

ISSN 0103-1104

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

Rio de Janeiro v.31 n.75/76/77 jan./dez. 2007

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2006-2009)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2006-2009)

Diretoria Executiva

Presidente	Sonia Fleury (RJ)
1º Vice-Presidente	Ligia Bahia (RJ)
2º Vice-Presidente	Ana Maria Costa (DF)
3º Vice-Presidente	Luiz Neves (RJ)
4º Vice-Presidente	Mario Scheffer (SP)
1º Suplente	Francisco Braga (RJ)
2º Suplente	Lenaura Lobato (RJ)
Diretor Ad-hoc	Nelson Rodrigues dos Santos (SP)
Diretor Ad-hoc	Rodrigo Oliveira (RJ)

CONSELHO FISCAL / FISCAL COUNCIL

Áquilas Mendes (SP)
 José da Rocha Carvalheiro (RJ)
 Assis Mafort (DF)
 Sonia Ferraz (DF)
 Maura Pacheco (RJ)
 Gilson Cantarino (RJ)
 Cornelis Van Stralen (MG)

CONSELHO CONSULTIVO / ADVISORY COUNCIL

Sarah Escorel (RJ)
 Odorico M. Andrade (CE)
 Lucio Botelho (SC)
 Antonio Ivo de Carvalho (RJ)
 Roberto Medronho (RJ)
 José Francisco da Silva (MG)
 Luiz Galvão (WDC)
 André Médici (DF)
 Jandira Feghali (RJ)
 José Moroni (DF)
 Ary Carvalho de Miranda (RJ)
 Julio Muller (MT)
 Sílvio Fernandes da Silva (PR)
 Sebastião Loureiro (BA)

SECRETARIA / SECRETARIES

Secretaria Geral	Mariana Faria
Pesquisadora	Tatiana Neves

A revista Saúde em Debate é uma publicação quadrimestral editada pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

EDITOR CIENTÍFICO / SCIENTIFIC EDITOR

Paulo Amarante (RJ)

CONSELHO EDITORIAL / PUBLISHING COUNCIL

Jairnilson Paim (BA)
 Gastão Wagner Campos (SP)
 Ligia Giovanella (RJ)
 Edmundo Gallo (DF)
 Francisco Campos (MG)
 Paulo Buss (RJ)
 Eleonor Conill (SC)
 Emerson Merhy (SP)
 Naomar de Almeida Filho (BA)
 José Carlos Braga (SP)

EDITORA EXECUTIVA / EXECUTIVE EDITOR

Marília Correia

INDEXAÇÃO / INDEXATION

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)

Os artigos sobre História da Saúde estão indexados pela Base HISA – Base Bibliográfica em História da Saúde Pública na América Latina e Caribe

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 – sala 802 – Manguinhos
 21040-361 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
 Tel.: (21) 3882-9140, 3882-9141
 Fax.: (21) 2260-3782
 Site: www.cebes.org.br
www.saudeemdebate.org.br

E-mail: cebes@cebes.org.br
revista@saudeemdebate.org.br

A Revista Saúde em Debate é associada à Associação Brasileira de Editores Científicos



Apoio



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

Rio de Janeiro v.31 n.75/76/77 jan./dez. 2007

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

SUMÁRIO • SUMMARY

EDITORIAL / EDITORIAL 3

APRESENTAÇÃO / PRESENTATION 5

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para mulheres no Brasil
Women's health and SUS (Brazilian public health system): bonds and diversities in the process of formulating, implanting and evaluating health politics for women in Brazil
Ana Maria Costa, Ligia Bahia, Danielle Conte

Direitos e saúde reprodutiva: revisitando trajetórias e pensando desafios atuais
Rights and reproductive health: revisiting trajectories and reflecting on current challenges
Claudia Bonan Jannotti, Ana Lúcia Tiziano Sequeira, Katia Silveira da Silva

Peregrinação de mulheres paraibanas pelo acesso à Saúde fora do município de residência
Peregrination of Paraíba's women for the access to Health Assistance out of the municipal district of residence
Fátima Raquel Rosado Morais, Gabriela Maria Cavalcanti Costa, Telma Ribeiro Garcia, Lenilde Duarte de Sá

Reflexões sobre a sexualidade das mulheres idosas
Reflections on older women's sexuality
Gabriela Maria Cavalcanti Costa, Maria do Socorro Loureiro Cavalcanti, Dulce Maria Rosa Gualda

Interrupção voluntária de gravidez: panorama do debate político do projeto de lei 1135/91
Voluntary interruption of pregnancy: political debate overview about the draft Bill 1135/91
Carolina de Oliveira Nogueira, Tatiana Vargas de Faria Baptista

Os sentidos do aborto na organização social de gênero: posicionamentos por uma sociedade mais igualitária
The meaning of abortion in the social organization of gender: positioning for equality in society
Sandra Azeredo

ARTIGO DE OPINIÃO / OPINION ARTICLE

Violência contra mulher: um ponto final
Violence against women: a full stop
Jandira Feghali

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

Violência de gênero: uma reflexão sobre a variabilidade nas terminologias
Gender violence: a reflection on the variability in terminology
Mariana Porto Ruwer de Azambuja, Conceição Nogueira

107 Violência contra a mulher no município de Juazeiro, BA: autores e recidiva
Violence against the woman in the city of Juazeiro, Bahia, Brazil: authors and relapse
Nadirlene Pereira Gomes, Milca Ramaiane da Silva Carvalho, Anne Jacob de Souza Araújo, Tâmara Maria de Freitas Coelho, Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira

116 Hombres, subjetividad, trabajo y enfermedad coronaria: construcción de la vulnerabilidad en hombres adultos medios
Men, subjectivity, work and coronary disease: construction of the vulnerabilization process in middle age adults
Débora Tajer

124 Tapando o Sol com a peneira: bebida e relações de gênero na trajetória de mulheres alcoólatras
Attempting to cover up the obvious: drinking and gender relations in women's alcoholic trajectory
Fernanda de Carvalho Vecchi Alzuguir

135 La salud de las mujeres como problema prioritario de investigación en América Latina
Women's health as a prior problem to be investigated in Latin America
Doris Ospina Muñoz

147 Avaliação da qualidade dos serviços de saúde na rede básica em um município do sul do país: a visão do usuário
Evaluation of primary care Health services quality in a town in south of Brazil: the consumer vision
Solange Andryeak de Souza, Selma Cristina Franco

157 Reflexões acerca do acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais
Reflections on the user embracement at a Health Care Center in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil
Mirelle Dias Campos, Mariana Santos Felisbino Mendes, Grazielle Rodrigues Siqueira de Abreu, Divina Elenice Cardoso Bessas, Grazielle Neves Soares, Lúcio José Vieira

169 O ato médico: apenas uma disputa corporativa ou uma questão social no Brasil de hoje?
The Medical act: a corporative task or social question in Brazil today?
Geovani Gurgel Aciole

185 O corpo e a sua complexidade
The body and its complexity
José Pedro Rodrigues Gonçalves

ARTIGO INTERNACIONAL - OPINIÃO / INTERNATIONAL ARTICLE - OPINION

194 La política social sin política
The social politics without politics
Eduardo S. Bustelo

DOCUMENTOS HISTÓRICOS / HISTORICAL DOCUMENTS

210 Mulher e medicina
Women and medicine
Giovanni Berlinguer

213 Corpo e saúde
Body and Health
Giovanni Berlingue

O debate sobre gênero e Saúde, tema deste número da Saúde em Debate, é caro ao Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), pois representa a incorporação de uma questão central à atualização da agenda da Reforma Sanitária Brasileira, feita pela gestão 2006-2009 com afinco. Embora os estudos acerca da saúde com relação ao gênero já sejam freqüentes nessa área e o tema, como objeto da política, tenha alcance considerável nos movimentos sociais, este ainda é um assunto acessório na definição de estratégias futuras para a saúde no Brasil. Sabemos que a condição de gênero, assim como de etnia e de orientação sexual são definidoras de identidades que precisam ser consideradas não só na identificação das demandas e de necessidades em Saúde, mas também na formulação de políticas e programas específicos.

Tais características formadoras de identidade precisam ser vistas como elementos da diversidade que deve compreender o desenvolvimento da cidadania e dos direitos sociais contemporâneos. O Sistema Único de Saúde (SUS) garante um direito universal, mas a construção desse direito deve incluir a diversidade dos que estão à margem, das minorias. A igualdade, hoje, requer o reconhecimento e a incorporação tolerante da diferença, tanto na participação política como nos direitos civis e na construção dos direitos sociais. Por isso a Reforma Sanitária, que, antes de tudo, é um projeto de sociedade solidária, deve incorporar a categoria de gênero como elemento fundamental na definição de estratégias para a participação social, para a seguridade social e para o direito à Saúde, bem como no desenho das políticas e da gestão e, conseqüentemente, no modelo de atenção à Saúde.

O projeto Reforma Sanitária em debate: atualização da agenda, desafios à renovação dos conhecimentos e práticas, desenvolvido pelo CEBES desde 2006, procura aprofundar as relações entre as novas demandas sociais e o aprofundamento da Reforma Sanitária. Nas atividades desenvolvidas, procuramos trazer esses atores para o debate da Reforma, através de suas entidades representativas. Foi assim no seminário “Saúde e democracia: participação política e institucionalidade democrática”, realizado em junho de 2008, e no mais recente, “Seguridade social e cidadania: desafios para uma sociedade inclusiva”, que aconteceu em setembro de 2008. Nesses debates, ficou clara a necessidade de renovação das estratégias de Reforma Sanitária, já que diversos atores, hoje fundamentais no movimento da saúde, não são reconhecidos na Reforma e, desta forma, não tomam esse maior movimento em defesa da saúde como uma mobilização que articule suas demandas ou que oriente sua prática política. Para o CEBES, isso significa que a Reforma Sanitária deve acompanhar o ‘bonde da história’, atualizar-se para corresponder à complexidade dos temas e demandas em saúde hoje. Dessa forma, seria possível retomar o seu sentido histórico de construção democrática e progressista de uma sociedade mais justa e solidária, aglutinando cada vez mais pessoas e movimentos sociais à ação e à luta pelo direito à Saúde. Convidamos todos a participarem desse desafio, e a refletirem conosco em nosso blog, cujo link você encontra no endereço www.cebes.org.br, em nossos eventos e em nossas publicações.

A DIRETORIA NACIONAL

The debate on gender and health, subject of this edition of *Saúde em Debate*, is important for Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), because it represents the incorporation of a central issue to the update of the Brazilian Sanitary Reform agenda, carefully developed by the management 2006-2009. Although studies about health related to gender are already frequent in this field, and the subject has a considerable range in social movements as a political object, it is still a complementary theme for defining future strategies for health in Brazil. It is a known fact that the gender condition, as well as the ethnic one and the sexual orientation, are identity definers that must be considered not only to recognize the needs in the health field, but also to formulate policies and specific programs.

Such characteristics of identity formation should be seen as elements of the diversity that must comprehend the development of citizenship and contemporaneous social rights. The Brazilian public Health system (SUS, Sistema Único de Saúde) guarantees a universal right, but the construction of this right should include the diversity of those who are cast aside, the minorities. Equality, nowadays, requires the recognition and the tolerant incorporation of differences, not only in political participation, but also in civil rights and in the construction of social rights. That is why the Sanitary Reform, which is primarily a project of a solidary society, must incorporate the gender category as a major element for defining strategies for social participation, social security and health rights, as well as for the design of policies and management and, consequently, for the model of attention to health.

The project “Sanitary Reform in debate: updating the agenda, challenges for renewing knowledge and practices”, which has been developed by CEBES since 2006, tries to intensify the relation between the new social needs and the deepening of the Sanitary Reform. We attempt to bring these participants into the debate about the Reform through its representative organizations. This was the situation at the seminar “Health and democracy: political participation and democratic institutionalization”, that took place in June, 2008, and at the most recent one, “Social security and citizenship: challenges for an inclusive society”, which happened in September, 2008. In those debates, the need for renewing the strategies of the Sanitary Reform was clear, since many participants, that are, nowadays, essential for the health movement, are not recognized in the Reform. So, they do not consider this movement in defence of health to be a mobilization act that articulates its needs or guides its political practice. For CEBES, this means that the Sanitary Reform must accompany the ‘train of history’, updating itself to correspond to the complexity of the current subjects and needs of health. This way, it would be possible to recover its historic meaning of democratic and progressive construction of a fairer and more solidary society, uniting more and more people and social movements to the action and the struggle for the right to health. We invite all of you to join this challenge and to reflect with us in our blog, which the link you find in our website www.cebex.org.br, our events and publications.

THE NATIONAL DIRECTORATE

A motivação para a organização deste número, sob o tema *gênero e saúde*, está fundamentada no reconhecimento de que o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) aponta a importância da determinação social da saúde na qual inclui a condição de gênero. Esses determinantes sociais estão ligados a fatores econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam na ocorrência de problemas de saúde e, conseqüentemente, nos fatores de risco da população. De forma geral, os determinantes sociais podem ser considerados, também, como as condições sociais nas quais as pessoas vivem e trabalham, ou seja, as características sociais em que a vida transcorre (TARLOV, 1996).

Os problemas na área da saúde são gerados por diferenças sistemáticas na situação de saúde de certos grupos populacionais, sendo tais desigualdades, além de sistemáticas e relevantes, evitáveis, injustas e desnecessárias, e formadoras do conceito de iniquidade (WHITEHEAD, 2000). O enfrentamento das iniquidades exige intervenções exatamente nos fatores e mecanismos considerados como determinantes sociais, aqueles através dos quais as condições sociais afetam a saúde e que potencialmente alterados através de medidas que deveriam ser tomadas a partir de informações e evidências de sua ocorrência e relação (KRIEGER, 2001).

Segundo Nancy Adler (2006), pode-se identificar três gerações de estudos sobre as iniquidades em saúde. A primeira geração se dedicou a descrever as relações entre pobreza e saúde; a segunda, a descrever os gradientes de saúde de acordo com vários critérios de estratificação socioeconômica; e a terceira, e atual geração, dedica-se principalmente a estudar os mecanismos de produção das iniquidades ou, nas palavras de Adler, “está dedicada

a responder à pergunta: como a estratificação econômico-social consegue ‘entrar’ no corpo humano?”. Os estudos de gênero e saúde procuram responder a esta questão, ou seja, buscam esclarecer as influências das relações de poder e da condição feminina ou masculina na vulnerabilidade relacionada à saúde, produzindo, dessa forma, desigualdades que configuram esse conceito de iniquidade.

Os estudos de gênero surgiram em meados dos anos 1980 a partir de feministas americanas que queriam compreender e intervir na qualidade fundamentalmente social das diferenças baseadas em sexo. Com o uso desta terminologia o que se pretendia, inicialmente, era reforçar a rejeição ao determinismo biológico implícito no uso de termos como ‘sexo’ ou ‘diferença sexual’. Desta forma, esses estudos de gênero sublinhavam também o aspecto relacional das definições normativas de feminilidade.

Para estas autoras, o fato de a produção dos estudos feministas estar centrada nas mulheres, estreita e isoladamente, comprometia suas possibilidades analíticas. A proposta de uso do termo ‘gênero’ permitiria, segundo elas, introduzir uma noção relacional no vocabulário analítico e, ao mesmo tempo, conhecer a amplitude dos papéis sexuais e do simbolismo sexual nas sociedades, evidenciando as suas repercussões sobre as mulheres e os homens.

Um breve balanço sobre a contribuição dos estudos de gênero pode ser resumido na transformação dos paradigmas através dos quais as mulheres eram concebidas nas diversas disciplinas, o que confere visibilidade tanto à vivência pessoal e subjetiva como também às atividades públicas e políticas. No entanto, os estudos de gênero em qualquer disciplina do campo da saúde, não devem prescindir das analogias com a classe e a raça. Para se imprimir uma visão política mais ampla do problema, o pesquisador deve

recorrer a essas três categorias que possibilitam concepções mais amplas e integrais da situação de desigualdade de poder de um sexo sobre o outro, complementando-as com uma análise do sentido e da natureza desta condição de desigualdade. Vem daí a razão pela qual as desigualdades de gênero devem ser estudadas preferencialmente a partir destas três categorias ou eixos de análise.

No Brasil, os estudos de gênero em saúde surgiram mais tardiamente impulsionados pelo Grupo Temático de Gênero e Saúde da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), criado no início dos anos 1990. Este grupo desenvolveu um importante papel, contribuindo para uma melhor visibilidade da produção acadêmica nos respectivos congressos e publicações daquela entidade.

Os artigos apresentados à *Saúde em Debate* foram resultado da ampla convocação para este número e refletem, de certa forma, um panorama do campo de estudos acerca de gênero e saúde: a predominância de estudos sobre a saúde das mulheres, a ausência de estudos de comparação entre os sexos como base de evidência das vulnerabilidades existentes nas relações de gênero e no uso do feminismo como referência. Mas, a diversidade dos temas abordados já delineia os avanços desta modalidade de produção acadêmica, antes restrita aos assuntos relacionados à temática materno-infantil, ou seja, gravidez, parto e aleitamento materno.

Nesta perspectiva, os artigos temáticos da presente edição contemplam diversas questões fundamentais para a saúde das mulheres e distribuem-se em abordagem de análise de políticas e serviços,; sexualidade,; aborto, violência. Dois outros artigos reforçam a avaliação das relações de gênero como fator determinante social da saúde e ainda são abordadas as perspectivas para uma agenda de estudos e pesquisas sobre o tema.

O artigo “A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para mulheres no Brasil” de autoria de

Ana Maria Costa, Lígia Bahia e Danielle Conte, apresenta uma análise da trajetória de formulação e implementação das políticas de saúde destinadas às mulheres nos últimos anos, levando-se em consideração os contextos de participação social e a política das conferências e movimentos sociais, especialmente os feministas, articulados ao processo da reforma sanitária. O Estudo traz, ainda, uma discussão sobre a implementação dessas políticas nos últimos anos, com relação ao SUS, e aponta sugestões a serem consideradas em sua avaliação e gestão.

