**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA INTERUNIDADES DE DOUTORAMENTO EM
ENFERMAGEM**

MARIZA SILVA ALMEIDA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À
MULHER NO PERÍODO PUERPERAL: UMA ANÁLISE DAS
NECESSIDADES COMO SUBSÍDIOS PARA A CONSTRUÇÃO DE
INDICADORES DE GÊNERO**

**Ribeirão Preto – São Paulo
2005**

MARIZA SILVA ALMEIDA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À
MULHER NO PERÍODO PUERPERAL: UMA ANÁLISE DAS
NECESSIDADES COMO SUBSÍDIOS PARA A CONSTRUÇÃO DE
INDICADORES DE GÊNERO**

Tese apresentada ao Programa
Interunidades de Doutorado em
Enfermagem da Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de
São Paulo. Linha de Pesquisa:
Sociedade, Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Isília Aparecida Silva

Ribeirão Preto – São Paulo
2005

FICHA CATALOGRÁFICA

Almeida, Mariza Silva

Assistência de enfermagem à mulher no período puerperal: uma análise das necessidades como subsídios para a construção de indicadores de gênero. Ribeirão Preto, 2005.

168 p.; 30 cm

Tese de Doutorado (Programa Interunidades) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Silva, Isília Aparecida

1. Puerpério 2. Saúde da mulher 3. Cuidado de enfermagem. 4. Qualidade dos cuidados.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Mariza Silva Almeida

Assistência de enfermagem à mulher no período puerperal: uma análise das necessidades como subsídios para a construção de indicadores de gênero

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de doutor.

Linha de Pesquisa: Sociedade, Saúde e
Enfermagem .

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Profª Drª Isília Aparecida Silva

(Presidente/Orientadora)

Instituição: EE-USP

Assinatura:_____

Profª Drª Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca

Instituição: EE-USP

Assinatura:_____

Profª Drª Ana Maria de Almeida

Instituição: EERP-USP

Assinatura:_____

Profª Drª Elizabeth Melloni Vieira

Instituição: FMRP-USP

Assinatura:_____

Profª Drª Enilda Rosendo do Nascimento

Instituição: EEUFBA

Assinatura:_____

DEDICATÓRIA

*À minha mãe Judite e a meu pai Josino pelo amor,
exemplo de luta e dignidade.*

*Às minhas filhas Emanuela e Larissa, ao meu filho
Fábio e à minha netinha Estefany, pela
compreensão dos sacrifícios do convívio familiar
impostos pela redação da tese, pois sempre me
fortaleciam com seu carinho e energia.*

*A toda minha grande família que sempre me
incentivou e apoiou nos momentos difíceis e
acreditou na minha determinação.*

AGRADECIMENTOS

A “Deus”, em quem confio nos seus desígnios.

À Profª Drª Isília Aparecida Silva pela orientação segura e competente no desenvolvimento desta pesquisa.

Às Profas. Dras. Rosa G. da Fonseca, Enilda R. do Nascimento, Ana Maria Almeida e Elisabeth M. Vieira por terem, gentilmente, aceito participar da banca examinadora da tese .

Às colegas do Grupo de Estudo da Saúde da Mulher – GEM Silvia Ferreira, Mirian Paiva, Enilda Nascimento, Isa Nunes, Jeane Oliveira e Solange Gesteira pelo apoio, indicações bibliográficas, livros, amizade e pelas contribuições valiosas desde a construção do projeto e durante o desenvolvimento da pesquisa.

À Universidade Federal da Bahia, à Escola de Enfermagem e às colegas do Departamento de Enfermagem Comunitária, obrigada por tudo.

À minha colega Profª Jeane Oliveira pela sua inestimável colaboração e ajuda no planejamento, somando-se ao apoio e o suporte de Vanessa Almeida, Roberto Motta e Larissa Pereira, que foram fundamentais na realização das oficinas de reflexão.

Às profissionais de enfermagem da maternidade estudada pela atenção dispensada durante a realização desta pesquisa.

Às Profas. Dras. Elizete Passos e Judite Santana, pela leitura criteriosa, comentários e sugestões valiosas feitos a este estudo.

A todas as mulheres que gentilmente aceitaram participar desta pesquisa.

Ao grupo do REMA, à Profª Drª Marly Mamede, Mª Antonieta Prado, Marislei Paanobianco, Lenita Guidorizzi entre outras(os) membros e usuárias, que muito me ajudaram no meu crescimento.

Às minhas amigas Lucineide Bessa e Rosângela Varani pelo acolhimento nas suas residências, apoio, e grande ajuda, num momento muito significativo na minha vida quando cheguei a Ribeirão Preto.

Às amigas Ruth Trindade, Clícia Gradim, M^a Ieda Vanderley, Simone Optiz, Yolanda Condoromay, Virtude Soler cujos fios da vida pessoal possibilitou-nos a construção de uma amizade sensível e solidária.

Aos e às colegas de doutorado Adriana Nery, Celmira Lange, Neide Murofuse, Lílían Mai, Áurea Correa, Roseanne Rocha, Luis Santiago, Lúcio Vieira, Marcílio Santos, Lenice Vilella, Maria Tereza. Peña pela amizade, convivência e trocas solidárias que deixam muita saudade.

Às professoras da EERP pela acolhida, ajuda prestimosa em muitos momentos, em especial as Profas. Dras. Maria da Graças B de Carvalho, Ana Márcia Nakano, Toyoko Saeki e às funcionárias da sala Glête, Deolinda Fabre e M^a de Lourdes Abreu.

À Biblioteca da USP campus de Ribeirão Preto em especial à Bibliotecária M^a Cristina M. Ferreira pela solicitude, apoio e revisão criteriosa da bibliografia.

Ao Dr. Márcio Garcia e a enfermeira Alessandra Bessa pelo atendimento solidário num momento em que muito precisava e durante muitos outros.

À M^a do Socorro de Sene pela dedicação e paciência na revisão de português.

À Nice pelo auxílio nos afazeres de casa há 18 anos, e sempre compreendendo meu cansaço, com palavra amiga e oferta de ajuda.

A todos aqueles que contribuíram de alguma forma para a realização deste estudo.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

1 INTRODUÇÃO	11
2 UM PANORAMA SOBRE AS DIRETRIZES PARA A SAÚDE DA MULHER.....	23
2.1 A CHEGADA DO PAISM	28
2.2 ENCONTROS E DESENCONTROS.....	31
2.3 DESAFIOS A SEREM ENFRENTADOS.....	39
3 METODOLOGIA.....	46
3.1 GÊNERO COMO ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA.....	45
3.1.1 Gênero e poder permeando a maternidade.....	45
3.1.1.1 Do corpo biológico ao corpo dócil.....	45
3.1.2 Gênero como categoria analítica.....	47
3.2 NECESSIDADES DE SAÚDE E DE GÊNERO.....	53
3.2.1 Necessidade de saúde.....	57
3.2.2 Necessidades de gênero	61
3.2.2.1 Necessidades práticas e estratégicas de gênero	66
3.3 DESENHO METODOLÓGICO	69
3.3.1 O local do estudo.....	72
3.3.2 As participantes.....	73
3.3.3 Procedimentos e instrumentos de coleta de dados.....	74
3.3.4 Análise e interpretação dos resultados	75
3.3.5 Aspectos éticos da pesquisa.....	82
4 RESULTADO E DISCUSSÃO	84
4.1 AS MULHERES PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	86
4.2 NECESSIDADES DE GÊNERO REVELADAS PELAS MULHERES	87
Necessidades de acolhimento.....	88
Atenção e acolhimento.....	89
O descuido, o descaso,o desrespeito.....	90

Necessidade de ser examinada	100
Desatenção à queixa de dor	101
Necessidade de ser ouvida.....	103
Necessidade de orientação e informação.....	106
Falta de orientação e informação.....	106
Necessidade de acesso ao atendimento.....	110
Necessidade da presença da família.....	112
Necessidade de segurança	115
A falta de segurança nas relações.....	116
A falta de segurança no ambiente.....	129
Necessidade de conforto e alimentação	120
Necessidade de um ambiente acolhedor e privativo.....	121
Necessidade de ter uma melhor alimentação	123
Necessidade de cuidar da aparência	123
5 CONJUGANDO INDICADORES DE SAÚDE E DE GÊNERO.....	127
5.1 INDICADORES DE SAÚDE.....	127
5.2 INDICADORES DE GÊNERO.....	132
5.3 ELEMENTOS DE SUBSÍDIOS PARA A CONSTRUÇÃO DOS INDICADORES PRÁTICOS E ESTRATÉGICOS DE GÊNERO DA ENFERMAGEM.....	137
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	141
REFERÊNCIAS	149
ANEXOS.....	163
APÊNDICES.....	165

ALMEIDA, M.S. **Assistência de enfermagem à mulher no período puerperal: uma análise das necessidades como subsídios para a construção de indicadores de gênero.** Ribeirão Preto. 2005. 168 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. 2005.

Entendendo que o gênero permeia todos os espaços sociais, este estudo foi desenvolvido sob tal enfoque, objetivando identificar a visão das puérperas sobre os cuidados de enfermagem recebidos por elas, durante sua internação; analisar as necessidades das puérperas que demandam cuidados de enfermagem, durante a internação, e identificar subsídios para a construção de indicadores de gênero para o cuidado de enfermagem à puérpera, durante a internação, com base nas necessidades identificadas. Para viabilizar os objetivos desta tese, adotamos uma metodologia qualitativa, tendo o gênero como abordagem teórica e metodológica principal. O estudo foi realizado com 58 mulheres que se encontravam nos primeiros 10 dias pós-parto normal, sem intercorrência clínica ou obstétrica, numa maternidade pública de Salvador – Bahia, sendo que 25 delas participaram do primeiro momento das entrevistas e 33, no segundo momento, por meio das oficinas de reflexão. Para operacionalizar a técnica e tratar os dados coletados, optamos por utilizar a análise de conteúdo, modalidade temática norteada por Bardin (1977). O interesse em conhecer as necessidades de gênero das mulheres e os cuidados de enfermagem necessários para o seu atendimento, durante sua internação no Alojamento Conjunto, conduziu-nos à apreensão de várias ordens de necessidades práticas. Sentiram-se **acolhidas**, cuidadas e respeitadas no parto anterior, em contraposição ao parto atual, no qual experienciaram o descuido, a desatenção, numa relação impessoal, agressiva, por parte das profissionais de enfermagem, conduzindo-as ao sentimento de desprezo e de humilhação. Apesar de terem expectativas de **serem ouvidas, examinadas** e avaliadas nas suas condições físicas, sentiram-se desamparadas e frustradas por não serem atendidas em suas necessidades. Em razão da dificuldade de **acesso ao atendimento**, disseram que, mesmo a contragosto, procuraram os serviços dessa maternidade. Houve a necessidade da **presença da família**, ao desejarem ter um (a) acompanhante, receber a visita dos filhos menores e sair de alta precoce. A **informação, orientação e segurança**, explicitadas em suas falas, indicavam que acreditavam que um serviço gratuito de saúde atenderia a esses componentes. Tinham como necessidade de **conforto** uma melhor **alimentação** em relação à quantidade e à qualidade, além de um ambiente agradável, higienizado e acolhedor. Indicaram que outros elementos como a disposição de espaço e condições para o lazer o tornariam mais aprazível e diminuiriam a monotonia. Revelaram a necessidade de cuidar da **aparência**, sentindo-se mal vestidas e despenteadas, demonstrando o desejo de melhorar a auto-imagem. A partir dessas categorias, elaboramos elementos de subsídios para a construção de indicadores de gênero que possibilitará a enfermagem prestar a assistência com mais qualidade e menos iniquidade de gênero. A proposição dos indicadores de gênero não deve ser visto como domínio exclusivo da enfermagem, mas como um instrumento de apoio decisório para o atendimento às necessidades das mulheres no puerpério, contribuindo sobremaneira para o planejamento, gestão, monitoramento e avaliação da assistência.

Palavras-chave: Puerpério; Saúde da mulher; Cuidado de enfermagem; Qualidade dos cuidados.

.ALMEIDA, M.S **Women's nursing assistance during puerperium**: analyzing the needs as a background to construct gender indicators. Ribeirão Preto. 2005. 168 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. 2005.

Since gender's concept is present in all social spaces, this study was based using this approach. We aimed at knowing puerperas's perceptions about nursing assistance during their admissions; analyzing which are puerperas's needs, and to identify a background to construct gender's indicators of nursing care for puerperas during their admissions based on their needs. In order to answer our objectives, qualitative analysis was developed and gender was used as a theoretical and methodological approach. In this study, 58 women from a public hospital in Salvador – Bahia participated. They were in the first ten days after normal birth and had had no problems. Interviews were taken during group's meeting, in what 25 participated on the first interviews and 33 on the second one. The Analysis of contents proposed by Bardin (1977) was adopted. The interest of knowing gender and nursing assistance needs for women in their admission during puerperium in a Jointing Accommodation revealed many practicing needs. Women feel better in their previous birth, because in the actual one they experienced carelessness, inattention, and aggressive relations with nursing professionals. These feeling make them humiliated and despicable. They hoped they should be **listened** and had their physical conditions **well assessed**, but this had just be a dream, they really feel frustration for not having their needs solved. Due to **problems to receive assistance**, going to that hospital was not their choice. They **needed their family**, when desired to have a companion, to receive children's visit and to go home early. Their speeches demonstrate **information, directions and security** about what they believe a public service should be. As comfort they wanted more food and this must be better, they also expect for a nicer and welcoming place. It was also elucidated that arrange things and promote leisure could change the monotony. The self-image was bad, they feel bad dressed and messed up, and so to look for caring **appearance** was also needed. From these categories was possible to elaborate a subset to construct indicators, which can help Nursing to improve assistance without gender difference. The usage of the indicators proposed is not exclusive for nursing area; it must be used in order to solve women's needs during puerperium, and also to contribute for planning, management, monitoring and assessment of assistance.

Key-words: puerperium, women's health, nursing care, quality of care.

ALMEIDA, M.S. **Asistencia de enfermería a la mujer en el período puerperal: un análisis de las necesidades como subsidios para la construcción de indicadores de género.** Ribeirão Preto. 2005. 168 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. 2005.

Entendiendo que género pasa por todos los espacios sociales, este estudio fue desarrollado sobre este enfoque, siendo los objetivos: identificar la visión de las puérperas sobre los cuidados de enfermería recibidos por ellas, durante su hospitalización; analizar las necesidades de las puérperas que demandan cuidados de enfermería durante su hospitalización e identificar subsidios para la construcción de indicadores de género para el cuidado de enfermería a la puérpera durante su hospitalización, con base en sus necesidades identificadas. Para viabilizar los objetivos, adoptamos una metodología cualitativa, teniendo el enfoque de género como abordaje teórico y metodológico principal. El estudio fue realizado con 58 mujeres que se encontraban en los primeros 10 días de post parto normal, sin interurrencias clínicas y obstétricas, en una maternidad pública de El Salvador-Bahia, siendo que 25 de ellas participaron del primer momento de las entrevistas y 33, en el segundo momento, por medio de las oficinas de reflexión. Para operacionalizar la técnica y tratar los datos recolectados, optamos por utilizar análisis de contenido en la modalidad temática norteadas por Bardin (1977). El interés por conocer las necesidades de género de las mujeres y los cuidados de enfermería, necesarios para la atención durante su hospitalización en Alojamiento Conjunto, nos condujo en la aprehensión de diferentes ordenes de necesidades prácticas. Se sintieron **acogidas**, cuidadas y respetadas en el parto anterior, en contraposición al parto actual, en el cual experimentaron el descuido, la desatención, la relación interpersonal agresiva por parte de los profesionales de enfermería, conduciéndolas al sentimiento de desprecio y de humillación. A pesar de tener expectativas **a ser escuchadas, examinadas** y evaluadas en su condición física, se sintieron desamparadas y frustradas por no ser atendidas en sus necesidades. En razón de la dificultad de acceso a la atención, manifestaron que, así mismo en desacuerdo, buscaron los servicios de esta maternidad. Hubo la necesidad de la **presencia de la familia**, deseando tener un acompañante, recibir visita de los hijos menores y salir de alta precoz. **La información, orientación y seguridad**, explicitadas en sus manifestaciones, indican que, les daba certeza que un servicio gratuito de salud atendería esos componentes. Tenían como necesidad de **conforto** una mejor **alimentación** con relación a la cantidad y calidad, así también de un ambiente agradable, limpio y acogedor. Indicaron que, otros elementos como la disposición de espacio y condiciones para el esparcimiento se tornarían con mas placer y disminuiría la monotonía. Rebelaron la necesidad de cuidar de su **apariencia**, sintiéndose mal vestidas y desaliñadas, demostrando el deseo de mejorar su autoimagen. A partir de esas categorías, elaboramos elementos de subsidios para la construcción de indicadores de género que posibilita a enfermería prestar asistencia con mas calidad y menos inequidad de género. La propuesta de indicadores de género no debe ser visto como dominio exclusivo de enfermería, mas si como un instrumento de apoyo decisorio para la atención de las necesidades de las mujeres en el puerpério, contribuyendo de sobremanera para el planeamiento, gestión, monitorización y evaluación de la asistencia.

Palabras Claves: Puerpério, Salud de la mujer, Cuidado de enfermería, Calidad de los cuidados.

1 INTRODUÇÃO

Nossa inquietação sobre as questões ligadas ao puerpério fortaleceu-se a partir do momento em que realizamos um estudo sobre os sentimentos femininos: o significado do desmame precoce para as mulheres (ALMEIDA, 1996), no qual a maioria delas referiu ter passado por dificuldade, insegurança, medo e dúvidas em relação à amamentação e apontavam que as dificuldades encontradas poderiam, em parte, serem minimizadas através do acesso a uma assistência adequada no puerpério imediato.

A longa convivência com as questões relacionadas ao puerpério, como enfermeira de serviço em maternidade pública e como docente, durante o desenvolvimento de atividades práticas junto a(o)s aluna(o)s do curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBa), reforça o interesse por este estudo. Por outro lado, o tema não diz respeito apenas a um anseio individual, mas está vinculado a um projeto coletivo de construção de conhecimento que compõe uma das linhas de pesquisa “Relações de Gênero no Ensino e na Assistência à Saúde da Mulher” do Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher – GEM da EEUFBa, do qual participamos desde 1991.

A partir disso, realizamos uma pesquisa de avaliação da Assistência de Enfermagem no Puerpério Imediato em uma Maternidade Pública de Salvador, financiada pela Fundação Ford (ALMEIDA, 2002). O resultado dessa pesquisa aponta para a necessidade da implementação das ações preconizadas pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM (BRASIL, 1984) principalmente no que tange à implantação de atividades de educação continuada para as (os) profissionais, e de educação em saúde para as usuárias dos serviços, contribuindo para o alcance de uma assistência qualificada, que proporcione à puérpera experienciar o pouco tempo de internação (24 a 48 horas) com mais tranquilidade e segurança.

O fato de o tempo de permanência das mulheres nas unidades de internação ter sido gradativamente diminuído — atendendo à lógica da racionalidade de custos e da prevenção de infecção hospitalar — pode mostrar o pouco interesse e importância dados pelos gestores ao período imediato ao parto, indicando que a gravidez, chegando ao seu termo, a função principal da reprodução, papel para o qual a mulher foi preparada, já se cumpriu. Por outro lado, esse período de tempo pode dificultar o desenvolvimento de atividades sistemáticas de educação e informação em saúde, interferindo no aprendizado da mulher e em sua capacidade de se autocuidar.

O modelo de saúde vigente em nosso país, para assistência à mulher e à criança, adotou o Sistema de Alojamento Conjunto, no qual o recém-nascido de baixo risco permanece durante 24 horas junto à genitora, até a alta hospitalar de ambos. Este objetiva além de prestar assistência à mãe e ao recém-nascido, possibilita à mulher adquirir conhecimento e informação para se autocuidar e cuidar de sua criança, num planejamento de ações que não sobrecarregue fisicamente, nem emocionalmente as mulheres (BRASIL,1993).

O período puerperal tem início após o parto, sendo dividido em três fases: o imediato, o tardio e o remoto. A primeira fase corresponde ao período compreendido do 1º ao 10º dia pós-parto, durante o qual se desenrolam todas as modificações necessárias ao retorno do funcionamento do organismo da mulher ao estado anterior à gravidez; o tardio que vai do 11º dia ao 25º dia onde se desenrolam todas as manifestações involutivas de recuperação e regeneração da genitália materna, seguido do remoto, com término impreciso, na dependência da lactação, normalmente em torno de 6 semanas, permeados por processos físicos, sociais e psicológicos, inerentes à maternidade (REZENDE, 1998).

Para a assistência à mulher no parto e puerpério, a cidade de Salvador conta, atualmente, com cinco maternidades e sete hospitais públicos (BAHIA, 2005). Mesmo contando com outros hospitais e clínicas particulares com leitos ginecobstétricos, esses não são suficientes para evitar a peregrinação das mulheres em busca de uma vaga no momento do parto. Visando facilitar a localização de leito disponível, a Secretaria de Estado da Saúde da Bahia (SESAB) instituiu o Disque-Maternidade que liga 12 hospitais da rede a uma única central telefônica.

Apesar da criação do PAISM ter representado um passo significativo na área social, incorporando em seu conteúdo os princípios de integralidade e universalidade da atenção à saúde, existe a inoperância desse programa, associado à forma como o sistema público de saúde está organizado e que não vem respondendo adequadamente quer nas especificidades do adoecimento das mulheres, quer na perspectiva da emancipação ou superação das diversas formas de dominação (MATTOS,2001). Embora as questões que envolvem o PAISM já tenham sido debatidas exaustivamente, estas se constituem ainda num problema, o que é lamentável pelo potencial de melhoria em relação à atenção à saúde da mulher que está sendo desperdiçado.

Costa (1999) enfatiza que, apesar de apresentar dificuldades na sua implantação em suas linhas estratégicas de intervenção, esse programa explicita e aperfeiçoa o conceito da integralidade através da realização de ações educativas, que visam ao alcance da promoção, prevenção, diagnóstico e recuperação da saúde. Essas ações educativas objetivam estimular,

nas mulheres, mudanças em relação ao autocuidado, à apropriação de seus corpos e ao controle de sua saúde, como também intervir nas relações de poder entre elas e os serviços de saúde.

Ao realizarmos a revisão bibliográfica sobre a assistência de enfermagem à mulher no período puerperal, identificamos que, nos últimos anos, a maioria dos estudos foi referente ao processo de aleitamento materno, ao cuidado com a criança, enfatizando as questões educativas e as características e importância do Alojamento Conjunto. No entanto, as pesquisas do início da década atual vêm demonstrando preocupação com os aspectos referentes às questões objetivas e subjetivas que envolvem a vivência da mulher nesse período (PEREIRA, 2000; SANTOS, 2000; SOARES, 2000; COSTA, 2001; ALMEIDA et al. 2000; ALMEIDA, 2002; GOTARDO, 2003). A cobertura deficiente e uma assistência de enfermagem precária e distante da preconizada pelos órgãos oficiais de Saúde e por outras indicações e orientações científicas são apontadas de forma preocupante por muitos autores nas últimas décadas (MARANHÃO et al. 1990; BRASIL, 1991; CARRARO, 1999; SANTOS, 2000; PEREIRA, 2000; SOARES, 2000; COSTA, 2001; ALMEIDA, 2002).

Além de outras distorções no plano político-decisório, existe uma lacuna na formação de profissionais para assistência na área obstétrica das escolas médicas e de enfermagem. Ao considerarem que o atendimento durante a gravidez, o parto e o puerpério não necessita de aparatos tecnológicos mais sofisticados, têm-se reduzido o ensino e os recursos de atendimento aos modelos tecnicistas simplificados, prejudicando a qualificação do profissional. Esse aspecto, contudo, não qualifica a assistência, pois o nível da atenção depende tanto da instituição de saúde quanto do profissional que presta o atendimento (REDE NACIONAL... 2000). Vale ressaltar que o pós-parto é considerado um período de riscos tornando-se, portanto, essencial uma assistência de enfermagem qualificada que tenha como base a prevenção de complicações, o conforto físico, ao lado de ações educativas que possam dar à mulher boas condições para cuidar de si e de sua criança.

Ao lado da cobertura e assistência ineficazes, durante o período puerperal, as mulheres são acometidas de forma considerável por algumas complicações que podem levá-las à morte. “As síndromes hipertensivas, as hemorragias, as complicações do aborto e as infecções puerperais, que são causas obstétricas diretas [...] responsáveis no Brasil por 89% das mortes maternas em nosso País” (REDE NACIONAL... 2000 p. 10). O Dossiê da Mortalidade Materna ressalta que “as mulheres das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste têm maior risco de adoecer e morrer por complicações da gravidez, parto e puerpério do que as das regiões Sul e Sudeste” (REDE NACIONAL... 2000, p. 9), apontando que o problema

relaciona-se à qualidade da assistência obstétrica e às questões de classe social, contribuindo sobremaneira para agravar mais ainda a situação de saúde dessas, culminando com o quadro que se apresenta.

Por outro lado, as dificuldades encontradas nas unidades de internação causam insatisfação nas puérperas (ALMEIDA, et al. 2000), tem como agravante a inexistência, em nossa região, de atendimento sistemático à puérpera no setor ambulatorial. Esta falha no atendimento já poderia ter sido corrigida, pois a portaria de N.º 569 de 1º de junho de 2000, no seu Anexo I - Princípios Gerais e condições para adequado acompanhamento pré-natal, nas Atividades I, prevê a realização de 01 (uma) consulta no puerpério, até 42 dias após o parto; fortalecida pela portaria de N.º 570 na mesma data, no seu Art. 4º que estabelece como critério de adesão ao Componente I – Incentivo à Assistência Pré-natal, alínea b, o cumprimento pelos municípios pleiteantes que, entre vários requisitos, devem “dispor de rede ambulatorial para realização do pré-natal e consulta no puerpério” (BRASIL 2000, p. 1 – 6, a; BRASIL 2000, p. 6-7, b).

A assistência à mulher no período puerperal é preocupante, pois apesar desse estímulo, segundo informação dos técnicos dos serviços de saúde e de nossa própria observação, em Salvador, a consulta à puérpera após a alta hospitalar ainda não se efetivou. A mulher fica à mercê de buscar atendimento, caso venha a ter alguma intercorrência ou complicação no pós-parto.

Esse vazio assistencial precisa ser ocupado, evitando-se que, intercorrência e outras complicações comuns no pós-parto tenham maiores repercussões e coloquem em risco a vida da mulher, causando sofrimento e maiores transtornos para ela e para sua família.

Para Silver (1999), os serviços de saúde da mulher deixam de apreciar, além dessas, outros problemas da mulher como pessoa, com necessidades de saúde diversas, o que pode ser argumentado que essas questões não são limitadas a elas já que a organização do sistema de saúde como um todo sofre a falta de integralidade tanto no atendimento aos homens quanto às mulheres. Para Mattos (2001, p. 61), quer tomemos a integralidade como princípio que orienta nossas práticas, a organização do trabalho ou as políticas, este conceito implica na “recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo”.

Ao lado do desenvolvimento e do avanço técnico-científico, os profissionais de saúde têm como desafio a oferta de serviços e a disponibilidade profissional que vêm se dando de forma inadequada no que diz respeito ao equânime acesso da população à garantia

aos princípios e diretrizes do SUS, baseados na universalidade, na equidade, na integralidade, e na resolutividade dos agravos da saúde.

As práticas de cuidados singulares em cada cultura e em cada sistema socioeconômico constituem temas vastos, de grande complexidade e delicado, por força das zonas de conflitos e saberes, de poderes e de decisões, que refletem os hábitos de vida, crenças e valores, que nos remetem às questões importantes como a morte, a vida, a sexualidade, o amor, o sofrimento, a revolta, o trabalho, entre outras.

Desse modo, os cuidados de enfermagem não fazem sentido se não tomarmos consciência de que se inserem num contexto social. Seja pelas tecnologias utilizadas; pelo modo de hierarquização social que criam; pelas formas institucionais que instauram; pela organização do trabalho que daí resulta ou pelo alcance social do ato de cuidar, é necessário clarificar que os cuidados de enfermagem têm uma vasta influência social, mesmo sem a tomada de consciência desta influência ou mesmo que ser apreendida de maneira fugaz (COLLIÉRE, 1989).

Para essa autora, a palavra cuidado tem muitos significados e na sua forma sequencial, cuidar, prestar cuidados, tomar conta, é, primeiro de tudo, um ato de vida individual que prestamos a nós próprios, quando temos autonomia, e um ato de reciprocidade com outras pessoas que, temporariamente ou definitivamente, precisam de ajuda para assumir as suas necessidades vitais.

Erdmann (1998) acredita que tanto a autonomia quanto a liberdade das ações do cuidado devem estar apoiadas no conhecimento e no emprego das ações necessárias para prestação desses cuidados. Recomenda a reavaliação constante das normas e rotinas definidas para o seu desenvolvimento, tendo em mente a possibilidade de se intervir estrategicamente para melhoria da assistência e do cuidado, entendendo o cuidado na saúde como um processo de interações e associações entre os seres, sendo parte organizadora do sistema de saúde e de cuidados, co-organizando-se junto aos demais sistemas sociais.

Sabemos que os pressupostos básicos para os cuidados de enfermagem no período puerperal devem acompanhar as estratégias de cuidados realizados pela(o) enfermeira(o) à mulher nesse período, levando em consideração a compreensão das experiências e a identificação das necessidades individuais apresentadas.

Embora existam normas técnicas já consolidadas que orientam a realização de atividades assistenciais e educativas (BRASIL,1991; PINELLI; ABRAÃO,2002), temos clareza de que “a subordinação à técnica não satisfaz e produz representações negativas no sentido que a reifica e parcializa o ato de cuidar” (LOPES,1999, p. 71).

Considerando a complexidade dos cotidianos, Lopes (1999) recomenda que é necessária a análise do conjunto do sistema e a organização do processo de trabalho institucional onde o cuidado está integrado. Afirma que as práticas do cuidado não são lineares e sim variáveis, tendo seu significado construído ao longo das vivências e experiências do ato de cuidar, assim como as dimensões conceituais e as identidades individuais e coletivas.

Reforça esse entendimento ao afirmar que a complexidade do cuidado e do cuidar como prática é relacional e, “resulta da dinâmica das relações sociais e de uma pluralidade conceitual e institucional. É preciso pensá-lo também na transversalidade das relações sociais de classe [e] de sexo...” (LOPES, 1999, p. 67) já que a consciência dessa dimensão relacional visibiliza ruptura com a ótica institucional dominante e com as técnicas reificadas, vislumbrando um vasto espaço a ser ocupado pelo cuidado.

Tronto (1997), ao explorar a abordagem feminista do cuidado, afirma que cuidar implica em algum tipo de compromisso e responsabilidade contínuos, direcionados a um objeto específico, particular e portanto relacional. Para a autora, ‘cuidar de’ envolve a resposta às diversas necessidades de ordem particular, física, espiritual, emocional entre outras sendo, portanto, uma atividade “regida pelo gênero tanto no âmbito do mercado, como na vida privada e suscita questões morais em si e por si, também ligados à esfera da necessidade” (TRONTO, 1997, p. 189).

Reafirma que não devemos considerar as necessidades do outro apenas como reflexo das nossas necessidades. É primordial que desenvolvamos a capacidade de prestar atenção para perceber a necessidade do outro, valorizando o conhecimento próprio da pessoa que está sendo cuidada, sem simplificar, generalizar ou fazer deduções do que o outro necessita (TRONTO, 1997).

Apesar de não conjecturar uma teoria feminista do cuidar, compreende que na abordagem feminista, para que o ‘cuidar de outros’ se constitua uma parte central, importante no cotidiano de todos (as) cidadãos (ãs) faz-se necessária a compreensão não só do seu significado em termos morais, mas também a necessidade de uma reestruturação política e social. Além de boas intenções, comunicação clara e eficiente, o ato de cuidar tem de concretamente se efetivar (TRONTO, 1997).

É perceptível a dificuldade para dissociar o ato técnico do relacional, já que isso implicaria em rupturas com a racionalidade dominante na própria concepção do cuidador e do cuidar. Contudo, vale a pena pensar um novo modo de cuidar onde nos coloquemos ao lado do(a) paciente, cliente, usuário(a) e não ao lado da doença, seguindo uma nova lógica menos

hierarquizada, interdisciplinar, enfim uma ação que congregue práticas diversas que estimulem e façam renascer o gosto e o desejo de viver (LOPES, 1999).

Conseqüentemente, vemos que a composição das dimensões integrantes do cuidado e do saber envolve tanto os próprios seres que cuidam como também aquele que é cuidado. Faz-se necessária, então, uma flexibilização que possibilite rever além do saber específico, os conceitos e filosofia de vida. Neste sentido, é vislumbrada a necessidade de um enfrentamento contra qualquer prática que, “por sua natureza alienatória e desumana, alije o ser de seu poder à voz e às decisões, que o destitua da riqueza e da diversidade de suas experiências subjetivas, negando-lhe a sua autonomia e a condição de cidadão” (SILVA, 1999 p. 78).

Para repensar uma nova dimensão emancipadora do cuidado nós, enquanto enfermeiras, precisamos repensar nossa postura defensiva, distante e muitas vezes autoritária de detentoras do saber, acompanhada na maioria das vezes de uma linguagem rebuscada, que não alcança o limite das(os) usuárias(os), concomitante com as normas e rotinas inflexíveis, pois, além da palavra, carecemos de autotransformação, inteligência, afeição, ternura e respeito mútuo (SILVA, 1999).

Assim, vemos que as transformações político-administrativas introduzidas nos serviços de saúde nessa última década, a exemplo da priorização da quantidade do atendimento em detrimento da sua qualidade, muitas vezes em comum acordo com a atual política de prestação de assistência à saúde, trouxeram, em especial para as enfermeiras, várias modificações que afetam o seu cotidiano e a forma de se relacionar com o trabalho que tradicionalmente vinham desenvolvendo, em especial no período pós-parto. Na atualidade, o cuidado desenvolvido pela Enfermagem às puérperas parece não apresentar uma clara delimitação dos seus objetivos, contemplando ações de cuidar/cuidado orientadas e dirigidas apenas às necessidades físicas, mesmo assim de modo insatisfatório, como têm demonstrado alguns estudos (ALMEIDA, et al. 2000; ALMEIDA, 2002; SOARES, 2000; COSTA, 2001).

Além dessa questão, os avanços técnico-científicos ao terem contribuído para o desenvolvimento da humanidade e da mulher em especial, ainda não reconhecem ideologicamente o direito da mulher à sexualidade plena, ao deixá-la sem acesso a informações sobre seus direitos reprodutivos, tornando-a responsável exclusiva pela reprodução humana (BRASIL, 2001a).

Por outro lado, vemos a transferência de responsabilidade no puerpério, exclusivamente para a mulher, já que com a alta precoce (entre 24-48 horas), comum em muitas maternidades brasileiras, a instituição deixa de se responsabilizar por ela e pela

criança, não oferecendo, entretanto, possibilidade de acesso a um conjunto de conhecimentos e práticas indispensáveis à sua vida e à de sua criança.

O foco da atenção no período pós-parto em unidade de internação continua direcionado totalmente para o bebê, conduzindo a mãe a modificar, reduzir e até subestimar seus hábitos, necessidades e interesses para poder adequar-se às necessidades do serviço e da criança.

A criança como foco da atenção, a exaltação da maternidade e a medicalização do corpo feminino e a sua conseqüente transformação em um evento médico se estabeleceram desde o século XIX, com a transformação da mulher em objeto da medicina.

Em verdade, antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição voltada aos pobres, tanto na assistência quanto na exclusão, já que a aproximação como outras pessoas colocaria os demais em risco de serem contaminados. No final desse século, surge a instituição hospitalar, tendo como bandeira a saúde e a anatomoclínica substituindo a medicina tradicional da salvação (FOUCAULT, 2001).

O hospital resultou, portanto, do ajuste dos processos de deslocamento da intervenção médica, não mais para a doença mas sim para a cura e pela disciplinarização do espaço hospitalar, tornando-se não apenas um lugar de cura mas também de registro, acúmulo e formação do saber. Graças à tecnologia hospitalar, o indivíduo emerge como objeto do saber e da prática médica, alvo de intervenção da medicina, efetivando a hospitalização do parto e a criação da maternidade, instituição hospitalar exclusiva para tal fim (FOUCAULT, 2001; VIEIRA, 2002).

E nesse processo, a crescente medicalização do hospital se deu como uma busca de anular os efeitos negativos da hospitalização, culminando na sua organização não a partir de uma técnica médica, mas a partir de uma tecnologia política chamada ‘disciplina’. Foucault (2001, p. 106) reafirma que “a disciplina é, antes de tudo, a análise do espaço. É a individualização pelo espaço, a inserção dos corpos em um espaço individualizado, classificatório, combinatório” se conformando, então, num conjunto de técnicas.

Embora existam historicamente muitas distorções que refletem as inter-relações entre as questões da prática médica e gênero, é importante o reconhecimento da contribuição da medicina na melhoria das condições de saúde de todas as pessoas e na vida das mulheres.

Antes do século XIX, a assistência ao parto, no Brasil, era realizada por parteiras. Foi a partir do final desse século que o controle social se estendeu à sexualidade e à reprodução, transformando o corpo feminino em objeto do saber médico principalmente nesses dois aspectos (VIEIRA, 2002).

Desde esse século, a feminilidade transformou-se em sintomas de uma necessidade médica tratada por universitários, evidentemente de sexo masculino. Medicalizaram-se além do parto todas as demais funções do ciclo reprodutivo, decidindo-se sobre a necessidade ou não de órgãos a exemplo do útero (ILLICH, 1975).

Até a sua medicalização, o parto sempre foi visto como um ato da natureza, ocorrido em ambiente domiciliar, onde predominavam o respeito e o apoio sentimental. Com a evolução industrial e toda a transformação social, científica e técnica, o parto foi deixando de ser um ato natural e progressivamente desprezado com o aval dos serviços de saúde que têm vinculado a reprodução à tecnologia, transformando-o em um ato quase cirúrgico (BRASIL, 2001).

Nas duas primeiras décadas do século XX, o discurso médico que exaltava a maternidade estaria relacionado ao despovoamento da Europa Ocidental, transformando o destino de ser mãe num dever patriótico, justificado, posteriormente, pelas preocupações eugênicas com a formação da sociedade. Aqui no Brasil, a preocupação com o grupo materno-infantil emerge com o crescimento urbano e controle da população trabalhadora, concomitante com a expansão cafeeira e início da industrialização (VIEIRA, 2002).

De modo geral, há que se considerar que o cuidado à mulher no período reprodutivo encontra-se fundamentado não só no saber científico mas também no saber popular que não são coincidentes em sua maior parte, resultando numa vivência conflitiva para as mulheres. Na busca de estratégias para realização do cuidado institucional, percebe-se o jogo ambivalente do poder disciplinar que obriga a mulher a seguir as regras e normas impostas pelo serviço ao saber delas, garantindo desse modo a aprovação das ações, sem contar contudo com sua fidelidade, quando essas regras não se equiparam às suas crenças e valores.

A partir dos escritos de Foucault (1999a), vemos que as mulheres que se encontram na unidade de internação são alvo do disciplinamento e do controle dos profissionais de saúde os quais usam do poder como domínio sobre a ação dessas que têm, contudo, a possibilidade de resistir.

Complementa tal assertiva ao dizer que,

o poder está em toda parte [...] e se exerce a partir de inúmeros pontos e em meio a relações desiguais e móveis [...] relações intencionais e não subjetivas [...] e que lá onde há poder há resistências [...] [essas] não podem existir a não ser no campo das relações de poder [...] [constituindo] o outro termo nas relações de poder (FOUCAULT 1999a, p.89 e 91).

Infelizmente, mesmo com a oportunidade que têm as(os) profissionais de saúde de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e de sua criança, assegurando a saúde de ambos, isso não vem se dando a contento. A assistência à mulher, nos serviços de saúde, tem penalizado, respectivamente, os princípios da equidade e da integralidade, numa relação autoritária e desrespeitosa entre a(o) profissional de saúde e a usuária. Além disso, essa(e) profissional tem incorporado práticas duras, discriminatórias, não solidárias, sem considerar as necessidades da mulher e/ou permitir-lhe participar da avaliação e desenvolvimento do cuidado.

Sabemos que os pressupostos básicos para os cuidados de enfermagem no período puerperal devem incluir estratégias que considerem a compreensão das experiências e a identificação das necessidades individuais das mulheres. A necessidade premente de cuidados com a sua saúde, no momento do parto, faz com que as mulheres — principalmente as de baixa renda, que são as que mais vivenciam as inadequações (MOLYNEUX, 1984) — não sejam consultadas ou mesmo ouvidas, sem possibilidades de expor suas necessidades, inseguranças e medos, entregando sua vida e seu corpo, para a (o) profissional de saúde decidir por ela.

Esse processo de sujeição consubstancia-se e interfere na relação com a(o) profissional de saúde, convertendo a diferença em assimetria e desigualdade, refletida na exploração, opressão e dominação de um indivíduo sobre outro (a) ou de uma classe sobre outra.

Acreditamos, portanto, que o reconhecimento e a valorização das necessidades e da participação da usuária, no processo assistencial, possibilitarão o engajamento dessas, em processos de autodeterminação, já que, as desigualdades de gênero, explicitadas por elas próprias, devem nortear mudanças no modelo assistencial de enfermagem e das demais profissões de saúde. A aceitação da individualidade e o estabelecimento de um vínculo que crie relações menos desiguais e autoritárias, possibilitam a(ao) profissional de saúde perceber as necessidades da mulher, permitindo-lhe que esta seja sujeito de sua própria história.

Pensamos, então, que a melhoria da qualidade da atenção, com base nas necessidades de gênero, pode ser alcançada a partir da identificação de onde se situam as iniquidades para, em seguida, priorizar esforços de mudança, com vistas a uma assistência segura e mais humanizada.

Além do mais, a aquisição de conhecimento sobre questões de gênero por parte das mulheres, sejam usuárias ou profissionais de saúde, lhes permitirá o reconhecimento da

discriminação e das limitações impostas na sua participação no espaço público, tornando possível a transformar dessa situação.

Reconhecemos que a chave para o entendimento de como as determinações sociais afetam tanto os homens quanto as mulheres está na compreensão do conceito de gênero.

Este termo tem sido utilizado para definir vários aspectos relacionados à vida social. A biologia o utiliza para classificar as espécies semelhantes e a gramática aproxima o sentido dessa palavra com o caminho que está sendo utilizado atualmente nas ciências sociais.

Na atualidade, esse termo passou a ser usado para designar o caráter fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo, implicando na rejeição do determinismo biológico e estabelecendo o caráter relacional da feminilidade. “O gênero deve ser redefinido e reestruturado em conexão com uma visão de igualdade política e social que compreenda não apenas sexo, mas também, a classe e a raça” (SCOTT, 2000, p. 302).

Nesse sentido, os enfoques dos temas relacionados à mulher nos países em desenvolvimento conduziram a preocupações de como o gênero e outras relações eram socialmente construídos, a partir dos distintos papéis que desempenham na sociedade, sendo essas diferenças de gênero moldadas por determinantes ideológicos, históricos, religiosos, étnicos, econômicos e culturais (MOSER, 1995).

Na área da saúde, Matamala; Maynou (1996) discutem a questão da qualidade dos serviços de atenção às mulheres, afirmando que os indicadores de saúde tradicionais avaliam dentro de uma perspectiva biomédica e/ou administrativa, não valorizando os aspectos culturais que incidem na qualidade da atenção. Essas autoras sugerem, então, a construção de indicadores de gênero, entendendo estes, como instrumentos que mensuram iniquidades específicas, contribuindo para desconstruir o sistema onde perduram as desigualdades de gênero, classificando-os como brandos quando são incorporados aos aspectos relacionados à humanização da assistência.

Para nós, a construção dos indicadores de gênero possibilitará um atendimento mais amplo, integral e com menos iniquidade, ampliando a inter-relação entre as profissionais de enfermagem e as mulheres que se encontram no Alojamento Conjunto, apontando, ainda, para a promoção de processos de autovalorização, auto-estima, autonomia e participação das mulheres em situações de atendimento, implicados no exercício de cidadania.

A assistência de enfermagem, orientada pelos indicadores de gênero, é um recurso útil para promover a crítica à atenção descontextualizada, autoritária e descomprometida, que

observamos em muitos serviços assistenciais de saúde, e funcionam mais como uma estratégia que superpõe os aspectos de gênero aos aspectos de humanização dos cuidados.

Face à necessidade de valorização dos aspectos culturais e sociais que refletem a qualidade do cuidado, Matamala; Maynou (1996) ressaltam a necessidade de selecionar indicadores que permitam avaliar tanto o estado atual da qualidade nos serviços quanto o resultado dos esforços empreendidos para melhoria na perspectiva de gênero. Salientam que os indicadores de gênero devem incluir três aspectos a partir do ponto de vista: da instituição prestadora da assistência, como definidora de política e programas, dos profissionais que atendem as mulheres e das usuárias do serviço.

Com base no exposto, observamos que os estudos sobre a assistência às mulheres no puerpério imediato carecem de maior aprofundamento no sentido de incluir a prestação do cuidado que responda às necessidades da usuária a partir de sua perspectiva. Nesse sentido, optamos por ouvir as mulheres que vivenciam seu atendimento em sistema de Alojamento Conjunto. Consideramos que estas podem nos fornecer, de forma mais aproximada da realidade, a percepção que constroem sobre a assistência de enfermagem recebida por elas e as suas necessidades que demandam cuidados de enfermagem.

Tomando o conceito de gênero como categoria de análise, o estudo tentará responder às seguintes questões: Quais as necessidades e expectativas de mulheres durante o puerpério imediato? Como o cuidado de enfermagem responde a tais necessidades? Como tais necessidades podem levar à construção de indicadores de gênero da enfermagem?

Para responder aos questionamentos, a presente pesquisa tem como objetivos:

- Identificar a visão das puérperas sobre os cuidados de enfermagem recebidos por elas, durante sua internação;
- Analisar as necessidades das puérperas que demandam cuidados de enfermagem, durante sua internação;
- Identificar subsídios para a construção de indicadores de gênero para o cuidado de enfermagem à puérpera, durante sua internação, com base nas necessidades identificadas.

2 UM PANORAMA SOBRE AS DIRETRIZES PARA A SAÚDE DA MULHER

O cuidado com o corpo feminino, apoiado inicialmente por teses da higiene social, foi consolidado como área do conhecimento e da prática médica, a partir do século XIX, quando, desde então, a sociedade passou a vivenciar a expansão da assistência também nessa área.

