

PRÁTICAS DE SAÚDE DA MULHER NO DOMICÍLIO E REPRODUÇÃO DE DESIGUALDADES DE GÊNERO

WOMEN HEALTH PRACTICES AT HOME AND REPRODUCTION OF GENDER INEQUALITIES

PRÁCTICAS DE SALUD DE LA MUJER EN EL DOMICILIO Y REPRODUCCIÓN DE DESIGUALDADES DE GÉNERO

Patrícia Figueiredo Marques¹

Silvia Lúcia Ferreira²

A política atual de reorganização do Sistema de Saúde no Brasil utiliza a estratégia de atendimento domiciliar, tendo a atenção primária como base de sua ação, revalorizando o uso das práticas de saúde no domicílio. Este espaço, histórica e culturalmente atribuído às mulheres, influencia e é influenciado por diferentes práticas sociais. Este estudo, que é um corte da dissertação de mestrado “Práticas de Saúde da Mulher no Espaço Domiciliar: análise a partir de Agentes Comunitários de Saúde”, tem como objetivo analisar as práticas de saúde voltadas para a mulher e realizadas no domicílio por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do Distrito Sanitário Barra/Rio Vermelho, em Salvador. Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo descritivo que utiliza como referencial teórico filosófico o Materialismo Histórico Dialético. Para a coleta de dados, empregou-se a observação participante e a entrevista semi-estruturada gravada. O método de análise adotado foi a análise de conteúdo. A visita domiciliar apresenta-se como instrumento de trabalho revalorizado. A articulação dos ACS com os serviços apresenta-se com deficiências, considerando-se o atendimento à demanda espontânea. O trabalho dos agentes reproduz características do Modelo Médico Assistencial. Da mesma forma, as práticas de saúde, ainda que voltadas para a promoção/prevenção de problemas de saúde, não são suficientes para enfrentar os conflitos e as necessidades existentes no âmbito domiciliar. O despreparo dos Agentes para lidar com problemas complexos reproduz desigualdades de gênero, na medida em que reforçam o papel da mulher como única cuidadora, bem como estereótipos sexistas.

PALAVRAS-CHAVE: Práticas de saúde. Saúde da mulher. Domicílio. Gênero.

The current re-organization policy of the Health System in Brazil utilizes a homecare strategy with primary care as its basis for action, giving new value to the use of health practices at home. This space, historically and culturally attributed to women, influences and is influenced by different social practices. The objective of this study, which is a section of the Master's thesis “Women Health Practices at Home: analysis done by Community Health Agents,” is to analyze how the health practices intended for women and carried out at home, are being developed by Community Health Agents from the Barra/Rio Vermelho Sanitary District in Salvador, reproducing gender inequalities. A qualitative methodology was employed using Dialectical and Historic Materialism as its theoretical-philosophical referential. For the collection of data, participant observation and the semi-structured interview recorded by community health agents were employed, with the use of content analysis. The home visit represents a revalued working instrument. The articulation of the community health agents with the services displays deficiencies

¹ Enfermeira e Pedagoga. Prof.^a Substituta da Escola de Enfermagem da UFBA. Mestre em Enfermagem na Atenção na Saúde da Mulher.

² Prof.^a Dr.^a em Enfermagem. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da UFBA. Pesquisadora do Grupo de Estudos em Saúde da Mulher-GEM e do Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher-NEIM.

considering service to spontaneous demand. The work carried out by the agents reproduces characteristics from the Medical Assistance Model. In the same way, even health practices intended for promotion and prevention of health problems are not sufficient to face the conflicts and existing needs of the home realm. The unpreparedness of the agents in dealing with complex problems reproduces gender inequalities in the manner in which they reinforce the role of the woman as the unique caretaker, reproducing sexist stereotypes.

KEY WORDS: *Health Practices. Women's Health. Home. Gender.*

La política actual de reorganización del sistema de salud en Brasil utiliza la estrategia de atención domiciliar, teniendo como base de su acción la atención primaria, revalorizando el uso de las practicas de salud en el domicilio. Este espacio, histórica y culturalmente atribuido a las mujeres, influencia y es influenciado por diferentes practicas sociales. Este estudio que hace parte de la disertación de maestría "Practica de salud de la mujer en el espacio domiciliar: análisis a partir de técnicos sanitarios de salud", tiene como objetivo analizar las practicas de salud dirigidas a la mujer y realizadas en el domicilio por técnicos sanitarios del Distrito Sanitario Barra/Rio Vermelho, en Salvador. Es un estudio cualitativo, de tipo descriptivo que utiliza como referencial teórico filosófico el materialismo histórico dialéctico. Para la colecta de datos se utilizó la observación participante y la entrevista semiestructurada grabada. El método de análisis adoptado fue el análisis de contenido. La visita domiciliar se presenta como instrumento de trabajo revalorizado. La articulación de los técnicos con los servicios se presenta con deficiencias, considerando la atención a la demanda espontánea. El trabajo de los técnicos reproduce características del Modelo Medico Asistencial. De la misma forma, las practicas de salud, a pesar de orientadas para la promoción /prevención de problemas de la salud, no son suficientes para enfrentar los conflictos y las necesidades existentes en el ámbito domiciliar. La falta de preparación de los técnicos para enfrentarse con problemas complejos reproduce desigualdades de genero, en la medida en que refuerzan en papel de la mujer como única cuidadora, asi como estereotipos sexistas.