De forma complementar, o artigo “Direitos e saúde reprodutiva: revisitando trajetórias e pensando desafios atuais” de autoria de Cláudia Bonan Jannotti, Ana Lúcia Tiziano Sequeira e Kátia Silveira da Silva, analisa o tema da reprodução em uma perspectiva histórica dos direitos, com foco no debate nos direitos reprodutivos. As autoras partem do pressuposto de que direitos reprodutivos e saúde reprodutiva, apresentam desafios operacionais para a sua efetivação e apontam a necessidade de uma retomada e ampliação do Movimento da Reforma Sanitária como possível impulsionador de sua implementação.

A situação do atendimento na rede pública de saúde do estado da Paraíba foi analisado, por meio de entrevistas com mulheres que foram levadas a procurar um Posto de Assistência da capital de João Pessoa, no artigo intitulado “Peregrinação de mulheres paraibanas pelo acesso à saúde fora do município de residência” de autoria de Fátima Raquel Rosado Moraes, Gabriela Maria Cavalcanti Costa, Telma Ribeiro Garcia e Lenilde Duarte de Sá.

Uma análise do conceito de sexualidade no contexto da velhice, envolvido por aspectos culturais que atribuem valores de abolição das vivências sexuais entre as mulheres idosas, consta nos resultados do estudo realizado por Gabriela Maria Cavalcanti Costa, Maria do Socorro Loureiro Cavalcanti e Dulce Maria Rosa Gualda, apresentado no artigo “Reflexões sobre a sexualidade das mulheres idosas”.

As autoras Carolina de Oliveira Nogueira e Tatiana Wargas de Faria Baptista, realizaram um estudo

do processo de tramitação legislativa do Projeto de Lei que propõe a descriminalização do aborto no país, no artigo “Interrupção voluntária de gravidez: panorama do debate político do projeto de lei 1135/91”. O artigo apresenta uma argumentação que aponta a ilegalidade do procedimento como fator responsável pelas elevadas taxas de mortalidade materna, ou seja, como questão de saúde pública. As autoras alertam para a ausência de unanimidade no tema referente ao aborto na coesa ‘bancada da saúde’ trazendo evidências da existência de uma forte tendência conservadora e fundamentalista sobre os assuntos das políticas relacionadas aos direitos reprodutivos, especialmente o aborto.

Sandra Azeredo apresenta o ensaio “Os sentidos do aborto na organização social de gênero: posicionamentos por uma sociedade mais igualitária” no qual apresenta e discute os diferentes posicionamentos apresentados no debate público no Brasil em 1997, no processo de aprovação do projeto de lei que regulamenta o atendimento dos casos de aborto legal na rede pública de saúde. A argumentação dos contrários a essa idéia foi a visibilidade do feto contraposta ao direito e à autonomia de decisão das mulheres.

Na abertura do grupo de artigos dedicados ao tema da violência de gênero, encontra-se o artigo de opinião, de autoria da ex-deputada federal Jandira Feghali, cujo título fala por si só “Violência contra mulher: um ponto final”. A autora apresenta uma forte argumentação de que o combate à violência contra as mulheres seria um desafio para a democracia, além de apresentar e comentar a Lei Maria da Penha, da qual foi a relatora no momento de sua tramitação pelo Congresso Nacional, criada com essa finalidade.

Em seguida, o artigo “Violência de gênero: uma reflexão sobre a variabilidade nas terminologias”, de autoria de Mariana Porto Ruwer de Azambuja e Conceição Nogueira, tem como ponto de partida a idéia da violência contra as mulheres como problema mundial de saúde pública. A autora identifica suas diversas denominações entre países e

propõe o uso do conceito de gênero e, portanto, das relações de poder, na análise do fenômeno.

A realização de um estudo de caracterização das queixas de violência contra as mulheres nas delegacias do município Juazeiro na Bahia, foi o objeto de estudo do artigo “Violência contra a mulher no município de Juazeiro, Bahia” de autoria de Nardilene Pereira Gomes, Milca Ramaiane da Silva Carvalho, Anne Jacob de Souza Araújo e Tâmara Maria de Freitas Coelho.

Os dois artigos seguintes tratam de análises sobre as relações de gênero como determinantes sociais da saúde. No primeiro, “Varones, subjetividad, trabajo y enfermedad coronaria, construcción de la vulnerabilidad en varones adultos medios” Débora Tajer analisa os processos de subjetivação relacionados à construção social do gênero entre homens adultos portadores de doenças isquêmicas do coração, alertando sobre a condição de gênero como fator de vulnerabilidade. A seguir, o artigo “Tapando o Sol com a peneira: bebida e relações de gênero na trajetória de mulheres alcoólatras”, de Fernanda de Carvalho Vecchi Alzuguir, traz uma análise dos atributos do sexo feminino entre mulheres alcoólatras, caracterizando as formas de uso da bebida e fornecendo informações relevantes para uma abordagem clínica destes casos.

O artigo seguinte discute as perspectivas de construção de uma agenda de estudos e pesquisas sobre a temática de gênero e saúde. Doris Ospina Muñoz, faz uma revisão dos indicadores econômicos e de saúde que vem se processando na América latina, orientada pela questão da persistência das desigualdades nas vulnerabilidades de gênero apesar da ocorrência de mudanças tecno-científicas. A autora chama a atenção do leitor para a deficiência de informações que não levam em consideração a categoria de gênero, propondo uma formação de pesquisadores com domínio nesta metodologia.

Dois documentos históricos são também apresentados nesta revista. Trata-se de uma entrevista com Giovanni Berlinguer sobre a questão do aborto como um tema para

a democracia e como questão de saúde pública. Giovanni é um dos grande apoiadores ao processo da Reforma Sanitária Brasileira.

Como característica da nova política editorial da Saúde em Debate, além dos artigos temáticos sobre gênero, foram publicados outros cinco artigos neste número. Dentre esses artigos, enviados ao balcão para avaliação e publicados de acordo com a ordem em que são aprovados, dois deles dedicam-se ao tema da atenção na rede básica de Saúde. O primeiro, de Solange Andryeikak de Souza e Selma Cristina Franco, traz os resultados de uma pesquisa de avaliação de serviços de saúde na rede básica sob a ótica do usuário, um tema que merece importância neste momento de avaliação e reflexão acerca dos 20 anos de existência do SUS. O outro, de Mirelle Dias Campos *et al.*, não deixa de ser também uma avaliação, pois traz os resultados de uma análise sobre o acolhimento em uma unidade básica de Saúde, do ponto de vista dos usuários, familiares e profissionais que realizam esta atividade, além de ser uma observação e percepção dos acadêmicos da Medicina sobre a prática do acolhimento. Ambos os artigos trazem importantes contribuições para o campo da saúde na rede básica.

O terceiro artigo discute o ato médico, um tema que traz posições apaixonadas e favoráveis ou contrárias e que permanece em debate. A posição do autor Giovani Gurgel Aciole é favorável a uma submissão das posições corporativas aos interesses maiores das necessidades de Saúde e da política de saúde.

O quarto artigo, de autoria de José Pedro Rodrigues Gonçalves, traz uma reflexão sobre o corpo a partir de uma abordagem complexa com o objetivo de construir uma compreensão não convencional sobre o corpo no âmbito das práticas de saúde. Pode, certamente, ser uma contribuição que qualifique a forma como um profissional de saúde lida com a complexidade do corpo.

Na seção internacional, publicamos o artigo de Eduardo S. Bustelo, que nos propicia a visão de uma análise

e reflexão sobre os diferentes modelos de políticas sociais na América Latina, particularmente com relação ao modelo que o autor denomina histórico: o modelo neoliberal.

Boa leitura!

Paulo Amarante
EDITOR CIENTÍFICO

Ana Maria Costa
EDITORA ADJUNTA

REFERÊNCIAS

ADLER, N. *Behavioral and social sciences research contributions in NIH Conference on Understanding and Reducing Disparities in Health*, oct. 23-24, 2006 NIH Campus, Bethesda, Maryland. Disponível em: <http://obsr.od.nih.gov/HealthDisparities/presentation.html>. Acesso em: 20 jul. 2008

KRIEGER, N. A Glossary for social epidemiology. *J. Epidemiology Community Health*, v. 55, p. 693-700, oct. 2001.

TARLOV, A. Social determinants of health: the socio-biological translation. In: BLANE, D.; BRUNNER, E.; WILKINSON, R. (Eds.). *Health and social organization*. London: Routledge, 1996. p. 71-93.

SCOTT, J. *Gênero: uma categoria útil para a análise histórica*. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/textos/generodh/gen_categoria.html. Acesso em: 22 jul. 2008.

WHITEHEAD, M. *The concepts and principles of equity and health*. EUR/ICP/RPD 414, 7734r, Geneva: WHO, 2000.

The motivation to organize this thematic number about gender and health was based on the recognition that Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) attributes to the importance of the gender condition as a social and cultural determiner of health. The social determiners of health are social, economic, cultural, ethnic and racial, psychological and behavioral factors that influence the occurrence of health issues and, consequently, their risk factors upon the population. Generally speaking, social determiners can also be considered as social conditions under which people live and work, or the social characteristics under which life goes by (TARLOV, 1996).

Health inequalities are systematic differences in the health situation of groups in the population, and these health inequalities that, besides being systematic and relevant, are avoidable, unfair and unnecessary, make up the concept of inequities (WHITEHEAD, 2000). Facing these inequities requires interventions in the factors and mechanisms considered as social determiners, those through which social conditions affect health, and that can be potentially altered with actions that must be implemented from information and evidences about its occurrence and relation (KRIEGER, 2001).

According to Nancy Adler (2006), it is possible to identify three generations of studies about inequities in health. The first generation described the relations between poverty and health; the second described the gradients of health according to different criteria about social and economic stratification; the third and current generation is mainly dedicated to studying the mechanisms for producing inequities or, to use Adler's expression, "it is dedicated to answering the question:

how can social and economic stratification 'enter' the human body?". The gender studies about health try to answer that question, that is, to elucidate the influences of the feminine or masculine condition in gender relations, in the degree of vulnerability related to health, thus establishing inequalities that are configured in the concept of inequities in health.

Studies about gender started in the eighties and were made by American feminists who insisted on the substantial social quality of differences based on gender. The use of the terminology at first intended to reinforce the rejection of the biological determinism implicit in the use of words such as 'sex' or 'sexual difference'. So, the studies about gender also emphasized the relational aspect of normative definitions of femininity.

For these authors, the fact that the production of feminist studies was centered on women in a very isolated and narrow way, jeopardized its analytical possibilities. The proposal of using the word "gender", according to them, would allow the introduction of a relational notion in the analytical vocabulary and, at the same time, show the wideness of sexual roles and sexual symbolism in societies, recognizing the repercussions of this situation for women and men.

A brief analysis of the contribution of the studies about gender can be summarized in the transformation of paradigms with which women were conceived in many subjects. This guaranteed a visibility to personal and subjective experiences, as well as to public and political activities. Nevertheless, studies about gender, in any discipline of the health field, should not be related to analogies of class and race. In order to have a broader political view of the problem, the researchers

must appeal to these three categories that enable more integral conceptions of the inequality of power from one gender to another. This point of view should be complemented by the analysis of meaning and nature of this condition of inequality.

In Brazil, studies about gender in health came up later, under the influence of Grupo Temático de Gênero e Saúde (Thematic Group of Gender and Health), from ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Brazilian Association of Post-Graduation in Collective Health). Created in the beginning of the nineties, the group acted and contributed for a greater visibility of the academic production in its congresses and publications.

The articles that were presented to *Saúde em Debate* (**Magazine Health in Debate**) were the result of a great convocation for this number, and reflect, in a certain way, the scenery of studies about gender in health: predominance of studies about women's health, absence of comparative studies between genders as a base of vulnerabilities evidence in gender relations and in the use of feminism as a reference. But the diversity of discussed themes already outlines the advances in this type of academic production, which was before restricted to subjects related to mother-child subjects, such as pregnancy, childbirth and breastfeeding.

Under this perspective, thematic articles in this edition are distributed in five categories of approach: analysis of policies and services, sexuality, abortion, violence, relations of gender as a factor in the social determination of health and perspectives for studies and researches.

The article “Women's health and SUS – Brazilian public health system: bonds and diversities in the process of formulating, implanting and evaluating health policies for women in Brazil”, by Ana Maria Costa, Lúgia Bahia and Danielle Conte, presents the

analysis and process of formulating and implementing health policies destined to women in the last years, and also analyzes the context of social and political participation in conferences and social movements, especially about feminists, articulated to the process of sanitary reform. It also includes a discussion about the implementation of these policies in the last years related to SUS, pointing out gaps to be considered in its evaluation and management.

As a complement, the article “Rights and reproductive health: revisiting trajectories and thinking of current challenges”, by Claudia Bonan Jannotti, Ana Lucia Tiziano Sequeira and Kátia Silveira da Silva, analyzes reproduction under a historical perspective of the rights, focusing the debate on reproductive rights. The authors start from the concepts of reproductive rights and reproductive health, present the operational challenges to put these rights into effect, and point out the need of restarting the enlargement of the sanitary reform movement as a stimulating possibility for its effectiveness.

The situation in the public assistance of the state of Paraíba was analyzed by interviews with women who were taken to an assistance base in the capital, João Pessoa, and was the object of the article entitled “Peregrination of Paraíba's women for access to health outside their home town”, by Fátima Raquel Rosado Morais, Gabriela Maria Cavalcanti Costa, Telma Ribeiro Garcia and Lenilde Duarte de Sá.

The study of the concept ‘sexuality’ in the context of the elderly is full of cultural aspects that attribute values of abolition of sexual experiences among older women. These are results from the study made by Gabriela Maria Cavalcanti Costa, Maria do Socorro Loureiro Cavalcanti and Dulce Maria Rosa Gualda, presented in the article “Reflections on older women's sexuality”.

The authors Carolina de Oliveira Nogueira and Tatiana Vargas de Faria Baptista made a study about

the legal process of a Law Project that proposes the decriminalization of abortion in the country, registered in the article “Voluntary pregnancy interruption: scenery of the political debate on Law Project 1135/91”. The text identifies the argument about the illegality of the procedure as being responsible for the high maternal mortality rate, as an issue of public health. The authors alert for the absence of unanimity about the theme ‘abortion’ at the “health bench”, showing evidences of strong conservative and fundamentalist tendencies about the policies related to the reproductive rights, especially regarding abortion.

Sandra Azeredo presents an essay entitled “The Meanings of Abortion at the Social Organization of Gender: opinions for a more equalitarian society”, which presents the different opinions that were present in the public debate, in Brazil, about the process of approval, in 1977, of the Law Project that regulates the assistance in cases of legal abortions at the public health system. The argument of the opponents was the utilization of the visibility of the fetus against the women’s rights and autonomy to make a decision.

Starting the group of articles dedicated to the subject violence of gender, there is the article of opinion by the former federal deputy Jandira Feghali, entitled “Violence against women: a full stop”. The author presents strong arguments about fighting the violence against women as a challenge for democracy, and presents Law Maria da Penha, created for this end, of which she was the reporter in the legal process at the National Congress.

Right after, the article “Violence of gender: a reflection on the variability of terminologies”, by Mariana Porto Ruwer de Azambuja and Conceição Nogueira, discusses the violence against women as a worldwide public health issue, identifies its different denominations in distinct countries and proposes the use of the concept of gender, so, the relations of power, for the analysis of the phenomenon.

The realization of a characterization study of the complaints in police stations in Juazeiro, Bahia, related to violence against women, was the object of the article “Violence against women in the city of Juazeiro, Bahia, Brazil”, by Nardilene Pereira Gomes, Milca Ramaiane da Silva Carvalho, Anne Jacob de Souza Araújo and Tâmara Maria de Freitas Coelho.

The two following articles are about relations of gender as social determiners of health. In the first one, “Varones, subjetividad, trabajo y enfermedad coronaria, construcción de la vulnerabilidad en varones adultos médios”, Débora Tajer analyzes the processes of subjection related to the social construction of gender among adult men with ischemic heart diseases, alerting for the gender condition as a vulnerability factor. The second one, “Tapando o sol com a peneira: bebida e relações de gênero na trajetória de mulheres alcoólatras”, by Fernanda de Carvalho Vecchi Alzuguir, analyzes the attributes of the feminine gender among alcoholic women, characterizing the ways they use the drinking and providing relevant information for clinical approach in such cases.

The next article discusses the perspectives for constructing an agenda of studies and researches about the themes gender and health. Doris Ospina Muñoz writes based on a review oriented by the question concerning the persistence of inequalities of gender vulnerabilities, in spite of the technological and scientific changes, economical and health indicators that have been happening in Latin America. The author alerts for the lack of information that do not use the gender category, proposing the formation of researchers who know about this methodology.

Two historical documents are also presented in this publication. They bring an interview with Giovanni Berlinguer about the issue of abortion as a theme for democracy and public health. Giovanni is one of the inspirers of the Brazilian Sanitary Reform.

As a characteristic of the new editorial policy of *Saúde em Debate* (Health in Debate), besides the thematic articles about gender, there are other five ones published in this edition. They are articles sent for evaluation and published according to the order in which they are approved. Two of them are about the attention to the basic health system. The first one, by Solange Andryeak de Souza and Selma Cristina Franco, brings the results of a research about the evaluation of health services in the basic system under the point of view of the user. This theme deserves great attention in this moment of evaluation of and reflection on the 20 years of SUS existence. The other article, by Mirelle Dias Campos *et al.*, is also an evaluation for it brings the results of an analysis about user embracement in a basic unit of health, from the point of view of the users, family members and professionals who work with this activity, besides the observation and perception of medicine academics about the practice of user embracement. Both articles have important contributions for the field of health and its basic system.

The third article brings back the discussion about the medical act, a theme that mobilizes passionate pro and con opinions, and that is still under debate. The opinion of the author, Giovani Gurgel Aciole, is in support of the corporate positions subjecting themselves to bigger interests of the needs of health and policies of health.

The fourth article, by José Pedro Rodrigues Gonçalves, describes a deep reflection on the body by an approach from the field of complexity, with the purpose of building a non-conventional understanding about the body in the field of health practices. It is certainly a contribution that qualifies the way that the professional of health deals with the complexity of the body.