Até o século passado, os cuidados com a saúde eram realizados pela medicina privada, na forma liberal ou filantrópica, sendo o acesso a essa assistência ampliado, progressivamente, com o reconhecimento da produção de serviços de assistência médica como uma real necessidade da sociedade.

A partir desse século, a institucionalização do parto e o surgimento de diversos avanços tecnológicos contribuíram, sobremaneira, para a consolidação do modelo médico de atenção ao parto. A assistência pré-natal surge, então, denotando uma preocupação social com a demografia e com a garantia de sobrevivência dos recém-nascidos. (VIEIRA, 2002).

A ampliação da assistência à saúde coletiva relacionada à mulher deu-se a partir da expansão dos serviços e programas que vislumbravam a saúde materno-infantil, vindo a firmar-se posteriormente como atenção ao binômio mãe-filho (LIMA, 1989).

Na década de 1930, os serviços de assistência individual de saúde, no Brasil, expandem-se, relacionados à criação e ordenação dos serviços médicos na sociedade, junto com a necessidade de preservação, re-atualização, controle da força de trabalho e das relações entre produtividade e capital, mediadas pelo Estado, originando o processo histórico que criou a Previdência Social Brasileira (DONNANGELO, 1975).

A expansão da agricultura cafeeira e o início da industrialização despertaram, na sociedade, o interesse pelo controle populacional, resultando na elaboração de leis, a exemplo das referentes à proibição do trabalho fabril para menores de 12 anos e as licenças à gestante e à puerpera (GÓMEZ, 1988).

O modelo desenvolvimentista que se iniciou no Brasil, na década de 1950, provocou desequilíbrios econômicos e sociais que resultaram em subemprego e empobrecimento. Essas dificuldades foram posteriormente acentuadas na década seguinte, com a implantação do regime militar e o reajuste político do país aos novos interesses do capitalismo internacional. A política, então adotada, caracterizava-se por desequilíbrios sociais e econômicos, principalmente com o aumento da dívida externa e da especulação

financeira, gerando grande tensão social, desemprego, êxodo rural, estimulando a ampliação do movimento dos trabalhadores. O rápido processo de urbanização deflagrado, a partir dessa década, com o desenvolvimento industrial, criou expectativas de consumo, deterioração das condições de vida urbana, agravamento das condições de saúde, estímulo a necessidade de consumo e de bens, a exemplo da assistência médica, que não poderia ser satisfeita, devido ao baixo nível salarial da população (FLEURY, 1980).

Até o início dos anos 1960, a preocupação com a saúde materna restringia-se à assistência ao parto, ampliando-se com o surgimento de entidades ditas não – governamentais e dos programas verticais de planejamento familiar. O comércio da pílula anticoncepcional teve início no Brasil em 1962 e, juntamente com outros métodos contraceptivos, passou a ser distribuída gratuitamente para as camadas populares (PEDRO, 2003).

Nesse contexto, o modelo de assistência médica caracterizava-se pela ampliação da cobertura previdenciária para toda a população, resultante de uma política social compensatória, a partir da década de 1970, que privilegiava práticas médicas curativas, individualizadas, centradas no hospital, em detrimento das práticas de caráter preventivo e de interesse coletivo. Assim, foi propiciada a criação de um complexo médico-industrial, responsável pelo acúmulo de capital das grandes empresas internacionais, na área de produção de medicamentos e equipamentos médicos. Tudo isso levou ao desenvolvimento da organização do atendimento médico, voltado para a lucratividade, culminando com a capitalização da medicina e o privilegiamento da assistência médica privada (FLEURY, 1980).

Durante muitos anos, o governo brasileiro careceu de uma posição explícita direcionada à saúde da mulher, vindo, na década de 1970, a intervir através do chamado “grupo materno- infantil”, utilizando-se de muitos programas como resposta do governo aos problemas sanitários prioritários da época.

Tendo como meta o alcance do mais alto grau possível de saúde para todos os povos, foi realizada, em 1970, a 23ª Assembléia Mundial de Saúde, tendo por objetivo da Organização Mundial de Saúde (OMS), a longo prazo, a universalidade da assistência. A realização da III Reunião de Ministros de Saúde das Américas, realizada, em 1972, no Chile e registrada no Plano Decenal de Saúde para as Américas, fortaleceu ainda mais essa preocupação, ao indicar a expansão de cobertura e a incorporação de grupos populacionais até então excluídos do consumo dos serviços de saúde (NUNES, 1998).

O Brasil acatou essas recomendações e, ainda nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde estabeleceu como uma das subáreas de prestação de serviço, o Setor Materno-Infantil.

A Conferência Mundial de População, realizada em 1974, no México, teve como foco dos debates políticos a questão demográfica. Como fruto da preocupação com a crescente demanda, em 1974, foram desenvolvidos pelo Ministério da Saúde (M. S.) os Programas de Extensão de Cobertura, mais precisamente, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), como proposta regionalizada e hierarquizada, vinculado às Secretarias Estaduais de Saúde, estimulando o surgimento de um conjunto de movimentos sociais, sob o lema “Saúde, Direito do Cidadão e Dever do Estado”.

Nesse mesmo ano, face às desigualdades sociais crescentes, surgiu no Brasil o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II-PND), na tentativa de corrigir essas desigualdades através da educação, moradia, saúde e redistribuição de renda. A crise que ora se mostrava no setor saúde, em decorrência das elevadas taxas de morbi-mortalidade e do alto custo assistencial, conduziu o Governo ao lançamento do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, sendo esta área, também priorizada na V Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1975 (OLIVEIRA; FLEURY, 1986).

Durante essa Conferência, foi anunciado o referido Programa, que trazia como inovação o Modelo Programático e o Sistema de Informação, com a finalidade de proporcionar a integração das instituições que participavam da assistência ao grupo materno-infantil.

Implantado no conjunto das políticas de extensão de cobertura, o Programa de Saúde Materno – Infantil - PSMI (1975) surgiu no cenário do regime militar, tendo como finalidade a assistência à gestante e à criança no primeiro ano de vida e, através de medidas racionalizadoras, tentava ampliar a cobertura para esse grupo. Esse programa pretendia, de fato, não somente aumentar a cobertura, mas também elevar o nível de saúde desse grupo, melhorar os padrões de produtividade das unidades de saúde que realizavam as ações a ela dirigidas, aperfeiçoar e/ou capacitar recursos humanos necessários para seu bom desenvolvimento e iniciar um processo sistemático de planejamento, controle e avaliação, articulado entre os níveis federal, estadual e municipal, nas diversas regiões do país.

Ao comemorar, em 1975, o Ano Internacional da Mulher, a Organização das Nações Unidas (ONU) instituiu o período de 1976 a 1985 como “a década da mulher”, visando alcançar nesse período o desenvolvimento de políticas públicas direcionadas a inibir toda forma de violência, abusos sexuais, discriminação racial e social e a redução da

mortalidade materna, propiciando à mulher brasileira um espaço de discussão, que repercutisse, com ênfase na sociedade organizada, as questões relacionadas à assistência à mulher (OPAS, 1985).

Mesmo com o ambicioso objetivo de reverter os graves coeficientes de mortalidade infantil e materna, por intermédio da assistência médico-sanitária, o PSMI focalizava como objeto de suas ações o binômio “mãe-filho” reservando, para a mulher, as ações de assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério. Timidamente, vez por outra, nas reformulações anuais rotineiras realizadas por aquele Programa, eram agregadas orientações, indicando a oferta de ações referentes ao controle da fecundidade.

Estava claro que a política governamental preconizada pelo PSMI restringia-se ao ciclo gravídico – puerperal, tendo como característica a verticalidade, através de estratégias e recursos próprios, havendo, na maioria das vezes, uma desarticulação entre suas propostas, ações e estratégias. Vale ressaltar que também outros programas ministeriais contemporâneos ao PSMI, mesmo oferecendo ações assistenciais dirigidas aos problemas de saúde das mulheres, estavam desarticulados. Essa fragmentação refletia a inexistência de integração das ações de saúde, reforçando a tendência à especialização das profissões médicas. O planejamento das ações oferecidas realizava-se de forma isolada, sendo o desempenho de cada atividade avaliado *per se*, sem qualquer abordagem da eficiência e da eficácia para a saúde do grupo atendido.

Nesse contexto, a mulher torna-se “alvo” de vários programas governamentais que são implementados, de forma isolada e vertical, exigindo que buscasse, em vários momentos, as equipes e prontuários diversificados e separados, tendo como resultado a irracionalidade na organização dos serviços, e o aumento das dificuldades para que ela tivesse acesso ao atendimento, afastando-a ao mesmo tempo, do serviço e do projeto da assistência integral, comprometendo os resultados do impacto sobre a sua saúde (COSTA, 1999).

Nesse caminhar, em 1977, aconteceu a IVª Reunião de Ministros de Saúde das Américas e, no ano seguinte, a Conferência Mundial de Alma Ata e a VI Conferência Nacional de Saúde, mantendo, essas duas últimas, as prioridades dos programas de extensão de cobertura; de tecnologias simplificadas e de capacitação de recursos humanos, que incluíam documentos técnicos para o desenvolvimento do Planejamento Familiar.

Fato importante para o Brasil foi tornar-se, em 1979, signatário da Convenção da ONU sobre “Eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher”, que, ao

ser aprovada pela Assembléia Geral das Nações Unidas, garantia a igualdade aos homens e mulheres, nos seus direitos econômicos, culturais e sociais. Na área da saúde, teve destaque a inclusão de diversos artigos que asseguravam o direito à saúde ao acesso a material informativo, à proteção, à segurança nas condições de trabalho e à saúde reprodutiva, além de medidas que visavam a eliminação de toda forma de discriminação, esclarecendo sobre os direitos iguais tanto dos homens quanto das mulheres no planejamento de suas famílias.

Ao tornar-se nesse mesmo ano membro da Organização Pan-americana de Saúde (OPS), o Brasil participou da elaboração e aprovação do Plano Quinquenal Regional de Ação sobre a Mulher, Saúde e Desenvolvimento (FORMIGA FILHO, 1999).

Apesar de o país encontrar-se no auge do regime militar, com fortes princípios pró-natalistas e prioridades na atenção às gestantes, foi possível a proliferação de entidades ditas “controlistas”. Todo esse investimento, junto com o ritmo da industrialização e urbanização aceleradas, modificou as expectativas reprodutivas das mulheres brasileiras, que passaram a desejar, cada vez mais, famílias menores. A clara dicotomia visível entre o discurso e a prática não trouxe benefícios às mulheres, pois elas continuaram sendo “alvo” de programas que tinham objetivos outros que não seu bem-estar (BRASIL, 2001a).

Com o fim do regime militar e a chegada da “Nova República” (1985), o país passou do “milagre” para o “desastre” econômico, despontando o desemprego e escândalos financeiros, com inflação e dívida interna e externa crescentes, paralelamente ao início de um processo recessivo tanto nacional como internacional, ao aumento da miséria, à fragilidade dos movimentos sociais organizados, excluindo grande parte da população dos seus direitos aos bens sociais como educação, saúde e trabalho.

A participação efetiva e o engajamento das mulheres na luta pelos seus direitos e melhores condições de vida contribuíram não só para impulsionar as decisões governamentais como também para o processo de redemocratização do país e a conquista de ações específicas de promoção da cidadania.

A década de 1980 teve como característica a grave crise econômica, que se tornou palco do processo de redemocratização do país e da conformação de dois grandes projetos político – sanitários: o projeto neoliberal e a reforma sanitária. O movimento pela Reforma Sanitária tinha na sua composição as Universidades, partidos políticos, organizações governamentais e não governamentais, propondo a criação do sistema de saúde, obedecendo aos princípios da universalidade, integralidade e equidade desses serviços para a população (MENDES, 1993).

Embora fosse grande o desejo de atingir aos objetivos propostos, esses tinham comandos e recursos bem definidos pois cabia ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), através do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), a ação curativa em nível hospitalar, e ao Ministério da Saúde (M.S), a responsabilidade pelas ações de saúde pública.

2.1 A CHEGADA DO PAISM

Na tentativa de corrigir muitos problemas que contribuíam para a precariedade do quadro da saúde da mulher brasileira, em 1983, foram formuladas e aprovadas as diretrizes do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM, discutido e planejado no período de transição democrática, sendo resultante da discussão e negociação com o movimento de mulheres, passando a ter como eixo de ação não apenas o corpo biológico e o binômio mãe-filho, mas uma mulher sujeito da sua própria história (BRASIL, 1984). A partir de então, desenvolveu-se um conjunto de conceitos e princípios, capazes de conferir ao sistema de saúde eficácia e qualidade, com impacto nos indicadores de saúde do País e nos aspectos específicos da política de assistência à saúde. Além disso, preconizava a oferta de ações sincronizadas de promoção, proteção e recuperação, ampliando, assim, o então vigente conceito de saúde, fundamentado na concepção da integralidade da assistência, sendo visto na atualidade, junto com o processo de municipalização, como modelo assistencial voltado para o pronto-atendimento da clientela.

Para D'OLIVEIRA (1996), o PAISM constitui-se na primeira experiência concreta de incorporação, nas políticas de saúde, além da dimensão social, a das questões de gênero, tido como modelo capaz de atender às necessidades globais da saúde feminina. Incorpora, além da assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, a assistência à adolescente e à mulher idosa, incluindo a prevenção da gravidez indesejada, o tratamento e a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, o planejamento familiar, a atenção à esterilidade, a educação da mulher em todas as ações dirigidas a ela, o cuidado com a saúde da mulher trabalhadora e as patologias clínicas mais comuns.

O conjunto de diretrizes e princípios que norteavam esse programa exigiu ações e estratégias harmonizadas, destinadas a orientar toda a assistência oferecida às mulheres, independente da faixa etária, etnia ou classe social, abrangendo as demandas específicas do processo reprodutivo, as patologias e situações que envolviam o controle do risco à saúde, o

bem-estar da população feminina e demais necessidades epidemiologicamente detectáveis. A criação desse programa incluiu as práticas de discussão com as mulheres, até então excluídas de todo o processo (COSTA, 1996).

As linhas estratégicas de intervenção nela presentes esclarecem e aperfeiçoam o conceito da integralidade, através do reforço da importância das práticas educativas promocionais, preventivas, de diagnóstico e de recuperação da saúde, indicando também a necessidade de hierarquização dos serviços. As ações educativas, “carro chefe” desse programa, têm o objetivo básico de intervir nas relações de poder das mulheres, nas suas relações assimétricas com os serviços, estimulando-as a se apropriarem de seus corpos, a adquirirem a prática do autocuidado e do controle com sua saúde.

E, assim, essas ações receberam a denominação de Ações Básicas para Assistência Integral à Saúde da Mulher, constituindo-se em elementos centrais que deviam assegurar a assistência e atendimento a esse grupo populacional, em toda a rede de serviços de saúde, desde os níveis mais simples aos mais complexos, compreendendo-o na sua totalidade, com vistas a possibilitar que distintas instituições governamentais, mesmo ligadas a diferentes órgãos, trabalhassem sob orientação única.

As idéias presentes no PAISM repudiavam as políticas demográficas, enfatizando a importância de uma visão mais integrada da mulher, e questionava a relação autoritária que o profissional de saúde mantinha com as usuárias dos serviços (VALLADARES,1999).

Além dessa preocupação, cresciam os discursos centrados na relação entre o número elevado de filhos e a pobreza juntos dos trabalhos científicos de cunho controlista, que apontavam conseqüências maléficas para a saúde da mulher e da criança, relacionadas tanto ao espaçamento reduzido entre as gestações como à multiparidade, principalmente em mulheres de baixa renda.

Vale recordar que o PAISM representa uma iniciativa inspirada nas propostas e experiências do movimento feminista, no que diz respeito à saúde e direitos reprodutivos, que, junto a seus princípios e diretrizes, anteciparam e continuam sendo as principais referências, contando com o reforço dos princípios do SUS da universalidade, integralidade e equanimidade.

A sua implantação heterogênea, em todo o país, contribuiu para dificultar a avaliação do seu impacto global sobre a saúde da mulher, adicionado à complexidade de suas

ações e do grande conjunto de variáveis envolvidas no seu desenvolvimento (BRASIL, 2001a).

Sabemos que, no plano dos conceitos e das políticas para a saúde das mulheres, esse programa satisfaz plenamente. Contudo, serão necessários ajustes e adequações que possam abarcar a dinâmica e a complexa realidade epidemiológica como a AIDS e as doenças cardiovasculares entre as mulheres, vindo a representar mais um desafio diante das estratégias do sistema de saúde.

A reforma sanitária embasou a formulação programática do PAISM, o qual teve seus princípios contidos no SUS, fazendo dele o primeiro e talvez, ainda, único programa de saúde adequado aos princípios da descentralização, recusando as estratégias verticalizadoras nas suas bases conceituais e doutrinárias. Apesar dessa afirmativa, o nosso país ainda não conseguiu romper com a cultura dos programas verticais, já que o M. S. continua com suas estratégias de ação de forma centralizada e desarticulada.

Buscando resolver os velhos problemas, em 1996, o M. S. em parceria com a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização Pan – americana de Saúde (OPAS) lançou o Projeto Maternidade Segura, que pretendia reduzir a mortalidade materna e perinatal, através da melhoria da assistência ao parto e ao recém - nascido. Apesar de essa iniciativa vir ocorrendo nos últimos anos em nível federal e estadual, a segmentação entre a rede básica e os hospitais e a intervenção excessiva sobre o parto continuam desrespeitando os direitos básicos da cidadania e colocando em risco a vida de mulheres e recém-nascidos (BRASIL, 2001a).

Apesar de o PAISM ser rotulado como uma das mais importantes políticas públicas de saúde do Brasil, ele vem passando por dificuldades profundas em razão do quadro político do país e das dificuldades gerenciais e financeiras que continuam debilitando o setor da saúde.

Em razão da magnitude dos problemas, para que esse programa se consolide, de fato, é necessária uma mobilização por parte do poder público, junto com a assunção pela sociedade, da responsabilidade coletiva como dever do estado e direito das mulheres ao exercício de cidadania.

As pressões advindas das Conferências Nacionais de Saúde, concomitantes com diversos compromissos assumidos internacionalmente, vêm mantendo o PAISM a duras penas, até os dias atuais. Para sua consolidação como direito de cidadania na saúde, esse

deve ser entendido como uma política para assistência às mulheres, no contexto do SUS, que tenha como resultado final de sua implementação a qualificação da assistência e a melhoria dos níveis de saúde da população feminina.

2.2 ENCONTROS E DESENCONTROS

A implantação do SUDS – Serviço Unificado e Descentralizado de Saúde e a elaboração da nova Constituição Federal no Congresso Nacional foram simultaneamente iniciadas, em 1987, processos estes, influenciados pelo relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, considerado o evento político – sanitário mais importante da década, por confluir todo o movimento encetado desde o início dos anos 1970 (MENDES,1999).

O desejo de corrigir as distorções presentes conduziu o Governo às reformas parciais, através das Ações Integradas de Saúde (AIS) e, posteriormente do SUDS. A criação, em 1987, do SUDS, representou um passo decisivo no processo de descentralização, redefinição de papéis e atribuições entre os níveis federal, estadual e municipal.

Inspirado nos debates que vinham se desenvolvendo na sociedade, foi grande o sucesso alcançado com a inclusão, no texto constitucional, de uma seção sobre a saúde. Com sua aprovação, em 1988, na Assembléia Nacional Constituinte, sua operacionalização e regulamentação foi incluída na Lei Orgânica da Saúde, que determina, organiza e define o funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS.

O SUS é, então, implantado, tendo como fundamento da sua organização, a descentralização com direção única e o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e da participação da comunidade. O artigo 198, inciso III da Constituição Federal, traz no seu bojo a determinação das ações e serviços do SUS, organizados de acordo com seus princípios e diretrizes, que se baseiam na universalidade, na equidade e na integralidade, de forma equitativa e integral e que venham a garantir a resolutividade dos agravos individuais ou coletivos de saúde

Esses princípios, além de terem sido consolidados nessa Constituição, foram posteriormente referendados na IXª Conferência Nacional de Saúde, em 1992, que vislumbrava a municipalização como caminho para a implantação do SUS.

A crescente participação do movimento de mulheres no espaço público, e nos vários conselhos, incorporou a saúde reprodutiva em seus programas de ação,

transformando-se, então, em um dos principais objetivos do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), que atuava em consonância com o movimento de mulheres. Dentro das ações desenvolvidas, conjuntamente, destacamos a elaboração da Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes.

Apesar da atuante participação do movimento organizado de mulheres, este se encontrava desarticulado, propiciando novas formas de articulação, a exemplo das Organizações Não Governamentais (ONGs) e dos núcleos de estudos nas universidades, que retomaram e aprofundaram, de forma mais amadurecida, as discussões políticas acerca da saúde da mulher.

Esperançoso por dias melhores, o povo brasileiro percebia que o governo, se encontrava entre dilemas e desafios frente aos grandes problemas que o país enfrentava, como a baixa qualidade de vida, decorrente do crescimento econômico dependente, políticas públicas ineficientes, fuga de capitais, alto índice de desemprego, endividamento estatal, miséria e violência crescentes, que impossibilitavam que crianças e jovens das classes menos privilegiadas pudessem romper a cadeia da reprodução da pobreza. Devemos considerar também que grande parte da violência explícita ou sutil, produzida pelo enorme desequilíbrio social e das condições agressivas de vida, tem reflexo em todos os níveis de relações.

Para Vieira (2001), a existência nos anos 1980 dos extremos nos múltiplos níveis de escala entre a riqueza e a pobreza, contribuía para que houvesse um distanciamento entre esses extremos, com várias categorias de ricos e pobres. Para ele, esse quadro apontava, então, a necessidade de reforma do Estado, de forma a torná-lo mais ágil para desempenhar as funções que são de sua competência, como a prestação de assistência mínima àqueles que se encontram excluídos do mercado; a manutenção do direito de propriedade; a responsabilização pela segurança e o exercício da ação reguladora.

Apesar da carência de políticas sociais, as políticas dispostas, até então, mostravam um governo instável, com baixa hegemonia, baixo consenso, exibindo políticas sociais e econômicas muito fugazes.

Nessa segunda metade dos anos 1990, ouvimos falar muito do neoliberalismo, expressão imprecisa, que pretende designar a fase do desenvolvimento capitalista marcada pela explosão financeira, e negação do Estado mínimo. Esse período vem acompanhado da extensão do sistema produtivo, que atinge vários países, provocando o desemprego pelo desaparecimento dos postos de trabalho e, em consequência, aumentando o exército industrial de reserva (VIEIRA,2001).

Mesmo com essa situação desfavorável, o Brasil conseguiu criar serviços sociais, embora fossem setorizados, fragmentados e emergenciais. Contudo, em decorrência da crise orçamentária, da ideologia dos defensores do livre mercado, o Estado é levado a desmontar ou substituir esses serviços.

A década que se inicia neste novo milênio é mais animadora que a anterior, marcada pela corrupção e pelo “impeachment” presidencial, deixando o povo brasileiro com o sentimento de ter sido enganado frente às promessas de moralização pública, equilíbrio social e modernidade da nação. O período que se seguiu deixou como herança uma situação de pós-guerra, com uma realidade social cruel e um Estado próximo da falência, porém, com esperança de mudanças que resultassem na melhoria da qualidade de vida de todos os brasileiros.

Na atualidade é possível observar um descompasso entre o quadro sanitário e o nível econômico atingido pelo país, com a presença das disparidades regionais entre grupos populacionais (no que se refere ao risco de adoecer e morrer), que vem contribuindo, cada vez mais, para o agravamento das condições de saúde de grande parte da população.

Nesse sentido, é possível observar que, apesar do alto investimento em tecnologia e na formação de recursos humanos, as doenças decorrentes da pobreza e da desnutrição ainda não foram resolvidas de forma satisfatória. Ao lado disso, problemas resultantes da falta de recursos humanos e do sistema de educação e infra-estrutura para o desenvolvimento apropriado da ciência e da tecnologia têm contribuído, de forma negativa, para a efetivação de programas que pudessem modificar a realidade na área da saúde, com base na universalidade, equidade e integralidade. No plano técnico, a integralidade é considerada como a necessidade de incluir diversas práticas do sistema de saúde nos diversos níveis de assistência, reconhecendo, porém, as especificidades dos sujeitos (SCHRAIBER et al. 2000).

Entendendo que, só o fato de aderir ao conceito abstrato da integralidade não garantirá a sua transformação prática, Schraiber destaca como uma limitação para a realização da integralidade a ruptura que se observa entre a declaração de intenções e a produção concreta do cuidado à saúde, já que “essa interrupção de continuidade manifesta-se na lei que não se cumpre, nas normas que não se tornam vida vivida, nos programas que não se realizam” (SCHRAIBER, et al. 2000, p. 18).

Afirma, ainda, que isso se dá porque quem enuncia a lei, quem trabalha com as normas e quem formula os programas, dificilmente tem a percepção da sua abrangência e dos

limites da conexão entre o poder e o espaço do outro. Isso está implícito, como exemplo, nos conceitos e princípios contemplados nas políticas públicas, como no da equidade e no da universalização, que têm dificuldades de ser traduzidos na prática cotidiana de planejamento e gerência, limitando a prestação da assistência aos cuidados efetivos, em vez de serem ampliados ao alcance da prevenção e da promoção da saúde.

As mudanças atuais nos modelos de assistência à saúde, vêm ocorrendo não somente por um problema de custos, mas também por conta da capacidade resolutiva das patologias, buscando romper com as formas antigas de intervenção, de modo a possibilitar uma assistência integral com novas formas de ação. Além desse grande desafio a ser enfrentado, deve a integralidade das ações constituir-se na atualidade, na principal preocupação dos profissionais e dos serviços de saúde (SCHRAIBER, et al. 2000).

O Programa de Saúde da Família (PSF), implantado desde 1998, surge como eixo estruturante de um modelo de atenção e reorganização da prática assistencial, tendo como suporte a dinâmica das necessidades do núcleo familiar, buscando, mais uma vez, romper com o modelo atual pautado no assistencialismo, no curativismo, na medicalização e hospitalização (BRASIL, 1998, p. 10).

Mesmo considerando interessantes os aspectos das propostas e estratégias desse programa, podemos observar seu lado perverso para as mulheres, já que o cuidado com a família continua sendo de sua inteira responsabilidade. Essa situação conta com o reforço dado pelo Banco Mundial, ao intervir privilegiando o investimento para as mulheres, objetivando a melhoria da vida familiar, ou melhor dizendo, da vida das crianças, dos idosos e outros componentes da família. Além do mais, o modelo existente de atenção à saúde, com ênfase nos modelos biologicistas e curativos, com poucas ações dirigidas à promoção e à prevenção da saúde, não dará conta de outras questões das mulheres, como a carga de trabalho, a sua morbidade específica e a qualidade precária de vida da maioria delas (SCHRAIBER, et al. 2000).

As mulheres de todo o mundo vêm, nas últimas décadas, tendo uma participação efetiva como legítimas representantes e condutoras de questionamentos fundamentais sobre sua condição e sua cidadania. Como marco importante destacamos a I Conferência Internacional da Mulher no México, em 1975, sendo seguida pelas de Copenhague, em 1980, de Nairóbi, em 1985, a do Cairo em 1994 e a Conferência Internacional da Mulher, realizado na China, em 1995.

No Brasil, as mulheres têm participado ativamente desses eventos como interlocutoras e articuladoras, inspiradas nos princípios gerais de luta, em questões de políticas públicas e de saúde, pela democratização do país e pelo respeito às liberdades individuais e civis. A sua participação nos movimentos sociais vem ocupando as diversas instâncias institucionais de controle social da saúde (conselhos de saúde, conferências, entre outras), consolidando alianças necessárias para a implantação e implementação plena do PAISM.

Importantes eventos destacaram-se em nosso país, pela sua magnitude e impacto, como o Encontro Nacional Mulher e População, preparatório para a conferência no Cairo realizado em 1993 no Congresso Nacional em Brasília e a Conferência Internacional de Saúde da Mulher no Rio de Janeiro, em janeiro de 1994.

Um outro exemplo histórico do poder de pressão das mulheres e de sua capacidade de organização, foi a sua participação na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), realizada em 1994 no Cairo, onde foi estabelecido um novo paradigma, deslocando e discutindo, com ênfase, as teses relativas à saúde e direitos reprodutivos, colocando o “empowerment” da mulher como um valor em si mesmo e como variável estratégica (PITANGUY, 1999).

E, nesse processo de luta, vale ressaltar os debates ocorridos na Conferência do Cairo, em 1994, que apontaram uma lógica distinta, marcada pela discussão sobre a desigualdade entre os sexos, a luta contra a pobreza, as reivindicações dos movimentos religiosos e a busca de identidade cultural.

Nesse evento, evidenciaram-se posições antagônicas entre os defensores de sociedades laicas e os de concepções teocráticas ou fundamentalistas. Ao lado dos defensores dos direitos sexuais no campo da reprodução e da sexualidade havia aqueles que consideravam como atribuição dos estados a restrição desses direitos, em nome de valores culturais e religiosos, conseguindo imprimir profundidade aos debates dos valores sociais e morais relativos à vida, à sexualidade e à morte, em busca de um consenso internacional. Essa discussão foi em parte provocada e sustentada pela forte presença do movimento feminista, que jamais havia alcançado tanto prestígio em âmbito internacional (COSTA, 1999).

A participação na Conferência de Beijing, em 1995, ofereceu oportunidade para que as mulheres de diversas partes do mundo se organizassem em redes e articulações, em debates nacionais e internacionais, que resultaram na elaboração de documentos e possibilitaram o estabelecimento de interações com os governos. Essas participações

ampliaram o marco internacional de direitos humanos e forneceram instrumentos que permitiram apoiar e legitimar o trabalho do movimento de mulheres em nível nacional.

Apesar de todo investimento é possível perceber nas políticas públicas de saúde, dessa década, um certo grau de antagonismo entre a crescente liberalização da economia, o desmonte de algumas políticas públicas e o avanço do modelo neoliberal nos últimos governos (CAMPOS, 2001).

E, nesse contexto, a despeito de existirem garantias legais e formais tanto para o SUS quanto para o PAISM, é imprescindível para sua segurança, além da sua construção cotidiana, que seja esclarecido de que modo a sociedade civil e os setores do aparelho de estado, conseguiram antepor-se a todos os obstáculos, garantindo a implantação, ainda que parcial do sistema, nas instituições do SUS em todos seus níveis, que, provavelmente, só será assegurado com uma prática eficaz a partir do controle e da pressão dos movimentos sociais.

Vale a pena lembrar que a implantação do SUS, na constituição de 1988, teve como fundamento principal o descontentamento com as injustiças existentes no sistema de saúde brasileiro. Objetivando amenizar o custo financeiro com a saúde da população pobre, e mesmo com a introdução da gratuidade universal, o problema ainda não foi resolvido. A estrutura atual do sistema, não garante ainda um modelo de oferta de serviços que permita amenizar o orçamento familiar e melhorar as condições de saúde dos grupos de mais baixa renda (MÉDICI, 1999).

Para Mendes (1999), a crise da saúde obedece a razões estruturais, e sua superação exige mudança substantiva no modelo médico vigente, o que implica na construção social de um novo sistema, que seja fundamentado numa concepção positiva de saúde como qualidade de vida, em um novo paradigma sanitário na produção social da saúde como também em uma nova prática sanitária de vigilância da saúde, que envolva mudanças políticas, culturais e cognitivo-tecnológicas. A necessidade dessa nova agenda, resultante de discussões substantivas e globais de nossa realidade sanitária, dependerá de um conjunto de transformações tanto gerenciais quanto assistenciais, desde que preserve os princípios do SUS.

Há um consenso na sociedade brasileira de que, sem uma profunda reforma do Estado, não é possível superar a crise nacional, estando as divergências em como fazê-la e sobre em qual grupo recairá o ônus dessa imprescindível reforma (MENDES, 1999)

Reconhecidamente, nesse período de grave recessão econômica, o setor saúde é o mais prejudicado. Laurenti acredita que, para o alcance dos princípios que norteiam o SUS, é necessária a implementação de uma política economicamente justa, que possibilite melhoria na condição de vida da maioria da população. Nesse sentido, a municipalização, como parte do processo de descentralização da gestão do sistema de saúde, que supõe uma reestruturação do poder, é vista como o único caminho para alcançar a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde enquanto componente dos direitos humanos, assegurados na Constituição Brasileira, posição essa que compartilhamos (YUNES et al. 2000).

Soares (2001) está de acordo com essa afirmativa e considera o SUS como o único sistema público universal da América Latina que apesar das suas restrições e problemas, continua sendo a única alternativa para a parcela majoritária da nossa população. Acredita ser necessário retomar a sua defesa, resgatando seus princípios constitucionais de universalidade, integralidade e acesso igualitário a todos os níveis de complexidade do sistema, ação essa de extrema importância face ao explícito e implícito processo de desmonte que o nosso sistema de saúde vem sofrendo na atualidade (SOARES, 2001).

Apesar disso, é visível que o processo de municipalização tem propiciado avanços bastante significativos para a área da saúde nas três esferas de governo, com a participação do movimento de mulheres, que tem mobilizado, proposto e estabelecido diálogo, nas diferentes instâncias da esfera governamental, a exemplo da sua ampla participação na Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (CISMU), nos Conselhos Nacionais, Estaduais e Municipais dos direitos da Mulher e nos Comitês de Estudo da Mortalidade Materna.

As políticas de ajuste, determinadas em âmbito federal, têm trazido enormes limitações para as unidades da federação, em particular para os municípios, frente as crescentes demandas sociais e de saúde — cujos indicadores se encontram abaixo dos países latino-americanos mais pobres que o nosso — o que tem gerado grandes iniquidades, e elevado o quadro de desigualdade social. A política de saúde não está imune ao contexto neoliberal imposto ao nosso país na década de 1990, que tem resultado em restrição financeira e redução sistemática do gasto *per capita* em saúde no Brasil (SOARES, 2001).

Simultaneamente a isso, vemos que a descentralização que ora se institui toma para si um processo de municipalização a qualquer preço, totalmente distinta daquela proposta pelo SUS, que previa autonomia real das unidades federadas, com um esquema de

financiamento e repasse de recurso compatível com o gradual repasse de encargos, além da responsabilidade compartilhada entre os três níveis de governo.

Além dessa questão, o Banco Mundial avalia que as reformas constitucionais implementadas no Brasil, na última década, deram-se de forma errada ao transferir seu papel para o município já que essas são

algumas funções que não deveriam de forma alguma ser descentralizadas [...] o papel central dos estados que são, potencialmente os agentes mais importantes do sistema [...] a assistência terciária assim como as funções de planejamento, são executadas de forma mais eficiente no nível estadual, do que no municipal (BANCO MUNDIAL, 1995, p. 31).

Na lógica da regionalização e hierarquização do sistema de saúde, objetivando assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos da cidadania, o Ministério da Saúde, pela Portaria/GM n.º 569, de 1/6/2000, baseado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto, instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Este programa constitui um importante instrumento para a organização e estruturação de redes de referência para o atendimento às gestantes nos municípios (BRASIL, 2000c).

Ao assumir, frente aos organismos internacionais, o compromisso com a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e a prioridade na área da saúde, com as políticas dirigidas à atenção integral à saúde da mulher e da criança, o Ministério da Saúde realizou em Brasília, em fevereiro de 2004, o Seminário Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Este encontro resultou numa proposta de indicadores e estratégias para a adoção e execução, pelos diferentes atores sociais, do Pacto Nacional pela Redução de Morte Materna e Neonatal, a partir do entendimento de que as altas taxas de mortalidade materna e neonatal representam uma violação dos Direitos Humanos de Mulheres e Crianças e um grave problema de saúde pública, com maior prevalência entre mulheres e crianças de classes sociais menos favorecidas (BRASIL, 2004 a).

Considerando a saúde da mulher uma prioridade do atual governo, o Ministério da Saúde, junto com diversos setores da sociedade, elaborou o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes” que subsidiou a elaboração do Plano de Ação 2004-2007, esperando construir um consenso nacional, em torno da necessidade do desenvolvimento de políticas públicas de saúde para a mulher, de forma integrada, considerando a diversidade dos 5.561 municípios.

Objetiva, com este plano, a implementação de ações de saúde que reduzam a morbimortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas preveníveis e evitáveis; ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde e promover a melhoria das condições de vida das mulheres, mediante a garantia dos direitos humanos. É uma proposta de construção conjunta e de respeito à autonomia dos diversos parceiros e que deve nortear as ações de atenção à saúde da mulher brasileira para o período 2004 – 2007, possibilitando a esta alcançar o acesso aos meios e serviços de atenção à saúde, como um direito de cidadania e avançar nas demais conquistas (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2004c).

2.3 DESAFIOS A SEREM ENFRENTADOS

Embora tenhamos clareza de que a organização do sistema de saúde não atende de forma integral tanto aos homens quanto às mulheres, em razão do tipo de estrutura e dos mecanismos estabelecidos por esses serviços, devemos reconhecer que as mulheres são as que mais sofrem com as inadequações dos cuidados.

Mulheres com menos renda e instrução e com problemas reprodutivos enquadram-se nas elevadas taxas de mortalidade, com menos acesso aos serviços de planejamento familiar, assistência ao pré-natal e ao parto assistido. Nessa virada de século, um dos grandes problemas da saúde da mulher reflete-se principalmente na necessidade de programas mais focalizados e da elevação da equidade do que propriamente nos da expansão de cobertura, pois é grande a desigualdade nas regiões mais pobres sobretudo entre os grupos de baixa renda, para os quais a elevada mortalidade materna constitui um grande desafio a ser enfrentado.

Apesar da longa caminhada, podemos perceber que a preocupação com a mulher, antes restrita às questões reprodutivas, mantém-se até os dias atuais, já que de modo geral, não são observados atendimentos a outras necessidades como as decorrentes da violência doméstica, da hipertensão arterial ou do câncer, entre outros.

Tudo isso sem levarmos em conta seus sentimento silenciosos, suas dúvidas, insegurança e ansiedade, associadas à imposição de responsabilidades no curso do seu destino de mãe e provedora de vida, pelo processo de gerar, parir e aleitar (SILVA, 1997).

Vale destacar que os indicadores de saúde da mulher têm apresentado evolução positiva nestes últimos dez anos, embora as taxas de mortalidade materna registradas no Brasil ainda continuem elevadas diante dos padrões aceitáveis para os países desenvolvidos,

tendo como fator contributivo as dificuldades para o acesso aos serviços de pré-natal, parto assistido e assistência puerperal, e a atenção pouco qualificada.

A atenção materno-infantil assumiu importância não só pelo elevado número de pessoas (70 % da população), mas pelo risco epidemiológico e por significar força de trabalho e mão-de-obra barata, capaz de atender as exigências do capital.

Conforme destaca Duarte, a melhoria da qualidade da assistência à saúde para as mulheres e a ampliação do acesso aos serviços de saúde só serão efetivadas, a partir da organização da “porta de entrada do sistema”, e do fortalecimento da atenção básica, com o aperfeiçoamento de novas práticas de promoção da saúde, que possam reverter a lógica da assistência curativa, ainda predominante. Indica também, a necessidade de

ampliação de programas que estimulem a constituição de novos modelos assistenciais e que permitam pensar na intersetorialidade, assim como na integração com a comunidade, para que esta possa exercer efetivamente o controle sobre os serviços prestados e possa contribuir para a definição de novas práticas e políticas de saúde mais justa (LAGO et al., 2000 p. 12).

A área da saúde, enquanto área social, constitui-se hoje no terreno mais conflitivo e exposto da nossa sociedade, por estar a mercê das condições econômicas e das restrições financeiras, impostas pelas políticas de ajuste neoliberal (SOARES,2001).

O contexto real da atual Política de Saúde Brasileira “não pode ser ignorado sob pena de cairmos no reducionismo de soluções tecnocráticas para o setor de saúde e na aceitação acrítica de programas federais, verticais e autoritários, travestidos de ‘inovadores’ e ‘modernos’ ”(SOARES,2001, p.45).

Dentre outras dificuldades, têm relevância a necessidade de definir o que as mulheres querem para o futuro, a sua participação nas lutas que virão, o seu desempenho enquanto interlocutoras e debatedoras em eventos significativos para elas, que resultarão em passos importantes e contribuirão para a eficiência e eficácia dos serviços públicos de saúde, não só para as mulheres, mas para todos os brasileiros.

Concordamos que, sem levar em consideração,

um modelo assistencial que tenha como pilares a justiça, a equidade e o acesso universal, qualquer política pública de saúde, de ciência e de tecnologia que pretenda conferir maiores oportunidades de vida com dignidade e autonomia para populações tradicionalmente alijadas dos direitos de cidadania social e política, será inviabilizada (OLIVEIRA, 1999).

Evidentemente, não podemos aguardar que as medidas estruturais, necessárias à resolução dos graves problemas econômicos e sociais do país, sejam totalmente resolvidas para depois se resolver os problemas do setor de saúde contudo, na busca de resolver os problemas específicos de saúde de determinados grupos populacionais — a exemplo do grupo das mulheres —, é importante que não percamos a dimensão da real profundidade que tem a interferência das questões político-econômicas e sociais no setor de saúde (BRASIL, 2001a).

Nesse entendimento, entre os vários desafios que os profissionais de saúde têm pela frente, destacamos, além da oferta de serviços que não atende à demanda, e a disponibilidade dos profissionais feitas de forma inadequada, no que diz respeito à equânime distribuição e acesso da população.

Ao lado de todas as investidas para a melhoria das condições de saúde das mulheres, sabemos que, embora elas continuem lutando e influenciando as políticas através da sua participação efetiva em órgãos governamentais, ainda há muito a fazer nesse percurso.

Na saúde, a utilização da perspectiva de gênero no tratamento dessas questões vem ocorrendo desde a década de 1980. Essa nova abordagem estruturou-se em torno da mobilização pelo PAISM que, dentre vários princípios, comportava a autodeterminação das mulheres, introduzindo o conceito da integralidade. Além disso, é importante a compreensão das formas como os micro-poderes representam o gênero e fazem uso deste para enunciar as normas das inter-relações ou para construir o significado de experiência.

Em síntese, vemos que as políticas de saúde da mulher sofreram mudanças significativas desde os primeiros programas, que enfocavam a tradicional assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, com maior preocupação voltada para a proteção da criança.

A criação do PAISM, em 1983, representou a primeira experiência concreta de incorporação, nas políticas de saúde, da dimensão social voltada para as mulheres, sendo até hoje inspiração e referência na luta pela equidade de gênero. Enfatizava a importância de uma visão mais integral da mulher em todas as fases do ciclo biológico, incorporando as práticas educativas em todas as ações dirigidas a ela, incluindo os cuidados com a saúde da mulher trabalhadora e as patologias clínicas mais comuns, levando em consideração sua individualidade, necessidades e direitos, sem discriminação de raça e classe social (COSTA; AQUINO, 2000; BOARETTO, 2000).

Mesmo com duas décadas de recomendação desse programa, para a necessidade de se ultrapassar a dimensão procriativa, que possibilite à mulher ter autonomia nas decisões

concernente ao seu corpo e à sua saúde, de modo geral, na prática, essas mudanças ainda não se efetivaram.

Embora os princípios do PAISM se igualem aos do SUS — universalidade, equidade e integralidade e a luta pela sua implantação em todo país constitua um desafio, as idéias nele contidas ainda se mantêm, sendo referência para o movimento de mulheres, bem como para a maioria dos gestores municipais (COSTA, AQUINO, 2000).

Nogueira (2000) afirma que a luta pela equidade, que deu origem ao SUS nos anos 1980, está associada à categoria de integralidade. Contrapõe-se à indicação de algumas agências internacionais que recomendam, para seu alcance, o atendimento aos (as) mais carentes. Para esse autor, essa categoria constitui-se numa forma substantiva de combater certas práticas que negam a condição de cidadania.

Tal afirmativa vai ao encontro do conceito de assistência integral preconizado pelo PAISM, o qual não se resume à soma articulada de ações ou programas, mas que

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

Para Costa e Aquino (2000), apesar de todo o investimento do Governo nas questões da saúde, as políticas e programas tanto segmentam e focalizam os problemas de saúde quanto recuperam determinadas modalidades de assistência ou de clientela, penalizando, respectivamente, os princípios da equidade e da integralidade.

Ademais, na grande maioria dos municípios brasileiros, a consolidação do PAISM tem enfrentado muitas dificuldades. A institucionalização da assistência não tem dado conta de corrigir as inadequações ou falhas constantes, resultando na deficiência da qualidade dos serviços de saúde oferecidos às mulheres no ciclo gravídico-puerperal e ao recém – nascido. Embora em sua quase totalidade os partos ocorram em ambiente hospitalar, a inexistência de leitos suficientes e/ou de um sistema de referência formalizado para o parto obriga as mulheres a perambularem por maternidades até que consigam uma vaga para internação, o que, muitas vezes, coloca em risco a sua própria saúde e a de seu bebê ou até mesmo o encaminhamento tardio, em razão de alguma intercorrência, para hospitais de maior complexidade, principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do País (BRASIL, 2004a). Ao lado de toda a dificuldade, a mulher no momento do parto é tratada com hostilidade, distanciamento que a fragiliza e causa muita angústia e sofrimento.

Entre os problemas já apontados desde a criação do PAISM, o acesso ao cuidado continua deficitário, não atendendo à demanda em muitos municípios brasileiros. Essas dificuldades contribuem para que as desigualdades de acesso anulem a igualdade de direitos.

Além disso, o exercício da autonomia, como um dos objetivos da ação educativa, não vem sendo realizado a contento. Infelizmente os serviços de saúde não vem instrumentalizando a mulher para realizar melhores escolhas, nem estimulando a reflexão sobre sua realidade cotidiana, a troca de experiências, o esclarecimento de dúvidas enfim, não vem lhe possibilitando opções mais autônomas, como, por exemplo, do número de filhos que deseja ter; a do exercício da capacidade de autodeterminação para pensar, agir e participar das ações sobre seu próprio corpo (BOARETTO,2000).

Percebemos também que, na construção desse modelo de ação programática, ainda almejamos alcançar a integralidade, incorporando a noção da mulher como sujeito para além do modelo biológico, numa perspectiva holística de saúde.

A estratégia de implantação do PAISM continha a preparação dos profissionais de saúde e a adequação estrutural, recomendando ainda que a assistência ao parto e ao puerpério imediato deveria compreender um conjunto de ações harmônicas integradas, que proporcionasse assistência adequada ao trabalho de parto, puerpério imediato e assistência neonatal, evitando acarretar danos à mulher ou ao conceito, na perspectiva da assistência integral (BRASIL, 1984).