PALABRAS-CLAVE: *Prácticas de la salud. Salud de la Mujer. Domicilio. Género.*

INTRODUÇÃO

Este estudo, que é um corte da dissertação "Práticas de Saúde³ da Mulher no Espaço Domiciliar: análise a partir de Agentes Comunitários de Saúde", faz parte do Projeto Integrado "Novas Formas de Organização do Trabalho de Enfermagem na Assistência à Saúde da Mulher", realizado com apoio do CNPq, para o biênio 1999-2001, coordenado pela Prof^a. Dr.^a Sílvia Lúcia Ferreira. Integra a linha de pesquisa Políticas de Saúde, organização das práticas de saúde e produção de conhecimento sobre mulher e saúde do Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher-GEM.

As práticas de saúde, no decorrer dos tempos, foram implementadas em diversos espaços, entre eles o domiciliar. O domicílio, como unidade de

análise e de desenvolvimento de práticas sociais, incluindo-se as de saúde, tem sido, historicamente, motivo de controvérsias e reflexões. Pode ser analisado quanto ao seu aspecto repressivo e controlador de homens sobre as mulheres, reproduzindo ideologias sexistas, espaço de violência de gênero, espaço da supremacia de adultos sobre jovens e crianças. Há, também, os que afirmam ser um espaço de trocas, de aprendizagem, de crescimento e apoio mútuo, dentre outros. Ao longo do tempo, tem sido um importante espaço utilizado por profissionais de saúde, em particular pela equipe de enfermagem para a produção-reprodução de um saber e de ideologias que perpassam as práticas de saúde.

³ Neste trabalho, a expressão "práticas de saúde" deve ser entendida como um conjunto de atividades educativas e ações de saúde desenvolvidas pelas(os) Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no espaço domiciliar dirigidas à saúde da mulher, que correspondem às orientações individuais e coletivas, encaminhamentos às Unidades de Saúde e outras informações usadas na resolução de problemas de saúde.

O meio domiciliar é também reconhecido, tradicionalmente, como reprodutor das relações de submissão e desigualdade. Nele “[...] o trabalho reprodutivo da lida diária no cuidado de outras pessoas adultos, velhos e crianças e a difícil tarefa de administração da casa e da família gera violência e problemas de saúde.” (FERREIRA et al., 1997, p. 176).

A mulher, como membro da família e sócio-culturalmente imbuída da responsabilidade de cuidar dos demais, desempenha diferentes papéis que são perpassados por relações de desigualdade. A divisão sexual do trabalho, tanto no âmbito produtivo quanto reprodutivo, reforça esta desigualdade. Entretanto, salienta-se que a expressão dessas situações varia em intensidade de uma sociedade para outra e a depender do contexto histórico.

O cuidado à saúde, por ser uma atividade milenar, desenvolvida tanto no ambiente institucionalizado quanto no doméstico, geralmente por mulheres, foi considerado por muito tempo como próprio da natureza feminina. Para Lopes (1996 p. 58): “[...] a idéia do ‘natural’ para explicar a longa inquestionabilidade da dicotomia trabalho-de-homem/trabalho-de-mulher, e os cuidados de saúde são, nesse caso, uma boa ilustração.”

A divisão sexual do trabalho, e a conseqüente designação do espaço público para o sexo masculino e do espaço domiciliar e privado para o feminino, fortalece as relações desiguais de gênero e a submissão das mulheres. De acordo com Durham (1983b), foi com o capitalismo que surgiu essa cisão. Entretanto, a mesma autora considera que a situação da mulher no mundo do trabalho não estava baseada apenas nessa separação espacial, uma vez que ela passa a vivenciar uma contradição: “[...] percepção de sua igualdade enquanto indivíduo na esfera do mercado e de sua desigualdade enquanto mulher, ancorada na esfera doméstica.” (DURHAM, 1983b, p. 34).

Nesse processo de divisão da produção, os agentes designados para executarem as tarefas são determinados pelos papéis sexuais sócio-culturalmente construídos. A destinação feminina

para a realização dos serviços relacionados com a reprodução fundamenta-se em diferenças anátomo-biológicas que justificam papéis sexuais diferentes (BESSA, 1997; DURHAM, 1983a, 1983b). A percepção das diferenças desencadeia relações desiguais de gênero, baseadas em explicações naturalizantes de cunho sócio-histórico.

O trabalho reprodutivo exercido pelas mulheres desenvolve-se no espaço domiciliar e envolve a reprodução da força de trabalho e as atividades relacionadas com o cuidado no processo saúde/doença de crianças, adultos e velhos. Bessa (1997) coloca que a força produtiva da mulher é desvalorizada e marcada por desigualdades; desencadeia-se como “[...] resultado de um processo histórico e de manutenção de uma ideologia que permite que existam exploradores e explorados, empregadores e empregados, atividades mais valorizadas e menos valorizadas e, que, privilegia na mulher, o seu papel reprodutivo.” (BESSA, 1997, p. 99). Desta forma, é concebida como reprodutora, no sentido biológico, e educadora da força de trabalho. No primeiro caso, pela sua capacidade biológica; no segundo, por ficar encarregada dos primeiros cuidados com as crianças e, deste modo, com o preparo da mão-de-obra para o trabalho.

A reprodução das relações de desigualdade manifesta-se, também, na elaboração de políticas de saúde direcionadas aos aspectos reprodutivos. Os problemas de saúde, e até a manutenção das dessemelhanças, alicerçam-se numa assistência voltada ao ciclo gravídico-puerperal ou idade reprodutiva, como refletido nos programas de saúde direcionados a atender esta população. As mulheres são receptoras, em muitos casos passivas, dos saberes transmitidos pela(o)s profissionais de saúde, entre as/os quais se inclui a equipe de enfermagem.