In the international section, we have published the article by Eduardo S. Bustelo, which shows an important analysis of the different models of social policies in Latin

America, especially between the model the author calls historical and the neoliberal model.

Enjoy your reading!

Paulo Amarante
EDITOR CIENTÍFICO

Ana Maria Costa
ASSOCIATED EDITOR

REFERENCES

ADLER, N. *Behavioral and social sciences research contributions in NIH Conference on Understanding and Reducing Disparities in Health*, oct. 23-24, 2006 NIH Campus, Bethesda, Maryland. Disponível em: <http://obsr.od.nih.gov/HealthDisparities/presentation.html> Acesso em: 20 jul. 2008

KRIEGER, N. A Glossary for social epidemiology. *J. Epidemiology Community Health*, v. 55, p. 693-700, oct. 2001.

TARLOV, A. Social determinants of health: the socio-biological translation. In: BLANE, D.; BRUNNER, E.; WILKINSON, R. (Eds.). *Health and social organization*. London: Routledge, 1996. p. 71-93.

SCOTT, J. *Gênero: uma categoria útil para a análise histórica*. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/textos/generodh/gen_categoria.html. Acesso em: 22 jul. 2008.

WHITEHEAD, M. *The concepts and principles of equity and health*. EUR/ICP/RPD 414, 7734r, Geneva: WHO, 2000.

A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para mulheres no Brasil

Women's health and SUS (Brazilian public health system): bonds and diversities in the process of formulating, implanting and evaluating health politics for women in Brazil

Ana Maria Costa ¹
Ligia Bahia ²
Danielle Conte ³

¹ Médica; doutora em Ciências da Saúde, Ministério da Saúde (MS).
anamariacosta@terra.com.br

² Médica; doutora em Saúde Pública; professora do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).
ligiabahia@terra.com.br

³ Mestranda da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp-Fiocruz).
danielle.conte@gmail.com

RESUMO *Baseado em uma revisão bibliográfica da literatura especializada, incluindo a consulta de documentos oficiais, as autoras examinaram o processo de formulação e implementação das políticas de saúde das mulheres no Brasil das quatro últimas décadas. As relações estabelecidas entre o Movimento pela Reforma Sanitária, os movimentos feministas e as diversas conjunturas que as contextualizam, bem como a influência das agendas feministas internacionais, constituem o eixo de análise deste ensaio. O artigo aponta sugestões para futuras análises do tema, incluindo a associação da saúde integral de mulheres e a consolidação do SUS, às marcas culturais da construção do gênero e à politização da sociedade e das mulheres como estratégia de garantia de direitos.*

PALAVRAS-CHAVE: *Política de Saúde; Saúde da mulher; Assistência integral à saúde.*

ABSTRACT *Based on a bibliographical review of specialized literature, and also consulting official documents, the authors have examined the process of formulating and implementing health policies for women in Brazil in the last 4 decades. The relations established between the Movement for Sanitary Reform, the feminist movements and the different conjunctures that put them into context, as well as the influence of international feminist agendas, compose the line of analysis of this essay. The article points out gaps for future analysis of the theme, including the association of the Integral Health for Women, the consolidation of the public health system, the cultural remarks of gender construction and the politization of society and women as a strategy of assuring rights.*

KEYWORDS: *Health Policy; Women's health; Comprehensive health care.*

INTRODUÇÃO

As políticas públicas de saúde, voltadas ao atendimento de demandas e à garantia de direitos particulares da população feminina, abrangem desde aquelas de caráter essencialmente reprodutivo, nucleadas em torno da concepção/anticoncepção, até aquelas mais abrangentes, destinadas a assegurar melhores condições de vida e saúde. No entanto, houve variação no espectro de apresentação e na ênfase na demografia/saúde dessas políticas ao longo do tempo. A estratégia de fusão de políticas de controle demográfico às de saúde foi fortemente praticada sob o rótulo de solução para as principais mazelas socioeconômicas do país. Mas, a construção de um campo autônomo de conhecimento e práticas de política de Saúde das mulheres questionou essas iniciativas, quer quando embaladas em teorias sociais, quer em suas apresentações empiricistas. Essas tensões, conflitos e eventuais convergências projetaram-se na formulação do projeto da Reforma Sanitária e na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, ainda hoje, tonificam o debate sobre avaliação e rumos da formulação e estratégias de execução de programas e políticas de Saúde das mulheres.

Adicionalmente, duas ordens de problema integram a reflexão sobre avaliação e tendências das políticas de Saúde da mulher. Em primeiro lugar, destacam-se os problemas relacionados às traduções operacionais das teorias e conceitos produzidos em instituições de ensino e pesquisa. A difusão parcial desses referenciais nos fóruns de debate e na mídia trazem repercussão, fazendo com que sejam incorporados nas redes de cuidados e assistência à Saúde. As matrizes conceituais das várias disciplinas que compõem a reflexão sobre a saúde da

mulher, bem como as distintas velocidades de andamento dos complexos processos político-institucionais do SUS e outras políticas pautadas pelo compromisso em defesa da cidadania, ressaltam a complexidade do tema. Por outro lado, a politização da saúde da mulher expressa, na difusão seletiva feita pela mídia e pela indústria cultural das demandas, alternativas assistenciais disponíveis e inovações tecnológicas referentes a intervenções biomédicas nos ciclos da vida reprodutiva que percorrem o debate, tanto nas abordagens críticas quanto nas conservadoras, influenciadas pelo senso-comum. As aparentes polarizações relacionadas aos problemas tomados como pontuais como aborto, reprodução *in vitro*, lesbianismo, e que por vezes são estendidas até ao debate sobre a identidade feminina, ofuscam as múltiplas dimensões dos problemas e demandas envolvidos na saúde da mulher.

Em segundo lugar destacam-se as diferenças entre as expectativas depositadas durante o processo de democratização e a obtenção de direitos de cidadania. A assimetria entre os generosos direitos previstos na Constituição de 1988 e a agenda social restrita que, a despeito de variações significativas que a sucedem, modulou o tom e o conteúdo das políticas públicas, inclusive das políticas de Saúde e das de saúde da mulher. A imunidade das desigualdades econômico-sociais em relação à ampliação da democracia política revelou a reorganização do intrincado jogo de forças sociais que as preservam. No contexto recessivo, as restrições fiscais e os fortes apelos ao pragmatismo e à individualização dos problemas sociais tornam as perspectivas de implementação de políticas abrangentes distantes da realidade. Os direitos de cidadania passam a ser encarados ora como mera utopia, ora como o desfecho de um processo revolucionário. Ambas as acepções desnaturam tanto o sentido original das reformas democráticas quanto a extensão dos direitos sociais enquanto fundamentos de um estado de bem-estar social.

No Brasil, a construção do projeto contra-hegemônico de Reforma Sanitária contou com a decisiva participação dos movimentos sociais. A contraposição do conceito de Atenção Integral à Saúde das Mulheres aos conteúdos, instrumentos e tecnologias dos programas materno-infantis, trouxe reconhecimento à inclusão das idéias feministas nas instâncias de debate das políticas de Saúde. Essa contraposição possibilitou, ainda, que entidades feministas participassem da execução dos Programas de Saúde da Mulher, resultando na inclusão destas entre os fundadores do SUS. A reflexão acerca das rupturas e continuidades dos pares de categorias, cultura e natureza, gênero e sexo, autonomia e dependência, forneceu subsídios sólidos para a tradução operacional do conceito de Saúde Integral da Mulher e potencializou os compromissos dos movimentos feministas com a defesa de um sistema universal de Saúde.

Ressalta-se a presença consciente, e bem-vinda, das tensões entre universal e particular, público e privado no rico conjunto de serviços disponíveis para a saúde das mulheres. A inscrição permanente do tema nas agendas de pesquisa e nas agendas governamentais, que muitas vezes denunciam e fundamentam a não implementação plena das políticas e programas de saúde da mulher, o debate no plano internacional e a imergência de novas demandas e conflitos, longe de esgotá-lo, reafirmam sua polissemia e renovam a exigência de análises aprofundadas.

O presente trabalho sistematiza a evolução das políticas públicas de Saúde para as mulheres no Brasil a partir dos anos 1980. É imprescindível o reconhecimento dos riscos e das conseqüências adversas dos trabalhos panorâmicos. Por outro lado, a intenção é apresentar análises sobre o conjunto de referências e documentos para, então, contribuir com a demonstração de algumas lacunas, suscitar indagações e antecipar reequacionamentos dos problemas relacionados ao tema.

DA INSTRUMENTALIZAÇÃO E CONTROLE À INTEGRALIDADE: A FORMULAÇÃO DO PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

O processo de formulação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) está inextrincavelmente associado a uma dupla ruptura conceitual e a uma disputa ética. Na dimensão valorativa, o questionamento simultâneo das matrizes instrumentalizadoras dos programas de Saúde materno-infantis e a rejeição a um sistema de Saúde fragmentado, excludente e privatizado, edificaram simultaneamente uma nova concepção de Saúde e de saúde da mulher. No âmbito ético-político, o enfretamento às práticas de controle da natalidade e pronatalistas pela elevação do planejamento familiar, sob a condição de direito de cidadania, deslocou obscuras entidades privadas do prosclênio das políticas demográficas. Esse efervescente processo de articulação de teorias a práticas contra-hegemônicas teve como substrato não apenas as mudanças estruturais, mas também a organização do movimento de mulheres no Brasil.

Ao longo dos anos 1980, grupos de mulheres de vários estados aprofundaram a reflexão acerca das interfaces entre a esfera pública e privada, o individual e o coletivo, apontadas pelos documentos oriundos dos encontros feministas. A conquista da igualdade traduziu-se no direito à sexualidade, ao corpo e à livre opção pela maternidade, exaltando operacionalmente a bandeira máxima do feminismo: “nosso corpo nos pertence”. Simultaneamente, preconizava-se o não à violência e à discriminação no mercado de trabalho. Dentre as campanhas, voltadas à denúncia de violência contra as mulheres, à conquista das creches públicas e à participação das mulheres nos partidos políticos, agremiações e centrais sindicais, a Atenção Integral à Saúde da Mulher conquistou um lugar de destaque como demanda política.

No que diz respeito à Saúde, as estratégias de intervenção das organizações feministas contemplaram a valorização da crítica e autonomia das mulheres em relação aos profissionais e serviços de Saúde, reduzindo a assimetria do poder entre as usuárias e refletindo na medicalização. Estão inclusas, ainda, as propostas de um cardápio com mais diversidade de alternativas assistenciais, de acordo com a complexidade das questões relacionadas à saúde feminina nas diferentes regiões do país. A centralidade do tema 'atenção saúde' no Brasil, especificou-se em função da gravidade, magnitude e repercussão dos aspectos da reprodução em contraponto à panacéia do controle da natalidade defendido pelos neomalthusianos. Com esse conjunto de contribuições, que trouxe consistência e consequência ao tema da integralidade em Saúde, ficou marcada a participação das feministas na construção do projeto de Reforma Sanitária Brasileira.

Costa (2004) identifica a presença de cada um desses elementos no processo de formulação do PAISM. Para a autora, o PAISM, lançado em 1983 como uma proposta do Ministério da Saúde, sintetizou um duplo movimento: a oposição às políticas de controle da natalidade e a afirmação das aspirações das mulheres em relação à democratização das informações relativas ao corpo, à saúde e à sexualidade.

Desde 1960, as mulheres brasileiras vinham processando a ruptura com o clássico e exclusivo papel social que lhes era atribuído pela maternidade, introduzindo-se no mercado de trabalho e ampliando suas aspirações de cidadania. Controlar a fecundidade pela prática da anticoncepção passa a ser aspiração das mulheres. A vivência plena da sexualidade expressa-se nos novos padrões de comportamento sexual, que desvincularam a maternidade da vida e liberdade sexuais (COSTA, 2004, p. 40).

Ambos os movimentos articularam-se em torno das acepções de produção e determinação social da Saúde convergentes no projeto de Reforma Sanitária. O

conceito ampliado de Saúde encontrou no movimento feminista a confirmação das necessidades de mudanças nas acepções e práticas sociais, assistenciais e na formulação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, um marco por ter sido sua primeira tradução operacional.

Comparando aspectos que caracterizam o PAISM com os aspectos de um programa materno-infantil tradicional, observa-se, na política integral, o alargamento da atuação governamental que não se restringe ao acompanhamento das mulheres em todas as idades, redefinindo as atribuições governamentais no que diz respeito ao planejamento familiar. Esta política explicitou, ainda, o reconhecimento de que o direito à Saúde implica no acesso a emprego, educação, habitação, boas condições ambientais, e não apenas em assistência médica, o que rompe radicalmente com as bases teórico-instrumentais dos programas materno-infantis (COSTA, 1999).

Para sua operacionalização é recomendada a ampliação da oferta de informações, da participação social e da humanização do atendimento, conferindo à saúde da mulher o *status* de direito de cidadania e empoderamento. O PAISM inclui a oferta de ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínicas ginecológicas, no pré-natal, no parto e puerpério, no climatério, no planejamento familiar, no que diz respeito às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), ao câncer de colo de útero e mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

Nesse sentido, pode-se dizer que o PAISM integra o acervo dos consistentes projetos contra-hegemônicos criados durante a luta pela democratização e garantia das liberdades individuais e civis. As bandeiras do movimento sanitário e do movimento feminista, justapostas a um deliberado esforço de articulação com as instituições de ensino e pesquisa e com técnicos das instituições de

saúde, anteciparam as propostas de reforma em vários setores sociais que se sobressaíram nos anos seguintes.

*A Saúde Integral da Mulher no SUS: PAISM,
8ª Conferência Nacional de Saúde, Conferência
Nacional de Saúde da Mulher e Constituição de 1988*

Em meados da década de 1980, a ebulição dos movimentos sociais assume uma feição nitidamente política. As insatisfações com as condições de vida, de trabalho e com a condução política do governo resultaram nas greves do final dos anos 1970 e durante os anos 1980. Com a criação do Partido dos Trabalhadores (PT), em 1980, e com a derrota do governo nas eleições para governador em vários estados, a oposição passou a contar com importantes personalidades políticas que alargaram e renovaram as arenas de debate e negociação. Na conjuntura de transição para a democracia, a mobilização dos movimentos sociais, inclusive a do movimento de mulheres, se intensificou.

Na esteira da busca por espaços políticos, foi criado, em 1985, o Conselho Nacional de Direitos da Mulher. Nessa mesma época, surgiram os Conselhos Estaduais de Direito da Mulher e foram implantadas Delegacias de Defesa da Mulher. A participação de sanitaristas feministas, comprometidas com as instâncias relacionadas ao setor da Saúde, aliadas às representações femininas na Câmara Federal e no Poder Legislativo de estados e municípios, fortaleceu o debate nos fóruns, organizados pelos movimentos de mulheres, e no movimento sanitário pela necessidade de mudanças profundas no sistema da Saúde.

As demandas por Saúde e as propostas de mudanças no Sistema Nacional de Saúde constituem uma das bases que estruturam o Projeto de Reforma Sanitária, apresentado e debatido durante o processo de convocação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986), com cerca de 5.000 participantes, em

1986. A marcante das mulheres nos debates sobre a Reforma Sanitária, e o amplo reconhecimento sobre as especificidades do tema Saúde da Mulher viabilizaram a aprovação, entre as resoluções da 8ª Conferência Nacional de Saúde, da convocação da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher.

Com base nas premissas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, sobre o conceito ampliado de Saúde, a Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, organizada também em 1986 pelo Conselho Nacional de Direitos da Mulher com o apoio do Ministério da Saúde, do Ministério da Previdência e dos movimentos de mulheres de todo o Brasil, reafirmou e detalhou as diretrizes norteadoras das políticas de saúde da mulher transformando-as em resoluções programáticas. As resoluções formuladas por cerca de 900 participantes, além de referendar a criação de um sistema universal de Saúde e da Política de Atenção Integral às Mulheres, reiteraram a autonomia e reivindicam a descriminalização do aborto e a liberdade de planejamento familiar.

As resoluções desta Conferência foram sintetizadas na “Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes”, datada de 1987. Tal carta destaca duas premissas: a de que Saúde seria um direito de todos e dever do Estado, e a de que a mulher teria direito a atenção à sua saúde, independentemente do seu papel de mãe.

Lutava-se pelos princípios de atenção integral à saúde da mulher e enfatizava-se a oposição à coerção de entidades públicas ou privadas, nacionais ou internacionais, impondo ou negando o acesso aos meios de regulação da fecundidade (PITANGUY, 1999, p. 19).

A Constituição de 1988 acolheu, seletivamente, as mais de 120 propostas e ementas substitutivas encaminhadas, pelos movimentos de mulheres, ao Congresso Nacional. No rescaldo dos embates do movimento feminista com as correntes conservadoras, o texto constitucional registra um inequívoco avanço ao situar o

planejamento familiar na esfera dos direitos “Da Família, da Criança, do Adolescente e do Idoso”. De acordo com o artigo 226 parágrafo 7º:

[...] o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito e vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais e privadas (BRASIL, 1988).

Outro ponto avaliado positivamente, tanto pelos estudiosos do tema quanto pelos pesquisadores do movimento sanitário, foi a ausência, no texto constitucional, de uma proposição, apresentada pela Igreja Católica e por setores evangélicos, relativa à defesa da vida desde a concepção. A inclusão desta proposição representaria um retrocesso (PITANGUY, 1999).

O aborto [...] não foi incluído nem restritivamente e nem de forma facilitadora [...]. Embora tenha havido pressões e emendas para ampliar as possibilidades do abortamento estas não tiveram acolhida. Mas tampouco a redação de uma das versões do Relatório da Comissão da Ordem Social que o vetava radicalmente teve condições de aprovação (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 122).

Das vitórias do movimento sanitário e do movimento feminista decorreram mudanças radicais nas concepções a respeito de Saúde e saúde da mulher. A concepção de Saúde e do direito à Saúde, para além do acesso à assistência médico-hospitalar, e da extensão das fronteiras da saúde da mulher para latitudes e longitudes que ultrapassam o confinamento da mulher na condição de reprodutora, instalam uma nova ordem nas relações entre Estado, governo e sociedade.