Na prestação da assistência, a “feminização” do setor saúde é uma realidade e representa a maioria dos que prestam e utilizam esses serviços. Em relação à enfermagem brasileira, é visível sua heterogeneidade, parecendo caminhar como uma profissão com diversos níveis de competência técnica. Além do mais, ela pode ser caracterizada como verdadeiro gueto feminino, pois representa mais de 65% da força de trabalho em saúde no país e é exercido por mulheres em 90% do total de profissionais, sendo no seu desenvolvimento, marcada por conflitos intracategorias, por relações de poder e competição, mostrando, em parte, o monopólio da produção do conhecimento e do exercício em si (PAIVA et al., 1999; FONSECA, 1996).

Em nossa prática profissional, temos observado que a relação profissional de saúde/usuária continua sendo autoritária, apontando uma clara deterioração dessa relação, em específico neste estudo, centrado no Alojamento Conjunto, comprometendo a qualidade do cuidado. A tradicional assimetria das relações de poder entre essas profissionais — detentoras

do saber e as usuárias — ignoradas no seu saber e experiência de vida, ainda não foi superada.

Concordamos com Costa, Aquino (2000) ao afirmar que as relações sociais estabelecidas entre essas profissionais de saúde — e acrescento as profissionais de enfermagem e as mulheres, são pontuadas pelo poder masculino e pela ideologia de gênero, incorporando práticas e posturas profissionais “duras”, discriminadoras e não solidárias, que se refletem em comportamentos e atitudes frias, distantes, sem acolhimento e senso humanitário.

O modelo assistencial vigente, ao transformar as mulheres em consumidoras, na maioria das vezes, passivas das ações dos profissionais de saúde, mostra o seu distanciamento da perspectiva de gênero, implícita nas bases conceituais do PAISM. A assunção da integralidade e das estratégias para a desconstrução dos papéis sociais fundamentados nas relações de gênero, por parte dos profissionais de saúde, parece-nos ser um caminho a ser percorrido, e que, apesar de requerer mudanças profundas, trará benefícios incontestáveis para toda a sociedade.

Como podemos ver, possuímos instrumentos norteadores para atender às necessidades das mulheres no puerpério e essa é uma das finalidades da instituição de saúde — a Maternidade. Caberá, portanto, às instituições de saúde, por meio dos seus profissionais, adotarem medidas e procedimentos benéficos para o acompanhamento do parto e do puerpério, tratando a mulher, sua criança e seus familiares de forma ética, gerando estratégias e práticas complementares e solidárias.

Mediante a escuta da voz das mulheres, daremos a elas a oportunidade de expressarem as suas necessidades. Além disso, é necessário que elas sejam informadas e orientadas em relação às leis, à organização dos serviços, aos problemas de saúde que as afligem e aos cuidados para a promoção da sua saúde. Essas ações possibilitam, basicamente, intervir nas relações de poder assimétricas entre as mulheres e as (os) profissionais de saúde, estimulando-as a se apropriarem de seus corpos, a adquirirem a prática do autocuidado e do controle de sua saúde e de sua criança, o que lhes daria mais tranquilidade e segurança e lhes possibilitaria exercer seus direitos enquanto cidadãs.

Nessa perspectiva, acreditamos que o atendimento à mulher no Alojamento Conjunto, deve ser visto como um processo, que transcende o cuidado do conjunto, mulher - criança, sem priorizar ou escolher uma (a criança) ou outra (a mulher), procurando atender às suas necessidades, de forma integral.

3 METODOLOGIA

3.1 GÊNERO COMO ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

3.1.1 Gênero e poder permeando a maternidade

O uso do enfoque de gênero na saúde apresenta-se como uma tendência atual, capaz de abrir novas frentes de estudos e resolução de problemas, ao interferir diretamente na mudança dos modelos assistenciais, a partir das discussões e maiores subsídios teóricos e práticos. A realização da análise do processo saúde — doença, nesta perspectiva, permitirá introduzir novos elementos à noção de causalidade das doenças, a partir da assunção de pressupostos de diferenciações dos processos de adoecimento e morte como resultado das relações de gênero (NASCIMENTO, FERREIRA. 1995).

Nesse sentido, permite a ampliação da compreensão de diversos aspectos relacionados à saúde, visto que, tanto a morbimortalidade se dá de forma diferente, tanto para os homens quanto para as mulheres, seguido de diferentes graus de acesso aos recursos de atenção à saúde; amplia a discussão dos problemas relacionados à saúde materna, a partir dos conceitos de saúde reprodutiva/direitos reprodutivos, dando subsídios para que a mulher possa adquirir autonomia em relação ao seu corpo e ao direito de decidir sobre sua sexualidade e vida reprodutiva; contribui nas discussões que utilizam o conceito de integralidade, entre outros, que resulte na realização de estudos que tragam à tona novas articulações entre saúde das mulheres, trabalho, saberes, demandas e práticas de saúde (NASCIMENTO; FERREIRA, 1995).

O alcance dessas possibilidades se dará na medida em que esse enfoque permite o reconhecimento da identidade do sujeito, permitindo-lhe a formação de uma consciência crítica capaz de estimular o exercício da cidadania e pensar na construção de uma sociedade mais igualitária. Sendo assim, o planejamento, organização e desenvolvimento das práticas formais de saúde, na perspectiva de gênero, devem procurar, como refere De Los Rios e Gomez (1993), identificar e modificar as ações estruturadas com base nas relações desiguais de gênero, com a finalidade de eliminar as desvantagens das mulheres na satisfação de suas necessidades e interesses em saúde.

As autoras indicam, também, a necessidade de fornecer ferramentas de conhecimento às mulheres para que estas possam identificar e influenciar as decisões relacionadas com a assistência em saúde e aos provedores de saúde, de modo a lhes proporcionar a capacidade de manejar os problemas de saúde segundo critério científico, levando em conta as construções sociais de gênero.

Apesar de toda a evolução e participação da mulher no espaço público, na atualidade, vemos que as mulheres continuam a maternar, inclusive com maior responsabilidade sobre a criança, do que em outras épocas, pois a sociologia e a psicologia, ao enfatizarem a importância das relações mãe – filho para o desenvolvimento da criança, além de manter a mulher atrelada a essa função, colocam sobre ela uma carga emocional muito grande, ao salientar sua responsabilidade no desenvolvimento desse novo ser e futuro cidadão (CHODOROW, 1990).

O entendimento da articulação entre gênero e poder nos conduz à compreensão da existência em nossas vidas de diversas formas de poder, que se superpõem dinamicamente e, ao nos depararmos com os conflitos ou rupturas do nosso cotidiano, essa abordagem nos possibilita valorizar e desenvolver ações concretas de contestação e críticas.

E nessa dualidade em busca do poder, Foucault (1999b) enfatiza que as relações de poder existentes na sociedade só podem ser exercidas sobre sujeitos livres, os quais conjuguem a capacidade de agir sobre a ação do outro e o reconhecimento como sujeito da ação, diferentemente da dominação, implicando numa relação de poder flexível e simétrica, com possibilidade de resistência(s), enquanto estratégia concreta de reação.

O poder na vida cotidiana das pessoas categoriza o indivíduo; marca a sua própria individualidade; ligando-o a sua própria identidade e impondo-lhe uma verdade que deve ser conhecida por ele próprio e pelos outros. É uma forma de poder que faz dos indivíduos sujeito a alguém pelo controle e dependência, e preso a sua própria identidade por uma consciência ou autoconhecimento. Em qualquer forma, é um poder que o (a) subjuga e o (a) torna sujeito (a) a (FOUCAULT, 1995).

Para esse autor, as relações de poder precisam ser diferenciadas das relações da comunicação verbal ou de qualquer meio simbólico. As relações de poder, de comunicação e capacidade objetiva compõem os três tipos de relação que estão imbricados uns nos outros sem contudo, serem uniformes nem constantes. A comunicação é uma forma de agir sobre o(a) outro(a), sendo que os elementos significantes podem ter por objetivo ou conseqüências efeitos de poder, ao modificarem o campo de informações dos parceiros. Nesse entendimento, o exercício desse poder se dá através de técnicas de adestramento, dos procedimentos de

dominação, das maneiras de se fazer obedecer ou dos seus desdobramentos, através da divisão do trabalho e hierarquias de tarefas (FOUCAULT, 1995).

Foucault considera ainda que não há relações de poder sem resistências, sem fuga ou inversão eventual, que no centro das relações de poder vão existir a “insubmissão” e a “liberdade” que são essencialmente renitentes; que toda relação de poder implica, pelo menos de modo virtual, numa estratégia de luta sem necessariamente se superpor, se confundir ou perder sua especificidade; que uma relação de confronto chega ao seu momento final, com a condução de maneira confiante e constante da conduta dos outros, ou com a vitória de um dos dois adversários, substituindo, então, o exercício de poder. Conclui, afirmando que “toda estratégia de confronto sonha em tornar-se uma relação de poder; e toda relação de poder inclina-se, tanto em seguir sua própria linha de desenvolvimento quanto ao se deparar com resistências frontais, a tornar-se estratégia vencedora” (FOUCAULT, 1995, p. 248).

3.1.1.1 Do corpo biológico ao corpo dócil

Embora tenha adotado inicialmente uma postura de polarização e antagonismo entre os sexos, vemos que o movimento feminista ressurgiu mais evoluído neste final de século, numa posição mais construtiva, de estímulo à cooperação, ao companheirismo, à valorização das individualidades, sem exclusões de cada um dos gêneros. Vale a pena enfatizar quão significativas foram as conquistas do feminismo no Brasil e no mundo, contribuindo sobremaneira para a evolução da sociedade, não só no campo da saúde mas também, em relação ao reconhecimento dos direitos de cidadania igualitários entre homens e mulheres. Apesar de todo o empenho e resultados positivos, o modelo social construído, ao longo dos séculos, vem impedindo a mulher de ser sujeito pleno de sua própria história (BRASIL, 2001).

É essa nova história que nos interessa, este novo olhar sobre a mulher e as relações de gênero, compreendidas como um processo social e histórico que envolve os corpos dos sujeitos, necessárias em toda a sua diversidade e potencialidade.

Para entender as diferenças entre mulheres e homens, foram desenvolvidas várias concepções, dando lugar às diversas opções teóricas de gênero. A mulher não é o contrário do homem, mas diferente dele. A defesa da diferença constitui, hoje, um tema atual, fervoroso, à medida que fracassaram as utopias da igualdade, entendida meramente no plano formal, isto é, abstratamente. Neste nível, a mulher jamais será igual ao homem, erigido em

modelo da humanidade, mas sim concebendo a igualdade como questão de cidadania, respeito e aceitação das diferenças.

Uma explicação sobre essas diferenças teve seu desenvolvimento na Europa, a partir do século XVII, época essa em que se inicia a construção do conhecimento sobre o ser humano, a partir do corpo, longe das visões teológicas que predominavam até esse período (FOUCAULT, 1999a).

Reverendo a construção desse saber, vemos que, na concepção médico-científica sobre a mulher, até o século XVIII, a medicina acreditava na existência de um só sexo — o masculino, sendo sucedido pela mulher como representante inferior ao homem (COSTA, 1996).

Entendendo essas desigualdades entre os gêneros, Bourdieu complementa ao dizer que,

Longe das necessidades de reprodução biológica determinarem a organização simbólica da divisão social do trabalho e, progressivamente, de toda a ordem natural e social, é uma construção arbitrária do biológico e, particularmente do corpo, masculino e feminino, de seus usos e de suas funções sobretudo na reprodução biológica [...] [que] legitima uma relação de dominação, inscrevendo-a em uma natureza biológica que é, por sua vez, ela própria uma construção social naturalizada (BOURDIEU, 1999, p. 33).

O corpo feminino era visto tanto pela Igreja quanto pelos médicos como um lugar de disputa entre Deus e o Diabo. Tendo perdurado por muito tempo a idéia de que qualquer doença, que o atacasse, era considerada obra de uma das duas entidades. Até então, a preocupação com a saúde da mulher era relacionada apenas à função reprodutora, sendo que o bom funcionamento do útero significava o bom funcionamento do corpo, com a possibilidade de gestação (DEL PRIORE, 1995).

Essa concepção mudou ao final do século XVIII, a partir do desenvolvimento de novos métodos de interpretar o corpo, não do ponto de vista do conhecimento científico crescente mas sim de novos modos encontrados por filósofos e moralistas do Iluminismo, significando, então, uma outra forma de representar a realidade (COSTA, 1996).

Essa modernidade colocou o homem (macho) como detentor da razão emancipadora, desejada e apoiada por um dos grandes defensores dessa corrente filosófica, o iluminista Immanuel Kant, pois, para ele, a mulher não possuía a mesma competência que o homem, por ser incapaz de exercitar a razão (FLAX, 1991). Defendia ainda que a mulher não tinha competência para a auto-emancipação por suas qualidades intelectuais limitadas concedidas pela razão.

A partir desse mesmo século, tentou-se reduzir o sexo à sua função reprodutiva, associada à união heterossexual e legítima do matrimônio e da obediência de regras e formas, sob variações conjunturais de poder (FOUCAULT, 1999a).

Para esse autor,

Toda essa atenção loquaz com que nos alvoroçamos em torno da sexualidade há dois ou três séculos não estaria ordenada senão em função de uma preocupação elementar: assegurar o povoamento, reproduzir a força de trabalho, reproduzir as formas de relações sociais [...] Nossa época foi iniciadora de heterogeneidades sexuais (FOUCAULT, 1999a, p.37/38)

Ao lado disso, de todo esse movimento, Oliveira (1999) destaca o crescimento nos meios científicos, da necessidade de análises epidemiológicas que vem incorporando as variáveis sexo/gênero, classe social e raça/etnia. Raça como termo encerra sempre um significado biológico, embora não possua o fatalismo genético de sexo e nem seja uma categoria biológica. A etnia é um conceito que incorpora também a condição biológica humana, sem as gradações de superioridade e inferioridade que são hierarquizadas, agregando ao mesmo tempo os ambientes físico e cultural, em todas as suas dimensões, de modo que seja possível mostrar claramente a realidade com maior fidelidade.

Nascimento (2000) faz referência ao aparecimento, no início na década de 1980, de produção sistemática de estudos sobre as percepções das diferenças entre os sexos que apontavam que essas diferenças não possuíam base biológica, mas sim que eram resultantes da construção cultural e se diferenciavam conforme cada momento histórico. O resultado desses estudos têm como marco diferenciador a rejeição definitiva do componente biológico como elemento de diferenciação entre mulheres e homens

Dentro desta dialética, são acrescidas a contestação da permanente identificação da mulher com o biológico/natural/corpo/emoção e a descoberta da sua condição de objeto de uma ciência “androcêntrica”, que permitiu ao feminismo perceber a relação de duas vias entre conhecedor e objeto conhecido. Não se ignora, por outro lado, que a destinação primordial das mulheres à produção de seres humanos, as inserem, majoritariamente, na rede dos micropoderes.

Sabemos ser impossível a eliminação do ser humano da sua condição como seres biológicos — é o que somos, e nem poder ignorar nossos hábitos e costumes. Entretanto, se considerássemos apenas a nossa condição biológica, não estaríamos tratando do ser humano, mas de um outro animal, que não possui o saber.

O nosso corpo — o modo como nos alimentamos, nos vestimos, nos comportamos, as rotinas diárias através dos quais cuidamos dele — é um agente da cultura e,

além disso, pode também funcionar como uma metáfora dessa cultura, sendo sua imagem mental da morfologia corporal, elemento fornecido para um esquema de diagnóstico e/ou visão social e política da sociedade.

A noção de docilidade une o corpo analisável ao corpo manipulável. “É dócil o corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado” em que, “a coerção disciplinar estabelece no corpo o elo coercitivo entre uma aptidão aumentada e uma dominância acentuada” (FOUCAULT, 1999b, p. 118,119).

Os “corpos dóceis” são aqueles cujas forças e energias estão habituadas ao controle externo, à sujeição, à transformação e ao aperfeiçoamento, de acordo com as normas que moldam não só nossos corpos, mas nossos sentimentos e convicções (BORDO, 1997).

Essa autora considera ainda que, historicamente, a disciplina e a normatização do corpo feminino devem ser as únicas opressões de gênero que se exercem por si mesma, embora em graus e formas diferentes dependendo da idade, da raça, da classe e da orientação sexual, sendo reconhecidas como uma estratégia durável e flexível de controle social.

Esse entendimento, já consolidado por Foucault (1999b), vê a superioridade da prática sobre a crença por meio da organização e da regulamentação do tempo, do espaço e dos movimentos de nossas vidas cotidianas. Para ele, essa superioridade é resultante das imposições históricas e sociais definidas para cada sexo que vêm sendo assinaladas e moduladas em nossos corpos.

A nova visão foucaultiana, indo ao encontro dos fundamentos do pós-modernismo, desligada das verdades iluministas, inaugura palavras como mutação, transformação, ruptura, entre outras, e nega o determinismo impactante da história tradicional, numa valorização da totalidade das atividades humanas.

Nesse processo,

“é o sujeito obediente, o indivíduo sujeito a hábitos, regras, ordens, uma autoridade que se exerce continuamente sobre ele e em torno dele, e que ele deve deixar funcionar automaticamente nele [...] sujeito de obediência dobrado à forma ao mesmo tempo geral e meticulosa de um poder qualquer” (FOUCAULT, 1999b, p. 106).

Este autor lembra também que a concepção cultural do corpo inclui normas de beleza, modelos de saúde e outras mais. As mesmas representações podem também ser vistas como um conjunto de regras e regulamentos práticos, através dos quais o corpo é controlado/estimulado mais que controlado/reprimido “fique nu... mas seja magro, bonito e

bronzeado” (FOUCAULT, 2001, p. 147). Este se conforma num corpo treinado, moldado e obediente — útil à sociedade.

Para Foucault (1999b), nosso corpo inteligível abarca nossas representações de caráter científico, filosófico e estético, enquanto o corpo prático, embora seja também uma forma culturalmente mediada, tem suas atividades sujeitas à interpretação e descrição, bem como a um retorno à biologia ou à natureza mas, num outro registro do corpo cultural: o registro do corpo útil em vez do corpo inteligível (FOUCAULT, 1999b).

Nossos corpos estão mergulhados num campo político, para o qual, as relações de poder atuam sobre eles; investindo, marcando, dirigindo, supliciando, os sujeitando a trabalhos, os obrigando a cerimônias, exigindo-lhes sinais. Este investimento político do corpo tem função econômica, como força de produção e de dominação, mas sua constituição como elemento de ação, seja na saúde ou no trabalho, se dá através da sujeição, do uso do corpo como força útil e ao mesmo tempo produtivo e submisso. “Trata-se de alguma maneira de uma microfísica do poder posta em jogo pelos aparelhos e instituições, mas cujo campo de validade se coloca de algum modo entre esses grandes funcionamentos e os próprios corpos com sua materialidade e suas forças”(FOUCAULT, 1999b, p, 26).

Afirma ainda que para resolver essa questão precisamos entender que [...] o problema político essencial para o intelectual não é criticar os conteúdos ideológicos [...] mas saber se é possível constituir uma nova política da verdade [...] Não se trata de libertar a verdade de todo sistema de poder [...] na medida em que, a própria verdade é poder – mas, de desvincular o poder da verdade das formas de hegemonia (sociais, econômicas, culturais) no interior das quais ela funciona no momento (FOUCAULT, 2001, p.14). Complementa ao dizer que,

“O momento histórico das disciplinas é o momento em que nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente o aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente[...]. Assim a disciplina fabrica corpos submissos e exercitados, corpos “dóceis” (FOUCAULT, 1999b, p. 119).

Em conformidade com essas afirmativas, Pereira (2000) afirma que em muitas instituições públicas de saúde, o profissional de saúde tem uma relação de dominação com a clientela. Ele determina e estrutura seus saberes, conhecimentos e sistema de informação, de acordo com a percepção que tenha da pessoa que estiver ali na sua frente. O investimento político no corpo da mulher, através da sujeição, se realiza concomitante com o uso dos seus corpos como força útil, sendo ao mesmo tempo produtivo e submisso, se baseando na

determinação e estruturação dos seus saberes. Contudo, o uso desse corpo se dá de forma diferente caso ela esteja internada em um serviço público ou em um privado, se ela for pagante ou não.

Ao considerarmos os padrões culturais e os processos de socialização das mulheres e o poder dos (das) profissionais prestadores de serviços em unidade de saúde, podemos identificar, mecanismos, ações e atitudes que reforçam a exclusão da mulher, presentes nesses serviços, principalmente quando essa usuária é mulher e com baixa condição socioeconômica.

De modo geral, a mulher gestante ou puérpera, ao necessitar de cuidados com a sua saúde, não é consultada ou mesmo ouvida, tendo como justificativa a necessidade premente de cuidados.

Para ser cuidada, a autorização heteronômica, que antecede o ato de cuidar, compreende as condições das pessoas ou grupo social de receber algo de fora, de outra pessoa, obedecendo ao que for determinado. Segundo Japiassu e Marcondes (1996, p. 126), a “heteronomia compreende todos os princípios da moralidade aos quais, a vontade deve submeter-se [...]”.

O conceito de heteronomia na perspectiva de gênero, trabalhado exaustivamente por Chauí (1985), nos remete a identificar a sua presença na assistência à mulher, seja no parto e ou no puerpério, ao ter que se calar, sem possibilidade de expor suas necessidades, insegurança e medos, entregando sua vida e seu corpo, para que o profissional decida por ela.

A mulher, tida como objeto do cuidado, não participa das decisões sobre seu corpo, pois é considerada inabilitada para dar conta da complexidade dos cuidados que necessita, restando-lhe, resignar-se com o que lhe é oferecido.

Essa submissão consubstancia-se e interfere na relação assimétrica e hierarquizada institucionalizada, entre a mulher e a maioria dos (as) profissionais de saúde.

Chauí (1985) afirma que a diferença se converte em assimetria e desigualdade, tendo como pano de fundo a exploração, a opressão e a dominação de um indivíduo sobre outro (a) ou de uma classe sobre outra.

Concordamos com Castañeda (2000) ao afirmar que democratizar a participação e a gestão implica politizar as mulheres que atuam em torno da saúde, e acrescentamos, as mulheres usuárias dos serviços de saúde, capacitando-as a adquirir maior conhecimento sobre as questões de gênero, a fim de que a discriminação e as limitações impostas, na sua participação no espaço público, sejam reconhecidas e que possibilitem sua transformação.

Ao lado disso, Fonseca (1996) considera que as unidades de saúde funcionam como autêntico campo de forças, entre seus agentes sociais, tendo como produto práticas hierarquizadas de saberes, evidenciadas ao longo da história social, e que funcionam como importantes impulsionadoras de tensões, cumplicidades e desarmonia, como forças antagônicas e somente compreensíveis na perspectiva de poder.

Sendo o gênero uma primeira forma de significar as relações de poder (SCOTT, 2000), o entendimento das questões de gênero nos possibilita repensar estratégias e referências éticas, políticas e tecnológicas na prestação de cuidados de enfermagem e pensar um futuro que possa congrega as questões de gênero e de saúde numa visão de equidade de gênero na saúde e na sociedade.

Endossamos as palavras de Fonseca ao afirmar que a adoção da equidade de gênero como um conceito ético, associado aos princípios de justiça social e de direitos humanos, não implica em desmerecer os direitos individuais. Significa uma nova forma de olhar a situação das mulheres que sofrem de iniquidades no seu cotidiano, de indignar-se e mobilizar-se em favor de uma transformação que respeite seus direitos como cidadãs-trabalhadoras, donas de casa, com direitos a um atendimento “de acordo com as necessidades do seu perfil de saúde-doença, compreendidas à luz da sua condição de gênero, situação de classe, perfil de geração e outros recortes analíticos” (FONSECA, 2002, p. 15).

Ensejamos, portanto, para esses saberes e práticas concretas de saúde que sejam valorizados os elementos sutis e imperceptíveis que denotam leveza, paciência, respeito enfim, nos termos da Constituição Federal do Brasil, que sirva ao grupo das mulheres de forma justa, livre e solidária.

3.1.2 Gênero como categoria analítica

A preocupação teórica com o gênero esteve ausente na maioria das teorias sociais desde o século XVIII, até começo do século XX. Algumas dessas teorias, continham analogias à oposição masculino/feminino; reconheciam a questão feminina; preocupavam-se com a identidade sexual, mas o gênero como um sistema de relações entre os sexos não tinha aparecido. O interesse no gênero como categoria de análise só surgiu no final do século XX (SCOTT, 2000). Essa autora acredita que o significado desse termo emergiu num momento de grande efervescência epistemológica entre pesquisadores das ciências sociais.

Para essa autora, a evolução dos paradigmas científicos tem gerado debate, e

junto da crítica desenvolvida pelas ciências humanas e da crítica do empirismo e do humanismo desenvolvido pelos pós-estruturalistas, as feministas não só começaram a encontrar uma via teórica própria como também, encontraram aliados acadêmicos e políticos. É nesse espaço que devemos articular o gênero como uma categoria de análise (SCOTT, 2000, p. 289).

Ao considerar gênero um “elemento constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos [...] e uma forma primária de dar significado às relações de poder”, Scott mostra uma perspectiva metodológica, que tem como objetivo clarificar e concretizar como se deve pensar o efeito do gênero nas relações sociais e institucionais e na perspectiva teórica que indica as relações de poder. Destaca não se referir ao poder social, mas sim numa perspectiva que se aproxima ao poder foucaultiano (SCOTT, 2000, p. 289).

O poder é definido por Michel Foucault como sendo a “multiplicidade de correlações de força imanentes ao domínio onde se exercem, e são constitutivas de sua organização” (FOUCAULT, 1999a, p. 88).

Para esse autor, na apropriação desse conceito, faz-se necessário abandonar a idéia de que o poder é algo possuído por um grupo e dirigido contra outro, mas pensar numa rede de práticas, instituições e tecnologias que sustentam posições de dominância e subordinação dentro de um âmbito particular. É imperiosa, também, a realização de uma análise adequada para descrever um poder mais constitutivo e não repressivo, mas sim um poder que gera forças, produz realidades, campos de objetivos, rituais de verdades, indivíduos e conhecimento (FOUCAULT, 1999b).

Assim, o poder não consiste numa riqueza apropriada, num bem congelado, mas sim num fenômeno que flui em cadeia, que transita pelos sujeitos sociais segundo a correlação de forças do momento. Esta concepção de poder revela-se bastante útil nos estudos de relações de gênero, na medida em que permite descartar a posição vitimista, segundo a qual o homem detém todo poder e a mulher nenhum. O poder, na acepção foucaultiana viabiliza um pensamento dinâmico das relações de gênero e da tensão permanente que as anima. Para que se possa aceitar o poder permeando tais relações, é preciso preencher no mínimo, duas condições; 1 – ser exercido democraticamente, possibilidade que o torna positivo (FOUCAULT, 2001); 2. – ter flexibilidade, fluindo livremente do eixo de gênero, do homem para a mulher e vice-versa.

Scott (2000) considera ainda que, mesmo não sendo o único espaço onde se dão as relações de poder, gênero é um campo primeiro no seio do qual, ou por meio do qual, o

poder é articulado. A autora desenvolve essa parte de sua argumentação, no âmbito da política governamental, entendendo que este é um campo pouco explorado e de forte resistência à inclusão de questões sobre mulheres e gênero.

Essa idéia desmonta, portanto, a concepção usual do poder uno, centralizado, coerente, externo e repressor, frequentemente associado ao Estado, às classes dominantes e aos homens. Sabe-se da existência desse poder nessas instâncias, porém, esse entendimento direciona para uma compreensão e análise desse poder hegemônico e permanente, desses poderes inerentes às relações sociais, científicas, políticas, étnicas, econômicas e sexuais que se processam imanentemente entre os indivíduos e/ou grupos nos diferentes contextos históricos, sociais e culturais (FOUCAULT, 2001).

Para Moser (1995, p. 21), a utilização do enfoque de gênero no planejamento social indica que este “baseia-se na premissa de que, a questão de fundo é a subordinação e desigualdade, portanto, seu propósito é que, através do empoderamento, as mulheres conquistem a igualdade e a equidade frente aos homens na sociedade”.

Isso equivale a dizer que o conceito de gênero deve permitir a apreensão da dimensão gênero em todos os processos sociais, através dos quais homens e mulheres se relacionam enquanto categorias sociais e enquanto membros individuais destas categorias.

Apesar da incorporação e utilização pela área da saúde dos conceitos produzidos pelas ciências sociais, não se espera que a incorporação dos conceitos de gênero pelos profissionais de saúde seja uma tarefa fácil, já que sua formação técnico-científica é fundamentalmente baseada em estudos que contemplam a biologia e fisiologia dos seres humanos.

O gênero facilita a decodificação do significado e a compreensão das complexas relações entre várias interações entre as pessoas.

Quando os(as) historiadores(as) procuram encontrar as maneiras como o conceito de gênero legitima e constrói as relações sociais, eles(as) começam a compreender a natureza recíproca do gênero e da sociedade e nas formas particulares específicas, de cada contexto, como a política constrói o gênero e o gênero constrói a política (SCOTT, 2000, p. 295).

Todas essas reflexões nos conduzem ao entendimento do gênero ser tanto uma categoria analítica, quanto um processo social-relacional. Ou seja, as relações de gênero são processos instáveis, complexos e através deles o homem e a mulher tornam-se categorias complementares.

O gênero regula não apenas as relações homem—mulher, mas também as relações homem—homem e mulher—mulher. Isto reforça a idéia já expressa de que a

dimensão gênero está presente em todas as relações sociais, o que não significa, de modo algum, reduzir tudo a gênero.

Meyer (1996, p. 48) considera, então, ser o gênero “a instância onde e por meio da qual os seres humanos aprendem a se converter em, e a se reconhecer como homens e mulheres, nos diferentes contextos históricos, culturais e sociais”. E que, enquanto discurso, o gênero regula os processos de construção das identidades subjetivas e o próprio contexto social na constituição e na operação dos símbolos, doutrinas, instituição e organizações sociais e políticas.

Tanto a sociedade é permeada pelas questões de gênero, raça/etnia e classe social, quanto as relações humanas são permeadas pelo poder. O reconhecimento da articulação de diversas categorias (classe, etnia, geração, orientação sexual, religião...) nos conduz, também, à nova conceituação das relações de poder e a entender que essa abordagem constitui um eixo ao longo do qual o poder é distribuído e exercido entre os sujeitos, possuidores de formas de resistência e contestação (FOUCAULT, 1999 a; MEYER, 1996) .

As categorias sociais de gênero masculino e feminino e a busca do exercício do poder remetem à uma luta permanente com a distribuição desigual de oportunidades, constituindo um importante elemento da categoria gênero (SCOTT, 2000). Esta categoria diz respeito à construção social do masculino e do feminino, como modelos difundidos ideologicamente como opostos.

Se o gênero e o poder se constroem reciprocamente, a reescritura da história desse processo só é possível a partir do reconhecimento de que o homem e a mulher representam, ao mesmo tempo, “categorias vazias e transbordantes; vazias porque elas não têm nenhum significado definitivo e transcendente; transbordantes porque mesmo quando parecem fixadas, elas contêm ainda dentro delas definições alternativas negadas ou reprimidas” (SCOTT, 2000, p. 301).

Scott (2000).apresenta quatro elementos oriundos do gênero e que se relacionam entre si: os símbolos culturalmente disponíveis e freqüentemente contraditórios (Eva e Maria), os conceitos normativos expressos nas doutrinas religiosas, educativas, científicas, políticas e/ou jurídicas (ideologia vitoriana da mulher do lar), a noção do político (a organização social e suas instituições) e a identidade subjetiva, como o quarto aspecto, que necessita ser examinada e revelada como se dá essa construção. Afirma, ainda, que esses elementos estando inseridos em toda ordem social nenhum deles pode operar de forma isolada ou simultaneamente, como se um fosse reflexo do outro, apontando a necessidade de pesquisa histórica que mostre a relação entre eles.

Para a incorporação das articulações que constituem os sujeitos – como homens e mulheres, cristãos/cristãs, brancos(as)/negros(as); adultos(as)/crianças; ricos(as)/pobres é preciso que o poder seja visto como uma rede complexa, numa ação exercida constantemente entre os sujeitos, indicando uma reação mútua de resistência e contestação (LOURO, 1996).

Introduz-se, então, a compreensão e a análise da diferença e do gênero como categoria de análise. A questão da diferença desvia a análise das desigualdades entre mulheres e homens, como oposição binária, para se centrar na problemática da diferença dentro da diferença. Mesmo entendendo o caráter social dessa polarização natural/social das diferenças entre homens e mulheres, não podemos esquecer que a construção dos gêneros envolve e implica em corpos sexuados e que a natureza se transforma, estando a biologia presente tanto na história quanto no campo, numa compreensão da sua dimensão e expressão, na relação biológico/social.

3.2 NECESSIDADES DE SAÚDE E DE GÊNERO

Nos anos 1990, as mulheres e seus movimentos identificaram que a tão almejada cidadania não as incluía de modo abrangente e nem em suas exigências cidadãs. Surgia então “a cidadania como um eixo de preocupações do movimento [feminista] em sua luta política pela igualdade na sociedade e, da perspectiva das conferências mundiais da década de noventa, no plano global” (VALENTE, 1999. p. 69).

Pela intenção das excluídas de pressionarem e negociarem a inclusão, a cidadania hoje em dia parece um terreno de disputa, devido ao seu caráter parcial, restrito e excludente. Para as mulheres, a ampliação dos seus direitos como cidadãs implica em muitos casos, em assumir responsabilidades relativas a elas, aumentando seus espaços de autonomia sobre suas vidas e circunstâncias. Para elas, a cidadania permite a aproximação das reivindicações conquistadas, o reconhecimento recíproco de direitos e responsabilidades, enfim, a sua transformação em todos os níveis.

A cidadania além de ser um conceito e uma prática homogênea é uma preocupação democrática, é um importante eixo de ação e reflexão do movimento feminista, se constituindo num pólo de articulação da luta das mulheres, e de vinculação às condições históricas e atuais de cada sociedade. O processo de construção de todas as cidadanias restringidas ou parciais, como é o caso das cidadanias femininas, tem andado de mãos dadas, com os processos para conquistar a autonomia, embora a inexistência dessa conquista, na

atualidade, venha limitando os seus direitos de cidadãs. Vemos então que diante das restrições e barreiras impostas à sociedade, a luta para alcançar a cidadania se constitui numa luta pela autonomia.

Sendo a autonomia conceito flexível e dinâmico, com múltiplas interpretações, faz-se necessário qualificá-lo no contexto desta discussão.

A autonomia parece aludir a um processo relacional e ao reconhecimento da diversidade das diferenças e da pluralidade. Comporta, ainda, a existência de uma multiplicidade de sujeitos e agentes sociais que precisam da própria voz e espaço na sociedade, pressionando-a a satisfazer a suas necessidades e demandas específicas.

A autonomia, como conceito complexo, admite outros processos de individualização, identidade e empoderamento. Não é, portanto, uma ação que se dá no vazio, mas num contexto de relações de força e poder, procurando-se modificar pela ação, decisão pessoal e coletiva dos sujeitos sociais específicos. Este “conceito evoca a autodeterminação para gerar condições que criem a possibilidade de viver livremente, de acordo com os interesses, crenças, sentimentos e valores das pessoas” (MEYNEN; VALENTE, 1999, p, 87).

Pereira (2002) compreende a autonomia básica como a capacidade do indivíduo de eleger objetivos e crenças, de discernir, valorizar e praticá-la, sem opressões ou constrangimento. Uma autonomia que não tenda para o individualismo e o subjetivismo, mas que se baseie nas condições construídas em cada sociedade e em cada cultura. Para Doyal e Gough (1994, p. 81), “ser autônomo nesse sentido consiste em possuir capacidade de eleger opções informadas sobre o que se tem que fazer e de como levá-lo a cabo”.

Desse modo, vemos que as mulheres em situação de hospitalização estabelecem um processo de interação com o mundo e consigo mesmas, capazes de atuar na modificação das relações de poder, o que para Valente (1999) significa que,

a autonomia não é somente auto-referida, mas, também, em relação a outras pessoas, instituições, circunstâncias externas [...]. Alude à forma em que as pessoas se percebem e se apropriam, subjetivamente, do externo. Está em relação com o controle/modificação das relações – múltiplas – de poder que afetam as pessoas (VALENTE, 1999, p. 87)

Meynen e Valente (1999) consideram o processo de autonomia uma estratégia emancipatória, que tem impacto na construção de culturas democráticas. Classificam a autonomia em diferentes dimensões como, a física que implica no autocontrole da sexualidade e da fertilidade (direitos reprodutivos e sexuais); a econômica que reflete o acesso e controle equitativo sobre os meios de produção; a política, referindo aos direitos políticos

básicos, incluindo a autodeterminação e a formação de grupos de pressão e a autonomia sociocultural, se referindo à capacidade de afirmar identidades próprias e a auto-estima (MEYNEN; VALENTE, 1999 p. 86/7).

Reforçam que, por isso mesmo, consideram a luta pela autonomia como um terreno de aprendizagem privilegiado para exercitar práticas democráticas, com múltiplos interesses e necessidades que nos obrigam a negociar e aceitar os direitos e carências dos outros, se quisermos que os nossos sejam também ouvidos e respeitados, a partir do entendimento de ser a democracia a negociação de interesses conflitivos e não a imposição de um interesse específico que nega e/ou destrói os outros (MEYNEN; VALENTE, 1999).

A contingência da vida impregna as esperanças individuais na vivência de situações difíceis, numa limitação factual de suas possibilidades, sendo que, “a discrepância decisiva e intransponível entre esperança e experiência, é motivo de constante insatisfação e descontentamento” (HELLER, FEHÉR, 1998, p. 36). E essa luta para o alcance da cidadania e satisfação de suas necessidades vem conduzindo os indivíduos a conviverem numa sociedade insatisfeita.

Heller e Fehér (1998, p. 37) definem necessidades como sentimentos conscientes e socialmente construídos, portanto, diferentemente, em sua maioria, para cada grupo social. Para eles “as necessidades são sentimentos combinados, chamados de disposições de sentimentos”. Este sentimento consciente pode ser também uma motivação em busca do preenchimento da “falta de alguma coisa”, devendo ser reconhecido independentes de o considerarmos como racional ou irracional ou da possibilidade de ser ou não satisfeito.

Considerando as necessidades como sentimento de falta de alguma coisa, essas são expressas em reivindicações e simultaneamente como força motivacional, para essas solicitações, consideradas racionais, tanto na área de saúde, quanto na social e na política, sendo traduzidas numa linguagem pública de justiça e equidade. Estas pleiteiam a substituição das regras, leis sociais e políticas de assistência à saúde existentes, de modo a atender a essas necessidades as quais podem ser generalizadas e justificadas por valores, traduzidos na linguagem das reivindicações.

Para Doyal e Gough (1994), há muita inconsistência na defesa do princípio da satisfação das preferências individuais, por não serem os indivíduos as únicas autoridades a saberem o que é melhor para si. Para eles, sua sustentabilidade dependeria da exclusão das interferências externas e das dificuldades insuperáveis de existência, que reduzem o arco dos desejos e levam os indivíduos a se conformarem com o que têm, ou possuírem conhecimentos e racionalidades excepcionais que dêem conta da racionalidade coletiva.

Desse modo, entendem que, como o padrão das necessidades se estende para além das fronteiras culturais, se deve ter cuidado para não cair na trama ideológica de que, se deixados sozinhos, os indivíduos sabem se autoproteger ou se auto-assistir.

Por conseguinte, reivindicar uma necessidade é um processo pelo qual um determinado tipo de necessidade é relacionado com um determinado tipo de valor e que só pode ser alcançada a racionalidade de valor através da reivindicação.

O não-atendimento da necessidade, seja de saúde física ou autonomia, implicará na ocorrência de sérios prejuízos na vida material — como indivíduos e cidadãos (informados e críticos), caso não consigam satisfazer de modo adequado a essas necessidades. A noção de sérios prejuízos se revela simultaneamente, numa expressão de que não pode ser desmembrada, por causar duplo dano: o físico que impedirá as pessoas de terem uma vida social favorável e o cognitivo ou racional, que ao lado do anterior, não permitirá às pessoas serem autônomas, agindo de modo informado e discernido (DOYAL e GOUGH 1994).

Heller; Fehér(1998) distinguem dois tipos de necessidades que mantêm nossa insatisfeita sociedade em movimento, que são de um lado as carências e, de outro lado, as necessidades de autodeterminação.

Reconhecem, contudo, que as relações humanas baseadas na igualdade e no livre reconhecimento das pessoas são constituídas de bens e valores e aspirações compreendidas no valor da autodeterminação sem serem, contudo, necessidades carenciais, que não podem ser satisfeitas pelos bens materiais ou pelo poder, pois “sua satisfação exclui o uso do poder contra outros seres humanos” (HELLER, FEHÉR, 1998, p. 40).

Para essas autoras, estar, portanto, satisfeito numa sociedade insatisfeita não significa a satisfação de todas as necessidades concretas. A satisfação da necessidade de autodeterminação (e não de simples carências) das mulheres possibilitará a transformação de suas contingências em destino. De modo semelhante, a satisfação de carências é vista como o caminho para transformar contingência em destino, porque traz a promessa de aumento da autodeterminação. A pessoa que se encontra em situação insatisfatória, ou marginalizada, procura livrar-se dessa contingência e tornar-se “alguém”, enfrentando o contexto mediante atividades diversas, procurando entender o mundo, analisar, criticar, satisfazer as suas necessidades, e muito mais.

Destarte, muitas pessoas têm a falsa impressão de que aquisição de bens materiais, poder ou fama é a estrada para a autodeterminação. A satisfação das carências traz a promessa da autodeterminação, mas não a sua plena materialização, tendo como motivo, serem todas as carências determinadas de fora, e não de dentro. Por outro lado, vale a pena

ênfatizar que a tecnologia, as circunstâncias sociais e as instituições políticas determinam e oferecem uma exuberância de meios de satisfação para essas carências.

Por esse motivo, é mais promissor buscar a autodeterminação direta e não indiretamente [...] buscar um tipo de autodeterminação não obtido à custa dos outros, que não precise ser totalmente determinada por meios de satisfação, fornecidos por circunstâncias ou forças externa ao Eu (HELLER;FEHÉR 1998, p.47).

Concluem que podemos estar satisfeitos com nossas vidas, mesmo que não possamos satisfazer todas as nossas necessidades, desde que consigamos transformar nossa contingência em autodeterminação sem renunciar à satisfação de nossas carências, procurando enfrentar o contexto desse mundo de impossibilidades indeterminadas. Este enfrentamento significa a mudança dentro do possível desse contexto, num sentido que permita maior autodeterminação. Sustentam ainda que a autodeterminação não está livre do contexto, pois enfrentar seu contexto é seu traço intrínseco. Esta não exige e nem sequer permite a liberdade absoluta da total e completa autonomia (HELLER, FEHÉR, 1998).

O desejo de ter essas necessidades atendidas poderá culminar em projetos emancipatórios que devem incluir os processos de autodeterminação como condições necessárias para que as pessoas possam viver livremente, de acordo com seus interesses, necessidades, com mais habilidade cognitiva e oportunidades sociais.

3.2.1 Necessidades de saúde

Podemos observar possíveis sentidos desse conceito, tanto no âmbito descritivo quanto na dimensão da produção de serviço ou na organização da assistência, que foram objeto de vários estudos, a partir da década de 1990.

Resgatando a sua historicidade, vemos que este termo surgiu da junção de duas disciplinas distintas, a Economia Política que, ao delimitar seu objeto, buscou seu pressuposto de generalidades científicas, incorporando o conceito de necessidades, de modo a fundi-lo com o sujeito (STOTZ,1991).

Stotz discutiu o conceito de necessidades, especialmente no âmbito operacional na área da saúde, defendendo que, para se tratar os problemas de saúde do coletivo, deve-se obrigatoriamente refletir sobre qual processo de trabalho será desenvolvido, considerando a interação entre as necessidades e o processo de trabalho, tendo como prioridade para sua organização a voz dos indivíduos. A abordagem sobre as necessidades de saúde, do sujeito

individual ou coletivo, comporta várias visões de mundo, muitas vezes opostas, a saber: a visão liberal, a socialista, democrática e humanista (STOTZ, 1991).

Doyal e Gough (1994) consideram a saúde física e a autonomia como categorias objetivas e universais. Na sua teoria sobre necessidades humanas, rechaçam as concepções naturalistas ou utilitaristas (reduzem as necessidades a desejos e preferências, regulados pelo mercado); as relativistas (sustentam a impossibilidade de defender um conjunto de necessidades universais além de qualquer diferença cultural e econômica) e as culturalistas (entendem que as necessidades são construídas socialmente, reduzindo essa análise a forma de como os grupos concretos as produzem) e afirmam que as necessidades humanas são históricas (construídas socialmente) mas também universais, já que todos os seres humanos, em todos os tempos, lugares e culturas têm necessidades básicas comuns.

Acreditam que apesar das necessidades básicas serem comuns a todos, a sua satisfação não é uniforme. Identificam uma variedade de satisfadores universais¹ (bens, serviços, atividades, relações, medidas políticas), essenciais à proteção da saúde física, à autonomia e à capacitação dos seres humanos para participarem o máximo possível das suas formas de vida e culturas.

Leopardi (1992), ao trabalhar este conceito numa abordagem marxista, considerou que a satisfação, além de ser um direito do cidadão, compreende carências complexas, que ultrapassam os desequilíbrios biológicos no corpo, incorporando o consumo de bens materiais e não-materiais sendo que, para o alcance desse direito de cidadania, é preciso assegurar aos indivíduos a satisfação dessa necessidade como direito.

Mendes Gonçalves (1992), ao discutir a circularidade entre o processo de trabalho e necessidades específicas da saúde, concluiu que as necessidades são sociais, significando a reprodução do modo de produção. O trabalho é, então, planejado para responder às necessidades de um grupo social e historicamente definido, como um processo de transformação intencional mediante a atividade humana, que se conforma desde o início e continua ao longo de todo o processo com o objetivo de responder à necessidade ou carecimento e, ao ser socializado, humaniza e amplia o domínio de sua força.

Vaitsman (1992) concorda com o entendimento de serem as necessidades humanas um conjunto composto por diversas necessidades fundamentais do ser humano, já definidas universalmente (subsistência, proteção, participação, liberdade, compreensão, criação,

¹ Segundo Doyal e Gough (1994), existe uma grande variedade de *satisfactores* universais ou necessidades intermediárias — relações, políticas, atividades, bens e serviços que favorecem a saúde física e a autonomia em todas as culturas, podendo ser empregadas para o atendimento das necessidades.

identidade, afeto e lazer), variando apenas a forma de satisfazê-las. Em relação à concepção de saúde, afirma que esta deve ser considerada não apenas como resultante da organização social, mas também do conjunto de experiência social do indivíduo, de grupo, sem esquecer o componente biológico, englobando a singularidade e subjetividade individual na sua relação com os outros e com o mundo.

