondik EJ. Programas de prevenção e controle. In: Montoro AF, Giannotti Filho O, Valente CA, coordenadores. *Estratégias para o controle do câncer*. São Paulo: Fundação Oncocentro; 1994. p.15- 38.

Sousa A. L. L. Ensino e a prática na formação do enfermeiro. *Saúde em debate* 1994; (42): 23-29.

Sordi, MRL de; Bagnato MHS. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. *Rev.Lat.Am.Enf*, v.6, n.2, p.83-8, 1998.

Sportello EF, Navarro ZB, Montano RS, Nishimura SMMR. Consulta de enfermagem direcionada à saúde da mulher no ambulatório do HU-USP: relato de experiência. *Rev. Méd. HU-USP* 1998_a; 8(2): 37-43.

Sportello EF, Montano RS, Gualda DMR, Rodrigues CJ. Aumento da detecção do câncer de colo de útero com a padronização da coleta tríplice de colpocitologia oncológica pelas enfermeiras do ambulatório do HU-USP. *Rev.Méd. HU-USP* 1998_b; 8(2): 45-7.

Thiollent M. Metodologia da pesquisa – ação. São Paulo, Cortez. 1994. 108p.

Universidade de São Paulo. Hospital Universitário. Regimento interno. São Paulo; 1992.

Universidade de São Paulo. Hospital Universitário. Sistema de Assistência de Enfermagem. São Paulo; 1999.

Valdes T, Gomariz E, coordenadores. Mulheres latinoamericanas em dados. Santiago: Instituto de la Mujer; 1993.

Villa TCS, Mishima SM, Rocha SMM. A enfermagem nos serviços de saúde pública do estado de São Paulo. In: Almeida MCP, Rocha SMM, organizadores. O trabalho de enfermagem. São Paulo; 1997. p. 27-60.

Waldow VR. A opressão na enfermagem: um estudo exploratório. In: Lopes MJM, Meyer DE, Waldow VR, organizadores. Gênero e saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 106-32.

Xavier D 'Avila MB, Corrêa S. Questões feministas para a ordem médica: o feminismo e o conceito de saúde integral. In: Labra ME, organizador. Mulher, saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes; 1989. (Coleção Saúde e realidade brasileira).

Zampieri MFM. Mulheres cuidando de mulheres: em busca de uma enfermagem mais humanizada. Texto Contexto Enferm 1997; 6(1): 276-292.

ANEXOS

Anexo 1

INSTRUMENTO DE COLETA DO PERFIL DAS PARTICIPANTES

OFICINA DE TRABALHO: “PRÁTICAS DE ENFERMAGEM: um olhar de gênero”

IDENTIFICAÇÃO DAS PARTICIPANTES

NOME:

Idade: Condição marital.....

Tem filhos ? sim () Não () Quantos

Escola em que se formou

Tempo de formada Especialização () área
Mestrado () área
Doutorado () área

Tempo em que trabalha no HU

Função/ funções que exerce atualmente no HU:

Anexo 2

Programação geral e desenvolvimento das oficinas de trabalho: "Práticas de enfermagem: um olhar de gênero"

Duração: 3 períodos de 2 horas e 30 minutos cada.

DATA/HORA	CONTEÚDO	BIBLIOGRAFIA	MATERIAL
09/06/00	OFICINA 1: "MULHER, VIDA, MUNDO E SAÚDE-DOENÇA" Aquecimento: Meu nome, minha história Temas: 1. "O mundo e as mulheres: o que têm a ver" 2. "Mulher e saúde-doença: minha história"	FONSECA, R.M.G.S. da <i>O processo saúde-doença (das mulheres) como fenômeno social</i> . São Paulo, EE USP, 1996./ mimeo CAVENAGHI, D. Meus passos me levam aonde ? In: BOTURA Jr. (org) et al. <i>Destruição e resgate do feminino no homem e na mulher</i> . São Paulo, República Literária, 1999 p. 59-82	Programação Bibliografia Texto Material para Oficina: revistas e fios de lã coloridos
16/06/00	OFICINA 2: "O ÔNUS E O BÔNUS DE SER ENFERMEIRA" Aquecimento: "O que gosto e o que não gosto" Tema: "No túnel do tempo: vivendo a enfermagem nossa de cada dia"	LOPES, M.J.M. O sexo do hospital. In: LOPES, M.J.M et al <i>Gênero & Saúde</i> . Porto Alegre, Artes Médicas, 1996. p.76-89/98-102	Texto Material para Oficina: Argila Cartolina duas cores e tintas
19/06/00	OFICINA 3: "A MULHER, O EXAME GINECOLÓGICO E O PAPANICOLAOU: uma relação muito delicada" Aquecimento: "Esse corpo que é só meu" Tema: "Exame ginecológico e Papanicolaou – minha experiência como mulher/ paciente" "AVALIANDO O PROCESSO"	SALCEDO-BARRIENTOS, D.M. <i>Mulher & Saúde</i> : buscando uma visão generificada na percepção das usuárias acerca do exame ginecológico. São Paulo, 1998. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem, USP.	Texto Material para Oficina: lençóis coloridos, massa de modelar.

Anexo 3

Termo de Consentimento Livre e esclarecido

Prezada Senhora,

Estamos realizando um estudo sobre as Práticas de Enfermagem no Serviço Ambulatorial do Hospital Universitário da USP.

Este estudo tem por objetivo identificar e analisar as Representações sociais das enfermeiras que laboram neste serviço.

A metodologia utilizada será a pesquisa qualitativa com uma abordagem dialética. Será utilizada também gênero como categoria analítica.

Para isto solicitamos sua colaboração no sentido de responder a um questionário que será entregue oportunamente e participar das oficinas de trabalho intitulado "Práticas de enfermagem: Um olhar de gênero"; sendo que o local e data serão definidos com o grupo respeitando sua disponibilidade.

Os depoimentos durante as oficinas de trabalho serão gravados e posteriormente transcritos para análise. Não há necessidade de identificação e será garantindo o sigilo das respostas e depoimentos oferecidos durante o desenvolvimento das oficinas.

Embora não possamos garantir um benefício direto as participantes da pesquisa, nossa intenção é a de cada vez mais aperfeiçoar o atendimento dentro do serviço ambulatorial.

Contando com sua colaboração agradecemos

Assinatura da entrevistadora
Nº COREN.....

Diante do exposto concordo em participar do presente estudo e tenho conhecimento do seu caráter científico, sendo minha participação voluntária, compreendo que eu poderei-me retirar do presente estudo em qualquer momento e que não sofrerei nenhum tipo de sanção ou prejuízo caso me recuse a participar.

São Paulo, de..... do 2000.

Assinatura do Colaborador da Pesquisa