Adicionalmente, o marcante deslocamento das atribuições da esfera privada à pública na área da Saúde teve como saldo positivo o fato de algumas das reivindicações dos movimentos feministas e do movimento sanitário,

apesar de não integrarem a Constituição, impactarem definitivamente as práticas dos serviços de atenção e cuidado à saúde. O exemplo mais notório desse efeito foi o desaparecimento, ou mudança do perfil, de entidades privadas cuja função primordial era o controle da natalidade.

O SUS nos anos 1990 e a saúde da mulher: avanços e dilemas

A Constituição de 1988 enunciou um conjunto de dispositivos concretos para resgatar a imensa dívida social brasileira herdada do regime militar. Os constituintes buscaram assegurar direitos básicos e universais de cidadania estabelecendo o direito à Saúde pública, definindo o campo da assistência social, regulamentando o seguro-desemprego e cobertura da previdência social. No âmbito da Seguridade Social, consolidou-se o esboço de um sistema de proteção social solidário, e definiram-se mecanismos de financiamento mais seguros e estáveis, oferecendo um volume adequado de recursos às políticas de proteção social.

No entanto, mal a Constituição foi aprovada já se decretava sua inadequação aos rumos das políticas de inserção do país nos circuitos globalizados da economia. As políticas monetárias e fiscais, fortemente contracionistas, impostas ao país e, sobretudo, a predominância da lógica do mercado em detrimento da democracia social, contrapuseram-se à implementação das políticas sociais previstas pela Constituição de 1988. A adesão, por parte de setores da burocracia governamental, à agenda neoliberal nos anos 1990, deu fôlego às concepções sobre a concessão de benefícios diferenciados e focalizados.

Na Saúde, o desmonte da Seguridade Social e, conseqüentemente, os problemas de financiamento do SUS, impediram o cumprimento dos preceitos de Universalidade, Integralidade e Equidade, exigindo permanente resistência do movimento sanitário na dis-

cussão e aprovação, a cada ano, das Leis das Diretrizes Orçamentárias e das Leis dos Orçamentos Anuais. A mobilização de entidades da área da Saúde tem sido fundamental para atenuar decisões de uma retração maior do financiamento do SUS, uma vez que outras políticas públicas como educação, moradia, saneamento, emprego, segurança pública, previdência social e cultura, enfrentaram limitações financeiras mais significativas (MARQUES; MENDES, 2005).

Apesar desses esforços, a efetivação plena de um novo modelo de atenção a e gestão de Saúde ficou comprometida. As estratégias acionadas para contornar os problemas financeiros e políticos e a emergência de novas demandas reavivaram programas verticais, percorrendo a contramão da integralidade. Todavia, a descentralização das políticas de Saúde, praticadas principalmente a partir de 1993 como resultado das disposições constitucionais, mesmo submetida aos rigores do sub-financiamento, logrou o desenvolvimento de experiências inovadoras de planejamento e gestão. Esses avanços, contudo, foram parcialmente ofuscados pelas respostas fragmentadas e pela pouca efetividade das políticas públicas nacionais sobre os problemas de cidadania.

No quadro recessivo, o ajuste fiscal passou a ditar os rumos da política brasileira. A subordinação dos problemas sociais à lógica economicista afetou a organização dos movimentos sociais. A fragmentação das políticas sociais, embora concomitante ao estímulo à participação das entidades populares em conferências e conselhos setoriais que pretendem mediar a interlocução da sociedade com o Poder Público, refletiu na pulverização das demandas pela conquista de cidadania.

O movimento de mulheres, tal como o sanitário, passou a resistir às pressões e restrições e a buscar o avanço de proposições para a efetivação do PAISM. Em 1989, o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) lançou a campanha nacional “Maternidade, Direito e Opção”. Mas, nesse mesmo ano, houve uma

desestruturação do conselho: a Presidência e o Colegiado renunciaram coletivamente. No início dos anos 1990, o CNDM recebeu mais um golpe com a perda de sua autonomia administrativa e financeira e com a extinção do Fundo dos Direitos da Mulher.

Segundo Costa (2004) e Villela e Monteiro (2005), a rearticulação da organização das mulheres e a retomada do tema Saúde da Mulher na agenda governamental só ocorreram a partir de 1995, como resultado da Conferência do Cairo, realizada em 1994. De fato, no âmbito interno, a mobilização de mulheres readquire visibilidade, com a expressão do fortalecimento político das mulheres rurais, da articulação das mulheres negras, nos movimentos sociais organizados em redes de mulheres pela Saúde, incluindo as soropositivas, do movimento pelo reconhecimento dos direitos sexuais das mulheres, entre outros. Porém, a agenda de direitos da mulher retorna ao *status* de prerrogativa da sociedade civil. As tentativas de reapropriação dos espaços governamentais, durante o mandato do Presidente Fernando Henrique Cardoso, não foram muito eficazes. O CNDM continuou a ser um órgão de caráter deliberativo subordinado ao Ministério da Justiça (PITANGUY, 2004).

A conjugação das tendências de encolhimento dos espaços de comunicação dos movimentos de mulheres com o governo no âmbito do Conselho Nacional de Direitos da Mulher, as restrições à implementação do SUS, a ênfase nos programas de Saúde fragmentados, as pressões oriundas do alargamento do intercâmbio internacional pela adoção de políticas de planejamento familiar convergiram para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito que, em 1992, investigou denúncias de esterilização em massa de mulheres negras no Brasil. Como produto desta CPMI surge o texto básico do projeto de lei do planejamento familiar submetido a debate no Congresso Nacional.

Em contrapartida a essas tensões, reforçou-se o compromisso expresso na Constituição de 1988 por

meio da aprovação da lei 9.263 de 1996 que regulamenta o planejamento familiar, atribuindo ao SUS as responsabilidades pela execução de ações contraceptivas, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. A lei propõe, em seu artigo 4º, que o planejamento familiar oriente-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.

É a internacionalização das agendas dos movimentos de mulheres que repõe o tema na pauta governamental. Porém, a absorção dos temas da fecundidade e do planejamento familiar pelo conceito de Saúde reprodutiva deslocou, em parte, a centralidade da Saúde integral da pauta das políticas de Saúde para as mulheres. Para autores como Lasonde (1997 *apud* COSTA, 2004) a adoção e difusão do conceito de saúde sexual e reprodutiva reconecta-se à influência das políticas demográficas ditadas pelos países centrais aos países periféricos. Subseqüentemente, os movimentos feministas nacionais adotaram o conceito mais abrangente de direitos reprodutivos, ofuscando a ambigüidade criada pelo reducionismo da saúde sexual e reprodutiva.

Nesse período, os ecos da dessintonia entre os avanços formais das concepções sobre a Atenção Integral à Saúde da Mulher e a precariedade da oferta de ações concretas de proteção e controle aos riscos e agravamentos, materializaram-se em resoluções das Conferências Nacionais de Saúde. A 9ª CNS, realizada em 1992, cujo tema foi “Saúde: Municipalização É o Caminho”, enfocou a saúde como qualidade de vida e conclamou a implementação e consolidação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente na rede de serviços públicos de Saúde, contemplando os aspectos epidemiológicos e as especificidades de gênero da população feminina (BRASIL, 1993).

A 10ª CNS, realizada em 1996, norteada pelo tema “SUS – Construindo um Modelo de Atenção à

Saúde para a Qualidade de Vida”, determinou que as instituições de Saúde implantassem o PAISM de forma efetiva e imediata, valorizando as ações voltadas para a Saúde da Mulher e o acompanhamento dos Conselhos de Saúde (BRASIL, 1996). No final da década, a 11ª CNS, realizada em 2000, intitulada: “O Brasil Falando como Quer Ser Tratado: Efetivando o SUS, Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social” denunciou a elevada mortalidade materna, a alta morbimortalidade por câncer ginecológico, e a ausência dos serviços de Saúde no segmento da violência doméstica e sexual (BRASIL, 2001).

As críticas à descontinuidade no processo de assessoria de e apoio para implementação do PAISM foram replicadas pelo Ministério da Saúde que, a partir de 1998, procurou priorizar a atenção à saúde das mulheres. Mas, a prioridade conferida a determinadas atividades, especialmente aquelas diretamente relacionadas à pré-natalidade, à assistência ao parto e à anticoncepção, limitou a atenção integral à saúde da mulher à dimensão reprodutiva. O PAISM permaneceu como o norteador das ações no nível teórico. Na prática, as faltas de atenção da rede de serviços do SUS ao climatério/menopausa, às queixas ginecológicas, à infertilidade e reprodução assistida, à saúde da mulher na adolescência, às doenças crônico-degenerativas, à saúde ocupacional e à saúde mental não foram plenamente atendidas (CORREA; PIOLA, 2002).

Ainda que o balanço das políticas de saúde das mulheres nos anos 1990 não contabilize grandes avanços no que se refere à implementação das ações de Atenção Integral à Saúde da Mulher, é imprescindível assinalar dois movimentos significativos que, indireta ou diretamente, alteraram o panorama institucional das ações direcionadas à saúde das mulheres. O primeiro, refere-se à expansão das coberturas a toda a população brasileira decorrente da universalização do acesso e da ampliação da oferta de serviços de Saúde de base municipal. E o

segundo, diz respeito aos processos de mudança nos modelos de atenção às mulheres, especialmente representados por iniciativas voltadas à redução das taxas de cesárea no país. Medidas envolvendo o atendimento ao parto pela enfermeira obstetrix nos casos sem complicações, a previsão de pagamento da anestesia do parto aos serviços do SUS e o estímulo para que serviços se comprometessem com a humanização do parto incorporando as recomendações da OMS, geraram experiências inovadoras nas principais cidades do país. A campanha do Conselho Federal de Medicina, *Natural é Parto Normal*, lançada em 1998 e de humanização do parto, instituída em 1999 pelo Ministério da Saúde, contribuíram para o estabelecimento de um clima propício ao debate sobre criativas experiências brasileiras.

A avaliação do PAISM no início do século XXI

O início do novo milênio é marcado por mudanças de vulto no cenário nacional, com o surgimento de fortes personalidades políticas atuantes na perspectiva de combate às discriminações sociais, de gênero e de etnia, conquistando inclusive, o estatuto de políticas públicas. De fato, a criação das Secretarias Especiais de Políticas para a Mulher e uma Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial sinalizaram, por um lado, a força destes novos atores políticos e, por outro lado, a sensibilidade do governo às prioridades emanadas dos movimentos sociais.

Mesmo assim, as políticas sociais capazes de produzir mudanças na distribuição de renda e de riqueza ainda não se constituem como o eixo principal de articulação das políticas do país. Ao contrário, os ditames de ordem econômica persistem impondo às áreas sociais severas restrições orçamentárias. Esse contexto remete a novos temas para as agendas de debate dos movimentos sociais e das organizações de mulheres. O desemprego, a precariedade dos vínculos trabalhistas e a formação

profissional passam a dinamizar o cotidiano das instituições brasileiras. Os valores de solidariedade dão lugar à individualização dos riscos sociais, ao estímulo ao consumismo, à banalização da violência e a uma nova ordem estética baseada na reificação da beleza física, especialmente feminina.

Nesse complexo quadro, as avaliações sobre o sistema de Saúde evidenciam que o SUS não superou o padrão segmentado e estratificado de organização das demandas e da oferta na assistência à saúde. Os notáveis avanços de descentralização e participação social não foram suficientes para reverter as iniquidades na Saúde. A análise dos resultados de uma pesquisa, realizada durante 2003 e 2004, abrangendo uma amostra representativa dos municípios brasileiros no que diz respeito à efetivação das atividades do PAISM, expõe os limites de abrangência e cobertura das políticas de Saúde para as mulheres. A ausência das representações femininas nos Conselhos Municipais de Saúde, presentes em menos de 30% dos municípios, marca a baixa pressão exercida para a mudança do quadro de oferta de atenção à saúde para as mulheres.

De acordo com as informações desta pesquisa, *Atenção Integral à Saúde da Mulher no Brasil: Quo Vadis?*, a maioria dos municípios brasileiros (89,2%) realiza as práticas de educação em Saúde e promoção da Saúde, relacionadas ao conhecimento do corpo e a métodos contraceptivos. Mas, em apenas metade das cidades brasileiras (54,1%) há oferta de consultas e orientações relacionadas ao planejamento familiar para mais de 75% da população. Entre outros resultados relevantes desta investigação, destacam-se informações sobre a distribuição da oferta de acordo com os métodos contraceptivos, havendo um predomínio da oferta de pílulas em detrimento dos diafragmas, dispositivos intra-uterinos (DIUs) e outras alternativas.

A ausência do diafragma na lista dos métodos de contracepção ofertados pela rede SUS e a disponibili-

dade de contraceptivos hormonais injetáveis sinalizam a adoção de métodos menos inócuos, associados a comprovados efeitos colaterais. A ênfase na oferta de contraceptivos pesados e radicais e a oferta restrita de atenção aos casos de infertilidade, disponível em apenas 27,1% dos municípios, corroboram as hipóteses de autores, como Scavone (2004), sobre as contradições do asseguramento, por esses métodos, da recusa da maternidade e a proibição do aborto.

A avaliação dos problemas da saúde da mulher e as demandas pela plena efetivação do SUS e do PAISM retomam a pauta do movimento feminista da I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres, realizada em 2004 – Ano da Mulher – contando com a participação de cerca de 1.800 delegadas. Na esfera setorial, a 12ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 2003 tendo como tema: “Saúde: Um Direito de Todos e Um Dever do Estado. A Saúde que Temos, o SUS que Queremos” também recomenda, no subtema “Saúde e Gênero”, o avanço na implementação da Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) considerando especificidades das mulheres negras, lésbicas, profissionais do sexo e indígenas (BRASIL, 2005).

Esses esforços de avaliação e as proposições de inclusão de ações especificamente voltadas à ampliação da abrangência da atenção à saúde da mulher foram absorvidos pelo Ministério da Saúde que lançou, em 2004, a Política Integral à Saúde da Mulher, proposta que busca retomar as proposições do PAISM, adequando-as às necessidades que se tornaram visíveis nos últimos 20 anos.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, a inclusão nas demandas de mulheres negras, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao aborto e no combate à violência doméstica e sexual. Essa política agrega, ainda, a prevenção e o tratamento das DSTs, a atenção às mulheres portadoras do vírus do HIV (AIDS), de doenças crônico-degenerativas e

de câncer ginecológico (BRASIL, 2004). No entanto, acompanhando a prática perversa da fragmentação, esta política abrangente é subdividida pelo Ministério da Saúde em diversas outras políticas e programas de planejamento familiar, de pré-natal e de redução da mortalidade materna, criando preocupações sobre a recuperação do conceito e das práticas da integralidade a ser oferecida às mulheres brasileiras.

A recente publicação do relatório parcial da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006 (BRASIL, 2008) traz evidências incontestáveis das melhorias conquistadas pelas mulheres brasileiras. Em 1996, a PNDS apresentava 14% de grávidas sem nenhuma consulta pré-natal. Já em 2006, a situação mudou para apenas 1%, porcentagem que corresponde às mulheres que não recebem a atenção necessária. Em 1996, 47% das mulheres grávidas tiveram acesso à concentração desejável de sete ou mais consultas no período pré-natal sendo que, em 2006 esta média atingiu 61% das gestantes. Aumentaram significativamente também as coberturas de parto hospitalares (98%) o que não significa dizer que ainda não existam desafios na conciliação da expansão da cobertura com a qualidade da atenção e do cuidado, resultando na efetivação do direito à Saúde e no impacto de mudança efetiva dos indicadores de saúde, especialmente da mortalidade materna.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O exame da evolução das políticas de Saúde para as mulheres no Brasil sublinha pelo menos três tendências que deveriam ser objeto de análises posteriores. Destaca-se, em primeiro lugar, o teste de realidade a que foi submetido o projeto pioneiro e contra-hegemônico de Atenção Integral à Saúde da Mulher. O PAISM mostrou-se consistente enquanto teoria uma vez que resistiu

durante duas décadas à competição com concepções sobre Saúde e direitos reprodutivos, às aceções sobre a oferta de pacotes assistenciais fragmentados e às modalidades de intervenções em campanhas, como foi o caso da campanha direcionada ao câncer cérvico-uterino, de desfecho eticamente complicado graças a prevalência de interesses essencialmente eleitoreiros. Contudo, a preservação da segmentação do sistema de Saúde brasileiro e as restrições à plena implementação do SUS, alteraram os rumos da efetivação da integralidade da atenção à saúde da mulher. Na prática, a fragmentação das ações e a lógica do atendimento às demandas específicas como, por exemplo, o planejamento familiar, sobrepujaram as tentativas de mudança nos modelos assistenciais. Constata-se, portanto, que a análise e as perspectivas de implementação do PAISM não podem dissociar-se das avaliações sobre os limites e possibilidades da implantação de um sistema único e universal no Brasil.

Não se poderia ignorar uma segunda tendência que, embora transversal à dinâmica setorial, a afeta inexoravelmente ao modular, e perpetuar, as identidades socioculturais femininas. Vários estudos e pesquisas empíricas constataam as diferenças entre as percepções da importância da maternidade na construção da identidade das mulheres pertencentes às camadas mais pobres da população (PAIM, 1998). No âmbito estrito do setor Saúde, a feminilização e a precarização dos vínculos empregatícios da força de trabalho das instituições públicas de Saúde constituem um desafio à parte para a formulação e implementação de políticas de Saúde para as mulheres. O mercado informal e a rotatividade dos postos de trabalho os tornam pouco atraentes para os profissionais de Saúde mais especializados e aptos a exercer suas funções na rede privada com remunerações superiores às praticadas pelas instituições públicas. Em virtude do grande contingente de mulheres exercendo ocupações de auxiliar, ou mesmo de direção e execução das políticas e programas de Saúde, permanece o desafio;

como estas profissionais do SUS, poderão ser envolvidas e sensibilizadas na implementação de políticas efetivas e integrais de promoção da saúde da mulher, de forma a tornar esses serviços favoráveis à autonomia das mulheres portadoras efetivas de direitos e de cidadania?