Schraiber e Mendes Gonçalves (1996) embora vejam as necessidades de saúde como um dos aspectos mais importantes, ao gerar serviços e embasar a configuração geral da estrutura, acreditam, que sua definição seja uma questão complexa, sendo que esse conceito os remete a lembrarem da busca por cuidados médicos. Essa procura pode ter como justificativa a alteração física, orgânica, um sofrimento não identificado fisicamente ou até mesmo a falta de algo de que carece, a exemplo de uma informação. Para o autor e a autora, tanto o resultado das intervenções sobre qualquer desses carecimentos quanto as próprias intervenções são reconhecidos como necessidades, indicando uma conexão circular entre a organização da produção, a oferta e consumo do serviço.

Para Cordeiro (1997), no âmbito das representações sociais, a sociedade se organiza para atender a essas necessidades em três dimensões: a que se expressa como necessidade de saúde ou a ação para buscar apoio, auxílio e cuidado de saúde sendo diferente entre pessoas de uma mesma classe, fração de classe ou grupo social e que se repercute de forma diferente como esses indivíduos se relacionam com os serviços de saúde públicos ou privados; do ponto de vista médico, em que se percebe um choque entre este saber dominante e o saber do usuário(a) do serviço; do ponto de vista dos planejadores de saúde, sanitaristas e profissionais de saúde pública, em que o entendimento que se tem sobre necessidade não coincide com o dos médicos nem com a definição de saúde dos usuários que compõem os diversos estratos sociais.

Mandu e Almeida (1999) abordaram a satisfação das necessidades de saúde voltadas à preservação da vida, à autocriação e à capacidade do homem valer-se de si próprio. Afirmam que o desenvolvimento desse conceito vai além do biológico, abrangendo a dimensão psicossocial, sociocultural, incluindo o indivíduo/sujeito no seu contexto vital; que as necessidades de saúde precisam ser analisadas do ponto de vista da autodeterminação e de outros potenciais humanos, nem sempre explícitos, a exemplo da liberdade e autonomia. Indicam a ampliação do objeto das práticas em saúde, implicando na construção de instrumentos que considerem a integralidade humana, o processo de vida, sem riscos, levando em conta a necessidade de autonomia, autovalorização e as carências resultantes dos modos de vida particular, de cada sujeito, grupo ou comunidade. Reconhecem o quão importante será

dar oportunidade de expressão e análise das necessidades e suas origens, nas inter-relações entre os profissionais e usuários, sendo que os (as) trabalhadores (as) de saúde, especificamente os (as) de enfermagem, precisam e podem contribuir para a viabilização da expressão/ satisfação dessas necessidades.

Cecílio (1999) e Matsumoto (1999) adotam a idéia de que as necessidades de saúde poderiam ser apreendidas, de forma completa, em uma taxonomia organizada em quatro grandes conjuntos: 1º diz respeito a se ter boas condições de vida, tanto no sentido funcionalista que enfatiza os fatores do ambiente externo, que determinam o processo saúde – doença como nas formulações marxistas que enfatizam os diferentes lugares ocupados por homens e mulheres no processo produtivo nas sociedades capitalistas, tendo, como consenso, que a maneira que se vive se traduz em diferentes necessidades de saúde; 2º a necessidade de se ter acesso e se poder consumir toda a tecnologia de saúde, capaz de melhorar e prolongar a vida; 3º as necessidades de se criarem vínculos enquanto referência e relação de confiança; 4º conjunto de necessidades diz respeito à necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida. Destacam a informação e educação em saúde, como parte do processo de construção da autonomia dos indivíduos, implicando na possibilidade de reconstrução pelos sujeitos dos sentidos de sua vida, com peso significativo no seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades, da forma mais ampla possível. Cecílio (2001, p. 125) complementa ao dizer que a recomposição do signo da universalidade, eqüidade e integralidade põe em pauta “a infinita variabilidade das necessidades humanas e as finitas possibilidades que temos, até mesmo, de compreendê-las”.

Lima et al. (2000), ao trabalharem este conceito nas ações da atenção primária em saúde junto aos trabalhadores, verificaram que, para estes, as necessidades de saúde se apresentavam pelo diagnóstico de saúde a partir da avaliação destes, como pela demanda dos usuários, significando para eles como queixas. Complementam sobre a importância da escuta, que facilitará a integração entre o usuário e os profissionais de saúde, facilitando a realização dos cuidados com base nas suas necessidades.

Dussault e Souza (2000) compreendem que o conceito de saúde e demanda é elemento operacionalizador na organização do processo de trabalho em saúde e que estes determinam duas características de necessidades: aquelas que respondem a quem organiza o serviço para atender à demanda e aquela apresentada por quem precisa ser assistido.

Campos (2004) comprova, em sua tese, que as práticas de saúde estão sendo direcionadas para atender à necessidade de assistência a problemas de saúde, ou seja, para atender à doença instalada no corpo biopsíquico, indicando como desafio, que a área de saúde

coletiva, além de superar o recorte operacional das necessidades de saúde, na sua dimensão abstrata, deve ir além da leitura da necessidade de reprodução do modo de produção, para a leitura de necessidade propriamente humana e radical, ou seja, do livre exercício da criatividade humana.

Como síntese dessa revisão, verificamos que, nas práticas de saúde, um conjunto de estudos sobre necessidades, na sua dimensão descritiva, embora alguns tenham avançado na direção do direito e da cidadania, está centralizado nas condições primordiais para a manutenção da vida. Na dimensão operacional, consideram a conexão entre produção, oferta e consumo dos serviços; que existem diversas formas de intervenções e *satisfadores* para atender às necessidades; que as diversas necessidades quanto à sua forma de atendimento e planejamento da assistência ou do serviço têm pontos de vista diferentes de acordo com a classe, fração de classe ou grupo social.

Segundo Cecílio (2001), mesmo correndo o risco de um reducionismo e simplificação excessiva, a adoção de uma taxonomia de saúde possibilitará o alcance da universalidade, integralidade da atenção e a equidade na saúde. Como afirma Stotz (1991, p. 136), devemos

utilizar um conceito normativo que seja traduzível em descritivo e operacional. Isto porque necessidades de saúde são necessidades individuais humanas, mas concretamente consideradas, são também necessidades distorcidas e ocultadas, não reconhecidas, justas e injustas, porque o são assim em uma sociedade historicamente dada.

Concordamos com Cecílio (2001) ao afirmar que, por meio da escuta e do atendimento das necessidades das mulheres de maneira mais completa, no sentido de buscar a máxima integralidade (possível) da atenção (integralidade ampliada), a iniquidade se expressaria em singulares necessidades de saúde não atendidas das mulheres, revelando as necessidades distorcidas e ocultadas, procurando garantir-lhes, além da autonomia, as condições de vida e o acesso a todas as tecnologias.

Para responder ao questionamento de Stotz (1991, p. 159) de “[...] como é possível pensar a adequação, a correspondência entre necessidade (de saúde) e sistema institucional-administrativo voltado para satisfazê-las?”, acreditamos que temos de associar ao conhecimento científico, construído para o atendimento à mulher no período puerperal, a voz da mais interessada no seu atendimento, a própria mulher, assim como, dos conceitos de gênero, que possam vir a compor o rol das normas, rotinas e filosofia de novas formas de gestão e organização das maternidades. Nesse entendimento, para a implementação do tríptico signo da reforma sanitária (universalidade, equidade e integralidade) indicada por

Cecílio (2001) será preciso além da reconceptualização do conceito descritível e operacional das necessidades de saúde, que ele expresse a dialética entre o individual e o social (STOTZ,1991), tanto pelos profissionais de saúde (enfermeiras, auxiliares de enfermagem, médicos, entre outros) quanto pelos gestores, que resulte numa assistência mais humanizada, como componente imprescindível da filosofia da instituição.

Vemos, então, que a garantia de universalidade de atendimento às mulheres; o acesso à maternidade no momento do parto e o atendimento com qualidade às suas necessidades de saúde seriam um passo para a integralidade do atendimento com menos iniquidade.

Entendemos que para a construção de um conceito mais operacional de saúde que melhore a qualidade e humanize o atendimento, além da necessidade de uma maior inter-relação entre as profissionais de enfermagem e as mulheres que se encontram no Alojamento Conjunto, cada uma, no seu tempo, deve ser priorizada e valorizada a escuta, ao tempo em que, é preciso também que se identifiquem as diferentes necessidades não só de saúde, mas também de gênero, de modo que as usuárias venham a ter um atendimento mais amplo, integral e com menos iniquidades.

3.2.2 Necessidades de gênero

Independente dos fatores ligados à diferença biológica/reprodutiva, o efeito diferenciador dos fatores de gênero sobre a saúde dos indivíduos contribui para valoração, desempenho, distribuição de recursos familiares e sociais necessários para a manutenção da saúde. Isso se dá através de mecanismos diversos que atuam nas esferas individuais, nos espaços público e no privado, com reflexo nas diferenciações sexuais, que estimulam atitudes e comportamentos de risco diferencial, para a integridade física e mental dos indivíduos, apontando a necessidade da incorporação das considerações de gênero, tanto nas pesquisas epidemiológicas como na análise da dinâmica do setor saúde (DE LOS RIOS, GÓMEZ, 1993).

A posição da mulher na sociedade depende de várias dimensões, como a classe, a etnicidade e também o gênero. Assim as necessidades podem ser determinadas pela sua posição de classe ou sua identidade étnica e pelas articulações com outras desigualdades de classe, etnia/cor. É cada vez mais urgente e necessário a que as políticas públicas de saúde busquem atender às necessidades da população sem nenhuma discriminação, principalmente dos grupos vulneráveis, como as mulheres, crianças e idosos.

Nos dias atuais, as mulheres ainda são tratadas como um grupo indiferenciado de pessoas, sem reconhecimento ou pouca atenção para suas necessidades gerais e específicas, que incluem os cuidados com a saúde e as questões de gênero, com reflexo no desrespeito à individualidade e à ética, como pressuposto básico, sendo reforçado pela ausência de consciência de gênero entre as pessoas que planejam e implementam os projetos e políticas públicas de saúde.

A percepção da diferenciação e da discriminação de gênero ajuda a compreensão da diferenciação desses aspectos em outros campos, pois a consciência de gênero não é uma questão separada ou adicional a ser tratada, mas sim um modo de ver; uma perspectiva; um conjunto de compreensões que informam a nossa visão sobre as pessoas e sobre a sociedade, estando, portanto, no coração da identidade humana, em todas as atitudes, crenças e ações.

Exemplos em todo o mundo mostram que as necessidades das mulheres são bem distintas das dos homens. Apesar de o advento do conceito de gênero ter sido sugerido como um dos indicadores a ser considerado nos índices de avaliação do desenvolvimento humano, essas necessidades estiveram invisíveis até recentemente, na maioria dos planejamentos em todas as suas dimensões e contribuíram, para o fracasso de muitos programas de desenvolvimento que visavam à melhoria da vida das mulheres.

Geralmente, no campo da saúde, as mulheres, enquanto objeto da assistência, são excluídas da maioria dos processos de tomada de decisão em relação ao seu corpo e à sua saúde. De maneira geral, além de não constituírem um grupo social homogêneo, suas necessidades podem diferenciar de acordo com sua faixa etária; com as atividades que realizam; com os recursos que acessam, controlam e também, de acordo com as responsabilidades assumidas. Nesse sentido, o desconhecimento e desinteresse das necessidades das mulheres talvez tenham como mais importante razão, não apenas a sua subestimação ou o desprezo pela avaliação de suas necessidades, mas sim a inexistência de um processo sistemático de avaliação de suas necessidades (WILLIAMS,1999).

A partir dessa compreensão, a incorporação de gênero nas políticas públicas vem sendo disseminada nas últimas décadas, tendo como argumento que essa inclusão propicia um melhor entendimento dos diferentes papéis que homens e mulheres desempenham na sociedade; das desigualdades presentes entre eles relacionados à cultura, classe e raça e conseqüentemente, uma melhor compreensão das necessidades que esses papéis acarretam. Desse modo, se entende que as políticas públicas teriam mais condições de atender às necessidades, já que o uso do gênero como um instrumento possibilita a compreensão mais

abrangente e complexa de como a sociedade é estruturada, principalmente, se considerarmos a classe e a etnia (MACHADO,1999).

Molyneux (1984) utiliza o termo interesses da mulher, indicando seu uso para referir-se à mulher como sujeito histórico, presente em todos os lugares, em determinado tempo e espaço e tendo como base a identificação de similaridades biológicas que, em princípio, reuniria tanto as preocupações de todas as mulheres, como as necessidades por serviços assistenciais ligados à procriação e à sexualidade feminina.

Nesse sentido, para essa autora, os “interesses de gênero” distinguem-se do que convencionalmente se denomina “interesses da mulher”, pois esta última terminologia é usada para se referir à mulher de maneira geral, abstrata, principalmente pelos órgãos de planejamento ou promotores de políticas públicas. É portanto, de difícil determinação e operacionalização, pois teria que partir de um eixo comum de interesses que reunisse as aspirações de todas as mulheres.

Os interesses de mulher podem surgir de objetivos comuns entre elas, baseados no sexo, significando o modo como as mulheres de diferentes categorias se sentem afetadas de maneiras diversas e com a forma distinta de agir de acordo com a sua posição social, apesar de compartilharem certos interesses de sexo. São muito mais extensos que os interesses de sexo e são moldados, em grande parte, pela posição de classe, coesão das mulheres em assuntos de seus interesses, sendo que a base dessa união nunca se dá, mas deve ser construída. Desse modo, os interesses da mulher podem incluir interesses de sexo, mas nem é o mesmo, nem se reduzem a eles.

Para Molineux (1984), é impossível generalizar os interesses das mulheres, por elas se situarem em diferentes sociedades de classe, etnia, gênero, religião, faixa etária, para citar alguns e, portanto, a homogeneidade de seus interesses não pode ser assumida. Afirma, então, que as mulheres podem entrar em conflito entre si por conta da diferença racial, nacionalidades ou classes e até podem encontrar solidariedade em sua identidade de gênero. A noção de necessidades ou interesses das mulheres, na realidade, não é facilmente distinguível, contudo, esta distinção é importante para que possamos compreender mais profundamente o seu alcance e visibilizar sua inserção no planejamento e desenvolvimento, em diversos setores da nossa sociedade.

Seguindo o método Moser (1995) de planejamento de gênero, utilizamos os termos necessidades ‘estratégicas’ e ‘práticas’ de gênero, sendo as necessidades práticas aquelas identificadas pelas próprias mulheres, através de seus papéis aceitos na sociedade e as estratégicas aquelas reconhecidas devido à posição das mulheres na sociedade.

3.2.2.1 Necessidades práticas e estratégicas de gênero

Moser (1995) descreve a tradução dos interesses, ou ‘preocupações prioritárias’, em necessidades ou nos ‘meios pelos quais as preocupações são resolvidas’, como fundamental para o planejamento de gênero. Cita, como exemplo, que se um interesse estratégico de gênero, ou preocupação prioritária, é uma sociedade mais igualitária, então uma necessidade estratégica de gênero, ou o meio pelo qual a preocupação será resolvida, pode ser a abolição da divisão sexual do trabalho.

Ao discutir a necessidade da incorporação de gênero nas políticas públicas, Machado (1999, p. 21) entende que, “definir necessidades como preocupações satisfeitas é simplificar demais a questão”. Para ela, “essa conceituação não expressa a complexidade e diversidade do universo das necessidades humanas”.

Acrescenta ainda que, apesar da incorporação de gênero nas políticas públicas estar fundamentada nessa dualidade polêmica, entre necessidades prática ou estratégica, alguns planejadores, ao elaborarem objetivos relativos a cada uma delas, têm argumentado que essa divisão não consegue compreender o universo das necessidades de gênero. Outro ponto importante de crítica é quanto à utilidade da distinção entre diferentes necessidades de gênero (como instrumento de análise e reflexão), a qual poderá ser anulada se for usada como uma lista de requisitos que precisam ser satisfeitos, de maneira automática e mecânica (MACHADO, 1999).

Esta autora se reporta a Young ² (1993) apud (MACHADO, 1999, p. 21) que, ao contribuir para o debate, propõe o uso da expressão necessidades práticas e interesses estratégicos, por acreditar que os interesses têm um significado de conscientização e de coletivo.

Em relação a esses conceitos, Machado (1999) afirma que, quando Moser não definiu sua compreensão de como a subordinação das mulheres foi criada e tem se perpetuado, fica impossível se determinar quais as necessidades estratégicas para superar essa subordinação. Acredita, contudo que, apesar das críticas, alguns programas e projetos incorporaram a questão de gênero, contribuindo desse modo para que as relações de gênero fossem mais equitativas, fortalecendo o entendimento da importância de sua incorporação e

² YUNG, K. Planning development with women. Macmillan: London, 1993

chamando a atenção para a heterogeneidade das necessidades, as quais são permeadas por gênero, classe, etnia, faixa etária, credo e crenças.

Entende que não é só conceitualmente que gênero deve fazer parte das políticas, mas também que pode e deve ser incorporado, à medida que os programas são implantados, cuidando para que os primeiros resultados sejam monitorados, levando em consideração que as necessidades além de serem construídas socialmente, variam no tempo e no espaço (MACHADO,1999).

- Necessidades práticas de gênero

As necessidades práticas correspondem às necessidades imediatas sem questionar a posição subordinada das mulheres. Embora possam ser delas originárias, não requerem um objetivo estratégico como a emancipação das mulheres ou equidade de gênero. Essas necessidades são formuladas pelas mulheres que se encontram em determinada situação, estando geralmente mais claramente relacionadas às questões de classe como já havia enfatizado Molyneux (1984), para a qual as mulheres de baixa renda são as que mais vivenciam as inadequações em vários aspectos, a exemplo da assistência à sua saúde, extensiva aos cuidados de sua família.

As necessidades práticas são necessidades que surgem e reforçam principalmente o papel produtivo e reprodutivo das mulheres. São aquelas que se desenvolvem como consequência das condições das mulheres na divisão do trabalho, de acordo com gênero, a exemplo de serem as principais responsáveis pela esfera doméstica (MOSER,1995).

Além desses, se destaca o cuidado com a saúde, podendo ser incluídos a geração de renda para a manutenção da família, serviços básicos, moradia, abastecimento de água e alimentos, para a família entre outras. Estas necessidades estão relacionadas à situação das mulheres, a sua carga de trabalho e responsabilidades no presente e podem ser solucionadas por intervenções de desenvolvimento prático e de curto prazo, mas, em si mesmas, é pouco provável que modifiquem aspectos desiguais das relações de gênero. Vale destacar que, se as necessidades práticas não forem vistas dentro do contexto dos interesses estratégicos, satisfazê-las isoladamente pode, na verdade, piorar a longo prazo a situação das mulheres. Desse modo, responder a essas necessidades práticas é importante porta de entrada para se trabalhar com as mulheres, sendo preciso que sejam realizadas de maneira estratégica (WILLIAMS,1999).

- Necessidades estratégicas de gênero

As necessidades estratégicas de gênero provocam mudanças nos papéis sociais existentes, questionando a posição subordinada da mulher, sendo que, sua satisfação pode ajudar as mulheres a desfrutarem de maior equidade (MOSER, 1995).

Essas têm, como ponto central, a identificação pelas próprias mulheres das questões estratégicas e dos caminhos para alcançá-las ao desafiar a natureza da relação entre mulheres, cultura e comportamentos androcêntricos. Sabemos, entretanto, que alcançar as necessidades estratégicas requer um planejamento a longo prazo e mudanças nas atitudes e comportamento das pessoas.

Essas necessidades, quando alcançadas, podem provocar mudanças estruturais; levar à transformação da divisão sexual do trabalho e podem incluir: a remoção das formas institucionalizadas de discriminação; a redução/alívio da carga de trabalho doméstico e de cuidados com as crianças; a garantia do direito à terra e à propriedade; o acesso a crédito e a outros recursos; a liberdade de escolha a respeito de ter ou não ter filhos e medidas contra a violência masculina e o controle dos homens sobre as mulheres (MOLYNEUX, 1984).

Williams (1999) destaca a recomendação de Moser para o uso das duas categorias de necessidades práticas e estratégicas, como ferramenta analítica útil, entendendo, contudo, que na prática frequentemente elas se superpõem.

Vemos, como exemplo dessa superposição, a capacitação das mulheres para cuidarem de si e de sua criança no puerpério que pode trazer vantagem estratégica, ao habilitá-las a participar do atendimento para a saúde, reivindicando uma assistência com mais segurança, tranquilidade e menos iniquidades. Compreendemos, desse modo, que todos os projetos dirigidos às necessidades práticas devem levar em consideração as necessidades estratégicas, pois as formas para satisfação das necessidades práticas também contribuirão para o alcance das necessidades estratégicas.

Identificamos, portanto, que semelhante às necessidades de saúde, a definição das necessidades práticas e estratégicas não é um exercício direto, sem contradições.

As mulheres, ao necessitarem de um atendimento em um serviço de saúde, percebem o delineamento dos conceitos, valores, atividades e tarefas diferenciadas, em função do seu sexo. O atendimento às suas questões de saúde visto como um valor relacionado ao gênero acompanha toda a vida, onde muitos problemas podem ser desencadeados de forma clara e outros de forma sutil, sendo que, seus efeitos podem ser visíveis ou imperceptíveis, aparecerem precocemente ou até se acumularem.

A posição subordinada da mulher, mesmo não fazendo parte da sua condição “feminina”, tem contribuído para reafirmar as desigualdades, a falta de poder e a ausência de participação nos cuidados com sua saúde, contribuindo para o seu silêncio, solidão e baixa auto-estima.

Machado (1999) indica o caminho a ser perseguido para que o planejamento beneficie um grande número de mulheres, sem prejudicar outras. Deve *primeiro* empoderá-las ou seja, promover uma mudança individual e ação coletiva, e *segundo*, pressionar os elaboradores das políticas públicas de saúde tanto a nível macro quanto ao micro no atendimento às suas necessidades.

3.3 DESENHO METODOLÓGICO

Para viabilizar os objetivos da tese, optamos por usar um método qualitativo, usando gênero, como categoria capaz de oferecer suporte às análises sobre as quais repousam as desigualdades de gênero (SCOTT, 2000). Embora tenhamos escolhido o gênero como categoria analítica central, para análise das necessidades da mulher no puerpério, percebemos que o poder está presente em todo o momento, pois é impossível falar em gênero sem abordar o poder, que existe nas relações entre a profissional de saúde e a usuária do serviço. A expressão das necessidades das mulheres em unidade de internação no Alojamento Conjunto nos aproxima de conteúdos técnico-científicos sobre os cuidados na saúde, imprescindíveis no atendimento a essas necessidades.

O uso da categoria de gênero se apresenta como um re-olhar com esmero e cuidado a mulher no Alojamento Conjunto, buscando explicar, à luz das relações de poder, das manifestações sociais, dos processos relacionados ao cuidado de enfermagem recebido por elas, a partir não só da diferenciação anatomofisiológica, mas também das sociais, rompendo desse modo, com a compreensão dicotomizada dos papéis sociais, que subalterniza a mulher, no contexto social, abrindo possibilidade para sua superação (FONSECA, 2002).

A escolha pelo caminho qualitativo se deu por entendermos que este torna possível “trabalhar com o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais: interpretar tanto as interpretações e práticas quanto as interpretações das práticas” (DESLANDES; ASSIS, 2002 p. 197). Acreditamos, portanto, que ele nos possibilita entender a dinâmica da fala das mulheres e o que elas apresentam em relação às suas

concepções e necessidades específicas de saúde e de gênero, buscando entender sua origem, suas relações e mudanças, ou seja, compreender as consequências desse processo a partir das próprias mulheres.

Assim, trabalhar qualitativamente implica, necessariamente por definição, em interpretar e entender os sentidos e as significações que uma pessoa dá ao fenômeno em foco, através de instrumentos necessários e suficientes, que valorizam o contato pessoal e outros elementos que conformam o sujeito.

3.3.1 O local do estudo

Este estudo foi desenvolvido na cidade de Salvador – Bahia. Tomamos como espaço/momento empírico, uma área delimitada pelo Distrito Sanitário da Liberdade, onde se localiza a maternidade escolhida, com uma demanda de atendimento de 1.020 mulheres/mês. Esse Distrito Sanitário oferece à população feminina ações voltadas ao atendimento das questões de ordem reprodutiva, incluindo a assistência à gestante, parturiente e puérpera, controle da fertilidade, prevenção e tratamento de câncer ginecológico e patologias mamárias, além da assistência clínico-cirúrgica e especializada. Outra característica presente nesse Distrito Sanitário é a desigualdade social, com número elevado de bairros e favelas, desprovidos de infra-estrutura sanitária e de outros serviços.

Essa instituição pertence à Secretaria de Estado da Saúde da Bahia (SESAB), é considerada de assistência e de ensino, mantendo convênio com Universidades Públicas e Privadas. Construída há 40 anos, do tipo monobloco, de grande porte, com 146 leitos e alta demanda de atendimento, sendo 70 desses leitos destinados ao atendimento às puérperas no alojamento conjunto, contando, porém, com recursos humanos insuficientes para atender ao grande contingente de usuárias do serviço, conforme avaliação realizada por Almeida (2002). Este estudo mostrou também que por ser uma instituição antiga, a planta física, a rede hidráulica e elétrica encontram-se fora dos padrões definidos pelo Ministério da Saúde para funcionamento de hospital de grande porte. Além disso, indica que, embora a estrutura³ esteja

³ A avaliação da adequação das instalações e equipamentos se deu a partir da comparação entre os “padrões mínimos obrigatórios”, e da relação inicial ou de proporções contidos na publicação da OMS/OPAS – Garantia de Qualidade - Acreditação de Hospitais para América Latina e o Caribe (NOVAES; PAGANINI, 1992). Foi elaborado um instrumento com base nos Padrões Mínimos de Enfermagem em Recuperação da Saúde; Garantia de Qualidade – Acreditação de Hospitais para América Latina e o Caribe (Novaes, Paganini, 1992) e nos questionários de auto-avaliação de Hospitais e do Projeto Maternidade Segura (BRASIL/MS/FEBRASGO,s.d). Embora se reconheça que o manual de acreditação de hospitais apresenta limitações, para interpretação dos resultados da avaliação da estrutura, considerou-se o critério do manual de acreditação que determina que “para

adequada, o processo⁴ de assistência e cuidado prestados durante o puerpério imediato não vem se dando de forma satisfatória (ALMEIDA, 2002).

A escolha dessa maternidade está ligada a aspectos de ordem pessoal e técnica, pois temos desenvolvido atividades práticas e de estágio junto à Disciplina Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher, do Curso de Graduação em Enfermagem da UFBa, tendo anteriormente, trabalhado no local como enfermeira, o que facilitou a entrada no campo de pesquisa. Além desses aspectos, a alta demanda de atendimento, o resultado dos estudos anteriormente realizados, o desejo de conhecer as concepções das puérperas sobre o cuidados de enfermagem e suas indicações para que esse atendimento atenda às suas necessidades de forma qualitativa, complementam os motivos da escolha desse espaço para o desenvolvimento deste estudo.

3.3.2 As participantes

As participantes da pesquisa foram 58 mulheres, no período puerperal, que se encontravam internadas na maternidade escolhida, nos primeiros 10 dias pós-parto normal, numa média de permanência de 24 a 48 horas de internação. A coleta de dados foi realizada durante o mês de fevereiro de 2003 (entrevistas) e 2004 (oficina de reflexão) com todas que voluntariamente aceitaram o convite, independente da idade, raça ou cor, e que não tivessem tido nenhuma intercorrência clínica ou obstétrica durante a internação no Alojamento Conjunto. Acreditando que a experiência anterior de parto em instituição hospitalar, ao terem suas necessidades atendidas ou não, lhes daria condições de reconhecer as possibilidades de atendimento frente à suas necessidades nesse novo puerpério, incluímos como critério para as primeiras mulheres que participaram das entrevistas.

Após a transcrição das entrevistas e da análise desses dados, sentimos necessidade de um maior aprofundamento das questões. As demais participantes das oficinas de reflexão também se encontravam nos primeiros 10 dias após o parto normal, sem intercorrência clínica ou obstétrica, exceto a exigência de experiência prévia de parto em unidade de internação. Não definimos previamente o número de participantes. Isso se deu no

ser acreditado, o estabelecimento deve cumprir pelo menos o nível 1 de satisfação da qualidade de todos os padrões” (NOVAES; PAGANINI, 1992, p. 25), com a anuência do comitê.

⁴ Para avaliação do processo, considerou-se a avaliação da dimensão técnico-científica do cuidado, das relações interpessoais e das amenidades, com base nos critérios selecionados pelo comitê de “experts”.

momento que houve saturação das informações. Buscamos nas falas as construções de gênero que perpassam as experiências pessoais, procurando tornar visíveis suas necessidades, concepções e indicações para um atendimento de enfermagem que atenda às necessidades expressas.

3.3.3 Procedimentos e instrumentos de coleta de dados

Ao considerar o ponto de vista das puérperas, para tratar do objeto deste estudo, entendemos que a utilização de fontes orais ocupa um lugar privilegiado, considerando o caráter e o próprio processo de desenvolvimento de tais fontes.

Em deferência à importância da aceitação da pesquisadora pelas mulheres participantes deste estudo, acreditamos que a nossa interação foi facilitada por conhecermos grande parcela das profissionais de enfermagem as quais promoveram a nossa apresentação, junto às mulheres que se encontravam no Alojamento Conjunto. Procuramos deixar claros os objetivos do nosso estudo, assim como, buscamos avaliar, a todo o momento, as relações estabelecidas entre nós, as usuárias e este grupo de profissionais.

Cumpridas todas as exigências necessárias para inserção no campo de pesquisa, demos início à coleta de dados através de entrevistas e posteriormente, em outro momento, realizando as oficinas de reflexão.

ENTREVISTA

Na primeira etapa da coleta de dados, realizamos entrevistas semidirigidas, que tiveram como pressuposto básico a elaboração de questões norteadoras para investigação (APÊNDICE C). O roteiro para entrevista possibilitou maior comunicação com a informante, em que procuramos captar melhor o fenômeno estudado, já que esta inter-relação possibilitou lançar mão de outros elementos envolvidos na comunicação, como a expressão facial, gestos, tons de voz e outros capazes de dar sentido às falas.

Inicialmente, entrevistamos 25 mulheres que se encontravam no Alojamento Conjunto e que se dispuseram voluntariamente a participar deste estudo. Obedecemos aos critérios determinados, procurando estabelecer uma relação direta e coloquial que tinha como finalidade nos permitir vivenciar seu processo de assimilação, do modo de pensar, mesmo estando ela imersa temporariamente num determinado campo— a Maternidade. À proporção

que coletávamos os dados, realizávamos a análise, a qual nos permitiu aprimorar a técnica das entrevistas subsequentes.

Iniciamos com alguns dados de identificação, procurando conhecê-las melhor, guiada por questões dirigidas à experiência anterior e atual no pós-parto; as suas concepções sobre os cuidados de enfermagem, entre outros. Esses questionamentos revelam uma tentativa de entender a forma como essas mulheres se inserem nesse espaço institucional, as articulações existentes entre elas, as desigualdades, inadequações, dificuldades e necessidades expressas nas suas falas.

OFICINA DE REFLEXÃO

Para cumprir os objetivos e obter informações a partir da experiência coletiva, utilizamos como estratégia complementar às entrevistas as oficinas⁵ de reflexão, “que se constitui num espaço de reflexão e discussão das vivências, permitindo a identificação de temas fundamentais para melhor compreender o problema em pauta” (CHIESA, 1996, p. 130).

A adoção das oficinas como estratégia de coleta de dados permite às pesquisadoras, coordenadoras e participantes desse processo, tornarem-se sujeitos (as), objetos de mudança e de produção de conhecimento, permitindo-lhes, através de experiência subjetiva, compreender a realidade que se quer estudar numa crescente objetivação.

Nesse entendimento, Paulo Freire afirma que a reflexão e a ação dos oprimidos sobre suas condições concretas se impõem e conduzem à prática, “e se fará autêntica práxis se o saber dela resultante se faz objeto da reflexão crítica” (FREIRE, 1987, p. 52-3). Reforça, ainda, ao dizer que a ação libertadora deve tentar através da reflexão e da ação transformar em independência, num processo solidário, reflexivo, — ninguém se liberta sozinho —, que os faz ser este ‘ser para si’ (FREIRE, 1987).

Resgatando um pouco da história, sabemos que as oficinas de reflexão foram criadas na década de 1970, surgindo na trilha do movimento internacional feminista, por artesãs de idéias e metodologias, como espaço alternativo de aprendizagem, análise e ações políticas sobre a condição feminina (CARNEIRO; AGOSTINI, 1994). Esses grupos eram “formados por mulheres interessadas em descobrir as raízes sociais de seus problemas

⁵ O termo oficina empregado por Maria José de Lima tem significado próprio na forma como essa atividade é conduzida, com a participação de todas as envolvidas, requerendo planejamento, discussão, síntese e avaliação (LIMA, 1988).

individuais [...] criando um vínculo significativo entre si e gerando, pela tomada de consciência, percepção intelectual e emocional, cooperação e confiança” (LIMA, 1988, p. 42).

Representavam, naquele momento, os questionamentos da prática de Educação e Saúde, questionando o poder autoritário e intervencionista dos médicos sobre o corpo da mulher, que reforçava a idéia de ser esse corpo objeto e máquina, com reflexo sobre sua saúde, tendo como aliado a ignorância dessas sobre seu próprio corpo e sexualidade, enquanto dispositivo de controle social.

No Brasil, essa prática emergiu em grupos autônomos de reflexão traduzidos desde 1975, em objetos de pesquisas acadêmicas e, mais tarde, numa outra maneira de receber, ouvir e orientar as mulheres.

Ao final da década de 1980, as artesãs dessa metodologia em Saúde da Mulher constatarem que as oficinas tinham como foco central a sexualidade, a reprodução e temas sobre os direitos reprodutivos (CARNEIRO; AGOSTINI, 1994).

É importante destacar que a enfermagem vem utilizando essa estratégia metodológica, enriquecendo o seu desempenho enquanto enfermeiras/docentes, trazendo essa perspectiva para a prática, sendo vista como uma das tendências mais interessantes no ensino e na pesquisa em enfermagem. A inserção dessa estratégia vem se traduzindo na possibilidade de reflexão sensível e ação criativa, na formação e na prática junto a grupo de mulheres e das (os) estudantes de enfermagem.

As oficinas, assim como toda prática educativa (também incluída a consulta individual), além de representar um espaço de criação é também um espaço histórico de construção coletiva de um saber transformador, permitindo às participantes mostrarem firmeza nas suas posições e decisões, pautadas em experiências concretas de sua vida (CARNEIRO; AGOSTINI, 1994).

Essa estratégia metodológica tem se ampliado e se consolidado mediante experiências de profissionais como FONSECA; COELHO; SILVEIRA(1999); DINIZ et al.(2000); NASCIMENTO(2000); NASCIMENTO(2002); SILVEIRA(2001); COELHO(2000); COELHO(2003), entre outras.

Na composição desse processo dialógico e comunicativo, os fatos são matérias-primas, resultantes do estímulo dado à participante — sujeito da ação, numa reflexão crítica, a partir da valorização dos seus conhecimentos acerca da temática desenvolvida, fruto da compreensão e análise das fontes primordiais da experiência: o imaginário e o cotidiano. Nesse caminhar, emergem sensações, sentimentos, percepções, crenças e fantasias que marcam as vivências e compõem cada história, que serão processadas através da análise, já

que, “a práxis [...] é reflexão e ação dos homens sobre o mundo para transformá-lo. Sem ela, é impossível a superação da contradição opressor-oprimidos” (FREIRE, 1987, p. 38).

Esta estratégia, além de representar um espaço de autotransformação, constitui um longo exercício de escuta tanto de si mesma como do outro, permitindo uma articulação entre aspectos específicos das vivências individuais e a totalidade da sociedade (CARNEIRO; AGOSTINI, 1994).

Sendo assim, a utilização da oficina de reflexão como estratégia de coleta de dados tem como pressuposto que as mulheres detêm conhecimentos e experiências acerca das suas necessidades no ciclo reprodutivo, decorrente da própria socialização e de suas vivências individuais.

Nessa dinâmica interativa, as coordenadoras, facilitadoras da atividade são “[...] sujeitos iguais que colaboram no sentido de construir conhecimentos, no respeito da diferença entre as concepções do saber, entre os saberes que cada um traz no processo de pesquisa” (GAUTHIER, 1999, p. 282). O estabelecimento dessa relação horizontal e dialógica, do ponto de vista do relacionamento humano, deverá ser permeado pela confiança, facilitando a abordagem educativa dos conhecimentos relativos ao tema em pauta, já que,

“A relação dialógico-dialética que se estabelece entre os sujeitos da pesquisa e o pesquisador é o aspecto central das dinâmicas, em que a discussão de grupo é apenas uma parte de todo o processo [pois] [...] tanto os sujeitos da pesquisa como o pesquisador, atuam ativamente na análise e interpretação do conhecimento dado pelo grupo” (CABRAL, 1998, p. 184)

A riqueza dessa experiência, emerge da interação estabelecida entre a(s) facilitadora(s) e as participantes, na sua heterogeneidade em relação à idade, origem, profissão e etnia. Nesse trabalho grupal em que cada indivíduo é único e singular, a complexa totalidade presente nesse grupo emerge de forma mais clara quanto maior for a reflexão e o debruçar-se sobre as experiências corporais do sentir, do pensar e do agir, dentro da temática que se quer trabalhar (CARNEIRO; AGOSTINI, 1994).

Carneiro e Agostini (1994, p. 63).recomendam ao coordenador estabelecer um espaço de liberdade, após a exposição da proposta de trabalho, devendo interferir o mínimo possível no conteúdo, estimulando a participação de todas, limitando-se a esclarecer dúvidas quando se fizerem presentes. É oportuno ainda, “com simplicidade, simpatia e intuição, [garantir] a voz de todas as componentes do grupo”, sem olvidar que “o planejamento do tempo é importante como em qualquer processo de trabalho, podendo-se desenvolver uma coordenação, flexível sem ser dispersa, objetiva sem ser rígida”

Para essas autoras, o exercício dessa prática permite às coordenadoras e às participantes conviverem num espaço que possibilita a todas serem agentes de mudanças e de construção do conhecimento, sendo o produto final, assemelhado a um trabalho manual, que foi pensado e moldado por muitas mãos. Sua realização pressupõe um trajeto e um tempo de processamento. Abre-se o trabalho com um tempo de aquecimento; propõem-se o tema e uma estratégia facilitadora da expressão, faz-se a rodada de troca de vivência e realiza-se o processamento do material surgido através da análise.

Através da utilização de recursos como estratégias facilitadoras, se busca fazer aflorar o conhecimento das mulheres, a respeito das questões que envolvem o tema escolhido, suas dificuldades, facilidades, informação, desinformação, medos, ansiedades, desejos, necessidades, condição de saúde, entre outros. Tal processo atua como um alerta para a sua própria necessidade e para a necessidade da outra, sendo excelente instrumento pedagógico e de produção de conhecimentos (CHIESA, 1996).

A escolha da técnica mobilizadora dependerá da adequação das mesmas que tem como finalidade as experiências, sentimentos, enfim, tecer o fio de cada história.

Como exemplo, a opção por exercícios de aquecimento é importante, pois tanto ajuda a acionar um vínculo de confiança entre os membros do grupo quanto em relação à coordenação, podendo ser de relaxamento, concentração ou outros que incentivem o espírito lúdico.

Além dessas recomendações, é fundamental que se cuide também do espaço onde será desenvolvida a atividade, com a oferta de ambiente acolhedor, aconchegante, confortável, lúdico, com provimento de água e alimentação, favorecendo às participantes sentirem prazer e contentamento ao participarem da atividade.

Ao final da oficina, ao se fazer a síntese dos pontos discutidos, é importante que estas abordem os pontos percorridos, franqueando a palavra para colocação de outras dúvidas; das alianças possíveis para a mudança; dos atores sociais que possam se envolver nesses processos; elucidar conceitos e informações importantes com relação ao tema proposto, bem como os obstáculos e incentivos à busca de autonomia. A avaliação final deve encerrar a atividade.

Sabemos, contudo, que a oficina em si não se configura num modelo com um fim em si mesmo, mas como um meio, uma possibilidade de discutir sobre as necessidades das mulheres e sobre os cuidados de enfermagem necessários para o seu atendimento no Alojamento em uma maternidade pública. Ao permitir-lhes falarem e serem escutadas, lhes é dado a oportunidade para a reflexão e o seu empoderamento.

Estrutura e desenvolvimento das oficinas

Ao chegarmos à unidade de internação, nos apresentávamos, falávamos da atividade convidando-as a participarem da oficina, ao tempo em que lhes explicávamos os objetivos, a metodologia, a duração, o anonimato, a importância e liberdade dessa participação.

A princípio, percebemos que as mulheres demonstravam preocupação com o local onde iriam deixar seus bebês. Ao ser explicado que estes permaneceriam no mesmo espaço que elas, se tranquilizaram e se mostraram receptivas, ansiosas e curiosas com a nova atividade.

Aguardávamos que arrumassem a si mesma e ao bebê e, em seguida, as conduzíamos ao auditório, no andar superior. Apesar de contarmos com leitos infantis dentro desse mesmo espaço e profissionais capacitados para cuidar dos bebês, a grande maioria preferiu permanecer com eles ao colo.

O auditório cedido pela maternidade para realização das oficinas foi devidamente preparado, entendendo que o ato de cuidar implica no cuidado concreto com as participantes através do acolhimento, o fornecimento de um ambiente tranquilo, agradável e aconchegante.

Como técnica mobilizadora, utilizamos as discussões grupais e, “considerando que, pessoas tensas não são capazes de relaxar as tensões e compartilhar idéias, experiências, sentimentos” (CABRAL, 1998), lançamos mão de exercício de respiração e de relaxamento que tem por objetivo restabelecer um contato em conexão com o próprio corpo, a partir da quietude (LIMA, 1988). Utilizamos a música como suporte, através de *compact discs*, cujo mote foram os temas relacionados à mulher, ao respeito, ao amor, à vida e também, sons de vento, de água, os quais ajudaram a criar uma condição favorável, introduzir questões, registrar emoções, sentimentos, conhecimentos enfim, interagir com a atividade.

Enquanto facilitadoras⁶, procurávamos favorecer uma articulação entre as mulheres, sujeitos (as) sociais, nas suas necessidades e na sua dimensão subjetiva, na tentativa de estimular a participação de todo o grupo, de modo a tornar a experiência coletiva e não individualizada.

⁶ Utilizamos o termo facilitadora, entendendo que, embora coordenação tenha um papel e um poder diferenciado no grupo, deve estabelecer relações democráticas e igualitárias, enfim, facilitar o deslanchar de todo o processo.

Mesmo utilizando o gravador para registro das falas, em muitos momentos, temerosas de que o choro forte e simultâneo de alguns bebês prejudicasse as gravações, fizemos o registro de algumas falas e alguns comportamentos observados. Tínhamos a intenção de fotografar a atividade, porém, a maioria das participantes, mesmo já tendo autorizado, recusou, alegando que estavam mal vestidas e despenteadas e, portanto, não gostariam de serem fotografadas. A recusa foi prontamente atendida.

Inicialmente, o grupo contou com 36 voluntárias que se encontravam no Alojamento Conjunto da maternidade e que concordaram em participar do estudo sendo que, três desistiram: uma por estar sentindo cólicas uterinas, outra com dores no local da cicatriz e outra por estar preocupada e ansiosa com a alta do filho. Sendo assim, contamos com a participação de 33 mulheres. Realizamos 3 oficinas, após as 17 horas e em dias alternados, com duração média de 2 horas cada, distribuídas em grupo de 13, 11 e 9 para cada oficina.

A escolha desse horário se deu, por ser esse considerado o período mais tranquilo, no qual as puérperas se encontram sem outra atividade, a não ser cuidarem de si e do seu bebê.

A oficina teve como facilitadoras além da autora da pesquisa, uma professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, com experiência na realização de oficinas e mais três participantes (1 enfermeira e 2 estudantes) que prestaram ajuda e apoio nos cuidados com os recém-nascidos; no atendimento às mulheres, entre outras necessidades que surgiram no desenrolar da atividade.

Sabedoras do papel fundamental da facilitadora, pois a estratégia utilizada funciona como mera intermediação da ação de facilitar ou coordenar, buscamos a todo o momento, animar a discussão, estimulando a expressão dos seus sentimentos, dúvidas, angústia e necessidades. Iniciamos a integração através da apresentação, garantindo a voz a todas e incentivando-as a ouvir a outra, e, ao compromisso com a elaboração do produto do grupo, assumindo uma posição de igualdade diante da companheira, sem eliminar as diferenças e as vivências particulares. Frente às colocações, procurávamos compreender a percepção delas em relação às ações e cuidados de enfermagem recebidos durante sua internação como também identificar suas necessidades que demandavam cuidados de enfermagem, estimulando o grupo a desenvolver discussões em cima dos temas propostos.

Ao lado da música e do exercício de respiração e relaxamento como técnica mobilizadora, solicitamos que cada uma delas respondesse às seguintes questões (APÊNDICE D).:

- Como me sinto agora como mãe?

Esperando, com esta resposta, identificar os sentimentos presentes na sua interação afetiva como mãe e com o evento da hospitalização;

- Quais são as minhas necessidades durante os dias que estou aqui na enfermaria?

Objetivando identificar suas necessidades físicas, emocionais, de conforto, de gênero e de informação entre outras, que demandam cuidados de enfermagem;

- O que a enfermagem faz e/ou deve fazer para atender às minhas necessidades?

Sabemos que o reconhecimento das individualidades permite ao profissional de enfermagem estabelecer com cada mulher um vínculo e perceber suas necessidades e capacidades de lidar com o processo do nascimento e que a equidade implica, obviamente, no atendimento de suas necessidades.

À proporção que o diálogo se desenvolvia e os problemas eram aflorados, estes eram retomados e discutidos exaustivamente, com vista à proposta de solução, com base nos diferentes conhecimentos e experiência das mulheres em sua determinação social e de gênero.

Ficamos atentas ao indispensável momento de reflexão, após os trabalhos no grupo, que permitiu nos apropriarmos do produto elaborado. Por isso, a coordenação de duas pessoas por grupo foi ideal tanto para compartilharmos a tarefa quanto para dividir esse momento e a posterior síntese da discussão e avaliação final da atividade. O prazer de realizar a atividade superou todo o trabalho, ansiedade e desgaste emocional e indignação, fruto dos depoimentos das participantes.