As políticas públicas de saúde, a partir dos anos 90, revalorizam a atenção à família. Esta perspectiva de atenção decorreu das repercussões dos problemas coletivos no processo saúde/doença desse grupo. A família passou a ser concebida numa nova perspectiva metodológica, na qual “[...] é percebida não apenas como simples somatório de comportamentos, anseios e

demandas individuais, mas sim como um processo interagente da vida e das trajetórias individuais de cada um de seus integrantes.” (FERRARI; KALOUSTIAN, 1994, p.12).

O domicílio é reintegrado às práticas de saúde, a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF). Desta forma, cabe analisar quais são estas práticas de saúde dirigidas à mulher, desenvolvidas por agentes comunitários. Esta análise poderá contribuir para definir a configuração do espaço profissional destes agentes e também identificar como essas práticas reproduzem desigualdades de gênero.

A análise das práticas de saúde da mulher realizadas no domicílio, a partir de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) pode explicar não apenas alguns aspectos da reformulação desta assistência, no Brasil, como também as modificações implementadas na maneira de assistir e organizar o trabalho, principalmente da Enfermagem.

A escolha de ACS como sujeitos deste estudo baseia-se no fato do desenho do Programa ter como foco as atividades realizadas por estes trabalhadores. Tais práticas, em certa medida, correspondem às realizadas pela enfermagem no espaço domiciliar, desencadeando reflexões sobre as ações implementadas por ACS. Estabelece-se esta polêmica, embora os órgãos governamentais esclareçam que as(os) ACS não substituem os profissionais de saúde, mas ocupam um espaço próprio.

Constitui-se objeto deste estudo as práticas de saúde no domicílio desenvolvidas por agentes comunitários de saúde e as relações de desigualdade de gênero. Pretendeu-se descrever e analisar como as práticas de saúde voltadas para a Mulher, realizadas no domicílio, estão sendo desenvolvidas por agentes comunitários de saúde do Distrito Sanitário Barra-Rio Vermelho; analisar relações de desigualdade de gênero reproduzidas nas práticas de saúde, no âmbito do domicílio.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo descritivo, que utiliza como referencial teórico filosófico o Materialismo Histórico Dialético. Esta pesquisa apresentou como *lócus* o Distrito Sanitário Barra/Rio Vermelho. A coleta foi realizada nos domicílios, cuja área de abrangência pertence ao 9º Centro de Saúde do Nordeste da Amaralina. A escolha por esta Unidade decorreu do fato de ter sido local de prática, durante a graduação em Enfermagem e realização de pesquisa de Iniciação Científica.

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a abril de 2001, com a participação diária nas atividades realizadas nos domicílios e no centro de saúde, a partir de duas técnicas: a observação participante e a entrevista semi-estruturada. Os dados obtidos, a partir das técnicas utilizadas, foram tratados através da análise de conteúdos, conforme Minayo (1994).

A proposta para tratamento e análise de dados, de acordo com a análise de conteúdos, utilizou para operacionalização a técnica de análise temática. Esta, de acordo com Minayo (1994) e Gomes (1994), apresenta-se em três etapas: a) a organização do material a ser analisado, através de leituras com a intenção de conhecer o material e estabelecer a unidade de registro; b) o estabelecimento de categorias; c) o desvelamento do conteúdo.

A caracterização sócio-demográfica dos sujeitos participantes corresponde a um recorte do perfil construído para os agentes dos três centros que atendem ao bairro. As/Os agentes envolvidos na pesquisa perfizeram um total de dez, sendo 5 homens e 5 mulheres. Destes, todos são naturais de Salvador. O mesmo número de agentes de ambos os sexos foi intencional, pois supôs-se a existência de diferenças nas práticas realizadas. As pessoas entrevistadas apresentam um ano ou mais de desempenho de atividade como agente comunitário; dentre estes 90% têm mais de dois anos e 10% têm um ano. Todos atendem em média 150 famílias.

OS SIGNIFICADOS DA VISITA DOMICILIAR PARA ACS

As ações realizadas por ACS tomam como base os programas realizados nos serviços de saúde. Estes se caracterizam por atender populações específicas, na perspectiva de promoção/preservação da saúde e controle de doenças transmissíveis. Algumas ações executadas atualmente correspondem às mesmas desenvolvidas pelos programas de saúde pública das décadas de 70 e 80.

As práticas agentes envolvem atenção à saúde do adulto, com orientações e atividades fora do domicílio voltadas para: qualidade de vida; atenção à saúde da mulher, com orientações e palestras voltadas ao ciclo gravídico-puerperal, DST, prevenção de câncer cérvico-uterino e de mama, planejamento familiar; atenção à saúde da criança, com a pesagem até os dois anos, controle e cobrança da regularização do cartão de vacina, de acordo com os esquemas do Ministério da Saúde. Além destas: o controle de zoonoses; a educação para a saúde com orientações para higiene pessoal, bucal e fluoretação; orientações para a redução de risco por violência, através de palestras; Projeto da Horta (plantio, cultivo e consumo de produtos agrícolas, com envolvimento dos adolescentes e membros da comunidade) e caminhadas; prevenção e controle de doenças infectocontagiosas.

ARTICULAÇÃO COM O SERVIÇO DE SAÚDE

A visita domiciliar é reconhecida como o início do trabalho da(o) ACS. Esta atividade corresponde ao comparecimento no domicílio, tendo como um dos objetivos orientar as pessoas que aí residem sobre o cuidado com a saúde. O trabalho é realizado através de informações de prevenção e promoção possibilitando, conseqüentemente, o contato da população com a unidade.