A análise da terceira tendência, diz respeito às mudanças nos padrões de participação das mulheres nas políticas universais solidárias assim como nas específicas. O enfraquecimento das instituições republicanas tradicionais e a ocupação neocorporativa das instâncias de democracia direta, tais como as conferências e os conselhos de Saúde, caminham simultaneamente com os processos de redefinição da subjetividade feminina; processos esses estimulados pelas noções de responsabilidade de cada indivíduo por seu próprio sucesso e destino. No sentido inverso, há sinais que pedem um processo de repolitização da sociedade, ao lado da ampliação da interlocução do governo com os movimentos de mulheres, o que poderia resultar em maiores possibilidades de participação social e política. Portanto, a necessária ampliação da disputa democrática entre Governo e Sociedade Civil ganha fôlego na atmosfera de diálogo e responsabilidade governamental por uma agenda que contemple valores e interesses universais e que estimule o encontro de alternativas para a efetiva implementação da Atenção Integral à Saúde das Mulheres.

REFERÊNCIAS

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 1988.

_____. Ministério da Saúde. *Relatório da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006*. Brasília, DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde*. Conferência Sérgio Arouca. Brasília, DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil: síntese / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 24 p. Série B. Textos Básicos de Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007*. Brasília, DF, 2004. 48 p. C. Projetos, Programas e Relatórios.

_____. Ministério da Saúde. *Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde*. Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização da atenção à saúde com controle social. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. *Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, DF, 1996.

_____. Ministério da Saúde. *Relatório final da IX Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, DF, 1993.

_____. Ministério da Saúde. *VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, DF, 1986.

_____. Ministério da Saúde. *Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática*. Brasília: Centro de Documentação, 1984.

CORREA, S.O.; PIOLA, S.F. *Balanço 1998-2002: aspectos estratégicos, programáticos e financeiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

COSTA, A.M. *Atenção integral à saúde das mulheres: QUO VADIS? Uma avaliação da integralidade na atenção à saúde das mulheres no Brasil*. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, Brasília, 2004.

_____. Desenvolvimento e Implantação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, K; COSTA, S.H. (Org.). *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

MARQUES, R.M.; MENDES, A. Economia e sociedade. *Campinas*, v. 14, n. 1 (24), p. 159-175, 2005.

PAIM, H.H.S. Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: DUARTE, L.F.D. (Org.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

PITANGUY, J. *Análise da realidade brasileira, avaliando as políticas realizadas e os compromissos assumidos pelo Estado brasileiro*. In: ANAIS DA I CONFERÊNCIA NACIONAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, Brasília: Secretaria Especial de Saúde para as Mulheres, 2004.

_____. O movimento nacional e internacional de direitos reprodutivos. In: GIFFIN, K.; COSTA, S.H. (Org.). *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

RODRIGUEZ NETO, E. *Saúde: promessas e limites da Constituição*. In: TEMPORÃO, J.G., ESCOREL, S. (Org.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

VILLELA, W.; MONTEIRO, S. Atenção à saúde das mulheres: historicizando conceitos e práticas. In: VILLELA, W., MONTEIRO, S. (Org.). *Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão*. Rio de Janeiro/Brasília: Abrasco/UNFPA, 2005. p. 15-31.

Recebido: Maio/2008

Aprovado: Julho/2008

Direitos e saúde reprodutiva: revisitando trajetórias e pensando desafios atuais

Rights and reproductive health: revisiting trajectories and reflecting on current challenges

Claudia Bonan Jannotti ¹
Ana Lúcia Tiziano Sequeira ²
Katia Silveira da Silva ³

¹ Pesquisadora e professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher (PPGSCM) do Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ); doutora em Sociologia pelo Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IFCS/UFRJ).
cbonan@globo.com

² Pesquisadora e doutoranda do PPGSCM da IFF/FIOCRUZ.
atiziano@iff.fiocruz.br

³ Pesquisadora e professora permanente do PPGSCM da IFF/FIOCRUZ; doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ).
katiass@iff.fiocruz.br

RESUMO *Análise da trajetória do tema da reprodução no campo da saúde e do contexto histórico de emergência das noções de direitos e saúde reprodutiva no Brasil, com o propósito de refletir sobre desafios teóricos e políticos que circundam essas noções, inclusive a construção de políticas e práticas de saúde que traduzam seus princípios. O procedimento metodológico foi revisão da literatura brasileira. Descompasso entre avanços no plano normativo e formulação de políticas e a realidade dos serviços e condições de saúde permitem uma reflexão sobre a persistência de padrões culturais e políticos conservadores, que dificultam a efetivação desses direitos. A reestruturação do movimento de saúde pública brasileiro, em bases sociais mais amplas, poderia propiciar mudanças nesse cenário.*

PALAVRAS-CHAVE: *Direitos reprodutivos; Saúde reprodutiva; Políticas públicas.*

ABSTRACT *This paper analyzes the trajectory of reproduction's issue on Health field and of the historical context of the development of reproductive health and rights notions in Brazil, and proceeds to reflect on theoretical and political challenges to build up health policies and practices that incorporate their principles. The methodological approach is based on literature revision. Gaps between laws and policies and, on the other side, health services and indicators promote a reflection about the persistence of conservative cultural and political patterns that make difficult the concretization of these rights. Reconstruction of Brazilian's Public Health movement on a wider social base, could help to achieve effective changes in this scenario.*

KEYWORDS: *Reproductive rights; Reproductive medicine; Public policies.*

I N T R O D U Ç Ã O

A noção de saúde reprodutiva é recente e suas raízes principais podem ser encontradas em processos históricos que se desenvolveram nas últimas décadas do século 20, tendo como destaque as lutas dos movimentos de mulheres por direitos, saúde e autonomia. Esses movimentos introduziram uma incisiva crítica aos significados e regras atribuídas à sexualidade e à reprodução e teve papel fundamental na estruturação das relações de desigualdade entre homens e mulheres, nas esferas pública e privada. Após o IV Encontro Internacional Mulher e Saúde, realizado em Amsterdã, em 1984, a expressão ‘direitos reprodutivos’ se difundiu entre as organizações ativistas, denotando uma já vasta área de reflexão, produção de conhecimentos e formulação de demandas em torno dos temas da saúde, sexualidade e reprodução¹.

Em meados de 1970, mulheres brasileiras e latino-americanas já debatiam sobre esses temas, trabalhando-os em grupos de reflexão, fóruns de mulheres e nos espaços de debate público, disponíveis na época. Envolvendo mulheres de distintas origens socioculturais, o debate sobre saúde, direitos e autonomia sexual e reprodutiva se entrecruzou com outros grandes debates políticos dos países, como a exclusão social, falta de liberdades civis e democráticas, discriminação étnico-racial e tentativas de implementação de políticas de controle demográfico (BONAN, 2002).

As lutas contra a implementação de programas internacionais de controle demográfico têm um papel

particularmente importante na trajetória do debate sobre direitos e saúde reprodutiva. Esses programas surgiram após a Segunda Guerra Mundial, no contexto de uma nova ordem mundial, marcada pela Guerra Fria. Na interpretação das elites dos países capitalistas hegemônicos, a questão da ‘explosão demográfica’ estava no centro dos problemas mundiais e a contenção do crescimento populacional passou a ocupar lugar destacado em suas políticas. Os paradigmas, que anteriormente haviam inspirado as políticas de população dos Estados nacionais, baseados no aumento da natalidade, declinaram em favor de um novo paradigma, que se convencionou chamar de neomalthusianismo², que estabelece uma relação causal direta entre o aumento populacional, de um lado, e o subdesenvolvimento, pobreza, degradação ambiental e instabilidade política, do outro.

Com financiamento de governos e organizações européias e norte-americanas e operacionalizados por entidades privadas de planejamento familiar, programas de controle demográfico se difundiram em países da África, Ásia e América Latina, nos anos de 1950³. No Brasil, as atividades das entidades privadas de planejamento familiar geraram intensos conflitos e foram alvos de críticas de inúmeros setores. Movimentos de mulheres denunciaram: a distribuição maciça de anticoncepcionais, sem orientação e acompanhamento médico satisfatórios, pondo em risco a saúde das mulheres; a esterilização cirúrgica de mulheres, sem informações sobre sua irreversibilidade e a oferta de outros recursos contraceptivos ou consentimento; as pesquisas experimentais de métodos contraceptivos em mulheres, sem protocolos clínicos e éticos estabelecidos; o descolamento dos programas privados de planejamento familiar de

¹ Encontro organizado pela Campaña Internacional por los Derechos al Aborto, baseada na Europa, durante o qual se fundou a Red Global de las Mujeres por los Derechos Reproductivos (CORRÊA; PETCHESKY; 1994).

² Referência a Thomas Malthus, que, em 1798, publicou o livro *The Essay on Principles of Population*, alertando para o desequilíbrio entre o crescimento da população e a produção de alimentos e outros recursos.

³ Para a história dos programas internacionais de controle demográfico, ver Fonseca Sobrinho (1992).

uma política de assistência integral à saúde da mulher (BONAN, 2002).

Movimentos de profissionais de saúde, em todo o mundo, contribuíram com elementos importantes ao desenvolvimento do debate sobre direitos e saúde reprodutiva e não apenas por sua oposição aos programas de controle demográfico. No Brasil, na década de 1970, emergiu um vigoroso movimento de reforma da saúde pública que, além de fazer forte oposição à perspectiva do controle demográfico, lutou pela conquista do direito à saúde e da reorganização do sistema de saúde, com base nos princípios da universalidade, equidade, integridade e participação da sociedade. Fruto dessas lutas, a Constituição Federal de 1988 consagrou a saúde como direito de cidadania e estabeleceu bases jurídicas para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), criando um quadro favorável ao avanço dos direitos e da saúde reprodutiva⁴.

Na década de 1970, a emergência da saúde coletiva como área de produção de conhecimentos e de práticas de saúde de caráter interdisciplinar e multiprofissional também foi um evento muito favorável à constituição do campo dos direitos e da saúde reprodutiva⁵, e, em uma via de mão dupla, essas duas áreas contribuíram para o fortalecimento uma da outra.

Do ponto de vista político e ético, os opositores do controle demográfico denunciaram o caráter sexista, racista e elitista dos programas de planejamento familiar, que afetavam, principalmente, populações pobres e não-brancas (destacam, nesse momento, os movimentos negros), argumentando, também, que pobreza e subdesenvolvimento eram conseqüências da exclusão social e concentração de riqueza e não dos comportamentos reprodutivos das pessoas. Esses movimentos articularam teses que alavancariam o

debate atual sobre direito e saúde reprodutiva, com relevância para:

- a) as políticas de atenção à regulação da fecundidade devem fazer parte de uma política pública de saúde e não de uma política de controle demográfico;
- b) as pessoas têm direito a decidir de maneira livre e informada sobre o número e o espaçamento de seus filhos.

Ao longo das últimas décadas, emergiram outros sujeitos políticos (movimentos de pessoas vivendo com HIV/AIDS, minorias sexuais, jovens, entre outros) que levantaram os temas dos direitos na esfera da sexualidade e reprodução, introduzindo novas questões e ampliando o marco conceitual e político da saúde reprodutiva. Além disso, o tema da saúde reprodutiva ganhou maior legitimidade entre profissionais e gestores de saúde e nas instituições de ensino e pesquisa, com impactos no desenvolvimento de conhecimentos, políticas, práticas e serviços nessa área.

No plano normativo internacional, os conceitos de direito e saúde reprodutiva foram consagrados na III Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas, realizada na cidade do Cairo, em 1994, e na V Conferência Mundial da Mulher, em Pequim, no ano de 1995, como partes integrantes dos direitos humanos. Nos últimos anos, muitos países têm criado legislações e implementado políticas públicas específicas para efetivar a atenção à saúde reprodutiva, na perspectiva dos direitos humanos, direitos de cidadania, equidade e integralidade.

⁴ Para a história do movimento de reforma sanitária, ver Luz (1991).

⁵ Para a história da saúde coletiva no Brasil, ver NUNES (2005).

QUESTÕES SOBRE O CONCEITO DE SAÚDE REPRODUTIVA

Na plataforma do Cairo, a saúde reprodutiva foi definida da seguinte maneira:

A saúde reprodutiva é um estado geral de bem estar físico, mental e social, e não mera ausência de doenças, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e suas funções e processos. Em consequência, a saúde reprodutiva diz respeito à capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem riscos e a capacidade de procriar e a liberdade para decidir fazê-lo ou não fazê-lo, em que momento da vida e com qual frequência. Esta última condição implica o direito do homem e da mulher de obter informação e de planejar a família, segundo suas escolhas, assim como ter acesso a métodos para a regulação da fecundidade seguros, eficazes, executáveis e aceitáveis que não estejam legalmente proibidos, e o direito de receber serviços adequados de atenção à saúde que permitam gravidezes e partos sem riscos e dêem aos casais as máximas possibilidades de ter filhos saudáveis. Em consonância com esta definição de saúde reprodutiva, a atenção à saúde reprodutiva se define como o conjunto de métodos, técnicas e serviços que contribuam à saúde e ao bem estar reprodutivos, ao prevenir e resolver os problemas relacionados com a saúde reprodutiva. Inclui também a saúde sexual, cujo objetivo é o desenvolvimento da vida e das relações pessoais, e não meramente o assessoramento e a atenção em matéria de reprodução e doenças sexualmente transmissíveis⁶.

Conforme a análise de Correa, Alves e Jannuzzi (2006), essa definição de saúde reprodutiva, apesar de representar um marco importante para a construção dos direitos à saúde e à escolha no âmbito da sexualidade e da reprodução, expressa um acordo político mínimo, obtido a partir de uma difícil negociação entre países de tradição cultural e contextos sociais, políticos e econômicos bem diferentes.

Nos anos posteriores a Cairo e Pequim, os consensos estabelecidos nestas conferências foram alvos de ataque cada vez mais acirrados pelas forças conservadoras, principalmente após a ascensão de George W. Bush à presidência dos Estados Unidos. Para esses autores, isso reforçou uma tendência de subsumir, sob a terminologia da saúde reprodutiva, outros conceitos como saúde sexual, direitos reprodutivos e conteúdos referentes aos direitos sexuais.

A definição de saúde reprodutiva estabelecida nas conferências das Nações Unidas é um conceito normativo⁷, apresentando diretrizes gerais que devem orientar os governos nacionais no desenvolvimento de políticas, programas, ações e serviços na esfera da saúde reprodutiva. Entretanto, essa definição não dá conta do conjunto de desafios na construção dos fundamentos teóricos, políticos e éticos dos direitos e da saúde reprodutiva.

Porém, não existe um conceito único e acabado de saúde reprodutiva. Em muitas de suas versões, a noção de saúde reprodutiva está fundamentada naqueles princípios introduzidos pelos movimentos sociais que lhe deram origem, como equidade de gênero, respeito às decisões reprodutivas das pessoas, direito universal à saúde, acesso a serviços de saúde de qualidade, abordagem integral e multidisciplinar etc. Entretanto, a terminologia da saúde reprodutiva tem sido reapropriada por autores com perspectivas diferentes, mitigando preocupações demográficas e/ou neo-higienistas.

As noções de direito e de saúde reprodutiva ainda estão em construção (e, claro, em disputa), pois muitos estudiosos, ainda, consideram impossível e perigosa uma definição absoluta e cristalizada sobre o que são os direitos reprodutivos e a saúde reprodutiva, já que os marcos normativos e as políticas públicas que visam promovê-los

⁶ Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, Cairo, 1994. p. 41. (Texto original em espanhol. Tradução das autoras.)

⁷ Conceitos normativos são aqueles estabelecidos por instrumentos jurídicos e legais e respondem a uma necessidade de assentar diretrizes, e de regular e estabelecer normas e regras para as práticas das instituições.

podem assumir formas distintas, em realidades diferentes e para grupos sociais com necessidades específicas. No entanto, isso não significa que não se deva investir na construção de um marco que explicita seus princípios políticos e éticos.

Corrêa e Petchesky (1994) trouxeram importantes contribuições a este debate teórico, propondo uma definição dos direitos sexuais e reprodutivos, em termos de poder e recursos: no primeiro sentido, significa ter poder para tomar decisões informadas sobre ter ou não ter filhos, quando e como, e também decidir sobre a própria vida familiar e sexual; no segundo, ter acesso a recursos materiais, técnicos, educacionais, simbólicos e políticos para finalizar as próprias decisões de maneira segura e efetiva.

As autoras formularam um conjunto de princípios éticos que devem reger a construção normativo-jurídica, política, institucional e cultural dos direitos sexuais e reprodutivos:

- integridade corporal, que inclui os direitos à integridade física e ao controle e desfrute do próprio corpo;
- autonomia, que inclui o direito de homens e mulheres de decidirem livremente sobre a própria vida sexual e reprodutiva, assim como de serem reconhecidos em sua capacidade de agir com responsabilidade pessoal, política e social, no que diz respeito ao exercício sexual e reprodutivo;
- igualdade, que inclui o acesso equitativo de homens e mulheres aos bens sociais e materiais, para efetivar as próprias decisões na esfera da sexualidade e da reprodução, assim como equidade nas responsabilidades em relação às suas vidas sexuais e reprodutiva;

- diversidade, que significa respeitar as diferenças entre as pessoas no que diz respeito a suas identidades, valores, crenças, estilos de vida, arranjo familiar, orientação sexual, condição médica, entre outras.

A grande importância do trabalho de Corrêa e Petchesky está no fato de fugir ao impulso de apresentar um conceito fechado e definitivo de direitos sexuais e reprodutivos. Ao invés disso, apresentam um conjunto de princípios éticos que devem fundamentar esses direitos e poderiam ser aplicados universalmente, ao mesmo tempo em que reconhecem que os direitos e a saúde, na esfera da sexualidade e da reprodução, podem adquirir diferentes significados e se traduzirem em políticas públicas distintas, segundo os distintos contextos socioculturais e necessidades pessoais e coletivas.