3.3.4 Análise e interpretação dos resultados

Para operacionalizar a técnica e tratar praticamente os dados coletados durante as entrevistas e as oficinas, optamos por utilizar a análise de conteúdo, modalidade temática norteadas por Bardin (1977), como um meio para acessar as subjetividades das mulheres, permitindo compreender seu processo de viver, ser cuidada, enfim, alcançar a finalidade desejada.

Operacionalmente, a análise de conteúdo é:

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos temáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores [quantitativos ou não] que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [variáveis inferidas] destas mensagens” (BARDIN, 1977, p. 42).

Este método de análise tem seu uso indicado tanto em comunicações orais quanto nas escritas, considerado como uma forma de categorização de dados verbais ou comportamentais que requerem raciocínio e criatividade da pesquisadora. Utilizado desde o século XVI e XVII, na Suécia e na França, foi por ocasião da Segunda Guerra Mundial que esse método de análise alcançou a devida importância já que, visa a tornar evidente e significativamente plausível a confirmação lógica, os elementos ocultos da linguagem humana (RODRIGUES; LEOPARDI, 1999).

Bardin (1977, p. 5) apresenta como etapas sucessivas dessa técnica a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos. A partir de então, poderemos propor inferências e adiantar interpretações, conforme os objetivos previstos ou referentes a novos achados na pesquisa.

Este autor recomenda algumas regras para montagem do corpo de investigação, a saber:

- Exaustividade: análise de todos os elementos que corresponda a esse *corpus*;
- Representatividade: número de amostras representativo do universo pesquisado;
- Homogeneidade: documentos homogêneos com características comuns e critérios precisos;
- Pertinência: documentos adequados, correspondentes aos objetivos da pesquisa.

Iniciamos a análise da seleção de trechos das falas das mulheres resultantes das entrevistas e das oficinas de trabalho, de onde estabelecemos categorias empíricas que são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registros, no caso da análise temática) sob um título genérico, que serão agrupadas em razão dos caracteres comuns destes elementos (BARDIN, 1977, p. 117). Essa categorização aconteceu após leituras exaustivas e repetitivas dos textos transcritos e do recorte de cada unidade de registro das entrevistas e das oficinas de reflexão, que corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando à categorização e à contagem freqüencial (BARDIN, 1977, p. 104). Essa categorização é um processo do tipo estruturalista e comporta duas etapas:

- O inventário: isolar os elementos (unidades de registro e de contexto);
- A classificação: repartir os elementos e organizar as mensagens (unidades de registro e de contexto).

As categorias foram então definidas, tendo em vista a temática trabalhada ou o foco central da investigação. Agrupamos os termos relevantes por similaridade de conteúdo e

após reunidos, nos levaram às pré-categorias, que, novamente agrupadas, nos conduziram à categoria final.

Nessa análise e interpretação dos resultados, procuramos uma melhor explicitação dos dados segundo o enfoque de gênero, das necessidades das mulheres que demandam cuidados de enfermagem no Alojamento Conjunto, obedecendo à recomendação de Bourdieu (1999) que afirma que devemos procurar fazer a diferença entre a aparência e a essência, tendo o cuidado de não cair na armadilha da ilusão da transparência que sucumbe a pesquisadora que crê que o real se mostra de maneira espontânea.

A partir das categorias empiricamente construídas, procuramos abordar esses dados com um mínimo de formalização teórica, e progressivamente, elaboramos a melhor explicação para o fenômeno, na tentativa de fazer uma correlação entre a realidade empírica encontrada e a fundamentação teórico-filosófica. Por fim, realizamos a análise — não de maneira estanque e em um só momento, mas ao longo da nossa coleta de dados — à luz do enfoque da categoria gênero e outros conteúdos que deram suporte ao nosso estudo.

Acreditamos que o resultado deste estudo possibilitou pensar em novas perspectivas para velhos problemas (mulher objeto da assistência, expropriação da sua autodeterminação, relacionamentos desiguais e autoritários), permitindo visibilizar não apenas essas questões, mas, formas de tornar as mulheres em todos os campos e quando atendidas pela enfermagem no período puerperal, sujeitos, participantes ativas da assistência.

Além dessas possibilidades, na relação de poder e de hierarquia social, entre outros, presentes na inter-relação, constante nas ações e cuidados de enfermagem às puérperas, esperamos, com este estudo, entender os mecanismos pelos quais as mulheres puérperas se tornam, às vezes, passivas, enredadas e subjugadas com as forças que sustentam sua própria opressão (BORDO, 1997).

3.3 5 Aspectos éticos da pesquisa

Obtivemos autorização prévia da direção da instituição escolhida e, observando integralmente as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, este projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, sendo aprovado (ANEXO A e B). Deixamos claros os objetivos da pesquisa, respeitamos a voluntariedade, a disponibilidade de participar e o direito das informantes de não serem identificadas além de solicitar autorização das responsáveis, para

participação das adolescentes. As entrevistas e os relatos das oficinas, guiados por questões norteadoras, não tiveram limite de tempo e foram gravadas em fitas magnéticas, mediante ciência e autorização das mulheres (Apêndice A e B).

4 RESULTADO E DISCUSSÃO

4.1 AS MULHERES PARTICIPANTES DO ESTUDO

Apresentamos neste capítulo as necessidades de gênero das mulheres e suas concepções sobre a assistência de enfermagem, recebida por elas, durante a internação em unidade de Alojamento Conjunto. Iniciaremos com alguns dados sociodemográficos, que as caracterizam como: faixa etária (anos); cor (auto-referida); estado conjugal; educação formal básica; ocupação; renda familiar (salário mínimo); paridade (número de filhos), a procedência e a religião.

Identificamos que a idade das participantes variou de 15 a 38 anos, sendo que a maioria se encontrava na fase adulta e apenas 6 na adolescência, considerando-se esta, a faixa etária de 10 a 19 anos (OMS, 1989).

Quanto à cor auto-referida, um maior número (17) identificava-se como morena e as demais, como morena clara (7), morena escura (4), parda (14), negra ou preta (11) e branca (3). Uma identificou-se como marrom e outra, como sarará, que, segundo a própria depoente, caracteriza a pessoa que tem cabelo alourado, porém, crespo.

Ao adotarmos, neste estudo, a definição de casadas para todas aquelas que convivessem com o companheiro, identificamos que a maioria era casada (38) e as demais, solteiras, morando na casa junto com seus pais e suas mães ou com cada um deles em separado.

A maioria (38) não possuía ensino fundamental completo e somente 4 o havia concluído; 8 não tinham conseguido concluir o ensino médio; 6 conseguiram concluir esse período escolar, sendo que apenas 2 informaram não ser alfabetizadas.

Entre as participantes deste estudo, 21 ocupavam-se com atividades domésticas do lar, dado que o trabalho da casa continua a ser considerado feminino. As demais (14) eram empregadas domésticas; 9 ainda estavam estudando e 12 exerciam outras atividades remuneradas. Acreditamos que, ao não se considerarem donas-de-casa, por serem solteiras e viverem com a genitora, 2 mulheres disseram “não fazer nada” o que reforça a invisibilidade, desconhecimento e desvalorização do trabalho reprodutivo.

No contingente de mulheres por nós trabalhado, observamos que existe uma estreita relação entre o grau de escolaridade e a renda familiar. Dentre elas, 15 não sabiam informar qual a renda e 1 disse não possuir renda, vivendo da ajuda da comunidade e de

pessoas da família. Um grande número (21) vive com até 1 salário e as demais possuem renda familiar de pouco mais de 1 até 7 salários mínimos.

O número de filhos variou de 2 até 5, sendo que a maioria delas (31 mulheres), encontrava-se ainda no segundo puerpério, dado este, compatível neste momento, com a taxa de fecundidade na Bahia que no ano de 1991, foi de 3,33, declinando para 2,20, em 2001 (BRASIL, 2001b).

Verificamos que, a maioria delas nasceu em Salvador e somente 9 nasceram no interior do Estado, vindo para essa capital quando pequenas. Todas residem em Salvador, em diversos bairros e, independente da distância, buscam essa Maternidade, como garantia de atendimento; 22 disseram ser católicas, 5 evangélicas e as demais (6) disseram não possuir religião definida.

Identificamos que a tentativa de inquirir quanto à procedência e à religião, acreditando que o fato de terem vindo do interior do estado ou da capital ou de pertencerem a determinada religião pudesse ter interferido no processo de socialização ou influenciado no processo de interação das mulheres com as companheiras de quarto e com as profissionais de enfermagem, não se mostrou relevante.

4.2 NECESSIDADES DE MULHERES NO PUERPÉRIO IMEDIATO

O interesse em analisar as necessidades das mulheres no puerpério imediato durante a internação no Alojamento Conjunto, conduziu-nos à apreensão de várias ordens de necessidades. Sobressaíram, de forma clara e evidente, as necessidades relativas ao atendimento mais competente, cuidados físicos, apoio emocional, informação, orientação, relacionamento entre as mulheres e as profissionais de enfermagem, entre outras. Objetivamos não correr o risco de um reducionismo ou de uma simplificação excessiva das necessidades, mas, sim, alcançar a sua ampliação em maior abrangência.

As necessidades expressas pelas mulheres no contexto deste estudo, estão referidas a 3 concepções de necessidades como:

a) carência onde elas assinalam a “falta de alguma coisa”, numa expressão de vários sentimentos combinados, que indicam que as faltas têm que ser preenchidas ou eliminadas. Acreditamos que mediante o enfrentamento do contexto é possível que as mulheres alcancem a autodeterminação sem renunciar à satisfação das carências.

b) reivindicação das suas necessidades, que são traduzidas numa linguagem pública de justiça e equidade nas ações de atendimento à saúde, pleiteando a substituição de condutas, comportamentos, regras e rotinas na tentativa de romper com a distância entre as aspirações e as experiências.

c) a busca da ampliação de seus direitos, significando para as mulheres, a ampliação dos seus direitos como cidadãs, com a assunção de responsabilidades e decisões relativas ao seu corpo e sua saúde.

Enquanto processo relacional, almejam que a diversidade e pluralidade delas enquanto sujeitos sejam reconhecidos, respeitando a sua voz e garantindo-lhes o direito de expressarem e terem suas necessidades e demandas específicas atendidas. Mesmo sendo uma ação que se dá num contexto de relações de força e poder, a autonomia deve permitir-lhes discernir, valorizar e eleger objetivos e crenças, sem opressões ou constrangimento.

Acreditamos que este processo significará para elas, além de um passo na luta para o alcance da cidadania, uma estratégia emancipatória, e um terreno de possibilidades para o exercício de práticas democráticas, sendo contudo, necessário a negociação e aceitação dos direitos e carências das profissionais envolvidas no processo assistencial, se quiserem que os seus sejam também ouvidos e respeitados.

Compreendem um conjunto de demandas justapostas às dimensões estratégicas e práticas de gênero, reiterando que essas, na prática, não existem de forma isolada e freqüentemente se superpõem.

Na situação em pauta, por estarem as mulheres deste estudo experienciando o período puerperal, vale a pena destacar que, nos países do Terceiro Mundo, incluindo o Brasil, com grandes desigualdades sociais, diversas ameaças à saúde associadas à pobreza, têm produzido a chamada ‘síndrome do esgotamento materno’, em que mãe e filho se tornam muito mais vulneráveis às doenças (DOYAL; GOUGH, 1994). As mulheres, afirmam eles, estão, na verdade, sujeitas a um adicional de ameaças e riscos que torna mais sofrida sua existência física e autônoma, necessitando de satisfatores adicionais específicos que atendam às suas necessidades.

Necessidade de acolhimento

Sabemos que a oportunidade de responder a questionamentos sempre produz interpretações e concepções, com base na subjetividade e objetividade do real, ao recordar o

passado ou relatar o presente, construções essas, que se dão a partir da experiência individual e do modo como a pessoa se posiciona socialmente. Esses relatos, construções do pensamento individual, não se reduzem a uma impressão subjetiva, mas, sim, a um produto da elaboração intelectual do pensamento, num trabalho de reflexão e memória, não se restringindo apenas a um sentimento, mas a reconstrução do vivido em nova objetivação (SCHRAIBER,1995). Dessa forma, as mulheres com experiências anteriores de atendimento em seus partos somaram suas percepções de serem cuidadas ao momento atual e à vivência das primíparas, destacando que a necessidade de ter o profissional, junto de si, é diferencial para a construção do sentimento de ser acolhida e de ser cuidada, o que pode ser compreendido quando a mulher afirma : “(...) não tive nenhuma preocupação, o parto foi feito por parteiras e sempre estavam lá cuidando da gente” (E9).

Atenção e acolhimento

A percepção da necessidade de acolhimento é resultado da conjunção de inúmeras ações de enfermagem que, denotam atenção às diferentes dimensões do ser, que, para essas mulheres, vão desde cuidados básicos de higiene e conforto aos procedimentos terapêuticos e medicamentosos. No entanto, o motivo dessa atenção reside na demonstração de um legítimo interesse pelo seu bem-estar, resultando no sentimento de acolhimento e respeito.

A presença do profissional significa sua proximidade, não apenas física, mas aquela que resulta na interação efetiva motivada pelo interesse pelo outro:

“Fui logo atendida [...] muitas enfermeiras junto de mim o tempo todo na enfermaria [...] me acalmando, com cuidado” (E2); “[...] me ajudaram a ir ao banheiro, me esperaram, me ajudaram a sentar. Perguntaram se eu estava me sentindo bem e forraram a minha cama” (E3); “A mulher, desde a gestação, tem que ser cuidada, ter carinho, pois a mãe sente, e o filho que está na barriga também” (E 5); “Eu acho que a gente devia ter mais atenção do pessoal de enfermagem, de vez em quando ir lá perguntar se a gente está sentindo alguma coisa, se quer alguma coisa (...)” (E1) ;

Semelhante aos resultados do estudo desenvolvido por Gotardo (2003), as manifestações de carinho, atenção, respeito, receptividade e disponibilidade, significaram, para elas, “terem sido cuidadas”, numa interação satisfatória, com apoio constante e estabelecimento de vínculo de confiança, que lhes permitiu a auto-afirmação diante da experiência de ser mãe, o que uma das mulheres resume em : “Para mim, o básico é a atenção” (O20);

O descuido, o descaso, o desrespeito

Por outro lado, a experiência dessas mulheres revela uma realidade em que suas necessidades de serem cuidadas e acolhidas, além de não serem atendidas, são marcadas por uma relação impessoal e, muitas vezes, agressiva, que gera a percepção de desprezo, descaso e humilhação.

“Foram trocar e nem me tocaram; pediram para eu ficar em pé [...] o pessoal tem que ficar mais próximo da gente”^(E 3); “É isso aí, deveriam tratar com educação e não ignorar as queixas”^(O2); “Eu acho que a gente é gente, não é cachorro [...]”; “É aquela grosseria, não tem aquela delicadeza para falar com as pessoas e, quando acende a luz, não dão boa noite [...], joga o remédio lá e tudo”^(O3) ;

Assim como no estudo de Nascimento (2000), as situações aqui retratadas pelas mulheres denotam que estão permeadas por elementos em que classe social, cor e gênero têm importante papel a partir do momento em que o profissional se investe de poder e se distancia de seu semelhante, causando constrangimentos, humilhação e revolta:

“Destaco como importante aqui na enfermaria a paciência [...] tem muitas que dizem não me pegue não, eu disse que não estou com doença não, não vou botar doença em você não, eu me asseei antes de vir para cá. E ela era da minha cor não era para ela fazer isso”^(E21);

Considerando a saúde como um valor universal, componente básico da cidadania e objetivo final de toda a humanidade, as mulheres expressam seus sentimentos de indignação frente à forma como são tratadas, embora silenciosa ou reprimidamente, denotando-se a possibilidade de confronto e insubmissão.

“Aqui como ela já disse, todo órgão público é humilhante, na verdade deveriam respeitar mais as pessoas. Não é porque... somos humildes, não é por isso que devemos ser desrespeitados, pois a gente paga nossos impostos para isso”^(O 9);

No entanto, as situações a que essas mulheres estão submetidas têm as mais diferentes motivações, emergidas da relação de poder estabelecida pelos profissionais que se julgam no direito de recriá-las e discriminá-las, seja pela sua condição social, cor, ou mesmo pelas suas opções sobre sua vida reprodutiva, e que na maioria das vezes as fazem calar e submeter-se. Assim, as mulheres são culpabilizadas e castigadas segundo o número de filhos que têm, sendo negado a elas não só o direito de vivenciar a sua realidade, seja ela uma opção ou uma aceitação sobre algo que não têm como mudar em suas vidas, mas também o direito de

serem respeitadas. Enquanto instituição, esses (as) profissionais reproduzem as relações desiguais e a assimetria de poder, culpando as mulheres pela alta demanda dos serviços e pré-julgando a sua condição social e econômica, que as impediria de ter uma prole extensa:

“[...] eu reclamei mas diziam: é o segundo e você vem de novo”^(E18); “É muito desrespeito para dizer a verdade. Tem pessoas que têm mais de um filho e não é por isso que eles vão tratar a pessoa má. [...] até por uma forma ética, acho que deveriam tratar as pessoas melhor.[...]. Isso aí para mim é um descaso pois o fato d’eu ter 1º, 2º e 3º não muda a dor entendeu, a dor continua do mesmo jeito. E, não é devido eu ter o primeiro que eu devo ser mais bem tratada porque a dor é a mesma, Para mim é um descaso. Eu acho isso uma falta de respeito. E graças a Deus que me deram alta pois eu tenho dois filhos lá e não tenho quem tome conta dos meus filhos. Então eu achei isso uma falta de respeito”^(O5); “Estou me sentindo muito mal pois tem muitas enfermeiras e até médicas que tratam a gente mal, por ter mais de um filho. Eu mesma tenho 5 filhos [...] me tratou mal e me disse assim: O 5º filho ! tem 4 filhos e ainda vem ter mais um sei não, ...sei não... e ficou resmungando”^(O10).

Os relatos indicam um modelo de atendimento impessoal, que desconhece o contexto sócio cultural e a história pessoal das usuárias e mostram a interferência das profissionais de enfermagem através de ações, comportamentos e intervenções, fora do domínio e controle das mulheres apontando para um atendimento que as menospreza como sujeitos de relações, emoções e sentimentos, implicando, e tendo como produto final, o medo e a insegurança.

Esses comportamentos geram sentimentos considerados negativos, causando sofrimento e dor, interferindo no prazer, deixando as mulheres exaustas, com uma sensação de vazio e solidão.

Diante de algumas controvérsias em relação à política não explícita das esterilizações e embora não se saiba até que ponto a lei que regulamenta o planejamento familiar no Brasil (Lei 9.263/96) é cumprida, esta reafirma e garante às mulheres e aos homens viverem com plenitude e saúde a sua sexualidade e a decisão livre e consciente sobre o desejo de ter filhos, o seu número e o espaçamento entre eles, livres de qualquer tipo de coerção ou preconceitos (PENA; CORREIA; BRONKHORST, 2003).

Sabemos que essa livre escolha é marcada por contradições e desigualdades de gênero, etnia ou condições de vida; pelos impactos da utilização dos métodos contraceptivos; pelas facilidades e dificuldades encontradas. Contudo, as condições materiais, necessariamente, não são determinantes da opção pela maternidade, embora seja definidora de suas possibilidades e características.

É importante que entendamos que o corpo é marcado pelos ciclos e eventos das diversas fases e momentos da vida da mulher. Nele, articulam-se informações e experiências que podem e devem orientar os processos de tratamento e de prevenção, em que o sujeito principal do processo é quem está sendo atendido. É um campo do conhecimento social e de construção da cidadania, podendo-se discernir e diagnosticar aspectos da organização, da higiene, do ambiente, bem como hierarquias opressivas, de perversidade dos processos de trabalho, de respeito aos direitos da procriação, entre outros (CARNEIRO; AGOSTINI, 1994).

A enfermagem, junto com outras áreas da saúde, constrói uma série de representações sobre a naturalidade dos corpos, da sexualidade e dos sentimentos em relação à saúde e à doença, chegando por vezes a difundir e perpetuar uma série de preconceitos e a agir de maneira inadequada e injusta, reproduzindo desigualdades de gênero no contexto profissional (HEILBORN, 2002).

Não duvidamos que o atendimento de enfermagem no período puerperal deve contemplar um conjunto de ações que vise atender, integralmente, a mulher e ao filho, com qualidade e de forma humanizada. Esse processo de humanização se conforma na possibilidade de estarmos atentas às condições e às necessidades das mulheres, tendo a relação humana como a base principal do trabalho de todo profissional da saúde. Assim sendo, a prestação do cuidado de enfermagem deve estar centrada na pessoa que precisa de ajuda, com base nas suas necessidades, reconhecendo-a e respeitando-a como sujeito da ação.

As falas das mulheres reiteram que, na assistência a elas no período puerperal, não basta assegurar o atendimento às suas necessidades físicas e/ou emocionais. A assistência à saúde pressupõe que se ultrapasse a dimensão biológica de intervenção no corpo, levando em conta a integralidade da pessoa, a qualidade de vida e a promoção da saúde. Para que isso aconteça e, “para que a aceitação seja genuína, a enfermeira precisa ter disposição para perceber [a] o paciente como pessoa. Só assim, este [a] poderá experimentar, através do sentimento empático, a sensação de ser aceito[a]” (STEFANELLI, 1993, p. 94) e, quando isso não ocorre, provoca o sentimento de solidão e desprezo:

“Hoje fui pedir um remédio para cólica e me disseram que já estou de alta e que não pode dar remédio. Na enfermaria sinto-me jogada, completamente jogada”^(O15);

Esse depoimento embasa nosso entendimento de que o posicionamento dessas mulheres está relacionado à forma como elas são atendidas. Para elas, a perspectiva de “ser cuidada” significa que as pessoas que cuidam precisam estar atentas às suas necessidades, sem

afastar a emoção e a razão do ato de cuidar. Independente de a Maternidade *locus* da pesquisa, possuir ou não uma estrutura adequada para o atendimento, a satisfação das pessoas, em relação ao atendimento de enfermagem está mais relacionada à competência das profissionais dessa área em desenvolverem estratégias de comunicação terapêutica do que à competência técnica.

Segundo Stefanelli (1993), inúmeros fatores afetam a comunicação entre usuárias e profissionais de enfermagem. As estratégias para um relacionamento terapêutico, quando usado adequadamente, possibilitam à pessoa que recebe ajuda, descrever e compreender suas próprias experiências, verbalizando seus sentimentos, enfrentando seus problemas de modo saudável, com um mínimo de ansiedade.

Esses comportamentos e atitudes podem resultar, nas mulheres, em sentimentos negativos, que interferem no prazer, consomem energia, causam esgotamento, dando uma sensação de vazio, abandono e solidão.

“Elas também ficam chamando a gente lá do posto ‘fulana de tal’, para levar o bebê para fazer alguma coisa, sem saber se a gente está com os pontos doendo ou não [...]. É para as enfermeiras terem mais paciência”^(E9); “Eu senti muita dor na barriga pedi um medicamento e a enfermagem disse que iria olhar no prontuário, quer dizer: eu sentindo dor e minha palavra não vale nada? Se pedir um remédio é um século para vir”. Elas precisam dar mais atenção às nossas queixas.”^(O19); “Deveriam não desfazer [quando] a gente diz que está sentindo dor [...] quer dizer tratam as pessoas mal como cachorro”^(O2); “[...] ela aí mesmo, só se ela não quiser dizer. Nós dissemos: Enfermeira, enfermeira, tem uma pessoa que está se sentindo mal e ela veio na maior... paciência dela, eu disse: enfermeira a menina está sentindo dor e ela veio na maior paciência, passeando. Eu acho que não é assim não, somos seres humanos têm que ter respeito fica parecendo que o hospital é dela”^(O3);

Percebemos, a partir desses relatos, uma assistência desqualificada, na qual prevalece a desproteção, a impaciência, o desrespeito, a falta de carinho, o distanciamento físico, a desconsideração às queixas, entre outros atributos negativos semelhantes aos encontrados nos estudos desenvolvidos por Silva (1999); Soares (2000); Santos(2000); Pereira (2000), Gottardo (2003), entre outras.

É perceptível uma zona de conflito entre as profissionais de enfermagem e as puérperas, conseqüente do fracionamento da atenção e desconsideração das subjetividades. Infelizmente, alguns segmentos da enfermagem ainda conservam esse comportamento nos dias de hoje, aceitam e até incentivam condutas inaceitáveis, fortemente incorporadas e rotinizadas, baseadas na ameaça e na censura.

A forma como as mulheres são tratadas, nesse processo inter-relacional, pode conduzi-las a reações de defesas impenetráveis, embora seja fundamental a expressão dos

sentimentos, sendo que a compreensão desse comportamento só é possível mediante a sua contextualização:

“A gente ouve essas barbaridades que pode passar sem, ficando uns pacientes agressivos e enfermeiras agressivas pois a gente já tem uma vida que não é muito agradável” (E6); “Acho que a atenção é o suficiente, pois tudo vai da maneira de tratar. Se elas tratam a gente bem, a gente vai trata-la bem” (O2); “Gostaria de um local com atendimento diferente, melhor do que é dado aqui. A maioria das pessoas acha que porque a gente vem no público que deveria tratar a gente com ignorância” (O28)..

Os depoimentos mostram que, na maioria das vezes, na busca do cuidado para a saúde, as mulheres encontraram profissionais mal-humoradas, frias, autoritárias, distantes e nem sempre atenciosas e tolerantes, como elas esperavam.

“Eu acho que [...] a pessoa tem que gostar do que faz [...] agora trabalhar de mau humor! [...] Chegou uma que disse que estava com nojo da moça que estava parindo, chegou até a pedir perdão a Deus. E isso dói né? pois todo mundo é ser humano” (E 8); “Na enfermaria, a enfermeira deveria dar mais assistência, perguntar se estava tudo bem, se está querendo alguma coisa” (E16); “Fora isso [...] tem umas que parece que trabalham forçadas [...]. A gente se sente humilhada aqui” (O 10); “Outra coisa importante é a identificação. Aqui ninguém sabe quem é ninguém, pois ninguém se identifica” (O28).

Gualda (1994) considera que, a assistência agressiva, invasiva e perigosa é muitas vezes prestada por profissionais desqualificadas [os] que, frequentemente, humilham as pacientes, não respeitando suas emoções, refletindo num grande sentimento de desrespeito. Muitas [os] dessas [es] profissionais são privilegiadas [os] ao fazer uso desse poder em determinado campo, manipulando informações, favorecendo a realização de práticas arbitrárias, corroendo pouco a pouco a possibilidade de reivindicação dos direitos das mulheres.

A indiferença, o distanciamento, o desvalor pelo seu objeto de trabalho — o cuidado de enfermagem —, caracteriza a relação estabelecida entre as mulheres participantes deste estudo e as profissionais de enfermagem. Esses relatos, opõem-se à igualdade intragêneros, encontrada por Pereira (2000), entre as usuárias de um serviço público de saúde e as auxiliares de enfermagem, contudo, assemelhamo-nos a essa autora, ao identificar duas faces dessa relação. A primeira é a identidade de classe, que aproximaria as mulheres às auxiliares de enfermagem, com as quais elas têm mais proximidade física e social e, a segunda, é a identidade de gênero pois, ambas têm necessidades de utilizar os serviços públicos de saúde e conseqüentemente, poderão vir a deparar-se com os mesmos problemas e dificuldades. Além

disso, o saber estruturado das auxiliares de enfermagem mais próximo dos saberes populares, poderia vir a ser um elemento facilitador dessa aproximação.

Percebemos, contudo, que a desigualdade intra e entre gêneros, encontrada por Coelho (2000), entre a categoria médica e a das enfermeiras, esteve presente na relação entre as mulheres internadas na unidade de Alojamento Conjunto e as auxiliares de enfermagem, indicando um escalonamento e hierarquização do poder, dirigida às mulheres que se encontram em nível inferior. Ao identificar tais comportamentos e atitudes, devemos levar em consideração que o pensamento e a ação das (os) profissionais, que atuam junto às usuárias do serviço de saúde, estão impregnados de conceitos e valores que guardam uma relação íntima com o patriarcado e outros símbolos socialmente construídos.

Em verdade, as mulheres, de modo geral, ocupam, quase sempre, em nossa sociedade, uma posição de subalternidade, resultante das relações de gênero, que se estende às relações com os profissionais de saúde, marcadas, elas próprias, por situações desiguais, nas quais a supremacia do saber científico adjudica a quem o exerce o lugar de dominante ou opressor (a).

As questões de gênero não são de simples resolução, por refletirem padrões culturais dominantes na sociedade. Ademais, a identidade cultural de gênero, além de ser construída no tempo e no espaço, conta com os estereótipos de papéis diferenciados, construídos ao longo dos tempos pelos interesses imediatos das sociedades em diferentes momentos históricos.

Como resultado, temos uma associação entre os problemas práticos institucionais, marcados pela violência e pelo descaso, e as atitudes, comportamentos e pouca reivindicação das mulheres por uma assistência qualificada.

Esse panorama tem como consequência uma estratégia adotada pelas mulheres que, em razão da dificuldade para serem atendidas nas suas diversas necessidades, encontram a **solidariedade** em sua identidade de gênero como meio de suprir o cuidado necessário a seu restabelecimento físico e emocional.

Destacaram então como experiência gratificante e de grande valor, a ajuda das colegas de quarto. Vejamos as seguintes falas:

“Só as companheiras que ajudam quando o marido traz fralda descartável [...] aquela que não tem, a gente dá” (E6); “Quem vai pedir [roupa, absorvente, remédio] são as outras e se acontecer alguma coisa com elas? [...] A única coisa que identifico de bom é a união das nossas companheiras de quarto. Quando me senti mal, pegaram água para mim, se preocuparam mais comigo do que as enfermeiras; olham meu bebê quando vou ao sanitário, forraram minha cama” (E 16); “Nos que dissemos: quando você tiver fortinha você toma

seu banho” (E18); “As companheiras é que ajudam a gente, tomam conta do neném quando a gente vai ao banheiro, ajuda a forrar as camas, se a gente está com dor, elas vão pedir remédio mesmo ouvindo desaforo” (E24).

Ao compartilharem o sentimento de compaixão, este, em si mesmo, não é nem bom nem ruim, nem deve ser exaltado como uma regra de comportamento, que determina os parâmetros para o atendimento das suas necessidades. Caso contrário, corre-se o risco de legitimar certas estratégias de coerção que se exercem em nome do bem e pelo bem das consideradas beneficiárias. Superar o sofrimento enfrentado por elas através da compaixão, significa excluir o diálogo e a argumentação sobre a iniquidade da assistência, substituindo-o pelo imediatismo da ajuda (CAPONI, 2000). Para essa autora,

“A compaixão é necessariamente um co-sofrimento que não pode ir além do padecimento de um semelhante. Ele apaga as diferenças, elimina o espaço material que separa os homens, aproxima as pessoas, não pela palavra, mas sim pelos gestos ou pelos silêncios [...]. Para que os gestos e os silêncios possam tornar-se significativos é preciso que esse co-sofrimento associe entre si os sujeitos que se reconhecem como semelhantes” (CAPONI, 2000, p. 33).

Caponi complementa ao dizer que, nessa situação, há necessidade de problematizar o momento em que o sentimento individual se insere no âmbito do público, inexistindo relações dissimétricas, em que os vínculos não encontram seu fundamento no desprezo, mas, sim, no reconhecimento do outro como um igual em orgulho e dignidade.

Nesse entendimento, para uma atenção de enfermagem qualificada, é preciso pôr em prática estratégias que considerem a cada uma das beneficiárias desses cuidados como seres individuais capazes de participar e argumentar, sem o rosto de ‘necessitadas’.

Sua consecução, dar-se-á a partir do momento em que as mulheres tiverem uma assistência de enfermagem, fundamentada na ética da solidariedade, em que exista o respeito, a admiração, o reconhecimento do outro como alguém capaz de reclamar, aceitar ou negar assistência, podendo serem reconhecidas como iguais, em orgulho e dignidade.

Outra estratégia de sobrevivência das mulheres, nesse ambiente hostil, é a submissão ao exercício do poder do profissional, negando suas necessidades, enfraquecendo sua resistência, quando elas evitam o confronto e anulam seu direito de reivindicar a atenção para si, o que pode ser percebido na fala seguinte:

“Eu não costumo incomodar, pois geralmente quando a gente vai pedir alguma coisa nunca respondem com um tom que a gente gostaria de ouvir” (E6).

Essa atitude pode ser compreendida quando a tentativa de resistência das mulheres ao poderio instituído tende a resultar em represália e coerção:

“Hoje mesmo teve uma discussão de uma paciente com a enfermeira, se a enfermeira tivesse tratando bem, não teria ouvido o que não queria. E se ela precisar de alguma coisa no posto de enfermagem ela vai matracar, vai pirraçar, não vai dar o remédio, isso tudo” (O2).

A partir da afirmativa de Collière (1989, p. 68), percebemos esse depoimento como indicativo da “impossibilidade e da incapacidade de se situar em uma relação de paridade e da possibilidade de evitar um enfrentamento com diversas formas de relacionamento social que exijam julgamento e discernimento”.

Nessa relação assimétrica, a mulher assume tarefas destinadas ao seu cuidado, que lhe são delegadas pela equipe de enfermagem.

O objetivo do sistema de Alojamento Conjunto não é sobrecarregar fisicamente nem emocionalmente as mulheres, principalmente as de baixa renda, que esperam o momento de dar à luz no hospital, para descansar dos seus afazeres domésticos e da dupla jornada de trabalho.

Nas Maternidades, em especial naquelas que adotam o sistema de Alojamento Conjunto, as puérperas são estimuladas a realizar o autocuidado e a prestar cuidado ao bebê, durante o período em que permanecem internadas.

A arrumação do leito, embora seja uma prática de responsabilidade da enfermagem, tem sido transferida para as mulheres internadas no sistema de Alojamento Conjunto da Maternidade estudada, como elas relatam:

“Tomei banho sozinha e depois forrei a cama” (E 19); “Tomei banho, café e forrei a cama” (E 21); [...] eu mesma forrava minha cama e [...]” (E23).

Ao ter alta hospitalar, durante os primeiros dias de puerpério, a mulher necessita de auxílio no cuidado da casa, de modo a permitir-lhe um período de descanso durante o dia, tão necessário para que se recupere da exaustão e do esforço despendido no trabalho de parto e no parto.

Independente de muitas mulheres terem dificuldade de contar com essa ajuda, quando vão para casa, o Alojamento Conjunto torna-se o lugar e o momento propício para esse descanso, principalmente, nas primeiras horas que sobrevêm ao parto.

Percebemos que a limitação das atividades, no pós-parto, não vem sendo atendida, pois está explícito no depoimento da maioria que, desde o último parto, habituaram-se a forrar a própria cama, tornando-se esta uma prática corriqueira e comum na maioria das Maternidades em que elas pariram. Quase todas disseram ter gostado e que acharam certo executar tal atividade:

“Eu acho uma maravilha forrar a cama, [...]” (E 8); “Acho bom a gente forrar a cama pois, já é uma coisa que a gente faz, é também uma forma de colaborar pois têm poucas enfermeiras, é muito puxado, é muito trabalho” (E14).

Embora percebamos que mulheres incorporam a ação de forrar as camas como mais uma atividade doméstica, tal atitude contraria as funções definidas para a enfermagem, apontando para a redistribuição de tarefa e de responsabilidade, desrespeitando inclusive as necessidades fisiológicas, de saúde das mulheres, numa expressão clara de iniquidade intragênero.

Devido à imposição social do seu papel de submissa dentro dos diversos aparelhos ideológicos (família, escola, instituição de saúde, entre outras), a mulher é submetida não apenas à relação profissional – paciente, mas também ao papel de mulher que lhe foi imposto ao longo de sua vida, conduzindo-a a assumir uma atitude passiva na relação com as profissionais de enfermagem e demais profissionais de saúde. As mulheres que pertencem a uma classe social menos privilegiada sentem-se ainda mais distantes desses profissionais, por considerá-los representantes de outra classe, e, em virtude desse distanciamento, colocam-se numa posição de grande temor, sujeitando-se passivamente às regras impostas pelo serviço (PAMPLONA, 1990).

Entendemos que a transferência dessa atividade, para as puérperas, tem como base a definição de ser ela uma atividade feminina, uma habilidade percebida como qualidade inerente ao seu sexo e reforçado pela forma como são educadas e socializadas para as atividades domésticas e para o cuidado com as crianças, tarefas essas, instituídas como essencialmente femininas. Podemos inferir que a compreensão que perpassa é a de que, sendo o puerpério considerado uma extensão das tarefas domésticas (cuidar da casa, dos filhos, do marido entre outras), acreditam e aceitam que poderão continuar a fazer o que já realizam em suas casas.

Segundo Soares (2000), o descaso e mau humor constantes das (os)funcionárias (os) despertam na mulher um profundo sentimento de desprezo, de desvalor, fazendo-a sentir-se até intrusa, ou mesmo não merecedora da assistência. Por ser essa assistência gratuita, e não terem consciência da assistência como direito, a tudo se submetem já que, aparentemente, não estão pagando por ela.

Nesse contexto, concordamos com a afirmativa de Nakano(1996) de que a conformação da identidade como passividade, conformidade e subserviência se constrói como resultante do disciplinamento institucional e, também, das próprias questões de gênero.

Poucas, mesmo concordando, não forraram a cama pois contaram com a ajuda das estagiárias ou das companheiras de enfermaria. Vejamos o que dizem:

“Pela manhã foi bom porque tinha um estagiário para cada uma da gente, trocou a roupa de cama, deu o café, a gente tomou”^(E1).

Tal conduta, parece-nos comungar com a afirmativa de Heilborn (1997, p. 104) ao referir que, em razão da distribuição de tarefas entre os sexos ser entendida como uma extensão das diferenças procriativas, “parece ‘natural’ que caiba ao sexo feminino uma série de tarefas associadas ao papel que a mulher ocupa no processo reprodutivo”. É estruturada a dinâmica das relações de gênero na família, numa construção diferenciada de tempo e experiência entre meninas e meninos, para a qual, as meninas são socializadas desde cedo para realizarem tarefas domésticas.

“Eu não acho certo a gente fazer as coisas, pois eu vivo no interior e lá são as enfermeiras que fazem isso. Acho que é obrigação delas. Dá o banho do neném até que eu relevo, tudo bem, pois agora, eu já sei; e as mães do primeiro filho que não sabem? Eu forrar a cama tudo bem pois eu tive parto normal, mas eu acho que é obrigação delas”^(E12); “A auxiliar disse que era para forrar a cama [...]. Eu acho que não estamos preparadas para fazer essas coisas, nosso corpo ainda está fraco”^(E16); “Deram lençol e mandaram forrar as camas [...]. Elas deveriam forrar a cama pois quando as pessoas chegam, elas não forram, a gente que forrou”^(E18).

Tal construção social orchestra a diferença intragênero, conduzindo as profissionais de enfermagem, responsáveis pela assistência à saúde, a um processo de naturalização, predispondo as mulheres a aceitarem a sua natureza de excluídas e subordinadas, emergindo como sujeitos no reconhecimento de sua opressão. Para a superação dessa diferença, é necessário que haja a transformação desse sujeito, em sujeito de direito, estimulando a mulher a lutar pelo seu direito enquanto cidadã, reconhecendo-se que é sujeito múltiplo constituído pelos atravessamentos de classe, raça, religião, geração entre outros.

Retomamos Foucault (2001) ao dizer que, simplesmente, onde há uma relação de poder, há possibilidades de resistência e, não estando as mulheres aprisionadas, é possível sempre modificar sua dominação com estratégias precisas e em condições determinadas.

Para nós, essas ações assemelham-se ao que Bourdieu chamou de retorno ao individualismo, determinado pela concepção que destruiu a noção de responsabilidade coletiva, que também “permite acusar a vítima, única responsável por sua infelicidade, e lhe pregar a auto-ajuda, tudo isso sob o pretexto da necessidade incansavelmente reiterada de diminuir os encargos” (BOURDIEU, 1998, p. 16).

Apesar da recomendação de que os cuidados de enfermagem, no Serviço de Alojamento Conjunto, não devem permanecer centrados somente na criança, esta ação não vem sendo observada, na maioria desses serviços, em nosso país. Ao lado dessa premência,

Carraro (1999) complementa ao dizer que, a massificação que configura a desumanização da assistência à mulher, faz com que esta, ao ser cuidada, seja visualizada como ‘mais uma’ no contexto da rotina dos serviços, sem garantia de uma atenção qualificada. Neste momento, além de ser colocada ‘a margem do sistema de saúde, vê suas queixas, sentimentos, necessidades e individualidades desconsiderados pelos profissionais de saúde.

Embora o cuidado e a consideração sejam um dos componentes almejados pelas mulheres, no processo de hospitalização para o parto e puerpério, esses foram atributos experienciados por poucas. Os depoimentos seguintes caracterizam a desumanização da assistência, a falta de garantia de uma assistência qualificada, a desconsideração frente às queixas, sentimentos e necessidades das mulheres, motivados pelos profissionais de saúde e, nesse caso específico, pelas profissionais de enfermagem. Como exemplo, avaliam o cuidado recebido como “horrível (E24)” , e que “o atendimento dessa vez deixa a desejar, em comparação com a vez anterior” (E6).

Necessidade de ser examinada

A mulher carece da atenção para alguns aspectos que ela considera básicos para sua segurança, em relação à sua saúde e às transformações que estão ocorrendo com o seu corpo. Assim, ela tem expectativa de que as profissionais de enfermagem expressem o compromisso e o cuidado com sua saúde, procedendo às avaliações de suas condições físicas, dando atenção às suas queixas e aos sentimentos que acompanham o processo que estão vivendo.

No entanto, as mulheres sentem-se desamparadas e frustradas por não terem as suas expectativas atendidas e denunciam uma realidade a qual estão submetidas, em que a enfermagem não exerce seu papel fundamental de aproximar-se da realidade delas, nem mesmo para colher elementos concretos para a assistência, que deveria ser realizada a partir de exames físicos rotineiros e sistematizados: Assim, essas mulheres ressentem-se da falta de serem examinadas:

“Aqui ninguém vem ver e nem perguntar se eu tenho ou não ponto, se queimou se não queimou [...]” (E3); “A enfermagem precisa também olhar os pontos que aqui não fazem isso” (E4); “Queria que depois que eu tivesse neném que me examinasse pois, depois que eu parir, ninguém me examinou” (E16); “Procurar saber como é que está o parto, como está correndo e examinar [...]. Não aparece ninguém.” (O14); “A enfermagem deveria avaliar os pontos e as queixas da mãe [...]” (O5); “Hoje [...] não se faz mais curativo. No meu último filho a enfermagem ia vê os pontos” (O20).

A episiorrafia causa insegurança, ficando as mulheres com medo de se tocarem. A avaliação e orientação fazem-se necessárias para que elas adquiram confiança, tranquilidade e coragem para se autocuidarem.

Apesar de não ser mais recomendada a realização de curativo perineal, as mulheres guardam muito mais que uma simples lembrança, mas a concepção de como eram cuidadas nos partos anteriores, expressando a necessidade de serem avaliadas e orientadas sobre como proceder a higiene nessa área (BRASIL, 2001).

“Acho necessário que a enfermagem fizesse os curativos, pois nem a gente quando vai pedir material não tem, até absorvente é um por dia” (E6); “Eu acho que deveriam fazer o curativo todos os dias” (E17); “Uma mulher que levou ponto e inflamou, elas [profissional de enfermagem] não teriam o direito [o dever] de fazer uma limpeza na gente não?” (O5).

O exame físico compreende, além da avaliação dos aspectos gerais, a avaliação específica das regiões acometidas pelos procedimentos de parto vaginal ou cesárea, incluindo os cuidados com aspectos básicos da assistência ao ser humano, apontado pelas mulheres como:

- a falta da verificação da pressão arterial:

“A pressão de muitas que sobe e elas não vêm tirar imediatamente” (E 4); “Minha pressão só foi verificada quando eu estava na sala de parto e estava normal” (E5); “Deveriam medir a pressão” (E 17); “Hoje mesmo, só à tarde que a moça foi verificar a pressão. Eu não acho isso certo” (O14).

Quando essa necessidade é atendida, a mulher avalia o resultado que dele emerge, reiterando a importância do procedimento para as próprias mulheres:

“Verificaram minha pressão à noite e pela manhã, pois minha pressão estava alta, mudaram minha alimentação e minhas pernas desincharam e eu melhorei” (E 6)

- a falta do controle da temperatura:

“Hoje de manhã eu achei que estava com febre, falei, elas colocaram a mão, não tiraram a temperatura e disseram que eu não estava” (E2)

Desatenção à queixa de dor

Na comunidade científica, a concepção atual da dor categoriza-a como o quinto sinal vital, portanto, sua avaliação é tão importante quanto a de outros parâmetros fisiológicos, a exemplo da frequência cardíaca e respiratória. Desse modo, uma assistência digna e

humanizada, no período gravídico-puerperal, não deve prescindir da prevenção, avaliação e tratamento da dor (FALEIROS, et al., 2003).

Durante os primeiros dias pós-parto, a maioria das mulheres, freqüentemente, experimenta dores e desconforto decorrentes da episiotomia, lacerações do períneo, cólicas uterinas ou “tortus”, ingurgitamento mamário, hemorróidas, entre outros. Necessitando, portanto, de avaliações e providências para seu alívio. A ocorrência de qualquer tipo de dor pode limitar os movimentos corporais da mulher, prejudicando a aprendizagem necessária durante sua permanência no Alojamento Conjunto (ALEXANDRE, 2002).

Confirmando esse enunciado, as puérperas informaram ter apresentado algum grau de desconforto no pós-parto imediato:

“Depois que pari levei ponto aí ficou doendo. Ela disse que era para doer mesmo que a anestesia só pega no fim... eu disse tá doendo...tá doendo. Eu sei porque no outro, eu não senti dor [...].À noite, eu disse que estava sentindo dor e a moça disse que era assim mesmo, pois o útero estava chegando para o lugar. Aí, eu fui de novo dizer que estava sentindo dores e elas disseram: É assim mesmo menina, é do parto, você quer que eu faça o quê ? Eu me queixei mas elas não dão remédio não”^(E5); Pois se a gente está com dor e pede um remédio é porque está precisando”^(O20).