A atuação intermediária do ACS no processo de articulação com o serviço dá-se através dos encaminhamentos feitos e a marcação da consulta-cartão. O primeiro elemento no processo de

contato com a unidade de saúde é a necessidade detectada ou relatada pela família. Esse processo corresponde, na maior parte dos casos, às orientações sobre o funcionamento dos serviços, como refere uma das pessoas entrevistadas:

“Nós encaminhamos as pessoas à unidade de saúde, à qual a gente pertence. Eles passam pela triagem, lá embaixo, a depender da necessidade; se ele for portador de alguma doença, como diabetes, hipertensão, ele vai ser acompanhado aqui, no posto, e não deixando de participar de nossos encontros, como encontro de diabéticos, hipertensos.” (ACS 01).

A marcação de consultas no centro de saúde, realizada pelos ACS, é uma outra forma de resolução dos problemas encontrados, já que há uma dificuldade constante de vagas. Os ACS estabelecem alguns critérios para as marcações, já que não há possibilidade de atender a todos. Desta forma, ao estabelecer um perfil para o usuário obter a vaga, a(o)s agentes instituem um critério para evitar desigualdades em relação àqueles que enfrentam as filas. O relato a seguir é ilustrativo:

“Eu faço marcação de consultas, de cartões na minha área, mas não de todos. Por exemplo, eu chego numa casa que tem uma puérpera com dois filhos pequenos, um sem estar na escola. Para vir ao posto de saúde tem que trazer todo mundo, aí fica difícil. Como tem vezes que precisa trazer a criança ao pediatra, eu pego, trago o registro, faço o cartão, marco.” (ACS 03).

“Não há garantia dele chegar e ser atendido; a garantia que ele vai ter é se chegar lá e marcar para um dia determinado e fazer. Assim, atingiu seu objetivo, ir ao médico, ser consultada, fazer seu preventivo, um planejamento familiar.” (ACS 03).

Já que a garantia de consulta é baseada na oferta de vagas, este aspecto é afetado pelo fato da demanda ser maior que a quantidade concedida pelo serviço. A demanda espontânea supera a proposta de oferta organizada, a qual seria adequada ao planejamento local para o Distrito Sanitário. De acordo com Paim (1995, p. 191), a estrutura de oferta-organizada ocorreria por meio de “[...] ações programáticas para as necessidades de saúde epidemiologicamente identificadas, simultaneamente, captar usuários provenientes da demanda espontânea.” Mesmo que as unidades de saúde apresentem-se

reestruturadas, com a presença do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) e utilizando prontuário-família, os “paradigmas orientadores” da assistência ainda correspondem ao modelo assistencial de base clínica (PAIM, 1995).

O PACS é concebido juntamente como o PSF como estratégias de reorganização dos serviços de saúde. Este programa funciona como intermediário e/ou concomitantemente com o de Saúde da Família, utilizando-se de unidades com este perfil. Entretanto, no distrito estudado, essa articulação não existe, pois o PSF não foi implantado; logo os ACS atuam no limite de suas próprias ações.

O registro do perfil epidemiológico e dos determinantes de saúde também fazem parte das formas de articulação intermediadas por ACS. Estas informações são coletadas, registradas e enviadas mensalmente, na forma de um “consolidado” para o Distrito de referência.

“Eu vou para a área, faço o levantamento dos dados, em relação aos problemas de saúde da área, faço também um levantamento da questão da violência, pois muita gente pensa que a violência é uma questão de polícia e não de saúde. Uma outra questão também é a questão da diabetes, a hipertensão também; então eu pego estes dados e levo ao posto de saúde.” (ACS 08).

Os dados coletados, juntamente com as outras formas de articulação com o serviço, refletem a finalidade da proposta do programa. Nesta, a população buscaria os serviços dando continuidade à capacidade de saber cuidar da própria saúde, a partir das práticas realizadas. Contudo, o sistema não está preparado para atender e assistir a comunidade na perspectiva de saúde, mas sim da doença.

A organização dos serviços ainda está baseada em cuidados voltados para a perspectiva curativa, verticalizada e dissociada do contexto populacional. Logo, a reflexão apresentada por Mishima et al (1992, p.74) faz-se pertinente.

Acontece que atualmente, os serviços de saúde, no Brasil, destacam-se por cuidar da doença e não da saúde, e menos ainda das pessoas e/ou da população com determinadas carências, necessidades e potencialidades em termos de saúde e de qualidade de vida. Será o ACS um instrumento racional dos

serviços, bem como, o incentivador do controle efetivo que a população civil organizada deve manter sobre o sistema de saúde, tanto público quanto privado, nos vários níveis ou será este agente (caricaturando, num pólo oposto) um protagonista e triador de primeira linha dos serviços de saúde que só atendem doenças?

Araújo et al (2000, p.122) afirmam: “O modelo de saúde vigente, em processo de transformação, carece de profundas revisões paradigmáticas, de modo que a doença deixe de ser o principal alvo de atenção, cedendo lugar à promoção da saúde e à prevenção de agravos.” Isto é indispensável, pois, ao valorizar o domicílio como espaço de práticas, estimula-se a articulação com os serviços, que não se encontram preparados para atender à demanda ampliada e satisfazer às necessidades de saúde das famílias.

ACOLHIMENTO NO DOMICÍLIO

A visita da(o) ACS desperta na população a lembrança de praticarem as ações de promoção e prevenção orientadas no domicílio. Barros, Silva e Christófaros (1991, p.7) também destacam que, por meio do trabalho gerado durante a visita, seria melhorada “[...] a capacidade da população em cuidar de sua saúde.” Assim, atinge-se um maior número de pessoas, garantindo-se que as informações cheguem ao domicílio, pois há aquelas que, por deficiência dos serviços de saúde ou motivos sócio-culturais, não o procuram.