SAÚDE REPRODUTIVA NO BRASIL

A criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), pelo Ministério da Saúde, no início da década de 1980, é um marco na história das políticas de saúde no Brasil. O PAISM foi a primeira política pública a incorporar princípios que vinham sendo formulados pelo movimento de reforma da saúde pública (integralidade, equidade e direito à saúde), como também a incorporar elementos do debate que se constituiu sobre direito e saúde reprodutiva⁸. Com o programa, pela primeira vez, o governo brasileiro se posicionava oficialmente sobre o tema do planejamento familiar, rejeitando a perspectiva do controle demográfico. Em seu texto original, o PAISM estabelece que os objetivos do planejamento familiar são promover a saúde e o bem-estar, possibilitar a efetivação das escolhas reprodutivas

⁸ Para uma análise histórica sobre a relação entre a luta contra os programas de controle demográfico e o nascimento da proposta do PAISM, ver Costa (1999).

das pessoas e que é dever do Estado propiciar condições (assistência à saúde, informação etc.) para o exercício desses direitos⁹.

Em 1988, a nova Constituição Federal consagra o planejamento familiar como um direito de cidadania e claramente proíbe políticas coercitivas no campo da reprodução humana:

Fundado nos princípios da dignidade humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (Artigo 226, parágrafo 7).

Os processos das conferências do Cairo e Pequim ampliaram a legitimação dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil e fomentaram o desenvolvimento de instrumentos normativo-jurídicos e de políticas públicas para sua promoção.

Em 1996, o Congresso Nacional aprovou a Lei de Planejamento Familiar, que regulamentou o artigo constitucional. Ao recuperar muitas diretrizes do PAISM, a lei estabeleceu normas para o desenvolvimento de uma política de saúde reprodutiva ampla, obrigando ao SUS a garantir, em toda sua rede, ações integradas de assistência ao controle da fecundidade, atenção ao pré-natal, parto e puerpério, controle de doenças sexualmente transmissíveis e controle do câncer relacionado ao aparelho reprodutivo de mulheres e homens, entendendo todas essas normas como parte do direito ao planejamento familiar. Com a lei, a esterilização cirúrgica voluntária foi regulamentada, pela primeira vez, em nosso país, sendo inserida em um contexto assistencial em que se oferecem uma vasta gama de métodos contraceptivos, atividades de informação, educação e atenção clínico-ginecológica

integral, e no qual se respeitam as decisões reprodutivas das pessoas e se valoriza o consentimento informado.

Os marcos conceituais e normativo-jurídicos dos direitos sexuais e reprodutivos têm norteado o desenvolvimento de um conjunto de políticas de saúde. Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), uma espécie de versão atualizada do PAISM, que incorpora o debate dos últimos 20 anos e amplia conceitos, enfoques e propostas. A política dá ênfase a questões que haviam sido pouco abordadas anteriormente, como atenção à concepção e infertilidade, atenção humanizada a mulheres em abortamento, à saúde mental, ao climatério, à participação masculina no planejamento familiar, à saúde das mulheres lésbicas, trabalhadoras rurais, negras, indígenas, adolescentes e mulheres em situação de prisão. Em seu texto, faz-se referência explícita a importância do gênero como instrumento conceitual e político para a compreensão das formas de adoecimento de homens e mulheres, inclusive aquelas relacionadas com a vivência da sexualidade e da reprodução.

Outra iniciativa ministerial recente foi a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, lançada em 2005. Com essa política, o governo declarou que os direitos sexuais e reprodutivos são prioridades e propôs um conjunto ações para efetivá-los, como:

- a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis e do acesso à esterilização cirúrgica voluntária na rede do SUS;
- a assistência à infertilidade e a implementação de serviços de reprodução humana assistida;

⁹ O texto original do PAISM foi publicado pelo Ministério da Saúde em 1984 em documento intitulado. *Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática.*

- o fortalecimento as ações de atenção à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens e da atenção à saúde de homens e mulheres em situação de prisão;

- a implementação de serviços para a atenção de mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual e doméstica e de serviços para a atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento.

DESCOMPASSOS ENTRE OS MARCOS NORMATIVO-JURÍDICOS, POLÍTICAS DESENHADAS E A REALIDADE DOS DIREITOS E DA SAÚDE REPRODUTIVA

Uma análise dos indicadores de saúde sexual e reprodutiva e da literatura sobre o assunto revela os descompassos entre os avanços na formulação de leis, normas, diretrizes e políticas voltadas à saúde sexual e reprodutiva e à garantia dos direitos reprodutivos, de um lado, e da realidade da saúde de população brasileira, do outro. Dentre esses descompassos, tem-se:

- a manutenção de índices elevados de mortalidade materna;
- significativa morbimortalidade feminina em consequência de abortamentos inseguros;
- acesso ainda problemático e precária qualidade da atenção ao planejamento familiar;
- baixa participação masculina no planejamento familiar;

- persistência da prática das 'ligaduras eleitorais';
- falta de serviços que ofereçam atenção à infertilidade;
- progressão da epidemia da Aids;
- dificuldades de acesso a recursos para o diagnóstico precoce do câncer de mama¹⁰.

Processos socioculturais e institucionais que têm contribuído para esse quadro necessitam ser mais estudados, inclusive na perspectiva de seu enfrentamento e superação. Seguem-se três breves reflexões que contribuem para a compreensão desse fenômeno:

1 Os obstáculos e desafios para a promoção e garantia do direito e da saúde reprodutiva não podem ser vistos como algo à parte dos obstáculos e desafios mais gerais, para a concretização do próprio princípio do direito à saúde e do SUS, tendo como base os princípios da universalidade, equidade e integralidade, conforme preconizado pelo movimento de reforma sanitária. No Brasil, a persistência de elementos de uma tradição política elitista e excludente retarda o desenvolvimento dos direitos humanos e de cidadania, inclusive aqueles direitos relacionados à saúde. Soma-se a isso, o contexto histórico e global em que se vive, atualmente, marcado pela hegemonia de uma ordem econômica de caráter neoliberal, que impõe enormes restrições ao desenvolvimento social e humano, quando não acentua e amplia as formas de exclusão social. Ainda assim, permanecem vivos e atuantes os movimentos sociais que, dentro e fora do campo da saúde e das instituições do Estado, lutam pela ampliação dos di-

¹⁰ Existe vasta literatura sobre essa realidade. Ver, entre outros, Giffin e Costa (1999), Giffin (2002), Paiva et al. (2002), Berquó e Cavenaghi (2003), Berquó (2003), Costa et al. (2006), Vieira (2006), Martins (2006) Chor et al. (2007) e Tavares et al. (2007), a pesquisa *Magnitude do Aborto no Brasil* (IMS/IPAS, 2007) e os diagnósticos ministeriais em Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (MS, 2004).

reitos de cidadania. Esses movimentos têm um enorme potencial para impulsionar mudanças e pôr em marcha a construção de uma nova tradição política, fundada na inclusão e na justiça social. É nesse processo que se devem inserir as lutas por saúde e direitos sexuais e reprodutivos, e sua plena concretização depende da contribuição de seus líderes e manifestantes para essas mudanças mais estruturais;

2 Outra ordem de questões está relacionada à persistência, na sociedade brasileira, de padrões culturais conservadores que perpetuam a subordinação de gênero, discriminação étnico-racial, desigualdades de classe social, imperativo da norma heterossexual e uma hierarquia dos sistemas de conhecimento, na qual a racionalidade biomédica ocupa lugar destacado (deve-se lembrar do papel histórico da biomedicina moderna na construção desses padrões culturais). As instituições de saúde contemporâneas são herdeiras desse legado e, mesmo considerando o importante papel dos movimentos políticos e teóricos contestatórios que surgiram em seu próprio seio, nas últimas décadas, a cultura profissional e institucional e suas representações e práticas ainda são fortemente caracterizadas por lógicas hierárquicas e estruturas de desigualdade de poder. A transformação dessas práticas culturais é um desafio para várias gerações, e as lutas por direitos sexuais e reprodutivos e a consolidação do direito à saúde reprodutiva, na perspectiva da equidade, autonomia e integralidade devem ser consideradas parte desses esforços de transformação;

3 Por fim, esses descompassos não são característicos apenas das políticas na área do direito e saúde reprodutiva, mas afetam outras áreas da política da saúde. A construção do direito à saúde teve uma primeira fase instituinte nas lutas do movimento de reforma da saúde pública nos anos de 1970 e 1980. Com a promulgação

da nova Constituição Federal, iniciou-se uma nova fase: era necessário estruturar o novo sistema de saúde e desenhar as novas diretrizes das políticas de saúde, com base nos princípios instituídos da universalidade, descentralização, da participação da comunidade, equidade e integralidade. Na década de 1990, avançou-se bastante nesse sentido, entretanto, a implementação das políticas que asseguravam o direito à saúde configurava uma outra fase da luta da saúde pública, que ainda estava longe de se concluir. A implementação das políticas não é somente um problema de gestão (e mesmo que fosse): é necessário encará-la como a terceira fase instituinte do direito à saúde e, como tal, implica luta política. Há um contexto de oportunidades para reestruturação do movimento de saúde pública com bases sociais mais amplas, visto que houve a proliferação dos sujeitos sociais organizados do direito à saúde e a aparição de mais espaços e mecanismos de participação e controle social. Entretanto, esse campo político tem se caracterizado por certa dispersão ou fragmentação. Por isso, é importante pensar em projetos e estratégias políticas abrangentes que interconectem os sujeitos e seus compromissos e, nesse sentido, os líderes e manifestantes do movimento de reforma da saúde pública têm um papel importante a cumprir.

REFERÊNCIAS

BERQUÓ, E. (Org.). *Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Unicamp, 2003.

- BERQUÓ, E.; CAVENAGHI, S. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. 441-453, 2003.
- BONAN, C. Reflexividade, sexualidade e reprodução. Processos políticos no Brasil e no Chile. Dissertação (Doutorado em Sociologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, UFRJ, 2002.
- CHOR, D.; SILVA, K.S.; ALMEIDA, M.T.C.; GAMA, S.G.N.; TAVARES, L.S. Mulheres brasileiras... mortes invisíveis. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1750, 2007.
- CORREA, S.; ALVES, J.E.D.; JANNUZZI, P.M. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: CAVENAGHI, S. (Org.). *Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva*. Rio de Janeiro/Brasília: ABEP/UNFPA, 2006. p. 28-62.
- CORREA, S.; PETCHESKY, R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1/2, p. 147-177, 1996.
- COSTA, A.M. Desenvolvimento e implementação do Paism no Brasil. In: GIFFIN, K.M; COSTA, S.H. (Org.). *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 319-336.
- COSTA, A.M.; GUILHEM, D.; SILVER, L.D. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 6, n. 1, p. 75-84, 2006.
- FONSECA SOBRINHO, D. *Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos/FNUAP, 1993.
- GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18 (supl), p. 103-112, 2002.
- GIFFIN, K.; COSTA, S. (Org.). *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991.
- MARTINS, A.L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2473-2479, 2006.
- NUNES, E.D. Pós-graduação em saúde coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.13-38, 2005.
- PAIVA, V.; LIMA, T.N.; SANTOS, N.; VENTURA-FILIFE, E.; SEGURADO, A. Sem direitos de amar? A vontade de ter filhos entre homens (e mulheres) vivendo com o HIV. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 105-133, 2002.
- TAVARES, L.S.; LEITE, I.C.; TELLES, F.S.P. Necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 139-148, 2007.
- VIEIRA, E.M. Fórum: juventude, contracepção e morte materna. Questões pendentes. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2465, 2006.

Recebido: Abril/2008

Aprovado: Julho/2008

Peregrinação de mulheres paraibanas pelo acesso à Saúde fora do município de residência*

Peregrination of Paraíba's women for the access to Health Assistance out of the municipal district of residence

Fátima Raquel Rosado Morais ¹
Gabriela Maria Cavalcanti Costa ²
Telma Ribeiro Garcia ³
Lenilde Duarte de Sá ⁴

¹ Enfermeira; Mestre em Enfermagem pelo PPGENF/CCS/UFPB; docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (FAEN/UERN); doutoranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba/Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFPB/UFRN).
vicra2@hotmail.com

² Enfermeira e psicóloga; Mestre em Enfermagem pelo PPGENF/CCS/UFPB; Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP); docente do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPE) e da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).
gabymcc@bol.com.br

³ Enfermeira; Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP); docente do PPGENF/CCS/UFPB.
telmagarciapb@gmail.com

⁴ Enfermeira; Doutora em Enfermagem pela EERP-USP; docente do PPGENF/CCS/UFPB.
lenilde_sa@yahoo.com.br

RESUMO Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em um Posto de Assistência Médica, na cidade de João Pessoa, Paraíba. Objetivou-se identificar as dificuldades enfrentadas pelo “cidadão comum” para ter acesso a serviços e ações de Saúde, especialmente quando as instituições da localidade em que residem não atendem suas necessidades. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temático, observando-se que, em seus discursos, as mulheres apontaram falhas na capacidade operacional dos serviços de Saúde e na disponibilidade de recursos humanos para o atendimento às suas necessidades de saúde, criticaram o atendimento dos profissionais da área e expuseram os riscos, privações e desconfortos que enfrentam na busca pela assistência à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da mulher; Acesso aos serviços de saúde; Assistência integral à saúde da mulher.

ABSTRACT Descriptive study, with qualitative approach, carried out in a public health facility in the city of João Pessoa, Paraíba, Brazil. The purpose was to identify the difficulties faced by the “common citizen” in the access to the Health services and actions, especially when the health institutions of the place in which they reside don't assist his needs. The data were submitted to a thematic content analysis, being observed that, in theirs speeches, the women pointed out: failures in the operational capacity of the Health Services and in the availability of human resources to respond favorably to their health needs, criticized the practice of the professionals of the area and displayed the risks, privations and discomforts that they have to face when searching for health assistance.

KEYWORDS: Women's health; Health services accessibility; Comprehensive health care.

* Trabalho originalmente apresentado à disciplina Políticas de Saúde, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF/CCS/UFPB), em dezembro de 2004.

I N T R O D U Ç Ã O

Em agosto de 1998, um acidente ocorrido na rodovia que liga os municípios de Itapororoca e Mamanguape, na Zona da Mata paraibana, ocupou as manchetes dos principais periódicos do Estado e foi alvo da seguinte reportagem assinada por Cardoso Filho (1998):

Doze pessoas – todas do sexo feminino, morreram no início da manhã de ontem em consequência de violento acidente ocorrido na rodovia 057 (...). O acidente aconteceu entre 4h30 e 5h da manhã de ontem nas proximidades do sítio Ipioca, município de Itapororoca quando aproximadamente cem pessoas, em dois ônibus, se dirigiam para João Pessoa, onde seriam atendidas em hospitais e iriam resolver problemas pessoais. Algumas das vítimas estavam grávidas. (...) Na pista da PB-057, no local do acidente, ficaram espalhados, além dos corpos, galinhas mortas, sacos de feijão verde, objetos pessoais das vítimas, várias sombrinhas e guardas-chuva. As galinhas e o feijão verde, segundo informações, eram para ser presenteados aos atendentes dos hospitais da Capital (Ênfase acrescida).

Reproduzimos este trecho da reportagem por acreditarmos que, a despeito dos avanços identificáveis na reorganização do modelo de atenção à Saúde no Brasil, esse acidente exemplifica algumas das dificuldades ainda enfrentadas pelos usuários dos serviços e ações de Saúde.

No Brasil, a Saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado, garantido pela Constituição de 1988. Por isso, Luiza e Bermudez (2004) afirmam que a falta de acesso aos serviços de Saúde é uma agressão ao ser humano. O acesso à Saúde reúne um conjunto de dimensões peculiares de compatibilidade entre o usuário e o sistema de atenção à Saúde, como: disponibilidade,

acessibilidade, adequação, capacidade aquisitiva e aceitabilidade.

No Nordeste, região em que parecem ser mais fortes as heranças do coronelismo e do oligarquismo, o acesso aos serviços de Saúde, apesar dos avanços dos sistemas, ainda se caracteriza pela eventual dependência do beneplácito eleitoreiro de representantes políticos e/ou de barganha com os funcionários das instituições de Saúde. Na Paraíba, apesar de o final da década de 1990 ter assinalado a expansão do Programa de Saúde da Família como estratégia de reorganização da rede de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS), ainda são observados consideráveis reflexos de ações excludentes e que ameaçam a integralidade dos cuidados.

Ao trazermos a integralidade como elemento para uma melhor discussão acerca do acesso, temos a intenção de pontuá-la em duas dimensões, conforme Cecílio (2001, p. 17). A primeira trata de centrar o trabalho da equipe nas necessidades do usuário, o que poderíamos chamar de “integralidade focalizada”, “pautada pelo melhor atendimento (possível) às necessidades de saúde portadas pelas pessoas: uma síntese das pretensões da integralidade no espaço da micropolítica”. A segunda dimensão trata da integralidade vista como resultado de uma articulação de cada serviço de Saúde a uma rede mais complexa, “integrada por outros serviços de Saúde e outras instituições não necessariamente do setor da saúde”.

No Brasil, a construção de uma política de Saúde baseada em princípios como a universalidade de acesso, a equidade e a integralidade da assistência passaram a ser, desde meados de 1960, a agenda prioritária dos atores sociais envolvidos no movimento da Reforma Sanitária. A partir de tentativas subseqüentes de modificação do modelo prevalente, caracterizado por ser privatista e hospitalocêntrico, construía-se o SUS, cuja oficialização se deu com a promulgação da nova Constituição da República Federativa do Brasil, em outubro de 1988. Este foi um período de transição no país, caracterizado

pela luta por direitos sociais ampliados, dentre os quais está presente o acesso universal à Saúde. Neste sentido, Minayo afirma que a proposta do SUS consiste em:

[...]ser uma tentativa de respostas a um dos mais exitosos movimentos sociais brasileiros que chegou a transformar em ordem social constituída a universalização do Direito à Saúde como dever do Estado Brasileiro. (2001, p. 27)

Apesar de acreditarmos que, com a criação do SUS, houve um avanço incontestável no que diz respeito ao desenho de um novo modelo de atenção, reconhecemos suas fragilidades, fato constatado diariamente pelos usuários e propagado em manchetes dos diversos meios de comunicação. Segundo informações colhidas do Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde,

[...] os avanços são dificultados pelo fato de que a proposta do SUS – um sistema construído com base em princípios de solidariedade social, que assegura a universalidade do acesso e a integralidade da atenção – não é compatível com o atual modelo econômico. E, num contexto social em que a cultura política é marcada pelo autoritarismo, clientelismo, exclusão, a luta pela preservação das conquistas sociais é dificultada pela frágil organização da sociedade, em especial dos setores que mais sofrem. (BRASIL, 2001, p.17)

Dentre os vários obstáculos para a efetiva implantação do SUS, destacam-se os problemas organizacionais e de gestão, os conflitos de interesse entre o público e o privado, a insuficiência de recursos financeiros e as disputas burocráticas entre as diferentes esferas do governo. A esses entraves, podem ser acrescidas a falta de qualificação de recursos humanos e as dificuldades na execução de ações de controle social.