Sendo a dor comum no puerpério, algumas tiveram-na aliviada, porém, ainda de forma impessoal, em que prevalece a rotina e o protocolo institucional e não a demanda espontânea gerada pela necessidade da mulher:

“Acho que se a mãe está dormindo naquele horário, é porque ela passou a noite acordada, é porque foi naquele momento que ela conseguiu dormir. [...]. Foi exatamente na hora que eu peguei no sono, não custava nada ela me acordar e perguntar [...]”^(O19); “No outro dia, ao acordar, elas vieram olhar a gente e perguntou quem estava com dor eu disse que estava com cólica e elas me deram [analgésico] para passar a cólica”^(E4); “Aí, eu fiquei ali dando mama ao neném, e eles trouxeram remédio para dor. Eu não estava sentindo dor, mais eu acho que é assim, elas dão remédio para cólica não sei [...]”^(E9).

Assim, fica explícito que o parto é relegado ao conceito de evento biológico e natural, em que não só é natural sentir dor, como a mulher é considerada “sadia”, para a qual a assistência se resume em padrões mínimos de atenção, adotados dentro de rotinas massificantes, que não permitem a expressão e resistência, nem a aquisição de elementos que lhes dêem maior entendimento da situação vivenciada, e lhes possibilitem participar e serem ouvidas como sujeitos atuantes dessa assistência.

Ao considerarmos o ponto de vista das mulheres, está implícita a desconstrução da idéia segundo a qual as usuárias dos serviços de saúde não dispõem de conhecimentos que lhes permitam analisar as ações e avaliar a adequação do serviço às suas necessidades. As

mulheres deram indicações precisas do que elas consideram como cuidado e de como suas necessidades podem ser atendidas pela enfermagem.

A observação criteriosa e a vigilância da mulher, principalmente nas primeiras horas após o parto, são importantes, pois os limites entre o puerpério normal e o patológico são imprecisos. A falta da atenção contínua da enfermagem não só aumenta o risco de não se identificarem agravantes à saúde da mulher, nesse período, como caracteriza um atendimento que relega, ao natural, o curso da assistência.

“Ao chegar na enfermaria, fui de maca. Daí à noite toda não veio ninguém, eu toda suja. Quando elas vieram já era de manhã” (E 1); “Não fizeram nenhum cuidado comigo durante a noite, ninguém veio” (E 3);

Necessidade de ser ouvida

Ao tratarmos as pessoas, como objeto, ficamos na posição de superioridade em relação a elas, sem considerarmos seus sentimento e suas necessidades. A prestação de cuidados, seguida de relação interpessoal qualificada, facilita ouvir a outra pessoa, permitindo-lhe a verbalização e a aceitação dos seus sentimentos. Essa prática capacita o profissional de saúde a ouvir a si mesmo e a ter consciência plena dos seus atos, valorizando as subjetividades.

Percebemos que as atitudes e comportamentos das profissionais de enfermagem, almejados pelas participantes deste estudo, deveriam extrapolar a dimensão obstétrica ao envolver aspectos subjetivos. Fica evidente a dissonância entre a profissional que deve cuidar e a mulher que necessita de cuidado, levando esta última a perceber-se como se fosse um fardo para a enfermagem. Essa percepção resulta em estranhamentos e conflitos constantes, seguidos da falta de atenção, respeito, interesse, que denotam uma relação confusa, obscura, que a afasta, aumentando a impessoalidade e a não aceitação da outra, resultando em insatisfação e descontentamento.

Lamentavelmente, apesar de toda evolução e fortalecimento da profissão de enfermagem, alguns comportamentos impessoais e autoritários mantêm-se arraigados em alguns profissionais da área. Na situação estudada, temos como agravante, além da desconsideração para com as necessidades das puérperas, a falta de diálogo entre essas e as profissionais de enfermagem, e a descrença de suas reivindicações e queixas, visíveis nestes depoimentos:

“Ela me disse: você deveria dar graças a Deus eu disse: não, só estou explicando que a agulha entortou. Ela arrancou o soro e jogou fora sem deixar acabar. Aqui você não pode pedir nada, falar nada” (E6); “O pessoal

daqui é muito ignorante, deixa a gente esperando e fazem muitas perguntas sem precisão quando a gente chega cheia de dor. [...] É para terem mais paciência [...] precisa melhorar a educação [...] reclamar não adianta nada pois quanto mais reclamar aí é que elas pirraçam”^(E9).

Esses exemplos caracterizam uma forma não terapêutica de comunicação, a falta de habilidade, de empatia e envolvimento emocional da profissional de enfermagem com a usuária (STEFANELLI, 1993).

A carência no processo de comunicação é uma necessidade social, própria dos seres humanos, baseada nos sistemas de signos, como a fala e a expressão corporal, entre outros. A carência de comunicação é entendida, como um ato criativo que tem como objetivo entender o mundo, relacionar-se com outras pessoas, transformar a si mesmo e a realidade, portanto, compreender o outro e se fazer compreendido, significando um passo para a consolidação de uma relação de respeito à (ao) cidadã (ao).

Desse modo, as mulheres do nosso estudo referendam a proposição de Stefanelli (1993), ao indicar a necessidade de uma maior proximidade com as profissionais de enfermagem, esperando que estas procurem escutá-las, entendê-las e atendê-las nas suas necessidades. A necessidade de ser ouvida foi sentida pelas puérperas ao dizerem que:

“Para ser atendida melhor, talvez fosse [preciso] que o hospital tivesse alguém para aconselhar”^(E 9); “Precisa resolver a comunicação entre pacientes, enfermeiras e doutores. A gente pergunta e eles não explicam. São contados aquelas que nos trata com educação^(E 6); “Por exemplo, pede exames e não colocam na prancheta. Então pergunto: a quem devo falar para colocar o resultado do exame?. Elas dizem: com as enfermeiras¹. Falo com as enfermeiras e elas dizem: é com o laboratório. Fica uma confusão danada e a gente fica mais um dia sem necessidade”^(E9); “Não esperam nem a gente falar já vão dizendo que não. Ficam dizendo que aqui não é farmácia”^(E 15).

Reconhecemos que, embora existam esses tipos de ações, que não respeitam a individualidade e desconsideram a mulher, na atualidade, as ações de saúde tendem a enfatizar a necessidade de estabelecer um bom relacionamento terapêutico com o ser humano que está sendo assistido.

Para Silva (1999), uma dificuldade enfrentada pela profissional de enfermagem é sentir-se despreparada, muitas vezes, para ouvir o outro, já que essa não é uma prática exercida em sua formação e, como tal, não é valorizada no cotidiano da assistência. Do ponto de vista da sua formação, é evidenciado o valor tecnológico e científico, sem contemplar, contudo, o indivíduo em sua totalidade. Ao lado disso, o (a) profissional age mediante o

¹ Elas denominavam como enfermeira as auxiliares de enfermagem. Identificavam as enfermeiras apenas como a ‘chefe’.

conhecimento do papel que a sociedade lhe atribui, em que sobressai a expectativa da competência técnica e científica, ficando a valorização das habilidades de interação como um atributo individual, na dependência da disponibilidade de cada um.

Nesse entendimento, Carraro e Radünz (1996, p. 51) salientam que “Muitas vezes é disso que o ser humano precisa: sentir que estamos com ele, junto dele! E este ‘estar com’ pode tomar diversas formas: o segurar suas mãos, o sorrir, o secar seu suor, um olhar [...]o ouvir, sim”. Essa atitude dispensa muitas vezes a palavra, que pode ser substituída pela capacidade de ouvir e demonstrar que se está ao seu lado.

A relação assimétrica mantida entre a profissional de enfermagem e a usuária contribui para que esta, tenha dificuldade em participar da decisão sobre seu corpo e sua saúde, sentindo-se cada vez menos capacitada para escolher e fazer valer seus desejos frente às questões técnicas levantadas por aquela profissional. Sabemos que os cuidados de enfermagem preconizados para a mulher, no puerpério, estão pautados no atendimento das suas necessidades biopsicosociais, compatíveis com as mudanças inerentes a esse período. É esperado que a assistência à mulher, em maternidade, seja segura, garantindo a cada uma delas os benefícios dos avanços científicos mas, fundamentalmente, permitindo e estimulando o exercício da sua cidadania, resgatando-lhe a autonomia, em qualquer fase do ciclo reprodutivo.

De modo geral, para o período que advém ao parto, a mulher necessita adaptar-se à essa nova realidade, precisando, para tal, além do apoio familiar, contar com a ajuda, segurança e confiança das profissionais de enfermagem. Durante a prestação do cuidado de enfermagem, a mulher, ao sentir-se acolhida e segura, configura o momento propício para que manifeste seus anseios, dúvidas e compartilhe emoções. Ao não se proporcionar essa segurança, nem se permitir essa vinculação, a mulher sente-se frustrada, insegura, com a sensação de um vazio assistencial.

Diante dos comportamentos revelados, vemos que alguns profissionais relegam a comunicação e a tarefa de assistir a puérpera a uma dimensão menos importante, gerando um sentimento de desamparo e frustração diante do não atendimento às suas expectativas de receber uma assistência global além da meramente técnica.

Para satisfação dessa necessidade vai depender tanto da capacidade da profissional de enfermagem em atender às necessidades das mulheres quanto do desenvolvimento de uma comunicação empática a ser estabelecida entre ambas.

Necessidade de orientação e informação

Freire (1987) define a educação como um processo individual, em que se aprende a formar e informar, com o objetivo de transformar o mundo. Assim, a orientação de enfermagem deve estar baseada no acolhimento, a exemplo do apoio, da escuta, entre outras maneiras de se comunicar, que seja centrado numa inter-relação de respeito e cordialidade com a usuária e seus familiares.

Tendo por base os princípios bioéticos de autonomia e autodeterminação, a mulher tem o direito de ser esclarecida e orientada para a promoção da saúde, para os riscos e benefícios dos procedimentos a que vier a ser submetida. Trata-se de um diálogo entre ela e a profissional de saúde, devendo buscar a civilidade, o respeito à autodeterminação e autonomia da mulher, numa linguagem acessível e compatível com o seu nível de compreensão (HOSSNE, 1995; SANTOS, 1997).

O conjunto dessas medidas tornar-se-á efetivo quando, somando-se a elas, as profissionais de enfermagem transformarem sua prática na direção de uma relação mais humanizada e segura, procurando entender não só o evento do parto, mas todo o processo gestacional e puerperal como uma experiência importante para a mulher, devendo ser respeitados todos os seus significados, possibilitando garantir-lhes o direito de ser mãe com humanidade e segurança.

A falta de orientação e informação

Segundo Soares (2000), o sistema Alojamento Conjunto propicia à mulher adquirir segurança no cuidado com o filho e consigo mesma. A proximidade com a criança, quando acompanhada por profissionais que a instruem atendendo suas demandas, ajuda a desenvolver o sentimento de “apropriação” do (a) filho (a), que compreende não só o vínculo, mas a responsabilização pelo bem-estar da criança, de forma gradativa e não impositiva. Para tal, é necessário uma organização do serviço que compreenda a aplicação de programas educativos contínuos, possibilitando à mulher, e a seus familiares, refletir sobre essa nova experiência e incorporar o que for apreendido, numa prática saudável.

A necessidade de orientação fez-se presente em vários depoimentos, como vemos a seguir:

“Elas têm obrigação de dar orientação, minhas colegas não sabem nada eu fico estressada [...]. Eu já me acostumei a cuidar dos dois [gêmeos]. Eu não sei que doença é essa; eu fico preocupada [...]” (E3); “Aqui não aprendi nada, pois o que sei, aprendi desde pequena pois minha mãe teve 10 filhos e ajudei a criar 6” (E6); “Alguém deveria orientar o pessoal da enfermagem para dar resultado correto [...]. Aqui não aprendi nada” (E9); “Eu acho que as enfermeiras que deveriam dar o primeiro banho quer dizer: a mãe dar com a enfermeira auxiliando” (E16); “Precisamos também de orientação, de como cuidar do umbigo pois é meu primeiro filho e eu tenho medo” (O20); “Tinha que ter um profissional que orientasse, informasse, principalmente para adolescentes e mães de primeira viagem, sobre o asseio, cuidados com os pontos, curativo do bebê [...] para a gente ficar menos ansiosa, principalmente para as ‘marinheiras’ de primeira viagem. Deveria ter alguém para conversar para que a gente fosse se abrindo com ela.” (O25); “Dar orientação sobre como cuidar do umbigo” (O28).

No entanto as necessidades de aprendizado não se resumem ao cuidado com a criança, ampliando-se para os cuidados consigo mesma, a exemplo das orientações para o aleitamento e cuidado com as mamas:

“Eu mesmo estou sem sair leite e gostaria de alguma orientação, pois eu não sei; é meu primeiro filho” (O17); “Por exemplo: meu peito ficou cheio com muita dor. A enfermeira veio dá massagem, porém, ela deveria me orientar, como é que eu deveria fazer quando for para casa” (O8).

E, ainda quanto aos aspectos que transcendem o cuidado imediato no puerpério:

“Deveria [...] dar instrução para evitar filhos, pois muita gente tem filho sem ter condições para ter” (O5)

Podemos identificar, a partir desses relatos, a inexistência do processo educativo para a saúde, sob a responsabilidade do serviço de enfermagem, tão valioso para instrumentalizar a mulher para cuidar de si e de sua criança. Identificamos que as atividades educativas, quando ocorrem, são direcionadas aos cuidados com o recém-nascido, com o banho e curativo do coto umbilical:

“A orientação que recebi foi sobre o álcool absoluto no umbigo do neném [...] Eu só aprendi que é para ter cuidado com a roupa de cama e com o umbigo do neném” (E14).

Os depoimentos revelam que as orientações não são oferecidas apenas pela enfermagem, mas também pela assistente social, a auxiliar de nutrição, as alunas estagiárias e sua professora:

“Só a assistente social que falou sobre o Planejamento familiar lá no quarto” (E2); “Agora que recebi minha filha, recebi orientação de como dar o banho e dar mama. Quem deu orientação foi uma enfermeira professora dos estagiários” (E15);

Percebemos que, devido à inexistência de uma atividade educativa sistemática, todas as pessoas que têm proximidade ou contato com a puérpera passam algum tipo de informação, mesmo sendo uma pessoa leiga:

“Quem fala sobre planejamento familiar [são] as meninas que vem trazer o lanche, que diz que quando passar o repouso é pra gente procurar o planejamento familiar” (E 4);

A informação correta contribui para o aumento da autonomia e a satisfação, possibilitando às pessoas terem condições mais adequadas para uma escolha mais autônoma.

A não informação (aquela que não é dada propositadamente), a informação fragmentada (dada de forma inacessível, usando termos técnicos de difícil compreensão) e a informação negada (solicitada, procurada mas não é atendida) ou confusa (cada profissional informa de um jeito) têm como pressuposto a incapacidade de a mulher entender o que é explicado (PEREIRA, 2000). Esses modos de agir, constituem-se numa violência, ao negar às mulheres elementos importantes, que lhes possibilitem o exercício do poder e autonomia para decidirem sobre si mesma.

As entrevistadas relataram, também, a necessidade de informação sobre suas condições e de seu filho, ao dizerem:

“[...] não me informam nada em relação ao meu filho que está na foto, nem isso. Só sei que ele está com amarelidão” (E3); “[...]precisam dar informação aos familiares” (E 9); “Que fosse dada a informação de acordo com a necessidade das pacientes” (O25); “[...]Informar sobre nossa situação e os resultados dos exames da mãe e do filho. Deveria informar sobre a necessidade dos exames, e o porquê de não termos alta” (O28).

As mulheres, no processo gravídico-puerperal expõem-se ao risco de ter o corpo e a dignidade totalmente submetidos ao poder da ciência, da técnica e do profissional de saúde, que se somam às questões complexas relacionadas ao gênero, de difícil solução, por refletirem padrões culturais dominantes, que as ignoram enquanto sujeitos da ação, a exemplo deste depoimento:

“Só acho que deram pouca anestesia pois, doeu muito [...] Veio depois uma pessoa perguntar o que eu estava sentindo, apertou minha barriga [...], eu sentindo dor [...] e tirou alguma coisa [...] sem me dizer nada, não sei o que aconteceu. Eu heim! fiquei foi calada” (E18).

Podemos perceber, nesse relato, que a mulher, na maioria das vezes, traz consigo o medo como componente essencial, resultante da sua socialização e formação de sua identidade, que paralisa não só o corpo mas embaralha o seu conhecimento. Esse modo de agir reduz a possibilidade de distanciamento desse contexto violento, obscurecendo a capacidade de entendimento do processo, numa perspectiva crítica. Consubstancia-se, no depoimento citado,

o que ocorre com muitas mulheres, para as quais a violência de gênero é constitutiva da sua própria existência, permeada por baixa auto-estima sem iniciar a luta pela reconstituição do auto-respeito, mesmo que na sua singularidade, seja rica de experiências.

Apropriamo-nos dos escritos de Foucault (1999b) para entender que, no cuidado com a mulher durante a sua internação, a (o) profissional de saúde usa todo seu poder frente ao temor e à angústia da usuária, tendo como facilitador, para sua ação, que o ‘corpo amedrontado, envergonhado, humilhado é mais facilmente disciplinável’. A partir do conjunto de práticas de poderes, todo saber tem capacidade disciplinadora e normatizadora e, como tal, a saúde, como conhecimento, é construída numa relação entre saber e poder, sendo este poder, não um artigo de posse, mas constituído por um conjunto de práticas.

Essa necessidade de saber é vista, por ALFARO-LEFEVRE (2000), como uma importante intervenção de enfermagem, uma forma de comunicação terapêutica, que possibilita reduzir o estresse, pois, através de técnicas de ensino e ajuda, o indivíduo adquire conhecimentos e mais poder de decisão.

Além dessas necessidades expressas, sabemos que o cuidado com a criança atende a um dos objetivos do sistema de Alojamento Conjunto, que prevê a “supervisão e apoio à mãe e seu filho no puerpério imediato e, educação dos pais sobre os cuidados requeridos por seu filho” Além da responsabilidade nos cuidados de enfermagem da mãe e de seu recém-nascido, a profissional de enfermagem

“deve oferecer-lhe apoio, de forma permanente e transmitir-lhes conhecimento de higiene, amamentação”, entre outros (BRASIL, 1993, p.22 e 23).

A necessidade de aprendizagem mostrou-se com clareza nesse depoimento:

“Ao acordar, veio um monte de estagiária que ficou responsável por cada uma de nós. Elas examinaram direitinho e deu o banho no neném, ensinando como era que dava” (E17).

Sendo a educação em saúde um componente da assistência de enfermagem, no seu desenvolvimento, deve oferecer à mulher, baseado nas suas necessidades, subsídios para que ela adquira conhecimentos suficientes, que lhe dê segurança e tranquilidade para cuidar de si e de sua criança.

Nesse sentido, para que o serviço de Alojamento Conjunto alcance a finalidade almejada, cabe à enfermagem e aos demais profissionais envolvidos com esse serviço, ao desenvolver as atividades educativas, incluir a participação não somente da mãe, mas também do pai ou de outro familiar. É importante que além do respeito às suas crenças, valores e conhecimentos previamente adquiridos, que seja reconhecida a mulher como protagonista do

evento do parto e do nascimento. A ela deve ser garantida sua participação efetiva e o direito de expor suas dúvidas, angústias e ansiedades, criando um ambiente propício à escuta, possibilitando-lhe ter autonomia no processo de decisão e escolha quanto a essa aprendizagem.

Necessidade de acesso ao atendimento

A estrutura dos serviços públicos de saúde, em razão do número reduzido de leitos e, algumas vezes da falta da Autorização para Internamento Hospitalar - AIH, dificulta a internação da mulher em processo de parturição e a demora no atendimento, coloca muitas vezes em risco a mulher e o recém-nascido aumentando sua tensão emocional. Muitas delas empreendem uma longa busca por um leito hospitalar, deixando-as com um sentimento de desproteção, angústia, insegurança, na hora do parto.

As participantes deste estudo acreditam que, a peregrinação de muitas delas, por uma vaga, poderia ser amenizada se fosse aumentado o número de mesas de parto. Sugerem que “deveria ter mais mesas de parto (E 19)”; justificando, também, que a demora no atendimento seria resolvida se colocasse mesas para parto em maior quantidade.

Assim, o acesso ao atendimento para essas mulheres apresenta-se de forma absoluta na única opção possível, que é aqui referida que, embora tenha uma representação de atendimento não qualificado entre elas, ainda se constitui na possibilidade de assistência frente a sua necessidade premente:

“Fiquei com medo de vir pra aqui porque, todo mundo disse que aqui era canibal”_(O29); “Me avisaram para eu não vim para aqui mas,[...] eu sei que aqui chegando eu ficaria”_(E5); “[...] acho aqui muito bom, pois eu fui para outra maternidade e não me atenderam por que estava só com 3 dedos de dilatação. Me botaram na rua. A polícia me trouxe para cá e aqui abriram as portas para mim. Isso para mim foi muito importante_(O33)”.

Podemos identificar que a aparente contradição presente nessas falas, funda-se na situação das mulheres, consumidoras de um serviço especializado de saúde, para o qual não possuem garantia de acesso e de atendimento, enquanto direito, e sem outras opções de escolha que lhes dêem essa garantia, levando-as a aceitarem o que é possível e a serem coerentes com o que a unidade de saúde – a Maternidade – lhes oferece como resposta.

Os exemplos citados coadunam-se com a afirmativa feita por D’Oliveira (1996) que, ao analisar a situação vivenciada pelas mulheres no atendimento ao parto, consideram os

serviços, que prestam esse atendimento no mundo inteiro, discriminatórios, por transformarem diferenças em desigualdades e pessoas em coisas. Para essa autora,

os problemas na área de saúde, incluindo a violência de gênero, acabam por vezes a se confundir com as próprias relações sociais comuns a esses espaços, tendo como exemplo a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a peregrinação de mulheres por vagas nos leitos dos hospitais [...] entre outros (D'Oliveira, 1996, p. 11).

Além do mais, por ser uma Maternidade pública, referência para a maioria das famílias, existe uma norma implícita entre os profissionais de saúde e culturalmente difundida entre as mulheres dessa Maternidade que é a de 'não recusar nenhum atendimento'. Dessa forma, mesmo com a informação que desqualificava a assistência ali prestada, as mulheres preferem procurar atendimento nessa Maternidade, buscando evitar a peregrinação em busca de uma vaga em outro serviço público, que poderá não lhes prestar atendimento.

No entanto, ressentem-se da exclusão e da fragmentação dos seus direitos de cidadania em função de sua classe social, entre outras características presentes na relação entre a profissional de enfermagem e a puérpera.

"Eu acho que hoje a gente está nesta situação, vejo que tudo na vida muda né? Hoje elas são enfermeiras e eu posso ser uma doméstica, uma desempregada e uma dona do lar. Se eu estudar posso vir a ser uma delas e amanhã ou depois, ela pode vir a precisar e eu vir a fazer a mesma coisa que ela fez comigo. Se ela tratar as pessoas bem, ela pode vir até a precisar, não mesmo como paciente, mas até em outra situação e as pessoas podem ajudar a elas"^(O2).

Para nos livrarmos dessa mazela que maltrata, humilha e frena os direitos de cidadania, precisamos pensar em um novo conceito de saúde, que considere a plena cidadania dos indivíduos. É necessário que esses conceitos, novas posições, estratégias e ordenamentos culturais sejam assimilados não só pelos profissionais de saúde, mas também, pelas cidadãs e cidadãos, enfim, por toda a sociedade para, a partir daí, poder pensar-se num processo de humanização do atendimento (BRASIL, 2001a).

As mulheres, no período puerperal, estão numa situação de dependência, condicionadas às suas condições físicas e emocionais. A demonstração de um comportamento passivo e de acomodação está diretamente relacionada à falta de informação, desconhecimento dos seus direitos ou à impossibilidade de fazer a escolha, que parece lhes diminuir a possibilidade de reivindicar um atendimento mais humanizado. Os relatos acima apontam o cerceamento da cidadania, que contribui para a limitação das mulheres para fazer pressão no poder público, restando-lhe a aceitação do que lhes é oferecido.

Acatamos como reforço para essa situação, a afirmativa de Berquó (2003) ao considerar que, os problemas relacionados à assistência insatisfatória em nossa sociedade, deve-se à desconsideração e ao não reconhecimento, na formação teórico - prática dos profissionais de saúde, de que os processos sociais e políticos interpenetram a questão da pobreza e das desigualdades de gênero e raça, interferindo na conformação do campo da violência no Brasil, tanto em termos de sua visibilidade como de sua qualificação legal.

Necessidade da presença da família

Antes da institucionalização do parto, a mulher ocupava o centro dos acontecimentos e toda a família, amigas e vizinhanças ajustavam-se a esse momento e solidarizavam-se com a mulher nesse momento. Além de ser um espaço feminino por excelência, o parto era percebido como um evento fisiológico, pleno de significados culturais, sociais e afetivos, pertencentes à mulher e à sua família.

No modelo de atenção atual, o parto e o nascimento são vistos como atos medicalizados, de cunho hospitalar, cheio de riscos, a serem controlados pela ciência e tecnologia médica, perdendo a mulher a participação em seu próprio processo de parir.

Embora ela esteja sob a responsabilidade da equipe de saúde, o momento do parto ainda permanece cheio de temores, na maioria dos serviços. Longe de seus familiares, a mulher é muitas vezes tratada como se não tivesse individualidade, identidade própria nem especificidades, sem o seu reconhecimento como “um ser singular, integral, indivisível e insubstituível [...]” (CARRARO, 1997, p. 26).

Para o desenvolvimento de uma assistência digna, além dos aspectos técnicos, o preparo para o parto deve envolver uma abordagem de acolhimento da mulher e de seu companheiro, tendo como objetivo principal prepará-los para vivenciar, com mais tranquilidade e participação, o resgate do nascimento como um momento da família (BRASIL, 2001a). É primordial garantir confiabilidade e tranquilidade à parturiente, disponibilizando a tecnologia adequada para sua assistência, que atenda as necessidades emocionais da mulher, acompanhante/família no momento do parto.

Após um parto tranquilo, sem intercorrências, com o nascimento de um bebê saudável, é importante nas primeiras horas que se seguem, que o ambiente proporcione condições de relaxamento e sono para a recuperação física e psicoemocional da mãe, tendo

como suporte de grande valor a presença de familiares, principalmente da pessoa mais próxima e escolhida pela mulher (BARROS, MARIN, ABRÃO, 2002).

Nessa perspectiva, a OMS recomenda a permanência do acompanhante, escolhido pela mulher, durante o trabalho de parto e no parto, como um exemplo de prática reconhecidamente benéfica à assistência ao parto de baixo risco.

Considerando as diversas necessidades comuns às mulheres, no período puerperal, de contar com as fontes de apoio social, que não sejam as formais — que compreendem as (os) profissionais de saúde, mas as informais — companheiros, mãe, amiga (o) ou outro familiar, esses devem ser estimulados(as) e orientados (as) sobre a importância do trabalho de parto ativo, para a mulher e seu filho. Essas orientações devem ser iniciadas desde o pré-natal e têm, por objetivo, resgatar os valores culturais do parto e preparar gestantes, acompanhantes e famílias, contribuindo para o desenvolvimento e participação de todos eles no processo de gravidez e do parto saudável (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996).

É importante evitarmos o isolamento do homem do contexto do nascimento, pois essa ação reforça o papel da mulher, deixando o pai com um papel secundário e à margem do processo no qual só participará depois do nascimento.

A importância do apoio social foi observada por Sonogo (2004), junto à mulher primípara na fase puerperal, afirmando a sua positividade para minimizar situações de estresse, tensão e para superar as dificuldades, inerentes a essa fase, de muitas adaptações e aprendizagem.

Os resultados do trabalho apresentado por Domingues (2002, p. 273) demonstram que a presença do(a) acompanhante familiar “é uma prática valorizada e desejada pelas mulheres e que deve ser entendido como um direito das gestantes e seus familiares, constituindo-se num importante componente da humanização da assistência ao parto e nascimento”.

Além dessas recomendações, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2004 a, p. 10) apresenta, como uma das ações estratégicas, a indicação do direito de as mulheres terem acompanhante, devendo as instituições “assegurar o direito ao acompanhante participante no pré-parto, parto e pós-parto imediato e alojamento conjunto, inclusive nos serviços privados e que seja de livre escolha da usuária”.

A necessidade da presença da família foi sentida pelas participantes, como vemos nesses relatos:

“Eu acho que seria importante a presença do pai na sala de parto, pois acho que as mães iriam ficar mais seguras” (E12); “Gostaria de, ao parir, ter todo

mundo perto e, na sala de parto, ter minha mãe”^(E 20); “Que o pai pudesse assistir o parto e que a paciente pudesse ficar numa cama em quarto separado com um acompanhante ao lado, além do bom atendimento”^(O5).

Dessa forma, a presença da família apresenta-se, não só como um componente da humanização do parto e nascimento, mas, também, como uma ação importante para as mulheres, pois entendemos que a presença do companheiro tanto lhes daria tranquilidade como também possibilitaria o exercício da paternidade responsável, facilitando a dimensão cidadã do bem-estar, elemento imprescindível e catalisador da autodeterminação. Como elemento contributivo para essa ação, é sugerido, pelas participantes, que

“Deveriam permitir que o marido visitasse à noite pois muitos maridos trabalham^(O9); “Que fosse mais flexível com a visita dos maridos inclusive à noite”^(O10).

Justificam tal necessidade, em razão de o horário permitido para visita, coincidir com o horário de trabalho dos maridos.

Além dessa sugestão, indicam também a necessidade de se pensar uma forma mais sensível e flexível de organização do serviço, que permitisse a visita dos filhos menores como no depoimento seguinte:

“Gostaria que permitissem que eles viessem me visitar. Estou com saudades”^(O27); “Quero ir embora. Não estou me sentindo bem porque estou com saudades da minha filha de 4 anos, devo ir embora amanhã. Para melhorar minha saudade, era se pudesse trazer ela aqui”^(O26); “Estou doida pra ir pra casa. Estou morrendo de saudade e acho que os filhos podiam nos visitar, se os quartos fossem separados por cada situação”^(O28).

Essas ações, atenderiam as necessidades práticas de gênero já que, culturalmente são as mulheres responsáveis pelo trabalho reprodutivo que inclui, a socialização dos filhos.

A partir dos enunciados de Valente (1999), pensamos que a permissão à mulher de ter maior proximidade com outras pessoas da família, ação tão simples, mas cheia de significados, seria uma oportunidade para ela alcançar progressivamente, a autodeterminação (liberdade de opção); a dignificação (desenvolvimento do amor-próprio, respeito a si mesma e aos outros, elevação da auto-estima); a autonomia (interação da mulher consigo mesma e com o mundo) e participação (caminho para atuação criativa, para gerir necessidades e compartilhamento).

Como a maioria das mulheres, vemos o quanto é confortável contar com a presença da família ou de uma pessoa amiga como apoio, numa situação tão importante e marcante na

vida da mulher. Verificamos que, dentre elas, somente uma não expressou essa necessidade, ao dizer:

“Eu não gostaria de ter ninguém comigo na hora do parto, pois tem pessoas que é mais nervosa do que a gente” (E 16).

Apesar de estarmos de acordo com a necessidade desse apoio, respeitamos e entendemos as singularidades e dificuldades pessoais, dessa escolha, frente a esse novo papel social que se vislumbra.

Uma informação importante foi o desejo de alta precoce, referido pelas mulheres, e que não se fundamenta apenas no desejo de proximidade com a família para obterem ajuda em seu cuidado e do bebê, mas sim, para se livrarem da situação desfavorável vivenciada no Alojamento Conjunto.

“Eu não agüento mais, não vejo a hora de ir para minha casa” (E17); “Quando vai sair a relação de alta é o maior alvoroço, a gente fica doida para ir embora” (E23); “Em casa tenho quem cuide de mim, que me ajude, aqui ninguém está nem aí para você” (O15); “[...] tenho minha mãe, minha irmã, meu marido, tenho muita ajuda” (O 22).

Embora a prática de estadias hospitalares curtas tenha por objetivo um grande esforço para reduzir os custos do atendimento à saúde, deve-se levar em conta, no entanto, que a alta precoce não é apropriada para todas as mães e recém-nascidos. Essa é uma preocupação, pois sabemos que, além de alguns problemas de saúde não aparecerem nas primeiras 24 horas após o parto, esse tempo é também insuficiente para instrumentalizar a mulher para cuidar de si mesma e de sua criança:

“Eu acho que deveria ficar pelo menos uns três dias, pois eu fico com medo de ir para casa e ter alguma coisa. Eu acho errado, pelo menos 3 dias [...] tenho medo de ter alguma complicação em casa” (E15); “ só deve dar alta se a pessoa não tiver nenhum problema” (E21).

Sendo assim, a alta precoce pode vir a constituir-se em uma opção segura e satisfatória para as mulheres e para as suas famílias, desde que atenda ao componente educativo e esteja baseada nas necessidades individuais da mulher e da criança (LOWDERMILK, PERRY, BOBAK, 2002).

Necessidade de segurança

A necessidade de segurança, expressa pelas mulheres, manifesta-se nas mais diferentes modalidades, indo desde o temor pela sua saúde, não tendo a chance de opinar ou discutir sobre o cuidado até os temores pelo tratamento que lhe será dispensado, entre outros

aspectos, que elas identificam no ambiente no qual se inserem e que, sabiamente, criticam, mas, se submetem.

Assim, fica explícito que a puérpera, se encontra cada vez mais, com dificuldades para questionar a violência institucional, evidenciando a falta de clareza de quem é a protagonista do processo assistencial. Ela se torna cada vez mais insegura, submetendo-se às ordens e orientações, sem entender como combinar o poder contido nas atitudes e palavras que ouve e percebe com a sua condição de quem está com dor ou com outra intercorrência obstétrica, e que necessita de cuidado.

A necessidade de sentir-se segura em relação à preservação de sua saúde, mostra-se mais claramente nesses relatos:

“Minha família é toda alérgica e eu estava com medo de tomar [analgésico]. Acho importante que ela tivesse informado que medicamento eu estava tomando, pois a gente vem e não sabe se volta, então é importante a gente saber o que está acontecendo com a gente, isso acontece só aqui. Não seria melhor que a gente soubesse o que estava acontecendo com a gente?” (E6).

Rotinas, mesmo consideradas corriqueiras, refletem a inabilidade do funcionário responsável pelo transporte após o parto, provocando na mulher sentimento de insegurança, experiência essa, marcada pelo medo, insensibilidade e desrespeito a sua condição de puérpera:

“Eu disse não, não, não e ele [o maqueiro] disse: não tenha medo, eu não vou deixar você cair não, e foi batendo a maca pelas paredes, metendo mesmo a maca pelas paredes e quando cheguei na sala [enfermaria], foi batendo nas camas das outras pacientes depois eu fui para cama, me deitei na cama [...]” (E3); “O maqueiro em vez de encostar a [maca] na cama, botou junto à cabeceira e eu tive de passar com dificuldade, com medo de partir os pontos, sem ninguém para me ajudar” (E16). “[...] Fiquei com medo, pensei voltar e parir em casa. [...] que a gente seja bem atendida na entrada e na saída, que tenha segurança” (O29).

Falta de segurança nas relações

A mulher vivencia sentimentos de angústia e insegurança desde a gravidez, sendo que acompanha todo o processo gestacional até os primeiros dias que se seguem ao parto após a alta.

Culturalmente, as mulheres trazem consigo além do medo da morte durante o parto a construção social de ser este uma experiência sofrida, durante a qual elas devem atuar com passividade e obediência. As preocupações e os medos não se restringem à dor do parto mas,

ao imprevisível; ao desconhecido, à forma como vão ser tratadas pelos profissionais de saúde, o que lhes causa desconforto insegurança e ansiedade.

A hora do parto, ou outra qualquer intervenção no seu corpo, pode contribuir para o desenvolvimento do processo de medo ou ansiedade. Cabe, portanto, à profissional de enfermagem ou a outro profissional de saúde, impedir que isso ocorra ou, se o processo já tiver instalado, procurar aliviá-lo, minimizá-lo e ajudar a pessoa a enfrentá-lo, mediante o atendimento às suas necessidades, seja de informação, orientação, cuidados físicos, entre outros, que possam esclarecer dúvidas, dando-lhes mais segurança e confiabilidade.

Para Simões; Souza (1997, p. 176-7),

A mulher compreende sua vivência parturitiva como angustiante e temerosa [...]. Mesmo quando surgem no pré-parto, expressões de angústia, medo, inquietação, indiferença, isto não se revela como compreensão, já que tudo o que acontece com a mulher faz parte da rotina assistencial, é indiferente [...]. A equipe de saúde decide sobre seu corpo, sobre sua saúde e de seu filho.

Sabemos que, por melhor que a mulher tenha um acompanhamento adequado em seu pré-natal, a ansiedade, o medo do inesperado e a apreensão frente ao parto não são totalmente eliminados. Essa situação torna-se mais grave para as mulheres de condição socioeconômica desfavorável, que dificilmente formam vínculo com as profissionais que irão assisti-las no momento do parto.

Segundo Silva (1997), as apreensões sobre o momento do parto são divididas entre o medo provocado pelos riscos que esse processo pode representar para a sua saúde e o desconhecimento sobre quem a irá assistir nesse momento. Ainda segundo essa autora, a vivência dessas mulheres, em serem submetidas ao tratamento impessoal e autoritário de profissionais, ou as histórias ouvidas ao longo de suas vidas sobre essas experiências, fazem com que o momento do parto seja cercado de insegurança e temor, que se tornam maiores e mais intensos quando a mulher percebe que não tem com quem dividir seus anseios e medos no ambiente hospitalar.

Essas reflexões incitam-nos a crer que, tanto os homens quanto as mulheres, constrangidos pelo seu corpo, tornam-se autênticos exemplos da somatização das relações de dominação, que se dá progressivamente por meio da familiarização com o processo de inculcação coletiva, da informação e de outros elementos de opressão e disciplinamento.

Na compreensão desse processo de disciplinamento, espera-se que as mulheres que são, simultaneamente, objetos de disputa nesse campo de análise e vítimas desse jogo, não

se restrinjam a manter o *habitus* já consagrado [de classe, gênero, institucional, entre outros], mas que possam negociar coletivamente o campo, reelaborando regras e definindo novas estratégias de investimento, reconstruindo e publicizando falas que impulsionem o processo de construção de relações sociais igualitárias (SAFFIOTI; ALMEIDA, 1995).

Todo o processo de socialização resulta em sentimentos que sejam quais forem, positivos ou negativos, serão armazenados em nossa memória com igual importância, resultando em desprezo pelo que for considerado insignificante, valorização e transferência para o que nos parecer significativo.

Para Reich (1989, p.226), “o sentimento de sofrimento corresponde a um fato concreto, a saber, a crescente excitação interior e a predisposição para a angústia”, que resultam não da biologia, mas do social. Contribui, para isso, a educação feminina que contém uma boa dose de vitimação, condicionando a mulher a aceitar mais o sofrimento do que o homem e a se mostrar mais disposta ao sacrifício. Em verdade, esse comportamento não faz parte da natureza feminina, mas é resultante dos condicionamentos a que a mulher esteve submetida.

Os sentimentos elaborados podem ser disfarçados, racionalizados e, até mesmo, negados. No entanto, um sentimento doloroso não se retirará enquanto não percorrer sua trajetória natural. Caso isso não ocorra, seus efeitos dolorosos apenas se prolongarão a ponto de se tornar difícil lidar com eles:

“[...] Muitas chegam com presepada por que é primeiro filho, gritam, gritam [...] Eu vim e não tenho o que me queixar, pois minha avó me avisou: não faça presepada que elas vão lhe pirraçar, dito e certo” (E21).

Para Foucault,

cada sociedade tem seu regime de verdade [...] isto é, os tipos de discursos que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros, os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros [...] o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro (FOUCAULT, 2001, p. 12).

Os discursos são produzidos historicamente mudando em função de reagrupamento e redistribuição de poder, e se as subjetividades são construídas nesse contexto, elas se mostram também precárias e contraditórias, sendo constantemente reconstruídas, no âmbito da sociedade e da cultura em que vivemos.

Esses conceitos e determinações sociais, que indicam situações de normalidade e anormalidade, mostram a premência de um discurso que incite as mulheres a recuperarem a rebeldia e enfrentarem esses mecanismos mantenedores da opressão e da exclusão feminina.

Falta de segurança no ambiente

É sabido que cabem às instituições de saúde unirem esforços para alcançar a qualidade da assistência, com a diminuição das taxas de morbi-mortalidade, especialmente aquelas ocasionadas por infecção, que, além do significado indiscutível para a vida, contribuem, sobremaneira, para a redução dos custos hospitalares e dos danos causados aos pacientes e a seus familiares.

Dentre os diversos investimentos para seu alcance, a lavagem das mãos é a primeira, e a mais simples, medida a ser realizada. Quando efetuada de forma adequada, diminui a contagem de microorganismos, tornando-se um instrumento limpo e seguro na prestação de cuidados à gestante, à parturiente ou à puérpera (BARROS, MARIN, ABRÃO, 2002).

A utilização de medidas gerais de assepsia para a prevenção de infecção na unidade de Alojamento Conjunto é de fundamental importância, uma vez que os recém-nascidos são susceptíveis de adquirirem infecções bacterianas e virais de suas mães, do ambiente e da equipe que lhes presta assistência (BARROS, MARIN, ABRÃO, 2002).

No referente a essa questão, a falta de estrutura básica para assistência à mulher em relação à prevenção e controle das infecções fez-se presente, seja na falta de pias, sabão, higiene inadequada, entre outras. Segundo os depoimentos que se seguem, esse aspecto deixa a desejar, pois para elas, a preocupação com as questões de higiene pessoal — um ambiente limpo ou com condições para realização da lavagem das mãos — aspectos importantes na prevenção de infecção, não lhes pareceu uma prioridade para o serviço, como exemplifica este relato:

“Eu não estou me sentindo bem, pois eu estou junto de um banheiro e tenho medo de meu filho pegar uma infecção, um mau cheiro. Eu quis reclamar para a enfermeira, e ela disse que minha casa tinha até barata e eu disse que não, pois eu limpava” (O4).

Para Potter; Perry (1999), um dos meios importantes para essa prevenção consiste em manter o ambiente limpo, com trocas frequentes de roupas, e manutenção do leito limpo, arrumado e confortável. Vejamos estes depoimentos:

“[...] Aí que eu fui tomar banho no outro dia de manhã para quem teve parto às 08:10 da noite” (E 3); “Eu passei a noite toda suja, não passou ninguém lá no quarto” (E12);

Em decorrência da perspiração profunda, nos primeiros dias de pós-parto, a mulher sentir-se-á suada e pegajosa. Alguns minutos dedicados ao banho deixarão refrescada e, ao pentear os cabelos, sentir-se-á mais confortável.

“Imagine você, quem tem neném, a menstruação muito forte, você passar toda a noite com um absorvente e espera a boa vontade, para darem outro absorvente. Imaginem um absorvente por dia isso é um absurdo” (O19) .

Ao lado desse aspecto, as participantes demonstraram também preocupação com o risco de infecção por estarem, na mesma enfermaria de parto normal, mulheres que tiveram aborto:

“Na enfermaria acho que, por que está cheio, misturou aborto com parto, acho que o bebê fica mais exposto à infecção [...]. Acho que, não deveria juntar mulheres de aborto com parto na mesma enfermaria”^(O5); “Deveria ter os leitos divididos separando as mulheres de parto normal das de aborto”^(O28).

A limpeza do ambiente era também preocupante, pois acreditavam existir um descaso com o risco para o desencadeamento de um processo infeccioso, que poderia comprometer a sua vida e a de seus recém-natos, em particular, ao dizerem:

“Sobre a limpeza tenho que me queixar porque o banheiro está pingando e suja tudo. Não é porque a gente é pobre e tem que ser porca.”^(O30) ; “A limpeza também precisa melhorar. O banheiro está vazando a gente sai e suja todo o quarto. A gente toma banho e tem que vestir a roupa e usar lençol sujo. [...] Só mesmo da limpeza e da organização da enfermagem”^(O30); “Além disso, precisamos de um local limpo, banheiro, cama e lençóis limpos. O banheiro daqui mesmo, parece mais um chiqueiro que um banheiro”^(O31); “Deveriam limpar e ensinar a gente também manter limpo”^(E 18);

Necessidades de conforto e alimentação

Arruda e Marcelino (1997) dizem que o alcance do conforto é uma meta da enfermagem, ao possibilitar e estimular, a quem está sendo cuidada (o), a viver uma vida tão normal quanto possível, despertando um sentimento agradável de harmonia consigo mesma(o) e com o ambiente, sentindo-se segura(o) e protegida(o).

As mulheres entendem a necessidade de conforto físico como o provimento de mínimas condições estruturais e organizacionais para a prevenção, podendo contribuir tanto para a saúde quanto para a doença.

Semelhante aos resultados encontrados por Pereira (2000) em um serviço público que atende mulheres em situação de gestação, parto e puerpério, identificamos a pauperização

do ambiente, o descaso com a privacidade, higiene, ventilação, conservação do mobiliário e outros componentes, que promovem o bem-estar, revelando a violência e a naturalização com essa estruturação e organização, no cotidiano das profissionais de enfermagem.

Necessidade de ambiente acolhedor e privativo

As participantes do nosso estudo almejavam que o parto se desse num ambiente acolhedor, confortável, o mais silencioso possível, que conduzisse ao relaxamento psicofísico da mulher, do acompanhante e equipe de profissionais, contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência, o que é afirmado neste depoimento:

“Se eu tivesse oportunidade de escolher onde queria parir, eu gostaria de ter um leito só; um quarto só para mim. Porque a gente vê a companheira tendo neném, a gente vê gritando, deixa a gente nervosa” (E 16).

Muitas mulheres desejam ficar sozinhas com suas crianças em um momento tão especial. Esse desejo justifica-se ao saberem que um ambiente calmo e confortável facilita o repouso e permite-lhes dormir por várias horas. Infelizmente, as estruturas hospitalares, principalmente a dos Serviços Públicos de Saúde, na sua maioria, ao dificultarem essa possibilidade, não proporcionam o repouso adequado, fazendo com que a necessidade de sono persista por vários dias.

A disponibilidade do local, para funcionamento do Alojamento Conjunto, deveria na medida do possível, manter uma área de 5 m² para cada conjunto de leito materno/berço, ficando cada berço distante do outro 2 metros. Além disso, deveria ter, no máximo, 6 leitos por enfermaria, possuindo, cada unidade, cama, mesinha de cabeceira, berço, cadeira, trocador e material necessário para o banho e higiene do recém-nascido (BRASIL, 1993). Apesar de possuir 11 anos de instituída, essa norma, embora ainda vigente, não vem sendo cumprida na maioria dos serviços.