Usando o conceito de Merhy e Franco (1999, p.12):

[...] o acolhimento, em primeiro lugar como a possibilidade de universalizar o acesso, abrir as portas da Unidade a todos os usuários que dela necessitarem. E ainda como a escuta qualificada do usuário, o compromisso com a resolução do seu problema de saúde, dar-lhe sempre uma resposta positiva e encaminhamentos seguros, quando necessários.

As práticas de saúde desenvolvidas por ACS não se limitam ao espaço físico do domicílio da família cadastrada. Esta situação decorre de sua maior aproximação com a comunidade, já que toda(o)s a(o)s agentes residem no bairro onde trabalham. As pessoas procuram pela(o) ACS

mesmo fora da área de atuação⁴ e do horário de trabalho.

Isto ocorre porque as visitas são programadas para serem realizadas mensalmente, a cada família, ou a depender da necessidade. Sendo assim, neste período não se retorna à casa visitada. A/O profissional organiza-se para o atendimento, porém a condição da atividade implementada e o local da residência colocam-no em uma situação de disponibilidade de 24 horas. Araújo et al. (2000, p.120) discutem, em relação ao tema: “[...] o cuidado dispensado à saúde no domicílio propicia à equipe de saúde da família, a inserção no cotidiano do cliente; identificando demandas e potencialidades da família, em um clima de parceria terapêutica.” Este relacionamento propicia condições para a procura da(o) ACS fora do domicílio da(o) cadastrada(o).

Esta requisição promove na(o) agente, atitudes como busca de resolução do problema, se a situação for de urgência/emergência. Em outras circunstâncias, orienta a população a ir ao seu encontro na unidade ou esperar sua visita no horário de trabalho.

“Quando nós estamos passando pela área, alguém nos solicita, nos chama e vamos procurar saber o que aconteceu, o que eles estão precisando. As instruções serão dadas de acordo com as necessidades da família.” (ACS 02).

Esta situação de transpor os limites do espaço da família atendida para o domicílio da/do profissional aparentemente não é prevista pelo programa. Outro aspecto observado é a troca de conhecimento e a busca de ajuda com os vizinhos. Este também não é apreciado na proposta, pois se espera, principalmente, uma maior articulação com o serviço.

Alguns poucos entrevistados fazem referência às dificuldades do trabalho em virtude da violência local. As situações de violência, decorrentes da situação sócio-econômica, dificultam e até impossibilitam a locomoção dos agentes e comprometem o trabalho a ser realizado neste meio, uma vez que o bairro onde se desenvolve o estudo é

considerado como um dos mais violentos da cidade de Salvador.

“A violência é uma dificuldade. Em muitas casas que a gente entra, percebe que há marginais na área. Às vezes, a gente entra no domicílio e está cheio de homens, sabendo que estão drogados e são traficantes. Muitas vezes, faço estas visitas sozinha. Então, se eu não for com uma certa diplomacia, eles podem até me ameaçar. Muitas vezes, finjo que não estou vendo, e procuro tratá-los normalmente.” (ACS 10).

“Uma outra dificuldade é aquela questão da violência, pois tem muito tráfico de drogas. A gente tem que recuar um pouco, deixar a coisa acalmar. Às vezes, pedem que a gente se retire, se afaste pois tem algum estranho na área. A gente tem que deixar que se acostumem com a gente. Esta segunda situação não é muito constante, só se eu vir que está chovendo bala mesmo. Aí, eu não vou colocar minha vida em risco e procuro me afastar. Entretanto, não deixei de visitar estas famílias que não me recebem bem, pelo contrário, eu sempre estou visitando, demonstrando o mesmo interesse que tenho pelas outras.” (ACS 04).

Na maioria dos casos, estas pessoas não importunam as/os agentes comunitários. Há até circunstâncias em que avisam que não se dirijam para a área devido a possíveis conflitos entre facções e/ou polícia. Mesmo cientes das possíveis relações de membros das famílias com “atividades ilegais”, a qualidade de atendimento não é diferenciada pelo pessoal do programa.

PRÁTICAS DE SAÚDE NO DOMICÍLIO E REPRODUÇÃO DE DESIGUALDADES DE GÊNERO

A Mulher: Única Cuidadora

Nas práticas de saúde voltadas para o cuidado dos membros da família, a mulher é a encarregada de desenvolvê-las e fornecer as informações necessárias para a continuidade da assistência. Esta responsabilização da mulher estaria ligada a aspectos sócio-econômico-histórico-culturais, pois o domicílio é caracterizado como espaço feminino e privado. Moraes (1998, p. 63) afirma que tais aspectos influenciam na construção dos papéis sexuais e sociais desempenhados por ambos os sexos ao historiar:

⁴ Outro domicílio, ambiente de lazer e sua própria residência.

Os homens iam à caça, pesca e guerra a fim de expandir os seus domínios territoriais. As mulheres ficavam no ambiente doméstico por serem socialmente responsáveis pela reprodução e perpetuação da espécie. Cabia às mulheres os cuidados das crianças, idosos, plantas e animais domésticos a fim de manter e preservar a vida da espécie. Era por meio das tarefas relacionadas ao cuidar que as mulheres asseguravam a continuidade da vida, com atividades indispensáveis ao desenvolvimento vital do ser vivo.

O binômio mãe-filho é destacado nas práticas desenvolvidas, pois as orientações sobre a atenção voltada à saúde da criança são destinadas à mulher. Ela é responsabilizada pela regularização do cartão de vacina, de acordo com o esquema do Ministério da Saúde. Também reforçam na mulher a percepção de que precisa abdicar de si pela criança, pois a amamentação exclusiva permitirá ao filho o crescimento forte e saudável. Se a criança fica doente é descuido da mãe. Desta forma, as/os agentes desconsideram a figura masculina e dos outros membros da família, no processo de cuidar.