O oportuno tema da 12ª Conferência Nacional de Saúde mostra que o SUS que temos não é o SUS que queremos. Ou seja, o sistema também não está estruturado de modo a garantir o atendimento de acordo com

as necessidades de saúde das pessoas e com a promoção do cuidado sob a perspectiva da integralidade.

Durante nossa prática profissional, testemunhamos as agruras e os sacrifícios a que os usuários se submetem para acessar os serviços e ações de Saúde. De acordo com o constatado, apesar da expansão das Unidades de Saúde da Família, uma parcela significativa das pessoas que buscam atendimento nos serviços públicos de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba, vem de outros municípios do Estado, mesmo correndo o risco de não receber o atendimento necessário devido à falta de capacidade de atendimento às demandas.

Por entender tanto as carências e dificuldades da população ao fazer valerem seus direitos, quanto as fragilidades do SUS em sua viabilidade e eficácia a todos os indivíduos, é que resolvemos desenvolver este estudo. Dentre o grupo de usuários do SUS, decidimos trabalhar com as mulheres por elas constituírem um dos grupos que mais precisam dos serviços de Saúde seja na busca por assistência para si própria, seja para a família.

Apesar de, na década de 1980, ter surgido o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) graças às reivindicações feministas, e com o objetivo de ofertarem-se ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde da mulher (OSIS, 1998), observa-se que muito ainda se tem a fazer para que o atendimento integral às necessidades das mulheres seja uma conquista.

A 11ª Conferência Nacional de Saúde, em seu relatório final e com base no quadro epidemiológico nacional, destacou a elevada mortalidade materna, a alta morbimortalidade por câncer ginecológico, a ausência de serviços de Saúde na abordagem da violência doméstica e sexual e os riscos e danos específicos do grupo em questão. Assim, houve a apresentação de propostas de ações que reafirmavam a política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2001).

A partir deste contexto, foram estabelecidos, para este estudo, os objetivos de verificar as condições do

acesso de mulheres, residentes em outros municípios, a serviços e ações de Saúde oferecidos pelo SUS em João Pessoa, e de identificar as razões pelas quais as mulheres buscam atenção à saúde em um município diferente daquele em que residem, bem como as dificuldades que enfrentam no atendimento.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. O local escolhido para a realização do estudo foi o Centro de Atendimento Médico Especializado (CAME), antigo Posto de Assistência Médica (PAM), localizado no bairro de Jaguaribe, em João Pessoa, Paraíba. A escolha foi feita por este centro ser reconhecido como um dos serviços ambulatoriais mais completos em termos de atendimentos especializados oferecidos à população paraibana, inclusive no que concerne à saúde da mulher e, também, por ser um serviço de referência no Estado que presta assistência a uma grande demanda de clientes, tanto da capital como do interior.

Para a coleta de informações desejadas, utilizou-se a técnica da entrevista individual, semi-estruturada, que, segundo Minayo (1999), além de ser um meio para orientar uma conversa com finalidade, facilita a abertura, ampliação e aprofundamento da comunicação. Para a realização das entrevistas, elaborou-se um roteiro contendo algumas questões norteadoras e, para o registro das informações, recorreu-se à gravação em fita cassete.

Antes de iniciar a coleta de dados, contactou-se a Diretoria do CAME para explanação dos objetivos do trabalho, de modo a conseguir autorização para realizá-lo no espaço físico da instituição. Além disso, foram contactados funcionários do referido serviço, visando à obtenção de informações acerca dos dias e horários

de atendimento na área de Ginecologia, para que o encontro com as mulheres ocorresse e as entrevistas fossem realizadas.

Tendo recebido a autorização da Diretoria da instituição para a realização da pesquisa, deu-se início à coleta de dados, através de entrevistas feitas com usuárias, procedentes de outros municípios, enquanto aguardavam o atendimento na Clínica Ginecológica. Foram observados os princípios éticos que preceituam a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) no que se refere ao norteamto de pesquisas realizadas com seres humanos. São eles: o respeito pelas pessoas, a beneficência e a justiça (POLIT; HUNGLER, 1995). Antecedendo a entrevista, explicávamos às mulheres os objetivos do trabalho e a necessidade do uso do gravador para registrar as informações com precisão, sendo-lhes garantido o anonimato na ocasião da divulgação dos resultados. As entrevistas cessaram quando percebemos que os relatos se repetiam e que, em termos de qualidade, os dados obtidos eram representativos.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto e setembro de 2003 e, ao final desta etapa, a amostra trazia os depoimentos de oito mulheres. Os dados das entrevistas foram submetidos a análise de conteúdo temático. Segundo definição de Turato:

procura nas expressões verbais ou textuais os temas gerais recorrentes que fazem a sua aparição no interior de vários conteúdos mais concretos, portanto uma primeira forma de categorização e subcategorização constituindo o corpus [de análise]. (2003, p. 442)

RESULTADOS

Para identificar as questões referentes ao acesso a um sistema que pretende, em seus princípios básicos, ser uni-

versal, equitativo e resolutivo, é fundamental discorrer, em primeiro lugar, sobre as necessidades que levaram as mulheres a procurar pelo atendimento fora de seu município e, assim, refletir sobre a estruturação e organização dos serviços de Saúde e sobre as práticas profissionais que lá se desenrolam, buscando seu aperfeiçoamento. De acordo com os relatos, as necessidades de atenção à saúde dessas mulheres foram as mais variadas:

[...]É porque eu tenho um calor, tomo banho toda hora. [...] É sobre a desregularidade na menstruação [...] Eu estou sentindo dor demais nas costas, uma moleza e uns problemas [...] Eu não tô sentindo nada, não... É só pro médico de mulher vê como tá as coisas.

A validade de todos esses motivos para a busca de assistência é incontestável. Entretanto, acreditamos que, se a resolutividade da assistência à saúde fosse levada em consideração do ponto de vista político local, grande parte desses problemas poderiam ser resolvidos nos municípios em que elas residiam ou, pelo menos, em municípios mais próximos, garantindo-se, de forma adequada e racional, o sistema de referência e contra-referência intermunicipal previsto no Plano Diretor de Regionalização do Estado (PARAÍBA, 2004).

As mulheres que participaram deste estudo eram procedentes de municípios que fazem parte da I Macro Região Assistencial de Saúde, a qual compreende três Micro Regiões, com sedes em João Pessoa, Guarabira e Itabaiana. As entrevistadas residiam nos municípios de Mamanguape, Alagoinha, Caldas Brandão, Pedras de Fogo, Pilar e Várzea Nova, sendo esta última localidade pertencente ao município de Santa Rita.

Ressalta-se que Mamanguape, Santa Rita e Pedras de Fogo, de onde procediam quatro das entrevistadas, são municípios com sede do Módulo Assistencial, definidos no Plano Diretor de Regionalização, por demonstrarem capacidade para disponibilizar à sua população e à população dos municípios satélites a eles adscritos, serviços

de patologia clínica, odontologia especializada, ultrassonografia obstétrica, cirurgia ambulatorial especializada, procedimentos especializados e traumatológico-ortopédicos, radiodiagnósticos, e por disporem de leitos hospitalares para o atendimento básico em clínica médica, clínica pediátrica e obstetrícia (PARAÍBA, 2004).

Isso aponta o as dificuldades que o processo de regionalização da assistência à saúde tem encontrado em sua efetiva implementação. As usuárias, em processo de migração espontânea, ou devido a outros determinantes que serão vistos mais adiante, também procuram atendimentos simples em lugares diferentes daqueles previstos no Plano Diretor de Regionalização. Algumas vezes, esses lugares são até mais distantes, confirmando que:

na prática, aqueles que dependem exclusivamente do SUS - algo em torno de 80% da população - têm que montar o seu "menu" de serviços, por sua conta e risco, buscando onde for possível o atendimento de que necessita. Daí ser uma prepotência tecnocrática dizer que o "povão" é deseducado, que vai ao pronto-socorro quando poderia estar indo ao centro de saúde. As pessoas acessam o sistema por onde é mais fácil ou possível (CECILIO, 2004, p. 23).

De acordo com o autor, não é à toa que a assistência à saúde ocupa um lugar central nas preocupações das pessoas. Ou seja, mesmo com a instituição do SUS, sendo este orientado, principalmente, pelo princípio da universalidade do acesso aos serviços de Saúde em todos os níveis de assistência, observamos que este direito não vem sendo garantido. Considerando, ainda, as necessidades de saúde, também é quebrado o princípio da integralidade, definida, do ponto de vista jurídico-institucional, como um conjunto articulado de ações e serviços de Saúde preventivos e curativos, individuais e coletivos nos diversos níveis de complexidade do sistema (SILVA; PINHEIRO; MACHADO, 2003).

Sabe-se que a peregrinação das pessoas em busca de acesso aos serviços e às ações de Saúde resulta na sobre-

carga dos centros maiores, além de trazerem dificuldade no tratamento, retardamento da resolução e, conseqüentemente, aumento do período de permanência das pessoas com os problemas e necessidades de saúde.

Já faz 10 anos que eu tenho esse problema. [...] Isso não é de hoje (a irregularidade menstrual)... Faz uns cinco anos que está desregulada [...] Eu tomo remédio, aí ajeita. Depois, volta tudo novamente. Aí, agora, eu queria vê se resolve de uma vez.

É possível refletir sobre o acesso considerando os aspectos geográfico, econômico e funcional. Nos relatos que se seguirão, percebemos elementos geradores de facilidades ou de dificuldades na busca por assistência. O maior número de elementos encontrados esteve ligado à funcionalidade.

O aspecto geográfico é caracterizado segundo a forma, o tempo e a distância de deslocamento das mulheres que buscavam assistência. O aspecto econômico do serviço de saúde envolve o custo do deslocamento das usuárias, que é proporcional à distância de sua moradia e à forma como elas se deslocam. No presente estudo, constatamos que a forma de deslocamento das usuárias é o transporte alternativo cedido pelo Serviço Público de seu município. No que se refere às reflexões sobre o acesso funcional, consideramos a entrada propriamente dita aos serviços de que as mulheres necessitam, inclusive os tipos de serviço oferecidos, os horários previstos e a qualidade do atendimento.

As fragilidades da Política de Saúde voltada à Assistência Integral da Saúde da Mulher são relatadas nos depoimentos das entrevistadas, tornando pertinente, e necessária, a discussão acerca da reorientação do modelo assistencial de maneira que a ser calcada nos princípios orientadores do SUS. Vale salientar que o fluxo de usuários e as redes de serviços de diferentes municípios são considerados desafios pelo Ministério da Saúde, pois, considerando a oferta desigual, as pessoas tem exigências

para resolver suas necessidades que variam de acordo com sua capacidade de deslocamento e de acesso aos sistemas mais bem equipados (ALMEIDA, 2003).

O acesso aos serviços de Saúde e, por conseguinte, o acolhimento são elementos essenciais para que o atendimento possa efetivamente no estado de saúde das mulheres, para que, desta forma, haja o estabelecimento de um vínculo entre o usuário e o serviço, o que contribui, muitas vezes, para o tempo de utilização do e freqüência na procura pelo atendimento (RAMOS; LIMA, 2003). Têm-se observado numerosos problemas nos serviços básicos de Saúde com relação ao acesso e ao acolhimento. Por esta razão, Matumoto (1998, p. 31) pondera que é necessário reconhecer o acesso aos serviços como “uma primeira etapa a ser vencida pelo usuário quando parte em busca da satisfação de uma necessidade de saúde”.

Quando questionadas a respeito das razões pelas quais decidiram se deslocar de seus municípios em busca de assistência, as entrevistadas apontaram algumas falhas no SUS relacionadas à sua capacidade operacional na cidade de origem.

Lá, na minha cidade, só tem o Posto para consulta mesmo e, se a gente vai pro Posto, eles mandam vim para João Pessoa. Toda vez é assim. A conversa é que não tem como atender e fazer os exames. Aí, eu venho logo pra João Pessoa e não perco tempo [...] Às vezes, os exames que o médico passa não tem lá, e a gente precisa vir pra João Pessoa para fazer. Aí, eu venho logo pro médico e faço os exames aqui, tudo aqui. É melhor!

Apontaram, também, falhas relacionadas à disponibilidade de recursos humanos no atendimento às especificidades de seus problemas de saúde.

Só sendo na minha cidade! Lá não tem desses médicos, não. Eu todas às vezes venho aqui pro PAM. [...] Lá, nós temos uma Clínica Gera, mas, no caso,

é um trabalho que não especifica com esse tratamento que eu estou.

Mais do que isso, foram apresentadas sérias avaliações acerca do atendimento realizado nas cidades de origem. Os discursos revelam a insatisfação das usuárias com o modo como são tratadas por profissionais pouco interessados em estabelecer vínculos pessoais significativos, que conduziriam à compreensão dos agravos que pudessem comprometer a saúde do paciente e à participação ativa deste profissional no tratamento. Revelam, também, a insensibilidade dos profissionais em relação às dificuldades econômicas dos pacientes que limitam seu acesso aos medicamentos prescritos e aos exames solicitados, o que compromete o seguimento das orientações terapêuticas.

Médico, até tem, mas, doutora, eu não acho bom, não, porque ele passa exames que sabe que lá não tem, não explica muito bem as coisas. Não sei, não [...] Tem muita gente que não gosta dos médicos. Eles dizem que eles são calado e não explica direito o que tem, faz só passar remédio e exame. Quem é que tem dinheiro para ficar comprando remédio e viajando para fazer exame? [...] No meu caso, eu não confio muito porque, se não faz os exames sério lá, como é que eles entendem os resultados? Doutora, pra ser sincera, eu não confio, não!

Neste último depoimento, é destacada a falta de credibilidade da entrevistada em relação à competência dos profissionais de compreensão e resolução dos problemas de saúde que apresenta (*Se não faz os exames sério lá, como é que eles entendem os resultados?*). Isso caracteriza as fragilidades do Sistema de Saúde, mais acentuadas nas cidades interioranas, tanto por questões econômicas, ou seja, dificuldade de pagar por bons serviços nas suas cidades, quanto pelo fato de que, geralmente, os melhores profissionais estão nas grandes cidades.

Segundo Acurcio e Guimarães (1996), acessibilidade seria a capacidade de obtenção de cuidados de saúde quando necessário, de modo fácil e conveniente. Assim

como outros autores, não podemos deixar de considerar que o acesso à Saúde está ligado às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação, bem como suprimento de necessidades. Desse modo, a acessibilidade aos serviços extrapola a dimensão geográfica, abrangendo, também, o aspecto econômico, relativo aos gastos diretos ou indiretos do usuário com o serviço, o aspecto cultural, que envolve normas e técnicas adequadas aos hábitos da população, e o aspecto funcional, ligado à oferta de serviços adequados às necessidades da população (UNGLERT, 1995).

Assim, há a escolha pelo acesso à Saúde em outro município, na maioria das vezes, sem qualquer garantia do atendimento pretendido.

Prefiro vim pro PAM e esperar o que for preciso para ser atendida. Quem me pergunta, eu digo: se você precisa de médico, homem, vá logo pra João Pessoa, que resolve o seu problema. [...] Eu já vim aqui três vezes e não peguei fichas para o médico que eu quero. [...] Olhe, a gente sai 3h da madrugada para chegar cedo e pegar ficha. Às vezes consegue, dependendo para que médico a gente quer, numa fila maior do mundo!

Dentre outros aspectos contidos nesses depoimentos, o fato de as mulheres relatarem a falta de preparo dos profissionais para um cuidado humanizado, baseado no acolhimento, no vínculo e na responsabilização dos atores envolvidos, chama a atenção. A partir das relações que se estabelecem no atendimento, permeadas pelas questões sociais e econômicas que influenciam nas formas de se fazer Saúde, surge o acolhimento relacionado à utilização dos recursos disponíveis para a solução dos problemas dos usuários. Esse fato mostra que a qualificação de recursos humanos para o SUS é um outro desafio que vem sendo enfrentado no processo de consolidação de um modelo assistencial que contemple o cuidado progressivo.

É necessário entender os recursos humanos como sujeitos ativos dessa mudança do modelo assistencial e,

nesse sentido, faz-se necessário que a formação em Saúde seja realizada sob a égide da educação permanente, tendo como eixo orientador na atualidade a humanização dos serviços. Para tanto, esta perspectiva entrou na pauta nas discussões dos gestores de políticas públicas e se configura como uma nova política para o direcionamento da atenção à saúde (BRASIL, 2004). Entretanto, apesar de compreendermos a importância dessa discussão, no momento, este trabalho não pretende fazê-la.

Para Ramos e Lima (2003), o acolhimento denota a postura dos trabalhadores da unidade perante o atendimento das necessidades de saúde do usuário. Esta postura, percebida pelas entrevistadas, permitiu a constatação de fatores que facilitam esse atendimento e evidenciou situações que geram dificuldades nas relações. As mulheres apontaram como fatores que revelam a qualidade do atendimento: as relações previamente estabelecidas com as atendentes, a representação política que negocia atendimento e a troca de mimos/gentilezas. Vale ressaltar que tais posturas, que parecem facilitar o acolhimento, se relacionam em muito com a concepção do acesso à Saúde como um favor e não como um direito.

Diante da oferta desigual da rede de serviços do SUS, da reduzida capacidade operacional, tanto humana quanto material, dos serviços de Saúde locais para atender às necessidades dos usuários, da pequena expressão de ações voltadas ao controle social e do pouco compromisso ético-político de muitos gestores, aspectos esses que dificultam o acesso das pessoas aos serviços e às ações de Saúde, entra em jogo a “mercantilização” da Saúde, em uma de suas facetas mais perversas. No Nordeste, ainda é marcante a influência do clientelismo ou “assistência barganhada”, traço cultural através do qual, por “doação” ou “favor” (que “lhe fiz, pois você é um dos meus”), fica a pessoa devendo seu voto ao “benfeitor”.