Acreditamos que a dificuldade enfrentada pelas mulheres para encontrar uma vaga em uma maternidade pública, faz com que elas se sintam satisfeitas e aliviadas, em estar num leito ao lado de suas crianças saudáveis e perfeitas. Para nós, essa é a justificativa para que a maioria das entrevistadas não fizesse nenhuma observação por estar em enfermarias de até 10 leitos, sem berços suficientes para todas as crianças.

Contudo, algumas delas disseram que a insuficiência de berços as obrigava a dormir junto com suas crianças na mesma cama, impossibilitando-as de ter um sono tranquilo, sugerindo que

“Deveria colocar mais berço” (E19); “O bebê deveria ficar no berço. Ele fica na cama e não é legal, machuca ele. A gente tem medo de virar e cair em cima dele (O11); [...] mas, na enfermaria acho que deveria ter uma cama para a mãe e um berço para o bebê” (O27).

A aparência dessa unidade, evidenciou-se de forma negativa:

“Acho que a enfermaria deveria passar por uma reforma pois está muito bagunçada” (E19).

Além desses aspectos, sugeriram outras mudanças referentes aos recursos materiais e à técnica de construção, importantes para o conforto de todas que permanecem no Alojamento Conjunto:

Na enfermaria [...] trocaria o chuveiro, o vaso, botava água um pouco quente, que é muito fria” (E21); “Eu acho assim: o quarto que eu estou deveria ter uma janela mais aberta, pois à noite a gente não dorme de calor” (E13); “Um calor horrível que eu não consegui dormir” (E12); “Não tenho que me queixar daqui. Tem que botar [...] ar condicionado [...]” (O23); “Uma melhor ventilação, de preferência um ar condicionado” (O31); “O quarto é muito quente. Acharmos importante ter um ventilador, uma televisão como atividade de lazer (O12).

Indicaram, também, importantes mudanças para o ambiente externo, que pudessem propiciar momentos de lazer e conforto:

“Eu acho importante ter um lugar para gente caminhar e dar sol no bebê. Lá em baixo mesmo não dá sol” (E13); “Hospital é muito ruim, a gente sente falta das coisas, não tem espaço para tomar sol, deveriam deixar a gente ficar um pouquinho lá fora” (E20); “Uma área para a gente respirar, com vista bonita pra gente ficar com o neném” (O28); “Deveria ter um espaço para tomarmos sol” (O23)..

Além de todos os aspectos apontados, acreditam que, para atender a necessidade de conforto, tornar o ambiente mais agradável e diminuir a monotonia, a Maternidade deveria dispor de espaço onde elas pudessem assistir à televisão e ter acesso a livros:

“As pessoas reclamam que não tem televisão, a gente tem menino e fica deitada, pois não tem como ver uma reportagem, não tem livro para ler, só nos resta mesmo conversar com as pacientes” (E4); “Deveriam oferecer [...] uma televisão pra se distrair porque, depois do parto umas dormem, outras ficam acordadas. Aqui parece que nós somos presidiárias. Seria bom ter uma sala com cadeiras confortáveis. A televisão deveria ficar num outro espaço. Aquelas que quisessem dormir dormiriam, aquelas que quisessem assistir à televisão iriam para a sala confortável” (O31); “[...] ter uma televisão como atividade de lazer” (O12); “[...] Tem que botar televisão, umas cadeirinhas [...]” (O23).

O lazer, para elas, funcionaria como uma compensação para suprir a avalanche sensorial e informativa em que vivem. Seria a pausa, que amenizaria o excesso de ruído e de estimulação.

Necessidade de ter uma melhor alimentação

Em relação ao suporte nutricional, após a recuperação completa da fadiga e da exaustão do trabalho de parto, a mãe sente-se bastante faminta. As solicitações de porções extras de alimentos e de lanches, ocorrem com uma certa frequência, o que condiz com esta indicação:

“Deveriam melhorar a quantidade da comida” (E 20); “Melhorar a comida e fornecer nos horários certos” (E13). Fornecer merenda às 15:00h como uma melhor qualidade, pois o suco parece água [...] Fornecer lanche às 7 da noite” (O31); “Oferecer maior número de refeições, lanche na hora de dormir. Porque a gente está amamentando e isto desgasta a gente, a exemplo de uma vitamina às 22:00 horas” (O23).

Versando sobre a qualidade, algumas depoentes disseram:

“a comida deve melhorar” (E 2); “Acho que a comida deveria melhorar, é muito ruim” (E 12),

Em contraposição a outras depoentes que, acharam a comida de boa qualidade ao dizerem:

“A comida não tenho o que falar estava até boa” (E 1); “A alimentação é ótima” (E11).

Acreditamos que todo o saber, experiências e vivências verbalizadas deverão servir como uma ferramenta analisadora, que pode nos auxiliar para agir nesses espaços instituídos, ao revelar as necessidades das mulheres no período puerperal. A identificação de suas necessidades pode possibilitar possíveis aberturas para processos mais participativos entre o poder institucional, as profissionais de enfermagem e a comunidade, de modo a se pensar, num novo caminho, com mais respeito, possibilitando à mulher uma assistência com mais qualidade, não só no período puerperal mas, extensivo a todo seu ciclo vital.

Necessidade de cuidar da aparência

O foco da atenção ao período pós-parto continua direcionado totalmente para o bebê, conduzindo a mãe a modificar, reduzir e até subestimar seus hábitos e necessidades para poder adequar-se às necessidades da criança (NAKANO,1996).

A preocupação com a aparência foi identificada durante a realização das oficinas em que a maioria recusou-se a ser fotografada, alegando que estavam mal vestidas e despenteadas. Acreditamos que as unidades de internação, a exemplo do Alojamento Conjunto, que atendem a mulher, deveriam atentar para alguns aspectos que fazem parte do comportamento feminino, como a instalação de espelhos, não só por uma questão estética, mas também pela necessidade das pessoas de se verem e de se observarem em relação a sua aparência, palidez, expressão facial e outros significados subjetivos. No puerpério, muitas mulheres têm a exacerbação da sua feminilidade, demonstrada no desejo de manter os cabelos limpos e penteados, unhas pintadas, discreta maquiagem e de vestir uma bonita camisola. A preocupação com sua auto-imagem fica clara neste depoimento:

“Meu marido chegou e me senti mal, fiquei o tempo todo sentada pois em casa ele não me vê assim. Após a visita sair, é que fui tomar meu banho. Isso é um absurdo. A visita chegou e eu sentada, enrolei um negócio na frente.” (O19); “Acho importante que tenha um espelho, pra gente se cuidar, se olhar pra receber a visita – o marido. Preciso me olhar pra ver como estou, arrumar meus cabelos. Roupas mais frescas, confortáveis, e que deixem a gente bem. [...] A gente de manhã, quando acorda, está com os cabelos lá em cima, a gente tem também que cuidar da beleza da gente. Eu mesma fico preocupada quando vou receber a visita, só por que a gente pariu temos que ficar des-deixada ?(O31)”; “Roupa limpa e decente porque a gente fica parecendo maltrapilhas”(O16); “Vestir roupas mais bonitas. [...]Precisamos de um robe mais apresentável” (O18).

A oferta de roupa foi uma necessidade sentida todo o tempo pelas mulheres do nosso estudo, tanto em relação à roupa de cama como à pessoal e as roupas necessárias para o cuidado de sua criança:

“No outro dia de manhã que eles deram o forro da cama [...]. A roupa que uso é minha pois aqui não dão roupa assim, quando dão, é uma vez no dia, aí não dá” (E 3); “Elas precisariam também fornecer roupa e ter menos pena de dar fralda, fornecer mais roupa para gente” (E12); “Muitas delas deviam melhorar o atendimento, fornecer roupa, lá mesmo tem uma toda suja” (E18); “[...] Nem todo mundo tem gente para vim trazer as coisas. Avisaram para a gente trazer fralda, roupinha para o bebê e absorvente. Quem tem traz, mas quem não tem? Olhem o estado desta criança, está sem fralda” (O22).

Além dessa necessidade, informaram que as camisolas fornecidas, para elas, eram inadequadas para a amamentação:

“A roupa daqui [a camisola] é boa, só é ruim quando é para dar mama que é muito apertada” (E5); “Eu fui pedir um vestido pois o que eu estava vestida estava apertado chegando entortar a agulha do soro” (E6). “[...]. A camisola deveria ter um modelo que facilitasse a amamentação”(O23); “Deveria ter uma

camisola mais fininha, mas fresquinha com um modelo que facilitasse a amamentação[...]” (O27).

A questão do pudor também surgiu nas suas falas ao dizerem que:

“Trazem uma roupa aberta atrás aqui cheio de homem no hospital, incomoda né?” (E 9); “[...] deveria ter uma roupa sem a mama ficar exposta [...]” (O27); “[...] pois oferecem uma roupa com a bunda de fora” (O18).

Reivindicam, portanto, o direito à sua privacidade, pois a proteção do corpo, fruto da educação recebida, tem, para a maioria delas, muito significado.

As mulheres chegaram a um estágio de suscitar questões e deixar aflorar os problemas verdadeiros, que lhes atormentam o cotidiano, fruto de uma construção e articulação que resulta da experiência vivida, da convivência com outras mulheres e da própria reflexão da sua condição feminina:

“Deixam entrar camisola. Eu acho certo usar a própria roupa, pois essas camisolas que todo mundo usa. [...] é muita mulher, mas tem muita gente que não tem condições de trazer, né? [...] eu acho que eles deveriam dar camisola a gente, principalmente quando a gente ficar muito tempo” (E3); “Seria bom a gente usar nossa roupa só que tem que trocar né[...]” (E 5); “Após o banho, meu pai veio e trouxe minhas coisas aí, tirei a roupa do hospital e vesti minhas coisas. Eu acho bom usar nossa roupa, pois a gente sabe como faz né? É só nossa e a do hospital vem toda cheia de manchas, rasgada, não sei como lavam” (E 9); “Acho bom usar a minha roupa porque aqui não tem. É melhor, pois a gente não fica nem suja nem molhada” (E 11); “Usar a nossa roupa é bom, para aquelas que tem, pois já sobra para aquelas que não tem” (E 14); “Eu acho errado a gente não poder trazer a roupa de casa, pois toda mãe gostaria de vestir a sua roupa em seu filho, pois todo mundo também tem sua roupinha e gostaria de vestir a sua também”, (E 12); “Deveria [...] dar opção da pessoa usar sua própria roupa ou da Maternidade” (O14); “Deveria ter liberdade das pessoas escolherem usar a roupa daqui ou da sua casa” (O23).

Dentre as participantes, apenas duas não vêem com bons olhos o uso da própria roupa, pois acreditam que o transporte dessa roupa até a maternidade pode contaminá-la e também, por acreditar que a fornecida pela instituição seja esterilizada. Vejamos estes exemplos:

“Vejo como ruim usar a própria roupa, pois não está esterilizada” (E 10) e que “Elas mandam trazer roupa, fralda, absorvente [...] eu acho que pode dar infecção, trazer essa roupa de casa, vindo passeando pela rua” (E15).

Necessitamos, portanto, ouvir as mulheres e suas necessidades, repensando nossas práticas, para que possamos construir uma assistência de enfermagem mais segura, mais humana e gratificante para ambos os lados — as usuárias do serviço e as mulheres que compõem o corpo de enfermagem.

Concordamos com a afirmativa de Jaggar (1997, p. 176) que é imperioso, o investimento nessas mulheres, de modo a permitir-lhes serem sujeitos da ação, já que:

as pessoas oprimidas têm uma espécie de privilégio epistemológico, na medida em que têm acesso mais fácil a esse ponto de vista e, portanto, maior possibilidade de avaliar os possíveis começos de uma sociedade na qual todos possam florescer. Por essa razão, diria que é provável que as respostas emocionais de pessoas oprimidas, em geral, e de mulheres, em particular, sejam mais apropriadas do que as respostas emocionais da classe dominante, ou seja, é mais provável que as primeiras incorporem avaliações confiáveis de situações.

5 CONJUGANDO INDICADORES DE SAÚDE E DE GÊNERO

5.1 INDICADORES DE SAÚDE

Ao tomarmos conhecimento, pelas puérperas, de como as ações e atividades de enfermagem, na prestação da assistência a elas, desenvolvem-se, pensamos que seria possível a construção de um instrumento que possibilite mudar a prática de enfermagem, a partir da compreensão das necessidades das puérperas, numa perspectiva de gênero, com vista a uma assistência de enfermagem mais integral e com menos iniquidade.

A assistência de enfermagem em maternidade, na sua especificidade, permite a construção de indicadores de qualidade voltados para o atendimento das necessidades carenciais. Essa construção é conseqüente avaliação da atenção à saúde da mulher, inevitavelmente, precisará pautar-se, além dos critérios técnicos tradicionais, pela aplicação de critérios e de normas científicas e por princípios que orientem a promoção de valores sociais, possibilitando a autonomia e o empoderamento de grupos excluídos pelo gênero e outras desigualdades, a exemplo da mulher.

Silver (1999) acredita que o movimento de gênero precisa utilizar, cada vez mais, as informações disponíveis de pesquisas e dos próprios registros do sistema de saúde, para lutar pela melhoria do atendimento à mulher. Hoje em dia, cita como exemplo a existência de dados facilmente disponíveis sobre o atendimento de quase todos os hospitais do país, que retratam, com clareza cristalina, sucessos e desvios no atendimento à mulher. No entanto, essas informações são pouco utilizadas pelos gestores do sistema ou para o controle social.

No Brasil, em 2002, a mortalidade materna passou a ser de 74,5 óbitos por 100.000 nascidos vivos, bastante alta em comparação aos países desenvolvidos que atingem valores corrigidos de 6 a 20 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Têm destaque as doenças hipertensivas e as síndromes hemorrágicas como as duas primeiras causas obstétricas diretas de óbito, seguidas pelas infecções puerperais, os abortos, as doenças do aparelho cardiovascular complicadas pela gravidez, parto ou puerpério (BRASIL, 2004a).

Torna-se mais agravante o fato de as hemorragias ligadas à gestação, ao parto e ao puerpério, ao lado das infecções puerperais estarem relacionadas diretamente à qualidade da assistência ao parto, sendo que, no nosso país, mais de 80% dos partos, além de ocorrerem em instituições, são realizados por pessoal profissional. A baixa qualidade nessa atenção tem contribuído para que a mortalidade por infecções puerperais, praticamente extinta nos países

desenvolvidos, ainda ocorra em nossa sociedade, deixando muitas mulheres, em pleno século XXI, morrer por uma patologia descoberta e controlada desde o século passado.

Embora se observe melhoria na situação de saúde da mulher brasileira, junto ao aumento da esperança de vida e à maior sobrevivência de pessoas idosas, não se trata de uma melhora substantiva nas suas condições de saúde, impondo-lhe riscos de vida desnecessários, em decorrência das precárias condições de assistência que poderiam ser facilmente detectadas e corrigidas se houvesse um sistema de saúde efetivo, atuante e de boa qualidade.

Sob esse prisma, sabemos que o ponto de partida para conhecer a realidade da assistência à mulher é através da avaliação de serviços, momento este, em que se examina se a mulher está sendo atendida nas ações de promoção, prevenção ou recuperação, relacionadas aos problemas que a afetam na sua integralidade.

Nessa perspectiva, no campo da saúde, Donabedian (1980) sugere que as abordagens para a avaliação da qualidade podem ser classificadas em estrutura, processo e resultados, indicando que a busca de uma definição para a qualidade deveria se iniciar a partir das dimensões do cuidado médico, a saber: a técnico-científica, a da relação interpessoal e a das amenidades (conforto e estética das instalações e equipamentos).

Além de sua grande repercussão, esses princípios têm guiado grande parte dos trabalhos e estudos nacionais sobre qualidade em saúde. A tradicional trilogia proposta por esse autor, para avaliação dos serviços, mantém sua relevância, consistindo no estudo da *estrutura* referente às características físicas; organizacionais e aos instrumentos e recursos, relacionados ao fornecimento do cuidado e do seu ambiente. De difícil quantificação, em relação à sua contribuição final para a qualidade da assistência, mas facilmente compreensível que a adequação estrutural aumente a probabilidade de melhorar a qualidade da assistência prestada; o *processo*, que equivale ao conjunto de atividades desenvolvidas no cuidado aos pacientes e à relação entre estes e os profissionais de saúde, possibilita o aparecimento dos aspectos éticos, sendo base para a valoração da qualidade. O *resultado* significa a melhora verificada no estado de saúde dos pacientes e nas suas atitudes, conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação deles, decorrentes do cuidado prestado (DONABEDIAN, 1980).

Para Nascimento (2000), um dos principais problemas do estudo de Donabedian é a dificuldade de análise nos diferentes níveis da atenção em saúde, por serem guiados por um tipo de racionalidade instrumental, dirigida aos agentes de saúde e aos aspectos técnicos e normativos da assistência.

Silver (1999) complementa a afirmação anterior apontando como um problema da abordagem donabediana de avaliação de serviços de saúde a sua limitação ao processo de avaliar, pois considera que o ato de avaliar é idealmente inserido dentro de um processo de gestão que visa à transformação dos serviços, melhorando sua qualidade.

Frente a essa questão, Carvalho e Eduardo (1998, p. 18) entendem que a avaliação em saúde é “o ato de apreensão das relações entre as necessidades de saúde e as práticas e técnicas de saúde, visando verificar a capacidade dessas práticas ou técnicas em responder às necessidades geradas no processo saúde-doença”. Sendo assim, a produção de bens e serviços de saúde é alcançada mediante a formulação e decisão política de ações que promovam possíveis intervenções impactantes no processo de trabalho.

Ao falar em avaliação, é importante ter clareza de que ela serve para definir se algo está bom ou ruim, se está digno de ser prosseguido ou interrompido. É necessário, portanto, deixar claros os critérios utilizados, a que necessidades ou interesses esses critérios respondem e quem pode ser favorecido ou prejudicado em presença desses resultados (MALIK; SCHIESARI, 1998).

Para se fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, podemos lançar mão dos indicadores de saúde que são:

“formas numéricas ou não, obtidas a partir dos Sistemas de Informação, como saídas a partir dos dados coletados, utilizados para se mensurar as atividades realizadas, ou o grau de risco de um evento ou agravamento à saúde, e para atribuir valor a dados ou aspectos das realidades que se deseja conhecer, quantitativa ou qualitativamente e, a partir desse conhecimento, intervir para alcançar metas e objetivos” (CARVALHO, EDUARDO, 1998, p. 23)

Essas são consideradas variáveis capazes de sintetizar, representar e/ou dar significado ao que se quer avaliar, sendo válidas para o contexto específico do que se está avaliando. Comumente, essas variáveis são expressas em número absoluto, na relação entre dois eventos ou como uma qualidade do evento.

A utilização dos indicadores de saúde permitirá o “estabelecimento de padrões, bem como, o acompanhamento de sua evolução ao longo dos anos” (MALIK; SCHIESARI, 1998, p. 68). A associação e a comparação entre vários indicadores são elementos facilitadores da compreensão da realidade social.

Sabemos que, sendo a ação de saúde um fenômeno muito complexo, torna-se difícil a escolha de um único indicador isoladamente, já que este não possibilitará o conhecimento da complexidade da realidade e o aprofundamento do conhecimento sobre os seus problemas. Apesar da preocupação com a dificuldade operacional causada por um

grande número de variáveis, um grande número de indicadores facilita a sua seleção e adequação, na avaliação de diferentes aspectos.

Comprovadamente, os indicadores de avaliação e da expansão do acesso aos serviços de saúde existentes, tanto nos níveis primários quanto hospitalares, atendem a um dos principais objetivos da reforma sanitária e fazem referência à infra-estrutura física e humana e às coberturas dos mesmos.

Além do mais, tendo em vista as inúmeras definições de saúde e a dificuldade de mensurá-las, os indicadores mais empregados têm sido aqueles relacionados às condições de saúde de uma população ou à assistência que lhe é prestada, tendo em vista a sua melhoria e a qualidade de vida.

Os indicadores gerais, habitualmente utilizados para análise de situação e/ou contexto dos programas/serviços de saúde, são indicadores: de situação de saúde (distribuição da população urbana/rural, taxa global de fecundidade, taxa de migração, taxa de mortalidade, entre outros); socioculturais (índice de analfabetismo, de estilo de vida, moradia, entre outros); ambientais (condições da habitação, infra-estrutura dos serviços públicos, condições climáticas, entre outros); de avaliação de eficiência e eficácia; de avaliação de impacto; de políticas de saúde entre outros de interesse como: indicador de um evento-sentinela – evento considerado grave; técnicos/administrativos; custos; eficiência do atendimento, entre outros (TANAKA; MELO, 2001).

Reafirmando esses enunciados, para Matamala e Maynon (1996),

os indicadores tradicionais avaliam desde uma perspectiva eminentemente biomédica e/ou administrativa e não destacam os processos culturais que estão incidindo na qualidade da atenção. São em sua maioria indicadores quantitativos orientados a medir o impacto nas estatísticas de saúde ou a medir produtividade.

No referente à elaboração e à implementação dos indicadores, é necessário seu planejamento, como

a arte de elaborar o plano de um processo de mudança. Compreende um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos ordenados de modo a possibilitar interagir com a realidade, programar as estratégias e ações necessárias, e tudo o mais que seja delas decorrente, no sentido de tornar possível alcançar os objetivos e metas desejados e nele preestabelecidos (TANCREDI et al. 1998, p. 13).

Para esse autor, o planejamento não é apenas uma ferramenta de trabalho, coleção de técnicas ou fórmulas. Como visão administrativa, este deve envolver um variado número de atores sociais desde os (as) diretores (as), os (as) profissionais prestadores(as) de serviço e

as(os) próprias(os) usuárias(os). Como prática social, o planejamento participativo exerce um forte poder de unir as pessoas envolvidas, que aprendem a conviver e a entender os anseios dos outros atores sociais, compartilhando todo o aprendizado e beneficiando-se através da disseminação de informação (TANCREDI et al. 1998).

Para um planejamento em saúde, é imprescindível, além da identificação das prioridades, o estabelecimento de objetivos e metas, que almejamos alcançar assim como ações, estratégias e recursos para sua execução (BRASIL, 1985).

Dentre os elementos necessários a essa programação, a seleção dos indicadores permitirá acompanhar e avaliar as ações de saúde realizadas e torna possível, também, subsidiar a montagem delimitada dos dados a serem coletados, os quais auxiliarão na organização do sistema de informação, base das atividades cotidianas, num processo contínuo para o planejamento, gestão, organização e avaliação da assistência. As variáveis que compõem as categorias constituirão os indicadores, devendo, contudo, serem continuamente negociados e ajustados, num processo iterativo, pressupondo o alcance das metas preestabelecidas.

Segundo Malik; Schiesari (1998), os resultados evidenciados pelos indicadores estão intimamente relacionados com o processo assistencial, sendo grande a aspiração de definir como construí-los.

Para Pedro Demo, a operacionalização de um indicador não se esgota nas técnicas de mensuração, pois “um indicador não mensurável não perde o sentido, porque este advém da postura teórica, não da mensurabilidade” (DEMO, 1992, p. 140).

Essas considerações reforçam a compreensão de que, para uma assistência à saúde de qualidade, além das questões técnicas, é necessária a definição dos aspectos da reprodução das relações desiguais de gênero que incidem sobre a assistência em saúde, visíveis nas concepções das usuárias e passíveis de mudanças qualitativas na assistência de enfermagem que se imagina para elas. Devemos ter clareza de que, em toda avaliação, é de grande importância que todos os envolvidos e nela interessados participem de discussão sobre o que deve ser avaliado e identificado como situação-problema (NASCIMENTO, 2000).

Não pretendemos, neste estudo, fazer o monitoramento dos indicadores propostos. A pretensão final em alcançar a eficiência e a efetividade nas ações para o atendimento das necessidades das mulheres dar-se-á por meio da retroalimentação a qual permitirá modificar e reorientar permanentemente os indicadores, através de comparações deles, no tempo e independente do tempo, como também em relação ao consenso e às possibilidades do alcance

das metas entre as partes envolvidas — profissionais e usuárias (AGUILAR; ANDER-EGG, 1995).

Para sua consecução, tanto as mulheres usuárias do serviço quanto as profissionais de enfermagem devem ter clareza da importância do processo participativo para o seguimento e monitorização das ações.

5.2 INDICADORES DE GÊNERO

Embora possamos comprovar um movimento crescente, desde a década de 1980, dos governos brasileiros em oferecer mais e melhores condições de atendimento aos problemas de saúde das mulheres, incluindo melhorias de condições infra-estruturais e de elevação da expectativa de vida, infelizmente, a qualidade da assistência a essa parcela da população ainda é motivo de queixas e insatisfação constantes, no atendimento de suas necessidades de saúde e de gênero.

Desde a última década, em meio à crescente preocupação dos organismos internacionais para eliminar as desigualdades de acesso aos bens e serviços de saúde, têm sido intenso o movimento, através de conferências, seminários e outras mobilizações que tem focado, principalmente, a qualidade da atenção à saúde da mulher sob a ótica de gênero, respeitando as peculiaridades nacionais. Os problemas ligados à manutenção dos estereótipos de gênero nas políticas públicas e nos currículos na área da saúde, as questões socioeconômicas, a discriminação de gênero, a falta de autonomia e as inadequações da assistência culminam na necessidade de intervenções e da inserção da perspectiva de gênero nas políticas públicas, na área de saúde (NASCIMENTO, 2000; NASCIMENTO, 2002).

As discussões teóricas desenvolvidas, em diversos espaços, sobre tema tão relevante, têm enfatizado a necessidade de explicitar o próprio conceito de indicadores de gênero pelos serviços assistenciais de saúde.

Sob essa ótica, os indicadores de gênero podem ser entendidos como instrumentos capazes de explicitar resultados das relações desiguais nesse âmbito, nos vários setores sociais ou aspectos da vida. Tanto podem ser quantitativos como qualitativos, sendo construídos pela conjunção de variáveis que permitem uma aproximação com o conhecimento de algo que nem sempre pode ser captado por meio de números.

Esses indicadores, ao estarem condicionados, para sua efetivação, às qualidades dos dados obtidos, dependerão de recursos não só para a avaliação mas também para o

seguimento e monitorização dos cuidados de enfermagem necessários, englobando as facilidades ou empecilhos para a promoção da emancipação das mulheres, sejam elas usuárias do serviço ou profissionais de enfermagem.

Antes de iniciar qualquer trabalho, Moser e Levy (1986) apud (WILLIAMS, 1999) recomendam dois aspectos muito importantes para uma estratégia de entrada com enfoque de gênero: primeiro fazer um julgamento com base na informação de como as necessidades práticas e estratégicas podem ser alcançadas nas condições socioeconômicas e políticas de um determinado momento e lugar; segundo, avaliar o acesso das mulheres às instituições de saúde e se estas instituições podem ser utilizadas para alcançar algumas ou todas as necessidades práticas e estratégicas específicas.

Além disso, para um planejamento que contemple o desenvolvimento de um julgamento informado e de uma avaliação acurada, é necessário que o corpo de profissionais da instituição melhore tanto a sua compreensão sobre a determinação e o modo de funcionamento das relações e necessidades de gênero como identifique as causas de subordinação e das barreiras que impedem sua eliminação (MOSER, 1995).

Para facilitar a operacionalização dos indicadores, seguimos a indicação de Nascimento (2000, 2002), classificando-os em duas categorias: Indicadores práticos e estratégicos de gênero.

- **Os Indicadores Práticos de Gênero da Enfermagem (IPGE)** são construídos a partir das variáveis concretas que permitem uma resposta imediata às necessidades apresentadas e que mediante os cuidados de enfermagem e a organização das práticas assistenciais será possível se alcançar a humanização da assistência e a elevação da auto-estima das mulheres (NASCIMENTO, 2000; NASCIMENTO, 2002).

Os indicadores práticos de gênero voltados para a assistência ou o cuidado são direcionados para as atividades da ação instrumental, mas não se reduzem a elas, como refere Nascimento(2000,2002). No campo da saúde, a satisfação das carências e interesses, criadas social e culturalmente, corresponde à legitimidade das reivindicações da clientela, ainda que essa apresente uma certa alienação das suas necessidades essenciais. Essas necessidades são dependentes de condições materiais e imateriais, presentes nos processos de vida, na sua especificidade e em determinados contextos naturais/sociais e não podem ser satisfeitas através do acesso às riquezas, aos serviços, à fama ou ao poder (HELLER; FEHÉR, 1998).

Não sendo as necessidades naturais e permanentes, não devemos olvidar de considerar a construção social dos indivíduos e a realidade sociocultural dos diferentes grupos

sociais. As carências e a sua satisfação são traduzidas em demandas sociais, relacionadas às questões de classe, como já havia enfatizado Molyneux (1984), sendo as mulheres de baixa renda as que mais vivenciam as inadequações. Portanto, é importante a valorização das necessidades, de modo a possibilitar o engajamento das pessoas em processos de autodeterminação. Os indicadores práticos, para o atendimento às necessidades essenciais, podem em certas circunstâncias estar a serviço de processos emancipatórios, mas necessariamente podem não alcançar esse resultado, pois não desafiam a posição de subordinação das mulheres, embora possam ser originários deles.

Em certo sentido, o atendimento às necessidades práticas deve ser visto dentro do contexto das necessidades estratégicas, pois o alcance dos indicadores práticos pode contribuir para o alcance dos indicadores estratégicos.

• **Os Indicadores Estratégicos de Gênero da Enfermagem (IEGE)** são formulados a partir de variáveis com base na análise da subordinação das mulheres na sociedade e objetivam contribuir para superar essa subordinação, pois desafiam a natureza da relação das mulheres com os comportamentos androcêntricos e suas implicações para a saúde. Incluem a promoção do processo de autonomia, a autodeterminação e a participação das mulheres, em suas relações com os serviços assistenciais, sendo que seu alcance pode ajudar as mulheres a desfrutar de maior equidade na assistência e na vida (NASCIMENTO, 2000; NASCIMENTO, 2002).

Os indicadores estratégicos de gênero vão além dos práticos, podendo conter a remoção das formas institucionalizadas de discriminação, a promoção de processos que correspondam a bens de valores universais, como liberdade e vida, cuja satisfação pressupõe relações humanas baseadas na equidade e no mútuo reconhecimento dos sujeitos da ação (usuárias e profissionais).

Para o desenvolvimento de uma assistência mais igualitária, humanizada e com equidade de gênero, é necessário desenvolver pensamento e ações das mulheres — usuárias e profissionais de enfermagem — de caráter transformador, habilitando-as, enquanto participantes, a explorar as questões, compreender a dinâmica de sua sociedade, aplicando o conceito de gênero na sua prática cotidiana. Reconhecemos, contudo, que o alcance desses indicadores estratégicos requer um planejamento a longo prazo e mudanças comportamentais.

A utilização e a construção de indicadores de gênero, sejam eles práticos ou estratégicos para a assistência ou cuidado, pressupõem o desenvolvimento, pelas profissionais de enfermagem, de um conhecimento aprofundado e contextualizado a respeito da vida das

mulheres assistidas e das características das relações de gênero a que estão submetidas, para não caírem no risco de reforçar atitudes que aprofundem a subordinação feminina (NASCIMENTO, 2000; NASCIMENTO, 2002).

Na construção desses indicadores de gênero no espaço da saúde, é importante que a informação seja coletada diretamente junto às usuárias ou profissionais, com base em formulações teóricas de gênero. Devemos, além de identificar as variáveis que promovem ou contribuem para as inadequações, compreender as razões que embasam esse processo e quais ações e medidas devem ser tomadas para seu enfrentamento. Importante, também, que seja valorizada a autonomia das participantes, estimulando o engajamento das usuárias e sua percepção enquanto sujeitos da ação, ao lado da construção de uma nova inter-relação entre elas e as profissionais de enfermagem, como um caminho para a valorização e atendimento às necessidades expressas, refletindo os indicadores dessas ações.

A distinção entre Indicadores Práticos e Estratégicos de Gênero da Enfermagem “funciona mais como uma estratégia, uma demarcação de limites entre uma assistência puramente humanizada e necessária para manter a saúde”, devendo além disso, “propiciar a crítica social, a partir da promoção de valores de emancipação ou autodeterminação” (NASCIMENTO, 2002, p. 137).

A assistência de enfermagem orientada pelos indicadores de gênero é um recurso útil para promover a crítica à atenção descontextualizada, autoritária e descomprometida, que observamos em muitos serviços assistenciais de saúde e aponta para a promoção de processos de autovalorização, auto-estima, autonomia e participação das mulheres em situações de atendimento, implicados no exercício de cidadania.

A definição clara dos esforços para melhorar a qualidade da atenção, com base nas necessidades de gênero, tem como alavanca inicial a identificação de onde se situam as iniquidades para, em seguida, priorizar esforços de mudança. Além disso, o diagnóstico inicial das necessidades de saúde sob a perspectiva de gênero é fundamental, servindo como parâmetro para futuras avaliações.

Para a construção dos indicadores, é preciso que as categorias distintas — usuárias e profissionais — sejam abordadas, em conjunto, não de maneira independente, tendo como coluna vertebral a relação de gênero e o atendimento dessas necessidades. Mediante essa afirmativa, reiteramos a necessidade de novos estudos que complementem essa proposta, tendo as profissionais de enfermagem como sujeito para construção dos indicadores práticos e estratégicos de enfermagem que assistam a mulher no período puerperal.

Infelizmente, ainda se mantém a crença de que somente a equipe de saúde tem o monopólio dos conhecimentos necessários, supondo serem as usuárias ignorantes, incapazes de encontrar soluções para si mesmas e para seus problemas de saúde, tornando-as pessoas dependentes, passíveis e meras receptoras. Para nos contrapormos a essa posição, devemos ter atitudes e comportamentos diferentes, procurando envolver as usuárias e a comunidade, estimulando-as a participar no cuidado de sua própria saúde, reconhecendo seus próprios saberes e práticas, que trarão como resultado um aumento da ‘produção coletiva’ de saúde (MATAMALA; MAYNON, 1996).

Para Matamala; Maynon, (1996, p. 109),

parece que se teme o processo de empoderamento verdadeiro, sem entender que o fortalecimento do bem-estar, desenvolvimento e democracia, passa inevitavelmente pela apropriação de poder por parte da sociedade civil, com especial ênfase naqueles setores que sofrem desigualdades, como é o caso das mulheres.

Matamala e Maynon (1996) entendem que os indicadores de gênero medem iniquidades específicas e/ou contribuem com o sistema de cuidado da saúde, para manter ou desconstruir o sistema inequitativo de gênero. Com base nessas reflexões, como os conteúdos abordados não refletem questões relativas a temas profundos da construção de gênero (*duros*), classificamos os elementos para a construção dos indicadores como *brandos*, ao comportarem conteúdos superficiais da construção de gênero, mas igualmente úteis, pois superpõem os aspectos de humanização do cuidado aos aspectos de gênero.

Independente de reconhecermos que sua implementação depende de fatores de ordem econômica, cultural e política entre outros, encorajamos as mulheres a indicarem o que elas destacavam como mais importante no atendimento de suas necessidades, objetivando o alcance de uma assistência acolhedora, educativa e valorativa, de acesso livre, segura, confortável, compartilhada com os familiares, baseada nas necessidades das mulheres.

A valorização qualitativa da identificação e da análise das necessidades das mulheres do nosso estudo alicerçou a construção das categorias e, a partir destas, selecionamos as variáveis, mediante as quais demos visibilidade aos elementos que subsidiarão a construção dos indicadores de gênero, para a assistência à mulher no período puerperal.

5.3 ELEMENTOS DE SUBSÍDIOS PARA A CONSTRUÇÃO DOS INDICADORES PRÁTICOS E ESTRATÉGICOS DE GÊNERO DA ENFERMAGEM

NECESSIDADE DE ACOLHIMENTO	
IPGE	IEGE
<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolve relações interpessoais, baseadas no senso de humanidade, responsabilidade, estimulando a criação de vínculos; • Valoriza a expressão dos sentimentos no processo inter-relacional; • Estabelece estratégias de comunicação terapêutica; • Desenvolve assistência de enfermagem com base nas necessidades das mulheres; • Estimula o autocuidado sem delegar a elas atribuições das profissionais; • Dispõe de pessoal qualificado e em quantidade suficiente para o atendimento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementa ações de atenção, respeitando os princípios da autonomia e liberdade da mulher; • Respeita e problematiza com as mulheres suas decisões e seus saberes; • Encoraja as mulheres a expressar suas experiências familiares, sexuais e reprodutivas; • Avalia se a atenção resolve as demandas e necessidades das mulheres de forma integral.

NECESSIDADE DE SER EXAMINADA	
IPGE	IEGE
<ul style="list-style-type: none"> • Realiza avaliação física geral e obstétrica; • Informa sobre a indicação dos procedimentos e explica sobre os riscos e benefícios de cada intervenção. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimula a participação das mulheres durante a realização do cuidado; • Discute a participação das mulheres durante a realização do cuidado; • Negocia a realização dos cuidados, considerando as necessidades das mulheres.

NECESSIDADE DE SER OUVIDA	
IPGE	IEGE
<ul style="list-style-type: none"> • Considera problemas e soluções apresentados pelas usuárias, incluindo a dimensão emocional, social, cultural e espiritual; • Demonstra disponibilidade no atendimento à mulher, visando seu bem-estar e de seus familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cria formas de atendimento individual e/ou grupal, equitativa, por meio do respeito mútuo e do fortalecimento da auto-estima entre outras.

NECESSIDADE DE ORIENTAÇÃO E INFORMAÇÃO	
IPGE	IEGE
<ul style="list-style-type: none"> • Utiliza linguagem clara e acessível com o grau de compreensão da mulher; • Realiza atividades educativas, respeitando a vivência e o saber das mulheres; • Informa e orienta sobre o processo de atendimento oferecido à mulher na unidade de internação; • Orienta e ajuda a mulher; no processo de adaptação, interação e cuidados com o recém-nascido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelece relação simétrica com a mulher, promovendo a participação delas nas decisões sobre seu corpo; • Fornece elementos para a compreensão dos processos sociais e educativos.

NECESSIDADE DE ACESSO AO ATENDIMENTO	
IPGE	IEGE
<ul style="list-style-type: none"> • Dispõe o serviço de leitos e /ou de unidades de referência para o atendimento; • Faz os encaminhamentos necessários, considerando as necessidades da mulher. 	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilita a opção e a liberdade de escolha do local onde deseja parir; • Garante à mulher o atendimento integral com base em seus direitos integrais; • Implementa princípios de igualdade de gênero nas ações de saúde.

NECESSIDADE DA PRESENÇA DA FAMÍLIA	
IPGE	IEGE
<ul style="list-style-type: none"> • Permite a presença de um (a) acompanhante de livre escolha da mulher durante todo o processo parturitivo; • Flexibiliza horários da visita para familiares e outras pessoas de escolha da mulher; • Desenvolve atividades educativas para a mulher e para a(o) acompanhante desde o pré-natal até o puerpério. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementa diretrizes que possibilitem à mulher ter mais tranquilidade e confiança durante o parto e no pós-parto; • Possibilita o exercício da paternidade responsável; • Implementa princípios de humanização na assistência ao parto e puerpério

NECESSIDADE DE SEGURANÇA	
IPGE	IEGE
<ul style="list-style-type: none"> • Informa todos os procedimentos à mulher e considera as informações que esta tem a transmitir para a equipe sobre sua condição de saúde; • Adota medidas, normas e rotinas adequadas e suficientes de higiene geral: camas, piso, banheiro; • Oferece segurança no transporte interno das mulheres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispõe de condições estruturais e organizacionais que possibilitem segurança à mulher e aos familiares; • Possibilita a construção de consciência política, e de mobilização dos recursos para melhoria dos serviços gerais; • Permite o exercício da capacidade reivindicatória da mulher aos seus direitos à saúde.

NECESSIDADE DE CONFORTO E ALIMENTAÇÃO	
IPGE	IEGE
<ul style="list-style-type: none"> • Oferece roupas de cama e de uso pessoal, de acordo com a necessidade da mulher; • Distribui o número de leitos de acordo com as normas para construção do M.S.; • Provê a enfermaria com berços equivalentes ao número de leitos maternos; • Implanta estrutura física e ambiental de modo a dar conforto à mulher e a seus familiares; • Fornece refeições de acordo com a preferência e necessidade da puérpera. 	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilita ações reivindicatórias que resultem em questionamentos e enfrentamento de poderes; • Avalia e implementa medidas para o alcance do conforto; • Adota diretrizes de fortalecimento da auto-imagem e auto-estima da mulher.

NECESSIDADE DE CUIDAR DA APARÊNCIA	
IPGE	IEGE
<ul style="list-style-type: none"> • Oferece vestuário confortável, com boa aparência, prático, e adequado às necessidades da puérpera. 	<ul style="list-style-type: none"> • Permite a participação das mulheres na escolha do modelo de vestuário mais adequado; • Promove o fortalecimento da auto-estima da mulher; • Permite a mulher optar pelo uso da própria roupa ou a oferecida pela maternidade.

Assim sendo, cremos que esses elementos poderão ser trabalhados pelas profissionais de enfermagem, por avaliadores externos e pelas próprias usuárias, já que as proposições, para serem operacionalizadas, “devem encarnar-se em instrumentos e métodos de trabalho que só serão considerados novos na medida em que realizam uma nova maneira de conceber as relações da atividade produtiva com seus meios e seu objeto” (CASTORIADIS, 1982, p. 33).

Acreditamos que somente mediante uma articulação ético-política vai ser possível uma maior aproximação dos saberes, contribuindo para uma assistência com menos iniquidades.

Em suma, buscamos oferecer um instrumental que possa ser utilizado com autonomia pela equipe de enfermagem e demais profissionais de saúde e que vislumbre a prestação da assistência com mais qualidade e menos iniquidade de gênero. A mudança necessita não só de capacitação técnica, mas também de liberdade para criar e autonomia para agir. Acreditamos que havendo boa vontade e interesse por parte das profissionais de saúde e, em específico, as de enfermagem, poderão utilizar a ferramenta certa para determinado momento e necessidade. Creemos que a transformação será bem-vinda, contudo, temos um longo caminho a ser percorrido. É preciso começar e persistir. O desafio agora é pôr em prática esses conteúdos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O período puerperal tem início após o parto, com término impreciso, durante o qual se desenrolam todas as modificações necessárias ao retorno do funcionamento do organismo da mulher, ao estado anterior à gravidez. Nesse período, a mulher necessita de cuidados que refletem seus hábitos de vida, crenças e valores específicos de cada cultura e sociedade, sendo que, na sua complexidade, a prática do cuidado está relacionada à dinâmica das relações sociais e institucionais. Apesar de toda a evolução tecnológica da saúde, os resultados deste estudo demonstraram que a assistência à mulher, na unidade de Alojamento Conjunto, não vem se dando de forma satisfatória. Ela ocorre de forma fragmentada, com base em relações desiguais, autoritárias, prevalecendo iniquidades de gênero.

Nesse sentido, este estudo se apresenta como uma tentativa de subsidiar a transformação do modo como a enfermagem atende as mulheres no sistema Alojamento Conjunto, numa abordagem sensível às questões de gênero. Acreditamos que, mediante a escuta dessas mulheres, damos oportunidade a elas de expressarem suas necessidades e, a partir das suas indicações, poderemos contribuir de forma substancial no atendimento das suas necessidades de gênero, possibilitando uma assistência de enfermagem mais qualificada.

Buscamos, neste estudo, identificar a visão das mulheres para os cuidados de enfermagem recebidos por elas durante sua internação; analisar as necessidades das puérperas que demandam cuidados de enfermagem e identificar subsídios para a construção de indicadores de gênero para o cuidado de enfermagem à puérpera, durante sua internação, com base nas necessidades identificadas.

Embora tenhamos feito um estudo que focaliza a assistência que as mulheres recebem no Alojamento Conjunto prestada pela equipe de enfermagem, compreendemos que o trabalho de enfermagem é coletivo e integra a relação com outros poderes e campo de conhecimento na saúde. A escolha dessas profissionais tem a justificativa de constituírem, simbolicamente, o pilar do cuidado à mulher no Alojamento Conjunto.

Sendo o gênero uma primeira forma de significar as relações de poder (SCOTT, 2000), o entendimento das questões de gênero nos possibilita repensar estratégias e referências éticas, políticas e tecnológicas na prestação de cuidados de enfermagem.

O interesse de conhecer a percepção e as necessidades das mulheres internadas, nas unidades de Alojamento Conjunto, nos conduziu à apreensão de várias ordens de necessidades

que vão desde as necessidades como carência, reivindicação até como caminho para a autonomia.

Embora tenham referido a necessidade de serem **acolhidas**, se sentiram descuidadas e desrespeitadas por parte das profissionais de enfermagem, vivenciando uma relação impessoal, agressiva, conduzindo-as ao sentimento de desprezo e de humilhação. A partir dos relatos, é possível identificar uma assistência de enfermagem banalizada e descomprometida, conservando atitude discriminatória, modelando o corpo das mulheres, como se fosse um amontoado de órgãos, objeto de uso e de manipulação da saúde, tolhendo a liberdade delas construírem a autonomia.

O ideal biologicista da ciência que fragmenta o corpo, a assistência e desqualifica a mulher fez emergir o sentimento de desproteção, distanciamento físico e desconsideração para sua subjetividade. As mulheres participantes do nosso estudo, reconhecendo-se como semelhantemente excluídas, tentaram superar as iniquidades da assistência como o imediatismo da ajuda mútua por meio de gestos, palavras, ações solidárias e gratificantes para elas.

Identificamos que a hierarquia e assimetria de gênero, institucionalizada nesse espaço de atendimento à saúde, fragilizam a relação entre a profissional de enfermagem e a mulher, causando-lhe angústia e sofrimento. Nessa relação assimétrica, a mulher assume tarefas destinadas ao seu cuidado que lhe são delegadas pela equipe de enfermagem, pois, embora algumas concordem com a atividade de forrar a própria cama, justificando ser uma atividade que elas estão acostumadas a fazer, outras se sentem coagidas a obedecer mesmo sem concordar. A “re-distribuição” dessa tarefa, de responsabilidade da enfermagem, desrespeita inclusive as necessidades fisiológicas de saúde das mulheres, numa expressão clara de iniquidade intragênero.

Apesar de as mulheres terem expectativas de serem **examinadas**, cuidadas e avaliadas nas suas condições físicas, sentiram-se desamparadas e frustradas por não terem as suas expectativas atendidas. Deram indicações precisas do que elas consideram como importante para o atendimento das suas necessidades, apontando que a falta da atenção contínua da enfermagem reitera o conceito de naturalização de suas queixas, as submete a suportar qualquer dor e sofrimento como sendo natural. Entretanto, indicam que, na maioria das vezes, elas também naturalizam e reproduzem esses elementos, sem uma visão crítica, mas como obediência aos interesses sociais e institucionais, distanciando-as do caminho para a cidadania.