“Ela é a dona do lar’, então ela tem um conhecimento um pouco a mais do que cada pessoa, não seja só do marido como dela e como também dos filhos, e também porque a maior parte delas fica em casa.” (ACS 02).

“A higiene... Às vezes, quando eu vejo que as crianças estão descalças, eu pergunto para ela porque que a criança está descalça.” (ACS 10).

Desta forma, cabe à mulher o cuidado para manutenção da vida, o qual não é reconhecido sócio-histórico-culturalmente por ser concebido como inerente à natureza feminina. Ademais, a invisibilidade do trabalho doméstico desenvolvido pelo sexo feminino e a sobrecarga de responsabilidades, atividades domésticas acrescentadas do papel de mantenedora da saúde na atenção primária, terminam por reproduzir relações desiguais de gênero. Logo, de acordo com De Los Ríos (1993, p.15, tradução nossa):

A construção de gênero incide, assim mesmo, na quantidade e qualidade da participação de homens e mulheres dentro das esferas formal e informal da saúde em virtude da divisão sexual do trabalho, por exemplo, nos modelos de atenção primária em saúde e, em particular, nos aspectos relacionados com a participação social, a mulher continua desenvolvendo um papel fundamental na “produção” da saúde. A mulher é a responsável de servir a água, preparar os alimentos nutritivos, levar os filhos para vacinar, cuidar das crianças, dos enfermos e dos anciões, manter a higiene do lugar, etc., no entanto, a falta de visibilidade e valorização social e econômica do trabalho da mulher no domicílio conduz a uma falsa avaliação de seu tempo disponível e cria expectativas desmedidas com respeito a suas possibilidades de participação no desenvolvimento da saúde comunitária. A partir deste ângulo, a participação comunitária em saúde, mais que propiciar formas equitativas de responsabilidade social frente à saúde coletiva, resulta num mecanismo que reproduz e perpetua a designação social de funções de acordo com o sexo do indivíduo.⁵

Os cuidados com a saúde são considerados uma tarefa feminina por corresponder a uma atividade implementada no meio privado, o domicílio, e contribuir para a reprodução. Embora a dona da casa saia para trabalhar e o homem fique em casa, ele não é o consultado, como informante, mas, sim, outra mulher ou a própria dona da casa, quando retorna do emprego, designando-a, assim, como cuidadora. Embora reconhecendo que se trata de uma construção sócio-cultural, esta apreciação da condição feminina ainda espelha o papel da mulher no cuidar da saúde da família.

O homem pode se apresentar como informante-chave se for considerado como participante na atenção à família junto com a mulher. Caso haja convicção ao fornecer as informações ou estas coincidirem com as femininas, o homem será encarado como fornecedor de dados. Entretanto, a falta de convicção, a indisponibilidade para responder às perguntas das/dos agentes e a falta de detalhamento das informações reduz a viabilidade do homem como informante.

⁵ “La construcción de género incide, asimismo, en la cantidad e calidad de la participación de hombres y mujeres dentro de las esferas formal e informal de la salud en virtud de la división sexual del trabajo, por ejemplo, en los modelos de atención primaria en salud y, en particular, en los aspectos relacionados con la participación social, a la mujer se le continúa asignando un papel fundamental en la ‘producción’ de la salud. La mujer es la responsable de hervir el agua, preparar alimentos nutritivos, llevar a los hijos a vacunar, cuidar a los niños, los enfermos y los ancianos, mantener la higiene del hogar, etc. sin embargo, la falta de visibilidad y valoración social y económica del trabajo de la mujer en el hogar conduce a una falsa evaluación de su tiempo disponible y crea expectativas desmedidas con respecto a sus posibilidades de participación en el desarrollo de la salud comunitaria. Desde este ángulo, la participación comunitaria en salud, más que propiciar formas equitativas de responsabilidad social frente a la salud colectiva, resulta en un mecanismo que reproduce y perpetúa la asignación social de funciones de acuerdo con el sexo de los individuos.”

Esse contexto evidencia que as diferenças sexuais são utilizadas na promoção de desigualdades, colocando a mulher numa posição de oprimida/submissa e o homem, opressor/dominador. Em relação a gênero, Fonseca (2000, p. 11) afirma: “[...] o sexo social e historicamente construído é produto das relações sociais entre homens e mulheres e deve ser entendido como elemento constitutivo dessas mesmas relações, nas quais as diferenças são apresentadas como naturais e inquestionáveis.” O gênero não pode ser utilizado isoladamente no desenvolvimento da análise sobre o processo saúde/doença e na designação da mulher como cuidadora, pois incorreria no erro de supervalorizar um aspecto em detrimento de outro. Oliveira (1991, p. 3) salienta:

O gênero, no entanto, não pode nem deve ser tratado como fato simples e natural. O Gênero, tanto como categoria analítica, quanto processo social, é relacional. São relações entre homens e mulheres, processos complexos e instáveis, constituídos por e através de partes interrelacionadas, são interdependentes, ou seja, cada parte não tem significado ou existência sem as outras. As relações de gênero são divisões e atribuições diferenciadas e, “por enquanto”, assimétricas de traços e capacidades humanas.

Destarte, a reprodução das relações desiguais de gênero foi apreciada mediante as práticas de saúde da mulher, desenvolvidas no domicílio, por agentes comunitários. No PACS, os princípios que norteiam a atenção a esta clientela não fogem ao perfil das demais práticas implementadas nos serviços de saúde. Estas são voltadas ao ciclo gravídico-puerperal, cuidados preventivos para com o aparelho reprodutor, incluindo as mamas, orientações sobre menopausa e climatério e ações para melhoria da qualidade de vida, a fim de contornar e minimizar os sinais e sintomas das doenças crônico-degenerativas, como é relatado no trecho abaixo:

“Além do trabalho do planejamento familiar, a gente fala sobre o aleitamento materno. Fazemos trabalho com a puérpera, voltamos depois que ela teve a criança para ver como está ela e a criança. Muitas delas não voltam para o médico, não fazem o exame ginecológico para ver como estão. Trabalhamos também com as gestantes, pois é muito difícil a gestante, no início da gravidez, ter ido ao posto fazer o pré-natal. Eu oriento sobre a importância do pré-natal, das vacinas das crianças e do exame do pezinho.” (ACS 06).

Entre as práticas implementadas, há, também, uma atenção especialmente dispensada ao planejamento familiar, no referente à contracepção. A consideração de que as mulheres engravidam por desejarem, mesmo conhecendo os métodos anticoncepcionais, reflete a ideologia de responsabilizar exclusivamente o sexo feminino pelo controle da natalidade. O fato da capacidade reprodutiva da mulher depender da presença do homem parece não ser considerado (FERREIRA et al, 1997).

Reprodução de Estereótipos Sexistas

A saúde da mulher, a partir das práticas implementadas por ACS, foi apreciada, até o momento, com maior destaque para tópicos de atenção voltados ao ciclo gravídico-puerperal e ao planejamento familiar.

Na realização da pesquisa com agentes mulheres e homens não foram detectadas diferenças na implementação das práticas, havendo algumas situações especiais expressas por um sexo e não pelo outro. A auto-estima e a facilidade de comunicação gerada por ser do mesmo sexo da informante-chave é relatada pelas agentes mulheres.

A auto-estima feminina é detectada como um fator a ser trabalhado, a fim de possibilitar e até melhorar as condições de vida e relacional da mulher, porque, ao se estimular o cuidado com a higiene e aparência, não se está visando a sua auto-realização, mas sim a do parceiro.

“A prática de saúde da mulher é ela cuidar dela, da saúde dela, da mente dela, pois uma mulher que não se cuida, não é uma mulher, é o que leva o parceiro a procurar outra mulher na rua, porque aquela mulher não se cuidou.” (ACS 07).

O fato da trabalhadora de saúde e a informante serem do mesmo sexo é apresentado como um fator facilitador do processo da prática no domicílio. Essa situação transmite a conotação de que no processo de assistência, a comunicação pode ser vista como confidência. Já os homens/agentes não consideram a diferença sexual um empecilho na comunicação.

“A facilidade da mulher de falar é que ela se abre melhor para outra mulher.” (ACS 07).

A violência doméstica é detectada nas informações fornecidas pelos agentes homens. Nestes casos, é clara a sua limitação sobre como devem agir, optando pelo não envolvimento na contenda.

“Às vezes, é uma briga de marido e mulher e a gente tem que se calar. A gente chega assim naquela hora, e se a gente não tiver aquele profissionalismo, eles tentam jogar a gente até dentro da briga, e eu acho que isso é um pouco de dificuldade.” (ACS 02).

A violência doméstica apresenta-se como mais uma manifestação das desigualdades de gênero, pois a mulher não tem controle de sua vida e seu principal agressor é o companheiro (SOUZA; FERREIRA, 2000). No espaço domiciliar, a/o agente enfrenta o despreparo para agir diante de situações de violência doméstica. Assim, preferem se omitir e se retirar da residência, porque, em alguns casos, durante o conflito, podem solicitar o seu envolvimento. Como retornarão ao domicílio, em outras oportunidades, abstêm-se de opinar para não comprometer as visitas e práticas subseqüentes.

A atitude destes trabalhadores representa o posicionamento social, de que os problemas familiares, domésticos, são de interesse e responsabilidade exclusiva de seus membros. Desta forma, as agentes e os agentes não promovem ações para a autonomia da mulher. Esta situação reafirma a necessidade de apoio de outros trabalhadores capacitados para empreenderem atividades junto à família.

O espaço domiciliar apresenta problemas profundos, por visualizar o contexto vivencial da comunidade atendida. A impossibilidade de resolução de problemas mínimos e o convívio com os dramas humanos, em muitos casos, não necessariamente problemas de saúde, fazem parte do trabalho das(os) agentes. Sendo assim, a/o ACS necessita realizar uma filtragem do que é problema de saúde e o que pode vir a ser resolvido por ela/ele.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A visita domiciliar apresenta-se no Programa de Agentes Comunitários de Saúde como instru-

mento de assistência, sendo realizada de forma freqüente e consecutiva. O cronograma de realização baseia-se na necessidade da família e na atividade de acompanhamento a ser realizada mensalmente. Diferenciando-se das propostas anteriores de utilização desta técnica, a assistência atende ao coletivo e/ou ao indivíduo, na medida em que busca atender a todos os membros da família.

A conseqüente articulação com os serviços é realizada através dos encaminhamentos ao centro e da marcação de cartão/consultas de casos específicos pela(o) agente. Entretanto, este processo pouco apresenta garantia de atendimento, devido aos altos índices de demanda espontânea e falta de profissionais ou inadequada distribuição das vagas. Tal situação não deveria ocorrer, porque a proposta do PACS baseia-se na epidemiologia, que tem como um dos seus processos a sobreposição da oferta organizada sobre a demanda espontânea.