Mesmo estando submetidas a um modelo de atenção à saúde fragmentado, as mulheres no período puerperal, na maioria das vezes, não necessitam de ações complexas, que envolvam exames e tecnologias sofisticadas, mas de ações básicas, que incluam a atenção, dedicação, conforto, paciência e sensibilidade, de forma coerente, unificada e integrada.

Além de um atendimento de enfermagem qualificado, de uma maior inter-relação com as profissionais de enfermagem, as mulheres, na unidade de Alojamento Conjunto, necessitam serem **ouvidas** nas suas necessidades não só de saúde, mas também de gênero, de modo a terem um atendimento mais amplo e integral. A garantia de universalidade de atendimento e de acesso à Maternidade no momento do parto é um passo para a integralidade do atendimento com menos iniquidade e um caminho importante para a construção da cidadania das mulheres.

Mesmo tendo procurado assistência num serviço público de saúde, acreditavam que receberiam **informações** necessárias e **orientações** de acordo com suas necessidades. Os comportamentos revelados indicam que algumas profissionais de enfermagem não estão preocupadas nem atentas para a importância da comunicação.

A orientação e a informação confusa, negada, mal dada ou fragmentada contribuem para aumentar o estresse das mulheres, conduzindo-as a se verem como verdadeiros fardos, sem valor frente às profissionais de enfermagem que as atendem, numa relação desigual de submissão, sujeição e desrespeito.

Podemos identificar a existência de um sistema de classe e de gênero atuante que reforça a implementação dos poderes intragêneros, entre as profissionais de enfermagem e a mulher, criando zonas de atritos e ameaça de resistências por parte das mulheres.

Apesar do sistema Alojamento Conjunto ter o objetivo de propiciar à mulher adquirir segurança no cuidado com o filho e consigo mesma, mediante as atividades educativas, os resultados deste estudo demonstram que essa atividade não vem se dando de forma satisfatória.

A necessidade de **acesso ao atendimento** foi sentida por elas, pois mesmo obtendo informações que desqualificavam a assistência prestada nessa instituição, preferiram procurar atendimento nessa maternidade, buscando evitar a peregrinação, em busca de uma vaga em outro serviço público, sem garantia de atendimento. Este fato demonstra a falta de opção e liberdade de escolha das mulheres que buscam um serviço que lhes preste o mínimo de atendimento, mesmo que temerosas do tipo de tratamento, terapêutico e relacional, ao qual estarão submetidas.

A necessidade da **presença da família** foi expressa, no desejo de ter um acompanhante, de receber a visita dos filhos menores e de sair de alta precocemente, não só para ficar mais próxima da família; para obter ajuda destes em seu cuidado e do bebê e, para se livrarem da situação desfavorável que elas vivenciam no sistema Alojamento Conjunto.

Dessa forma, a presença da família apresenta-se não só como um componente da humanização do parto e nascimento, mas também como uma ação importante para as mulheres, pois entendemos que a presença do companheiro tanto lhes daria tranquilidade como também possibilitaria o exercício da paternidade responsável, facilitando a dimensão cidadã do bem-estar, elemento imprescindível e catalisador da autodeterminação.

A necessidade de **segurança** se revelou na dificuldade que as mulheres enfrentam para questionar a violência institucional dirigida a elas, que são protagonistas do processo assistencial, deixando-as cada vez mais inseguras, submetendo-se às ordens sem entender como combinar o poder presente nas atitudes, palavras e ações da profissional de enfermagem com a condição de quem está necessitando de cuidados.

Mesmo a mulher que tenha um acompanhamento adequado em seu pré-natal, a ansiedade, o medo e a apreensão lhe acompanham desde o início da gestação até o puerpério. Esses sentimentos são exacerbados nas mulheres de condição socioeconômica desfavorável, que dificilmente formam vínculo com as (os) profissionais que irão assisti-las no momento do parto e no Alojamento conjunto.

Além dessa questão, a falta de estrutura básica para assistência à mulher em relação à prevenção de infecções não lhes pareceu uma prioridade para o serviço, aumentando a sensação de insegurança que estas revelaram sentir.

O conforto ficou explícito nas suas falas, ao esperarem além de uma assistência segura, um ambiente agradável, higienizado, acolhedor, que propiciasse um cuidado mais qualificado durante sua internação.

Além desses elementos, sugerem que, para terem maior conforto, a instituição deve tornar o ambiente mais agradável e diminuir a monotonia. Há necessidade da maternidade dispor de espaço e condições para o lazer. Indicam, também, que há necessidade de receberem porções extras de alimentos e lanches, implicando em uma avaliação individualizada.

Revelaram preocupação em cuidar da sua **aparência**, alegando estarem mal vestidas e despenteadas. Sugerem que, além de poderem usar a própria roupa, que a maternidade venha a oferecer roupa mais confortável, bonita e que atendam aos critérios de feminilidade.

Embora o PAISM tenha representado a primeira experiência concreta de incorporação, nas políticas de saúde, da dimensão social voltada para o atendimento das necessidades de saúde da população feminina, essas mudanças ainda não se efetivaram. Ainda não se conseguiu ultrapassar a dimensão biológica, procriativa, nem possibilitou à mulher ter autonomia nas decisões concernentes aos seus corpos e à sua saúde. O resultado deste estudo reitera que, de modo geral, na prática, a assistência à mulher, nos serviços de saúde, tem penalizado respectivamente, os princípios da equidade e da integralidade. A inexistência de um sistema que atenda às questões sociais e culturais faz com que os projetos institucionais continuem no seu aspecto teórico e no discurso, sendo a prática exercida conforme a visão e a condição singular e coletiva das profissionais de enfermagem, resultando na percepção que as mulheres têm de não terem suas necessidades atendidas durante a internação na unidade de Alojamento Conjunto.

Além de toda a carência expressa pelas mulheres, está explícito que precisamos repensar nossas práticas e construir uma assistência de enfermagem mais segura, mais humana e gratificante para ambos os atores sociais dessa relação — as mulheres usuárias do serviço e as mulheres que compõem o corpo de enfermagem.

Entendemos que as desigualdades de gênero, explicitadas pelas próprias mulheres, devem nortear mudanças no modelo assistencial de enfermagem e das demais profissões de saúde.

Para alcançar mudanças significativas, podemos contar com indicadores brandos os quais superpõem os aspectos de gênero aos aspectos de humanização dos cuidados. Os indicadores práticos e estratégicos de gênero deverão ter como atividade fim a promoção de processos de autovalorização, auto-estima entre outros, de autonomia com a participação das mulheres em situações de atendimento.

Os indicadores são específicos para o grupo estudado, pois é impossível pensar numa assistência de enfermagem separada ou isolada do contexto social, cultural e dos aspectos étnicos, raciais e das questões de gênero de cada realidade. O uso dos indicadores não deve ser visto como domínio exclusivo da enfermagem. A sua utilização funcionará como um instrumento de apoio decisório para o atendimento às necessidades das mulheres no puerpério, contribuindo sobremaneira para o planejamento, gestão, monitoramento e avaliação da assistência.

Tanto o atendimento mais próximo das necessidades práticas quanto a possibilidade do alcance mais distante das necessidades estratégicas de gênero refletem o exercício de cidadania, ao garantir às usuárias, um atendimento acolhedor, atencioso,

participativo, tendo acesso às informações e saberes, que lhes dêem informação e orientação para seu autocuidado e de sua criança, possibilitando-lhes tomar decisões sobre questões relativas a sua vida e sua saúde, como sujeito da assistência.

A probabilidade empírica do atendimento das necessidades práticas e estratégicas de gênero de forma otimizada dependerá decisivamente do enfrentamento efetivo das profissionais de enfermagem e das usuárias, possibilitando o alcance da autonomia e a solução dos problemas advindos das questões de gênero. Ademais, é importante que haja condições sociais concomitantes com as dimensões da vida humana de produção, reprodução, transmissão cultural e algum sistema de autoridade que garanta o respeito às regras por parte da instituição de saúde.

As Práticas de Gênero da Enfermagem visam a uma resposta imediata às necessidades percebidas mediante os cuidados de enfermagem, a organização e a reestruturação do serviço que resultem na humanização da assistência e na elevação da auto-estima das mulheres. O alcance das necessidades práticas é um passo para o atendimento das necessidades estratégicas.

As Estratégias de Gênero da Enfermagem vão além das práticas e requerem um planejamento de longo prazo e mudanças nas atitudes e comportamento das pessoas. Seu atendimento objetiva superar a subordinação da mulher, incluindo a promoção do processo de autonomia, autodeterminação e participação das mulheres, em suas relações com os serviços assistenciais. Ao provocar mudanças nos papéis sociais existentes, desafia-se a posição subordinada da mulher ajudando-a a desfrutar maior equidade.

Para uma assistência mais igualitária, humanizada e com equidade de gênero, faz-se necessário que atores envolvidos — usuárias do serviço e as profissionais de enfermagem — compreendam a dinâmica da sociedade onde vivem e incorporem o conceito de gênero na sua prática cotidiana.

O atendimento das necessidades práticas tornar-se-á efetivo quando as profissionais de enfermagem transformarem sua prática na direção de uma relação mais humanizada e segura, procurando entender a hora do parto como um momento singular, respeitando todos os seus significados de modo a promover segurança e conforto às mulheres e à sua família.

É importante, para aprimoramento e desenvolvimento contínuo desse foco de investigação, além da inserção desta temática nos cursos de graduação, repensar o processo de ensino-aprendizagem das escolas formadoras de profissionais de enfermagem, de forma a equacionar o biológico e o social, considerando, reconhecendo e dando relevância às

necessidades e saberes das mulheres, valorizando não somente seu cotidiano, mas suas crenças, valores e questões de gênero, levando em conta o compromisso ético, político e legal, que permita às mulheres o exercício da autonomia e da cidadania.

Para ajudar no desenvolvimento da capacidade institucional para implementação e avaliação do uso dos indicadores sugeridos, é imprescindível que tanto as profissionais de enfermagem quanto as usuárias sejam instrumentalizadas e capacitadas, estendendo progressivamente essa capacitação a todo o grupo de prestadores de serviço. Estas ações deverão proporcionar a ambos — usuárias e profissionais — condição e ferramentas que melhorem a consciência de gênero, possibilitando-lhes envolverem-se no planejamento da assistência e a fazerem escolhas significativas e mudanças em suas vidas, incluindo a luta para eliminar a desigualdade e a subordinação.

Acreditamos que a formação de gênero contribuirá para que a todas(os) envolvidas (os) passem a examinar a si mesma (o) e as suas relações com as outras pessoas, num processo de sensibilização em gênero não só junto aos aspectos da saúde, mas em outras relações de sua vida cotidiana.

Se o baixo grau de consciência de gênero, entre os membros das equipes encarregadas do planejamento e implementação da assistência, representa um obstáculo ao progresso do trabalho, se faz necessário que a instituição em apreço — A Maternidade — venha a contar com uma consultoria específica na formação de gênero.

A forma como a satisfação das necessidades práticas de gênero liga-se às necessidades estratégicas de longo prazo poderá ser avaliada, a partir dos resultados das consultas e monitoramento freqüentes junto às mulheres e da testagem das soluções junto ao serviço e à comunidade.

Reconhecemos a importância de encontrar equilíbrio entre a proposição de indicadores e a sua implementação. Acreditamos contudo que a assunção desses elementos como subsídios para a construção de indicadores de gênero significa o desenvolvimento de habilidades para solucionar problemas e resolver conflitos; o fortalecimento da instituição de saúde — a Maternidade —; o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas das profissionais de enfermagem e progressivamente das(dos) demais prestadoras(es) de serviço e das usuárias num espírito de solidariedade.

Percebemos que a implementação dos indicadores de gênero, para assistência à mulher no período puerperal, se constitui num grande desafio para as profissionais de enfermagem.

Concordo com Nascimento (2000), ao afirmar que a promoção de valores de emancipação através de instituições como as de saúde, que garantam a reprodução social do sistema capitalista, pode parecer um contra-senso. Entretanto, os diversos aspectos da vida em sociedade abrangem vários sistemas sociais, que envolvem mudanças não só individuais mas também da coletividade, a exemplo da enfermagem que é parte integrante das ações de saúde.

As ações emancipatórias não precisam, portanto, centrar-se na mudança de um centro ou instituição única e dominadora. Podem ser empreendidas por grupos diferentes de atores, sem obrigatoriamente precisar de uma união de forças a qual não diminui a possibilidade de ação, nem de mudanças das relações sociais (HELLER; FEHÉR, 1998).

Segundo essas autoras, sendo a contingência um produto histórico e não um traço permanente da vida humana, a partir da descentralização do sistema social na atualidade, há possibilidade de se pensar nas mudanças com ação de vários sujeitos, em vez de considerar os perigos inerentes ao paradigma redentor.

Afirmam que, “faz sentido pretender aumentar a autodeterminação em qualquer subsistema ou esfera, incluindo a vida cotidiana, independente de o mesmo processo ter sido ou não iniciado em outras esferas ou sistemas (HELLER; FEHÉR, 1998, p. 66)”.

Não duvidamos de que a promoção desses valores e interesses, mediante a ação das profissionais de enfermagem, constitui uma tarefa difícil. Mesmo sendo um espaço regido por uma lógica fortemente androcêntrica, as mudanças, ao serem empreendidas, produzirão inúmeros significados, sentimentos e valores intrínsecos e comuns às mulheres, sejam elas profissionais de enfermagem ou usuárias, que se refletirão no desejo de equidade, respeito e solidariedade.

Entendemos, então, que tanto a equidade na saúde quanto no gênero devem ser o alvo primordial das políticas públicas e programas de saúde, envolvendo não só os poderes públicos, mas a participação da sociedade, como garantia fundamental aos direitos das mulheres, enquanto cidadãs, de forma justa, livre e solidária.

REFERÊNCIAS

- AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.
- ALEXANDRE, C. W. **Prevalência, características e impacto da dor no cotidiano das Puérperas**. 2002. 143 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
- ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- ALMEIDA, M. S. **Sentimentos femininos. O significado do desmame precoce para mulheres**. 1996. 187 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1996.
- ALMEIDA, M. S.; OLIVEIRA, A. C. de; MOITA, C. E.; SILVA, C. A. **Percepção das puérperas em relação à assistência de enfermagem no puerpério imediato: relatório final**. 2000. 40 f. Monografia (Conclusão do Curso de Graduação) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2000.
- ALMEIDA, M. S. Assistência/cuidados de enfermagem no puerpério. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 2., 2002, Águas de Lindóia. **Anais...** CD-ROM.
- ARRUDA, E. N; MARCELINO, S. R. Cuidando e confortando. In: NASCIMENTO - SCHULZE, C. M. **Dimensões da dor no câncer**. São Paulo: Robe, 1997. p.46-72
- BAHIA. Governo do Estado. **Hospitais da capital**. 2005 Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/int_util.html. Acesso em: 28 jan. 2005.
- BANCO MUNDIAL. **A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90**. Washington, D.C., 1995. (Relatório N° 12655 – BR).
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARROS, S. M. O. de; MARIN, H. de F.; ABRÃO, A. C. F. de V. **Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial**. São Paulo: Roca, 2002.
- BOARETTO, M.C. Gênero e Modelo de Gestão em saúde: a experiência do Rio de Janeiro. In: COSTA, A. M; MERCÁN – HAMANMN, E; TAJER, D. **Saúde equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000, p. 215-226.

BORDO, S. R. O corpo e a reprodução da feminilidade: uma apropriação feminista de Foucault. In: JAGGAR, A. M; BORDO, S. R. **Gênero, corpo e conhecimento**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997. p. 19-41.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BOURDIEU, P. **Contrafogos: táticas para enfrentar a invasão neoliberal**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**. Bases de Ação Programática Brasília. Brasília: Centro de Documentação, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Geral. **Orientação para organização de Centros de Saúde**. Brasília: Centro de Documentação, 1985. (Série A: Normas e manuais técnicos, n. 20).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil. **Assistência institucional ao parto, puerpério e recém-nascido**. Brasília, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. Grupo de Defesa da Saúde da Criança. **Normas básicas para alojamento conjunto**. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1998.

BRASIL. Portaria n. 569 de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré – natal e Nascimento no âmbito do SUS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 8 jun. 2000a. Seção 1, p. 4-5.

BRASIL. Portaria n. 570 de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré – natal e Nascimento no âmbito do SUS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 8 jun. 2000b. Seção 1, p. 6-7.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília. Ministério da Saúde, 2000c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Indicadores Demográficos. 2001b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 28. Jan. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília, 2004a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde . Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e diretrizes**. 2007. Brasília: Editora MS, 2004b (Série C Projetos, programas e relatórios).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde . Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Plano de Ações**- 2007. Brasília: Editora MS, 2004c (Série C Projetos, programas e relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Questionário de auto-avaliação de hospitais**. Brasília: UNICEF/OMS/FNUAP/FEBRASGO, s.d.

CABRAL, I. E. O método criativo e sensível: alternativa de pesquisa na enfermagem. In: GAUTHIER, J. H. M. et. al. **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1998. cap. 8, p. 177-203.

CAMPOS, C. M. S. **Necessidades de saúde e a voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde)**. 2004. 186 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

CAMPOS, G. W. de S. Ciência e políticas públicas em saúde: relações perigosas. In: NOGUEIRA, F. M. G. (Org.). **Estado e políticas sociais no Brasil: conferências do Seminário Estado e Políticas Sociais no Brasil e textos do relatório parcial do projeto de pesquisa – Programas nas áreas de Educação e Saúde no Estado do Paraná: sua relação com as orientações do BID e BIRD e sua contribuição na difusão das propostas liberalizantes em nível nacional.**; Cascavel: EDUNIOESTE, 2001. p. 59-71.

CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

CARNEIRO, F.; AGOSTINI, M. Oficinas de reflexão; espaço de liberdade e saúde. In: AGOSTINI, M.; D'ACRI, V. (Org.). **Trabalho feminino e saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ ENSP/Centro de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, 1994. p. 53-83.

CARRARO, T. E.; RADÜNZ, V. A empatia no relacionamento terapêutico: um instrumento do cuidado. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 50-52, jul./dez. 1996.

CARRARO, T. E. A mulher no período puerpéral - uma visão possível. **Texto & Contexto: Enfermagem**, Florianópolis, v. 6. p. 84-91, jan./abr. 1997.

CARRARO, T. E. **Desafio secular**: mortes maternas por infecções puerperais. Pelotas: Editora Universitária/UFPel; Florianópolis: UFSC, 1999. (Série Teses em enfermagem/UFSC).

CARVALHO, A.; EDUARDO, M. B. P. **Sistemas de informação em saúde para os municípios**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série: Saúde & Cidadania, 6).

CASTAÑEDA, M. H. Gênero, participación, empoderamiento y control social en salud. In: COSTA, A. M; MERCÁN – HAMANMN, E; TAJER, D. **Saúde equidade e gênero**: um desafio para as políticas públicas. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000, p. 243-259.

CASTORIADIS, C. **A instituição imaginária da sociedade**. Tradução Guy Reynand. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982. 418 p.

CECILIO L. C. O. Programa UNI: uma necessária ampliação da sua agenda. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. (Org.). A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança Tradução Adja Barbieri Durão et. al. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999. p. 129-136

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: CARDOSO, R. (Org.). **Perceptivas antropológicas da mulher**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985, v..4, p. 25-62.

CHIESA, A. M. Mulher, corpo e agravo à saúde: do ingênuo ao crítico através do conhecimento. In: FONSECA, R. G. S. da (Org.). **Mulher e cidadania na nova ordem social**. São Paulo: Núcleo de Estudos da Mulher e Relações Sociais de Gênero, 1996. p.129-150.

CHODOROW, N. **Psicanálise da maternidade**. Tradução Nathanael C. Caixeiro. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1990.

COELHO, E. de A. **Enfermeiras que cuidam de mulheres**: conhecendo a prática sob o olhar de gênero. 2000. 228 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

COELHO, S. **As práticas de enfermagem em saúde da mulher, em Minas Gerais**: um olhar de gênero. 2003. 240 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

COLLIÉRE, M. F. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

CORDEIRO, H. A. O conceito de necessidade de saúde e as políticas sanitárias. In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M. C. G. B. (Orgs.). **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 41-47.

COSTA, A. M. Planejamento familiar no Brasil. **Bioética**, Brasília, v. 4 n. 2, p. 209-216, 1996.

COSTA, A. M. Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (Org.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. p. 319-335.

COSTA, A. M; AQUINO, E.L.Saúde da Mulher na Reforma Sanitária Brasileira. In: COSTA, A. M; MERCÁN – HAMANMN, E; TAJER, D. **Saúde equidade e gênero**: um desafio para as políticas públicas. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000, p. 181-202.

COSTA, M. C. G. da. **Puerpério**: a ambivalência das estratégias para o cuidado. 2001. 138 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

DINIZ, N. M.F; LOPES R.L.M; ALMEIDA, M.S; GESTEIRA, S.M. dos A; OLIVEIRA, J.F.de. Psicodrama como estratégia pedagógica: vivências no ensino de graduação na área de saúde da mulher. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 88-94, ago. 2000.

D'OLIVEIRA, A. F. P. **Gênero e violência nas práticas de saúde**: contribuição ao estudo da atenção integral à saúde da mulher. 1996. 193 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

DE LOS RIOS, R.; GOMEZ, E. **A mulher face a saúde e ao desenvolvimento**: um enfoque alternativo. Brasília: OPS, 1993.

DEL PRIORE, M. **Ao sul do corpo**: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil colônia. 29. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1995.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1992.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. de. Abordagens qualitativas em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO M.C. S. DESLANDES, S. F. (Orgs.). **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 195-223.

DOMINGUES, R. M. S. M. A presença de um(a) acompanhante durante a atenção ao parto. A experiência da Maternidade Leila Diniz. In: BARBOSA, R. et. al. (Org.). **Interfaces - gênero sexualidade e saúde reprodutiva**. Campinas: Ed.UNICAMP, 2002. p. 245-277.

DONABEDIAN, A. The definition of quality: a conceptual exploration. In: _____. **Explorations in quality assessment and monitoring**. Ann Arbor: Michigan Health Administration Press, 1980. v. 1, p. 3-31.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e sociedade**: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975.

DOYAL L.; GOUGH, I. **Teoría de las necesidades humanas**. Tradução José Antonio Moyano y Alejandro Colás. Barcelona: ICARIA/FUHEM/D.L., 1994.

DUSSAULT, G.; SOUZA, L. E. **Gestão de recursos humanos em saúde**. Aula no workshop: mapeamento de projetos de pesquisa e intervenção sobre recurso humanos em saúde, no âmbito nacional. São Paulo: USP. Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da USP e Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina, 2000. (mimeografado).

ERDMANN, A. L. O sistema de cuidados de enfermagem: sua organização nas instituições de saúde. **Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 7, n. 2, p 52-69, maio/ago. 1998.

FALEIROS SOUSA, F. A. E.; PEREIRA, L. V.; HORTENSE, P. Mensuração da dor. In: TEIXEIRA, M. J. (Ed.). **Dor**: contexto interdisciplinar. Curitiba: Ed. Maio, 2003. p. 179-186.

FLAX, J. Pós-modernismo e relações de gênero na teoria feminista. In: HOLLANDA, H. B. de **Pós-Modernismo e política**. Rio de Janeiro: Rocco, 1991. p.38-76.

FLEURY, S. Evolução e crise de uma política social. **Saúde em Debate**, São Paulo. p. 21-36, jan/fev/mar. 1980.

FONSECA, R. M. G. da; COELHO E.; SILVEIRA, M. de F. Projeto de “alma nova”: o nexos coesivo entre trabalho, auto-estima e prazer. In: INTERNACIONAL CONGRESS-WOMEN, WORK, HEALTH, 2., 1999, Rio de Janeiro. **Livro de Resumo...** Rio de Janeiro: Abrasco, 1999. p. 336-337.

FONSECA, R. M. G. da. Equidade de gênero e saúde das mulheres. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE OBSTETRIZES E ENFERMEIRA(O)S OBSTETRIZAS E NEONATOLOGISTAS, 3., 2002, Salvador. (mimeografado).

FONSECA, T. M. G. De mulher a enfermeira: conjugando trabalho e gênero. In: LOPES, M. J. M. L.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. (Orgs.) **Gênero & saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 63-75.

FORMIGA FILHO, J. F. N. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In: GALVÃO, L.; DIAZ J. (Orgs.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec/Population Council, 1999. p. 151-116.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Tradução Vera Porto Carrero. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p.231-249.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999a.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 1999b.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 16 ed. Rio de Janeiro, Graal, 2001.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GAUTHIER, J. Filosofia crítica, comunicação entre culturas e sócio-poética. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51., Florianópolis, 1999. **Anais...** Florianópolis: Aben-SC, 1999. p. 278-94.

GOMES, F. Z. **Mulheres e crianças primeiro: o caráter da intervenção do Estado no grupo materno-infantil da colônia ao milagre brasileiro**. 1988. 168 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1988.

GOTARDO, G. I. B. **A percepção de mulheres sobre a assistência recebida em seu processo de ser mãe: um cenário de bons e maus-tratos**. 2003. 122 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

GUALDA, D. M. R. Assistência ao parto hospitalar sob a perspectiva da mulher. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 1/3, p. 24-27, 1994.

HEILBORN, M. L. Gênero, sexualidade e saúde. In: SILVA D. de P. M. da (Org.) **Saúde, sexualidade e reprodução: compartilhando responsabilidades**. Rio de Janeiro: UERJ, 1997. p. 101-110.

HEILBORN, M. L. Fronteiras simbólicas: gênero, corpo e sexualidade. In: PITANGUY, J. MESQUITA, R. (Org.). **Gênero, corpo e enfermagem**. Rio de Janeiro: CEPIA, 2002. p. 73-92.

HELLER, A.; FEHÉR F. **Política pós- moderna**. Tradução Marcos Santarrita. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998.

HOSSNE, N. S. Infecção hospitalar – aspectos éticos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 23-33, jan./fev. 1995.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

JAGGAR, A. M. Amor e conhecimento: a emoção na epistemologia feminista. In: JAGGAR, A. M.; BORDO, S. R. (Eds.). **Gênero, corpo e conhecimento**. Tradução Britta Lemos de Freitas. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos, 1997. p. 157-185.

JAPIASSÚ, H; MARCONDES, D. Dicionário Básico de Filosofia. 3 ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Zahar 1996. 296 p.

LAGO, T; PIOLA, S; DUARTE, C; BARROS, E.. Assistência à concepção no SUS: desafios de implementação. In: BERQUÓ, E.; AQUINO, E.; MARINHO, L.; CORRÊA, S. **Saúde e direitos reprodutivos no Brasil: impacto da conferência do Cairo nas políticas públicas**. Salvador: MUSA; Brasília: CNPD, 2000. p. 9-16.

LEOPARDI, M. T. Necessidades de saúde. **Texto & Contexto: Enfermagem**, Florianópolis, v.1 n.1, p. 54-73, 1992.

LIMA, A. M. M.; SCHRAIBER, L. B.; CASTANHEIRA, E. R. L.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; NEMES, M. L. **Necessidades de saúde e diálogo no desenvolvimento de tecnologias em atenção primária**. São Paulo: Faculdade de Medicina/USP, 2000. (mimeografado).

LIMA, M. J. de. Linha da vida ou grupo de autoconsciência: uma reflexão sobre a ótica feminista. In: RÉGIA, M. et. al. **Como trabalhar com mulheres**. Petrópolis: Vozes, 1988. p. 35-49.

LIMA, M.R. **Atenção pré-natal: avaliação da proposta de atendimento de grupo**. 1989. 206 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.

LOPES, M. J. M. A singularidade de um saber-Fazer técnico e relacional. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50., 1999, Salvador. **Anais...** Salvador: Associação Brasileira de Enfermagem, Seção Bahia, 1999. p. 66-73.

LOURO, G. L. Nas redes do conceito de gênero. In: LOPES, M. J.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. (Orgs.). **Gênero & saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 7-18.

LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S.; BOBAK, I. M. **O cuidador em enfermagem materna**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

MACHADO, L. V. **Incorporação de gênero nas políticas públicas: perspectivas e desafios**. São Paulo: Annablume, 1999.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo, 1998. (Série: Saúde & Cidadania, 3).

MANDU, E. N. T.; ALMEIDA, M. C. P. Necessidades em saúde: questões importantes para o trabalho da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 52, n. 1, p. 54-66, 1999.

MARANHÃO, A. M. S. A; SERAFIM, D; CAETANO, L.C; GAALVÃO, M.L; BERN, N.J. de O. **Atividades da enfermeira obstetra no ciclo gravídico-puerperal**. São Paulo: EPU, 1990.

MATAMALA, M. I. V.; MAYNOU, P. O. **Salud de la mujer, calidad de la atención y género**: Manual. Guía para la realización del curso taller. Chile: Ediciones LOM, 1996.

MATTOS, R. A . O sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A.(Org.). **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro:UERJ, IMS:ABRSCO. 2001, p. 39-64.

MATSUMOTO, N. F. **A avaliação do impacto do PAS ao nível de um centro de saúde**. 1999. 201 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

MÉDICI, A. C. Uma década de SUS (1988-1998): progressos e desafios. In: GALVÃO L.; DÍAZ, J. (Orgs.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec/Population Council, 1999. p. 104-150.

MENDES GONÇALVES R. B. **Práticas de saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR, 1992. (Cadernos CEFOR – Textos, 1).

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neo-liberal. In: MENDES, E. V. **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993. p. 12-92.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MEYER, D. E. Do poder ao gênero. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. (Orgs.). **Gênero & saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 41-51.

MEYNEN, W.; VALENTE, V. V. **A autonomia como estratégia para o desenvolvimento, a partir dos interesses múltiplos das mulheres**. Além do Cairo e Beijin: fortalecendo as ONGs na América Latina. Brasília: Athalaia, 1999. p. 86-87.

MOLINEUX, M. Movilización sin emancipación? Los intereses de la mujer, estado y revolución en Nicaragua. **Desarrollo y Sociedad**. n. 13, p. 179-195, Ene. 1984.

MOSER, C. O. N. **Planificación de género y desarrollo**: teoría, práctica y capacitación. Lima: Tarea Asociación Grafica Educativa, 1995.

NAKANO, A. M. S. **O aleitamento materno no cotidiano feminino**. 1996. 170 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

NASCIMENTO, E. R do; FERREIRA, S. Gênero e saúde: algumas reflexões. In: REDOR, 4., 1995, João Pessoa. **Anais...** João Pessoa: NEDHIR/Universidade Federal da Paraíba, 1995. p. 30-37.

NASCIMENTO, E. R. do **A assistência de enfermagem na perspectiva de gênero: concepções de mulheres em um centro de saúde**. 2000. 223 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

NASCIMENTO, E. R. do. Construção de Indicadores de Gênero para Avaliação da Assistência de Enfermagem: Aspectos teóricos e metodológicos. In: FERREIRA, S. L.; NASCIMENTO, E. R. do (Org.) **Imagens da Mulher na Cultura Contemporânea**. Salvador: NEIM/FUBA, 2002. 268p;-(Coleção Bahianas;7).

NOGUEIRA, R. P. A impotência da equidade. In: COSTA, A. M; MERCÁN – HAMANMN, E; TAJER, D. **Saúde equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000, p. 95-109.

NOVAES, H; PAGANINI. J. M. **Garantia de qualidade: acreditação de hospitais para América Latina e o Caribe**. s.l.: OMS/OAS, 1992.

NUNES, T. C. M. **A especialização em saúde pública e os serviços de saúde no Brasil de 1970 a 1989**. 1998. 294 f. Tese (Doutorado) - Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1998.

OLIVEIRA, F. O recorte racial/étnico e a saúde reprodutiva. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (Org.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. p. 419-438.

OLIVEIRA, J. A. A.; FLEURY, S. M. **Clímax da crise: transparência da estrutura de poder (1980-1983)**. In: _____. **Previdência Social: 60 anos de história da Previdência Social no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 1986. p. 48-76.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Saúde reprodutiva de adolescentes: uma estratégia para ação**. Genebra: OMS/FNUAP/UNICEF; 1989.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Maternidade Segura. Assistência ao parto normal. Um guia prático**. Genebra, 1996, 53 p.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **La salud de la mujer en las Americas**. Washington, D.C., 1985. (Publicación Científica, 488).

PAIVA, M; SILVA, M.T.N; OLIVEIRA, I. dos R. S. ARAÚJO, M. J S; CARVALHO, V. C. SANTOS, I. dos R. **Enfermagem brasileira**: contribuição da ABEn. Brasília: ABEn Nacional, 1999.

PAMPLONA, V. **Mulher, parto e psicodrama**. São Paulo: Agora, 1990.

PEDRO, J. M. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 23, n. 45, p.239-260, jul. 2003.

PENA, M.V.J; CORREIA, M.C; VAN BRONKHORST, B. **A questão de gênero no Brasil**. Brasília: Banco Mundial, Rio de Janeiro: CEPIA, 2003.

PEREIRA, W. R. **Poder, violência e dominação simbólicos em um serviço público de saúde que atende a mulheres em situação de gestação, parto e puerpério**. 2000. 181 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

PEREIRA, P. A. P. **Necessidades humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

PINELLI, F. das G. S; ABRAÃO, A. C. F. de V. Cuidados com a puérpera e o recém-nascido. In: BARROS, S. M.O.; MARIN, H. de F. (Orgs.). **Enfermagem obstétrica e ginecológica**: guia para a prática assistencial. São Paulo: Roca, 2002. p. 247-291.

PITANGUY, J. O movimento nacional e internacional de saúde e direitos reprodutivos. In: GIFFIN, K; COSTA, S. H. (Orgs.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. p. 19-38.

POTTER, P.; PERY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 4. ed. Tradução Isabel Cristina Fonseca da Cruz, Márcia Tereza Luz Lisboa e William César Alves Machado. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1999.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. As mortes de mulheres por complicações da gestação, parto, puerpério representam em 90% dos casos, um desperdício de vidas. In: _____. **Dossiê mortalidade materna**. São Paulo, 2000. 20 p.

REICH, W. **Análise do caráter**. Tradução Maria Lizete Branco e Maria Manoela Pecegheiro. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

REZENDE, J. O puerpério. Estudo clínico e assistência. In: _____. **Obstetrícia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1998. p. 358-69.

RODRIGUES, M. S. P.; LEOPARDI, M. T. **O método de análise de conteúdo**. Uma versão para enfermeiros. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

SAFFIOTI, H. I. B.; ALMEIDA, S. S. de. **Violência de gênero**. Poder e impotência. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

SANTOS, M. D. **Violência institucional em serviço de saúde**: representações sociais de mulheres em processo de parturição. 2000. 87 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2000.

SANTOS, N. de Q. **Infecção hospitalar**: uma reflexão histórico crítica. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1997.

SCHARAIBER, L. B. Pesquisa Qualitativa em Saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo. v.29, n. 1, p. 63-74, 1995.

SCHARAIBER, L.B; MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHARAIBER, L.B; NEMES, M.F; MENDES-GONÇALVES, R.B. **Saúde do adulto**. Programa e ações na Unidade Básica. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 29-47.

SCHARAIBER, L. B; PIMENTA, C; ALMEIDA, N. ARAUJO, M.J. Ações programáticas em saúde reprodutiva: desafios da integração. In: BERQUÓ, E.; AQUINO, E.; MARINHO, L.; CORRÊA, S. **Saúde e direitos reprodutivos no Brasil**: impacto da conferência do Cairo nas políticas públicas. Salvador: MUSA; Brasília: CNPD, 2000. p. 17-30.

SCOTT, J. El género: una categoría útil para el análisis histórico. In: LAMAS, M. (Comp.). **El género**: la construcción cultural de la diferencia sexual. México: Miguel Ángel Possúa, 2000. p. 265-299.

SILVA, I. A. **Amamentar**: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios. São Paulo: Robe, 1997.

SILVA, I. A. **Construindo perceptivas sobre assistência em amamentação**: um processo interacional. 1999. 146 f. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

SILVEIRA, M. de F. de A. **A sacração das flores**: um ritual para encantar o corpo da mulher no cuidado. 2001. 182 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SILVER, L. D. Direitos à saúde ou medicalização da mulher? Implicações para a avaliação dos serviços de saúde para mulheres. In: GIFFIN, K; COSTA, S. H. (Org.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. p. 299-317.

SIMÕES, S. M. F.; SOUZA, I. E. de O. Parturição: vivência de mulheres. **Texto & Contexto: Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 168-180, jan./abr.1997.

SOARES, A. V. N. **A representação social da puérpera em sistema alojamento conjunto sobre seu processo de hospitalização**. 2000. 81 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

SOARES, L.T. Estado Brasileiro e as políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. In: NOGUEIRA, F. M. G. (Org.). **Estado e políticas sociais no Brasil**: conferências do Seminário Estado e Políticas Sociais no Brasil e textos do relatório parcial do projeto de pesquisa – Programas nas áreas de Educação e Saúde no Estado do Paraná: sua relação com as orientações do BID e BIRD e sua contribuição n difusão das propostas liberalizantes em nível nacional.; – Cascavel: EDUNIOESTE, 2001. p. 45-58.

SONEGO, J. **Estudo sobre a busca de apoio social por mulheres primíparas em fase puerperal**. 2004. 134 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

STEFANELLI, M. **Comunicação com pacientes teoria e ensino**. 2. ed. São Paulo: Robe, 1993.

STOTZ, E. N. **Necessidades de saúde**: mediações de um conceito (contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de Planejamento em Saúde). 1991. 501 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1991.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente**: um modo de fazer. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo, 1998. (Série: Saúde & Cidadania, 2).

TRONTO, J. Mulheres e cuidados: o que as feministas podem aprender sobre a moralidade a partir disso? In: JAGGAR, A. M.; BORDO, S. R. **Gênero, corpo, conhecimento**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997. p. 186-203.

VAITSMAN J. Saúde, cultura e necessidades. In: FLEURY S. (Org.). **Saúde coletiva?** Questionando a onipotência do social. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992. p. 157-73.

VALENTE, V. V. **Cidadania**. in: Mulheres no comando. Além do Cairo e Beijin: fortalecendo as ONGs na América Latina. Brasília: Athalaia, 1999, p. 67-90.

VALLADARES, D. P. Ações de contracepção e assistência ao parto: a experiência do Rio de Janeiro. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (Orgs.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. p. 357-376.

VIEIRA, E. Estado e Políticas Sociais na década de 90. In: NOGUEIRA, F. M. G. (Org.). **Estado e políticas sociais no Brasil**: conferências do Seminário Estado e Políticas Sociais no Brasil e textos do relatório parcial do projeto de pesquisa – Programas nas áreas de Educação e Saúde no Estado do Paraná: sua relação com as orientações do BID e BIRD e sua contribuição n difusão das propostas liberalizantes em nível nacional.; – Cascavel: EDUNIOESTE, 2001. p. 17-26.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

WILLIAMS, S. **Manual de formação em gênero da Oxfam**. Tradução Ana Paula Portella. Recife: S.O.S CORPO, 1999.

YUNES, J; VALONGUEIRO, S; MAGALHÃES, J.M. de; LACERDA, M. A; LAURENTI, R.. Assistência à gestação, parto e controle da mortalidade materna: Renovando a agenda. In: BERQUÓ, E.; AQUINO, E.; MARINHO, L.; CORRÊA, S. **Saúde e direitos reprodutivos no Brasil**: impacto da conferência do Cairo nas políticas públicas. Salvador: MUSA; Brasília: CNPD, 2000. p. 43-58.

ANEXO A

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 016 - 633-3271 / 55 - 016 - 630-2561 / TELEFONES: 55 - 016 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 007/2003

Ribeirão Preto, 13 de fevereiro de 2003

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 13 de fevereiro de 2003, conforme parecer anexo.

Protocolo: n° 0311/2003

Projeto: **INDICADORES DE GÊNERO PARA A ASSISTÊNCIA À MULHER NO PERÍODO PUERPERAL**

Pesquisadores: **ISÍLIA APARECIDA SILVA** (Orientadora)
MARIZA SILVA ALMEIDA (Orientanda)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dr.ª ISÍLIA APARECIDA SILVA

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
Departamento de Enfermagem na Saúde da Mulher

ANEXO B

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 16 - 633-3271 / 55 - 16 - 630-2561 - TELEFONES: 55 - 16 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 086/2004

Ribeirão Preto, 25 de agosto de 2004

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 25 de agosto de 2004

Protocolo: n° 0311/2002

Projeto: Indicadores de Gênero para a Assistência à Mulher no Período Puerperal

Pesquisadores: Isília Aparecida Silva
Mariza Silva Almeida

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof^a Dr^a Claudia Bendita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Enf^a Mariza Silva Almeida
Rua: Adalberto Pajuaba, 957 - apto 02 - Bloco B
Sumarezinho - 14.055-220
Ribeirão Preto - SP

APÊNDICE A**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, _____; _____ anos, portadora do documento _____ nº _____, declaro estar ciente das informações recebidas e concordo em participar da pesquisa “**Indicadores de Gênero para a Assistência à Mulher no Período Puerperal**”, que tem como objetivo discutir um instrumento que oriente a enfermagem a atender a mulher com qualidade no período pós - parto e propor formas que possam avaliar e melhorar a qualidade do cuidado de enfermagem no atendimento às mulheres durante esse período, a partir das suas experiências pessoais, de seus interesses e das suas necessidades durante o período pós-parto.

A coleta de dados será feita mediante a realização de oficinas de reflexão, técnica que possibilita por meio do trabalho grupal, aflorar conhecimentos, facilidades, dificuldades enfim, partilhar saberes, experiências, vivências e necessidades, numa relação de horizontalidade entre a coordenadora e as participantes.

Estou ciente que não serei exposta a riscos devido a minha participação nesta pesquisa e que poderei a qualquer momento interromper minha participação no estudo, sem nenhum prejuízo para minha pessoa. A retirada de fotos será definida junto ao grupo e todas as atividades serão gravadas, sendo o conteúdo usado somente para fins científicos, com garantia de anonimato. Fui informada que não terei nenhum tipo de despesa nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação nessa pesquisa. Assim sendo, autorizo a utilização dos dados da minha participação na oficina para a realização do estudo. Diante do exposto, concordo, voluntariamente, em participar do referido estudo.

Local: Salvador.Ass.: _____ Data: ____/____/____

Pesquisada
Polegar direito

Testemunha e/ou responsável legal

Pesquisadora: Mariza Silva Almeida Identidade COREN: 13.764 Bahia
- Rua Estrada das Pedrinhas, nº 8 Imbuí. - Cep: 41 730-020. Salvador-Bahia.

APÊNDICE B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Nome da pesquisa: Indicadores de gênero para a assistência à mulher no período puerperal.

A senhora está sendo convidada a participar de uma pesquisa que será realizada na Maternidade na qual a senhora se encontra internada. O objetivo desta pesquisa é discutir sobre maneiras que possibilitem melhorar a qualidade do cuidado realizado por todo o serviço de enfermagem no atendimento às mulheres no período após o parto. A discussão será realizada a partir de suas experiências pessoais, de seus interesses e de suas necessidades durante o período após o parto. A sua participação será fazendo parte de uma **Oficina de reflexão** que será uma reunião de um grupo das mulheres que ocorrerá na maternidade, com a pesquisadora responsável. Participarão também desta reunião uma assistente e três alunas de enfermagem que cuidarão de seus bebês durante a oficina. Esclarecemos que seus bebês permanecerão junto à senhora, não sendo retirados em momento algum do recinto da reunião. Nesta reunião, a senhora ouvirá músicas para relaxamento e em seguida discutiremos assuntos relacionados à sua necessidade, sentimentos e como está sendo a assistência do grupo de enfermagem que a senhora está recebendo no período em que está internada. Se concordar em participar, garantimos o sigilo das informações e o não aparecimento de seu nome. Também não haverá gastos sendo que a senhora poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem que isso lhe traga prejuízos. Obrigada pela colaboração.

Salvador, ____ de _____ de 2004.

Pesquisadora Responsável: Mariza Silva Almeida – COREn: 13764.

Endereço: Rua estrada das Pedrinhas, no 8. Imbuí. CEP: 41 730-020. Salvador – Bahia.

Após ter conhecimento dos objetivos da pesquisa e da forma de minha participação, concordo em participar.

Eu, _____, concordo com minha participação no estudo “Indicadores de gênero para a assistência à mulher no período puerperal”, estando ciente de que estou livre para em qualquer momento desistir de colaborar sem nenhuma espécie de prejuízo. Recebi uma cópia deste documento e tive a oportunidade de discuti-lo com a pesquisadora responsável.

Assinatura

Polegar direito

Salvador, ____ de _____ de 2004.

APÊNDICE C

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DOUTORADO INTERUNIDADES

Projeto: Indicadores de Gênero para a Assistência à Mulher no Período Puerperal

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome; idade; cor auto-referida; nível de instrução; estado conjugal; profissão/ocupação; paridade; número de filhos vivos; renda pessoal; renda familiar.

2. ASPECTOS RELATIVOS AO CUIDADO RECEBIDO

1. Fale-me sobre o atendimento que você recebeu no seu último parto e no período pós-parto.
2. Como foi sua estada aqui desde quando você chegou, durante o parto, no período pós-parto e quando chegou aqui na enfermaria. Quais foram os cuidados recebidos?
3. Fale-me o que você achou do cuidado de enfermagem nesse parto.
3. O que você fez aqui desde quando chegou na enfermaria em relação a você e a seu(sua) filho(a)?
4. E o que você achou de ter ou não feito essas atividades?
5. Você acha que teria outra forma de participar desse atendimento? Como? De que forma?
6. O que você aprendeu aqui na maternidade em relação ao seu autocuidado e o de seu (sua) filho(a)?
7. O que você acha do tempo de permanência na maternidade?
8. Como você acha que deveria ser a assistência/cuidados de enfermagem após o parto na maternidade?
9. Desde que você chegou aqui o que foi de bom que você achou? Porque?
10. Como você acha que deveria ser o lugar para você parir?

IMPRESSÕES SOBRE A ENTREVISTA E ENTREVISTADA

DATA DA ENTREVISTA _____/_____/_____

APÊNDICE D

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DOUTORADO INTERUNIDADES

Projeto: Indicadores de Gênero para a Assistência à Mulher no Período Puerperal

DATA ____/____/____

PERÍODO: DAS 18:00 ÀS 20:00

ROTEIRO DA OFICINA DE REFLEXÃO

QUESTÕES NORTEADORAS:

- a) Como me sinto agora como mãe?
- b) Quais são as minhas necessidades durante os dias que estou aqui na enfermaria?
- c) O que a enfermagem faz e/ou deve fazer para atender as minhas necessidades?