A realidade vivenciada, entretanto, não condiz com o esperado. As explicações para isto podem residir no pouco tempo de implantação do programa ou no fato de se manter “aprisionado” ao modelo médico-hegemônico. Ademais, as mudanças propostas na organização do sistema não garantem melhora na qualidade do atendimento. Merhy e Franco (1999, p. 20) colocam:

[...] o fato de apenas para modificar a estrutura, não se garante que a relação dos profissionais com os usuários seja também realizada sobre novos parâmetros de trabalho no território das tecnologias de saúde, de civilidade, acolhimento e construção de processos mais comprometidos com os usuários, seus cuidados e curas.

Deve-se destacar que as colocações apresentadas reconhecem o trabalho desenvolvido pela(o)s agentes comunitários e percebem as suas limitações. A capacitação oferecida, atualmente, a estes ACS não substitui, em nenhuma hipótese, a formação teórico-prática da equipe de enfermagem. Destarte, as lutas trabalhistas deste(a)s profissionais precisam envolver, também, o requerimento do aperfeiçoamento profissionalizante. Diante do exposto, não é possível menosprezar a necessidade do

fortalecimento destes profissionais, na obtenção de um lugar no processo de reorganização dos sistemas de saúde.

A mulher é responsável por executar as práticas no domicílio. Esta, por desenvolver os serviços domésticos e ser sócio-histórico-culturalmente designada como cuidadora, também vivencia, nesta proposta, relações de desigualdade de gênero.

A participação masculina não é desconsiderada. O entrosamento com a/o agente e a “convicção” do homem na transmissão das informações funcionam como aspectos de avaliação da aceitabilidade do seu envolvimento na saúde da família. A percepção de que a saúde é uma responsabilidade de todos, mulheres e homens, é detectada na prática desenvolvida por ACS; entretanto, os homens das famílias cadastradas apresentam-se ausentes e omissos na realização das atividades domésticas.

O processo saúde/doença das mulheres precisa ser concebido numa perspectiva de fenômeno social. Assim, conceber a mulher como trabalhadora produtiva e reprodutiva corresponde a formar idéias sobre a saúde feminina numa expectativa cidadã, como elemento social, histórico e cultural capaz de mudar o contexto social.

A situação encontrada é passível de mudança, especialmente, quando profissionais envolvidos manifestam reflexões sobre a condição feminina e a necessidade/possibilidade de envolvimento masculino no processo do cuidado. A transformação não envolve apenas as práticas realizadas por este contingente de trabalhadores. As políticas e ideologias que perpetuam a visão de mulheres como meras reprodutoras da força de trabalho precisam ser revertidas.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Maria Risoneide Negreiros et al. Saúde da família: Cuidado no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, n. especial. p.117-122, dez. 2000.
- BARROS, Stella Maria P. F.; SILVA, Nair Fábio da; CHRISTÓFARO, Maria Auxiliadora C. Recursos

humanos de saúde: um desafio estratégico para a qualidade da assistência de saúde e para a organização do SUS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, p.7-9, jan./mar. 1991.

BESSA, Lucineide Frota. **Condições de trabalho de parteiras tradicionais**: algumas características no contexto domiciliar rural. 1997. 186f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1997.

DURHAM, Eunice Ribeiro. A família e a mulher. **Cadernos C.E.R.U.**, São Paulo, n.18, p. 7-47, maio 1983a.

_____. Família e reprodução humana. In: _____. **Perspectivas antropológicas da mulher 3**. Rio de Janeiro: ZAHAR, 1983b. p.13-44.

FERRARI, Mário; KALOUSTIAN, Sílvia Monoug. Introdução. In: KALOUSTIAN, Sílvia Monoug. (Org.). **Família brasileira**: a base de tudo. São Paulo: Cortez, 1994. p. 11-15.

FERREIRA, Sílvia Lúcia et. al. Opiniões de mulheres e homens a respeito da utilização dos métodos contraceptivos. **Texto contexto em enfermagem**, Florianópolis, v.6, n.1, p.246-259, jan./abr. 1997.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa de. Saúde pública, saúde coletiva e saúde da mulher: Reflexões para a prática generificada em saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.13, n.1/2, p.7-14, abr./out. 2000.

GOMES, Romeu. A análise de dados da pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Sousa. (Org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p.67-80.

LOPES, Marta Julia. Divisão do trabalho e relações sociais de sexo: pensando na realidade das trabalhadoras do cuidado. In: LOPES, Marta Julia; MEYER, Dagmar Estermann; WALDOW, Vera Regina. **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.55-75.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. **PSF: Contradições de um Programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial**. Campinas, 1999. Mimeografado.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Fase de trabalho de campo. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo; Rio de Janeiro: HUCITEC; ABRASCO, 1994. p. 105-196.

MISHIMA, Silvana Martins et al. Agentes Comunitários de Saúde: Bom para o Ceará... Bom para o Brasil? **Saúde em Debate**, Londrina/PR, n. 37, p.70-75, dez. 1992.

MORAES, Maria Auxiladora Marciel de. **O legado histórico das mulheres provedoras de cuidado.** 1998. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1998.

OLIVEIRA, Eleonora Menicucci. **O gênero na saúde: auto-determinação reprodutiva das mulheres.** Trabalho apresentado à XV Reunião Anual da Associação Nacional de pós-graduação em Ciências Sociais, Caxambú, Minas Gerais, 1991.

PAIM, Jairnilson Silva. A reorganização das práticas de saúde em Distritos Sanitários. In: MENDES, Eugênio Vilaça. (Org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** São Paulo; Rio de Janeiro: HUCITEC; ABRASCO, 1995. p.187-200.

SOUZA, Vera Lúcia Costa; FERREIRA, Sílvia Lúcia. Influência da violência conjugal sobre a decisão de abortar. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v.53, n.3, p.375-386, jul./set. 2000.