O vereador paga uma pessoa para tirar fichas para nós e, quando é ano de campanha, ao invés de dá as fichas

ele troca por voto. [...] Quando é tempo de campanha, eles dão passagem da empresa Real, que faz a linha de Campina. Mas isso é só nas campanhas! [...] Os político e a Prefeitura só ajuda quando tem eleição.

Dessa forma, o acesso universal a serviços e ações de Saúde, um direito constitucional de todo cidadão brasileiro, se transforma em “uma espécie de negócio, de troca entre o eleitor (de fato ou potencial) e o representante político” (SPOSATI, LOBO, 1992, p. 367). Por razões vinculadas a interesses eleitorais, os representantes políticos de suas cidades, ao invés de aderirem ao sistema de referência e de contra-referência intermunicipal previsto no Plano Diretor de Regionalização, preferem mandar as pessoas que precisam de assistência à capital. Agindo dessa forma, esses “gestores”, além de confirmarem a avaliação negativa das entrevistadas e naturalizarem a má qualidade dos serviços e ações de Saúde de suas cidades, contribuem com a sobrecarga dos serviços da capital do Estado por causa de atendimentos a pessoas com necessidades de saúde que poderiam (ou deveriam) ser resolvidas no local em que vivem, ou em municípios mais próximos, conforme previsto no Plano Diretor de Regionalização. As razões para isso parecem ser óbvias.

O prefeito não manda as pessoas para a cidadezinha perto com medo de perder eleitor.

Além da barganha com os representantes políticos de seus municípios de origem, as mulheres declararam, ainda, a necessidade de terem que “agradar” os profissionais em estabelecimentos lotados dos Serviços de Saúde da capital, na tentativa de garantir a assistência à sua saúde.

Toda vez consigo pegar ficha, porque chego cedo, fico na fila e já fiz amizade com as atendente. Porque, a senhora sabe, tem que agradar esse pessoal!

Conforme já afirmamos, muitas dessas mulheres poderiam ser atendidas em municípios mais próximos aos de suas residências, diminuindo tanto a sobrecarga dos serviços de Saúde da capital, quanto a peregrinação, tão comum entre usuários do SUS

Eu podia ir para Guarabira, mas é mais fácil vim para João Pessoa, por causa do ônibus... Para eu vim para João Pessoa é mais longe, é uns 50 minutos, mas é a Prefeitura que paga... Se eu for para Guarabira ser atendida, a viagem é uns 25 minutos[...] Mas, aí doutora, eu tenho que pagar a passagem do meu bolso, e eu não tenho.

Na ausência de uma consciência crítica da exigência de atendimento de qualidade e do compromisso dos representantes políticos com a melhoria da capacidade operacional da rede básica local, as usuárias convivem com os problemas e as necessidades de saúde por longos períodos de tempo, tendo que colocar na balança as vantagens e desvantagens (econômicas, principalmente) do deslocamento para um ou outro município.

Acrescente-se ao já descrito o fato de que, além de reveladora de uma das facetas mais cruéis da mercantilização da Saúde, essa forma de acesso aos serviços e às ações de Saúde determina riscos, privações e desconfortos adicionais aos usuários do SUS.

Primeiro de tudo, é essa historinha de pagar ou, então, vim no ônibus do vereador, entupido de gente. Depois, se arriscar nas viagens, porque a senhora sabe que a estrada tem canavial, caminhão carregado, essas coisas [...] Às vezes a pessoa depende do transporte que a Prefeitura dá, mas não tem dinheiro para comer aqui e, às vezes, precisa de uma coisa ou outra [...] Sou doente, tomo remédio pra dormir e, pra vim pra cá, tenho que acordar de 3 horas da madrugada, e fico o resto do dia meio com sono, sei lá [...] A Prefeitura tem um carro que sai de 4 horas da madrugada... Quando chega aqui, sai espalhando o povo pelos hospital. Fica gente aqui no PAM, na (Maternidade) Cândida Vargas, no HU, naquele que cuida do povo com câncer. Fica gente por todo canto. O carro só volta de tarde. Aí, a

gente que é atendida de manhã, por exemplo, aqui no PAM, fica esperando até a hora dos outro tudinho terminar, para poder voltar para casa.

Vale ressaltar que, para algumas mulheres, em especial quando não tinham filhos pequenos, a viagem para João Pessoa significava uma fuga da rotina, do labor cotidiano como donas-de-casa, ou seja, “um dia diferente, sem fazer a luta de casa [...]”. Para aquelas que exerciam ocupação remunerada, no entanto, o deslocamento era fonte de preocupação extra.

Eu trabalho fora, na escola da Prefeitura. Tenho que faltar para poder vim pro médico. Só fico preocupada se vou conseguir resolver tudo num dia, pra não ter que faltar muito. [...] No trabalho é que é pior porque depois eu tenho que pagar o dia. E é porque trabalho na Prefeitura, e eles sabe que eu viajei prá consultar, porque lá não tem médico.

O sistema de referência e contra-referência, imprescindível para a efetivação plena do SUS, pressupõe que as ações básicas aconteçam nos municípios de menor porte e as ações mais complexas, em centros maiores, previamente definidos e referenciados. Consideramos que, enquanto o Estado garantir apenas “um pacote mínimo de serviços essenciais voltado para os comprovadamente pobres” (LAURELL, 1997, p. 6), e enquanto persistir a prática da troca desses serviços por favores políticos, o direito à Saúde não estará garantido e as dificuldades aqui e descritas e pelas entrevistadas vivenciadas continuarão a persistir.

Assim, para finalizar a descrição dos resultados deste estudo, destaca-se a fala de uma das entrevistadas, por demonstrar que os usuários têm noção das falhas que afetam a política estadual/municipal de Saúde, bem como têm opinião sobre qual seria a ideal organização e a gestão dos serviços da rede pública de Saúde. O que parece faltar é uma organização efetiva da luta pelos seus direitos:

Eles podia pegar esse dinheiro que gasta com ônibus e pagar um médico para atender as mulheres lá. Lá, na nossa cidade mesmo! Ai sim, era bom pra todo mundo. Bom pra nós, porque não precisava sair de casa o dia todo; bom pra eles, que atendia pouca gente; e bom pro pessoal aqui, que fica muito cheio com o pessoal de fora (AS)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, descrevemos alguns aspectos que revelam as dificuldades da acessibilidade de mulheres residentes em municípios do Brejo, Zona da Mata e Litoral da Paraíba, usuárias do SUS, às ações e serviços de Saúde. Atendendo aos objetivos estabelecidos, procurou-se identificar as razões da busca dessas mulheres por atenção à saúde em um município diferente daquele em que residem. Nesse sentido, as mulheres apontaram falhas relacionadas à capacidade operacional dos serviços de Saúde da cidade de origem e à disponibilidade de recursos humanos para o atendimento às especificidades de seus problemas de saúde. Seus discursos revelam insatisfação com o pouco interesse dos profissionais de suas cidades de origem no estabelecimento de vínculos significativos e com a insensibilidade desses profissionais frente às suas dificuldades econômicas que limitam o acesso aos medicamentos prescritos e aos exames solicitados. Além disso, nos chamou a atenção a pouca credibilidade das mulheres em relação à competência dos profissionais na compreensão e resolução dos problemas de saúde que apresentavam.

Nesse contexto de carências, entra em jogo a “assistência barganhada” com as personalidades políticas de suas cidades, acrescida da necessidade de ter que “agradar” os profissionais dos serviços de Saúde da capital, em uma tentativa de garantia de atendimento. De acordo com os depoimentos analisados, essa forma de acesso

aos serviços e às ações de Saúde determinava riscos, privações e desconfortos adicionais às mulheres. Riscos esses que poderiam ser evitados se, nos municípios em que essas entrevistadas residiam lhes fossem garantidos os princípios constitucionais de atenção à Saúde.

Acreditamos que os resultados descritos poderão nortear o planejamento e a programação em Saúde dos municípios, contribuindo para uma melhoria na qualidade da assistência prestada aos pacientes e, por conseguinte, na qualidade de vida da população.

Evidenciamos, no decorrer deste trabalho, algumas das dificuldades para a implantação plena do SUS, que é impulsionada pelas Conferências Nacionais de Saúde, mas retrocede no âmbito das instâncias responsáveis por providências concretas para sua efetivação. Neste caso, a garantia do acesso universal, efetiva e resolutiva, ainda permanece como um grande desafio a ser enfrentado na luta pela implementação do SUS (SILVA; PINHEIRO; MACHADO, 2003).

A consolidação plena do SUS representa, entretanto, um processo a ser construído paulatinamente e que só será assegurado se associado a uma prática de controle da elaboração e implementação das políticas e ações de Saúde e de pressão exercida pelos movimentos sociais para que as necessidades dos usuários sejam atendidas com eficácia.

REFERÊNCIAS

ACURCIO, F.A.; GUIMARÃES, M.D.C. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 12, n. 2, p. 233-242, 1996.

ALMEIDA, C. As três esferas de governo e a construção do SUS: uma revisão. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 207-229, 2003.

BRASIL. *Política nacional de humanização: Humaniza SUS*. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Efetivando o SUS: acesso, humanização na atenção à saúde com controle social. *11ª Conferência Nacional de Saúde*. O Brasil falando como quer ser tratado. Relatório Final/Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. *Resolução n.196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília, 1996.

CARDOSO FILHO. Tragédia em Itapororoca: ônibus atropela várias pessoas; 12 morreram na hora. *A União*. João Pessoa, 7 ago. 1998. Ano CV, n. 149. Página Policial p. 07.

CECILIO, L.C.O. *Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada*. Disponível em: <<http://dtr2002.saude.gov.br/versus/index.html>> Acesso em: 10 out. 2004.

_____. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R., MATOS, R.A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado a saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.

LAURELL, A.C. A globalização e as políticas de saúde. *TEMA*, n. 15, p. 6, 1997.

LUIZA, V.L.; BERMUDEZ, J.A.Z. Acesso a medicamentos: conceitos e polêmicas. In: BERMUDEZ, J.A.Z.; OLIVEIRA, M.A.; ESHER, A. (Org.). *Acesso a medicamentos: derecho fundamental*. Papel do Estado. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2004.

MATUMOTO, S. *O Acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde*. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto, 1998.

MINAYO, M.C.S. Sobre a complexidade da implementação do SUS. In: SILVA, S.F. *Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas*. São Paulo: Hucitec, 2001.

_____. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6.ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1999.

OSIS, M.J.M.D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 25-32, 1998.

PARAÍBA. *Plano Diretor de Regionalização do Estado da Paraíba*. João Pessoa, Secretaria de Estado da Saúde, novembro de 2003, atualizado em Janeiro de 2004. (mimeo)

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. *Fundamentos da pesquisa em enfermagem*. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan./fev. 2003.

SILVA, J.P.V.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F.R.S. Necessidades, demandas e ofertas: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do setor saúde. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 234-242, 2003.

SPOSATI, A.; LOBO, E. Controle social e políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 366-378, 1992.

TURATO, E.R. *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Vozes, 2003.

UNGLERT, C.V.S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E.V. (Org.). *Distrito Sanitário*, São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995. p. 221-235.

Recebido: Abril/2008

Aprovado: Julho/2008

Reflexões sobre a sexualidade das mulheres idosas

Reflections on older women's sexuality

Gabriela Maria Cavalcanti Costa ¹
Maria do Socorro Loureiro Cavalcanti ²
Dulce Maria Rosa Gualda ³

¹ Doutora em Enfermagem pelo Programa Interunidades da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP); professora da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).
gabymcc@bol.com.br

² Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP); professora; visitante do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (DESPP/CCS/UFPB).
anny_botta@hotmail.com

³ Professora titular da EEUSP.
drgualda@usp.br

RESUMO *Este estudo objetivou, por meio de uma reflexão teórica, analisar a evolução do conceito de sexualidade e de velhice e reconhecer o peso da cultura na concepção de sexualidade. Foram consultadas as bases de dados Lilacs e MedLine, livros e artigos publicados, utilizando como critério de inclusão dos trabalhos, no conjunto a ser analisado, a menção dos descritores: 'sexualidade', 'sexualidade feminina' e 'sexualidade de idosas'. Se as mulheres idosas vivenciassem uma sexualidade sem expectativas pré-definidas, o contato físico adquiriria um sentido em si mesmo e não em função dos resultados que se esperam. Afinal, a sexualidade é uma realidade que impregna todas as atitudes cotidianas do ser humano, que o impulsiona a viver.*

PALAVRAS-CHAVE: *Sexualidade; Saúde da mulher; Saúde do idoso.*

ABSTRACT *This study aimed at, through a theoretical reflection, analyzing ageing and sexuality concept evolution, and recognising the extent of culture in the sexuality living. Both Lilacs and MedLine's data were source of research followed by books and published articles. For that, work inclusion was a criteria so as to look over the points: 'sexuality', 'female sexuality' and 'old age women sexuality'. If the old age women lived a sexuality without pre-defined expectations, the physical contacts would acquire a sense in itself and not due to expected results. Thus, sexuality is a theme which is found in every daily human being attitudes.*

KEYWORDS: *Sexuality; Women's health; Health of the elderly.*

INTRODUÇÃO

Reconhecendo que este é um tema recente e gerador de grandes polêmicas, e que é de grande importância não contemporizar, mas favorecer as transformações e mudanças sociais, este estudo pretende, a partir de uma reflexão teórica, analisar a evolução do conceito de sexualidade e de velhice e reconhecer o peso da cultura na determinação da sexualidade.

Há ainda muita incompreensão e falta de informação a respeito da pessoa idosa. As questões relativas a este grupo etário precisam ser revistas e redirecionadas em uma abordagem que favoreça uma reflexão aprofundada, crítica e salutar e que nos conduza de uma percepção fragmentária do ser humano para uma concepção unitária. Desta forma, uma das dimensões pouco valorizadas, e freqüentemente relegadas, diz respeito à dimensão da sexualidade do idoso, já que “muitos são condicionados e acostumados a relacionar amor e sexualidade apenas à juventude; às pessoas idosas vetamos o direito aos mesmos” (FUCS, 1987, p. 12) e, assim, deixamos de reconhecer que, como qualquer outra pessoa, independentemente da idade, os idosos têm necessidades e desejos afetivos e sexuais.

METODOLOGIA

A partir de consultas à base de dados *Lilacs* e *MedLine* e aos livros e artigos publicados desde a década de 1980, constatamos uma grande produção sobre o tema da sexualidade das mulheres idosas. O critério de inclusão dos trabalhos, no conjunto a ser analisado, foi a

menção, nas palavras-chave, dos vocábulos ‘sexualidade’, ‘sexualidade feminina’ e ‘sexualidade de idosos’.

Sabe-se que pesquisas que revisam a literatura têm um grande valor científico, por fornecerem, de forma resumida, um panorama abrangente sobre um determinado tema, ressaltando tanto os temas de pesquisa mais investigados pelos pesquisadores em determinada época, quanto os temas que têm recebido pouca atenção (PICCININI; LOPES, 1994).

Feitas estas considerações preliminares, procuramos, na produção existente sobre a temática, agrupar as publicações de acordo com suas especificidades, com a intenção de tornar o assunto didático, e apresentar os resultados, nos seguintes tópicos: aspectos conceituais relacionados à velhice; o conceito de sexualidade; a sexualidade e os idosos; sexualidade e cultura.

ASPECTOS CONCEITUAIS RELACIONADOS À VELHICE

A velhice tem sido tema de peso nos debates de diferentes foros, tanto no âmbito internacional como na sociedade brasileira, e a tônica tem sido repensar uma reformulação da abordagem da questão dos idosos. Isso gera a expectativa de uma nova visão da velhice que, para Prada (1996), se opõe àquele ainda prevalente nas ruas, asilos, hospitais e milhões de casas pelo Brasil afora: a do idoso como sinônimo de pessoa inativa, incapaz e, sobretudo, infeliz. Este conceito gerado pela cultura da civilização ocidental, atribui um valor positivo ao ser humano em idade produtiva.

Mas, afinal, qual é a faixa etária que inclui as pessoas no grupo dos idosos? Para efeitos metodológicos, consideraremos as pessoas acima de 60 anos. No entanto, é necessário que reflitamos um pouco sobre a questão. De modo geral, continua-se adotando, no meio científico, o

critério cronológico dos 60 anos de idade como marco da velhice. Esse critério operacional é utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), por vários sistemas de aposentadoria e pelos estatísticos que documentam geriatria/gerontologia, além de servir como parâmetro mínimo de aceitação em muitas instituições de amparo à velhice e de elaboração de algumas leis que beneficiam os idosos nos países em desenvolvimento (FRAIMAN, 1995).

Beauvoir (1990B, p. 56), sabiamente que a consciência da velhice emerge no sujeito a partir da atitude que o seu semelhante tem para com ele. A sociedade, por conseguinte, por meio de suas atitudes preconceituosas, denuncia o envelhecimento de cada indivíduo. A autora afirma, ainda, que esta

seria apenas uma fase da existência, diferente da juventude e da maturidade, mas dotada de um equilíbrio próprio e que deixa aberta ao indivíduo uma gama de possibilidades.

A velhice é 'construída' cognitivamente no decorrer da vida, a partir das vivências, da seleção e assimilação dos valores que o meio ambiente tenta nos impor a esse respeito. Mas, a velhice não é doença, afinal, a Medicina moderna invalidou o conceito de Sêneca, "*senectus ipsa morbus*", isto é, a velhice é por si só uma doença. Embora alguns insistam em denominá-la como doença incurável ou um declínio inevitável, hoje, reconhece-se a velhice tão somente como um período da vida dotado de singularidades e particularidades. Todavia, são muitos os termos utilizados para referir-se às pessoas que já viveram muito tempo. Dentre eles, destacamos velho, terceira idade e idoso.

o vocábulo velho tem uma conotação negativa ao designar, sobretudo, as pessoas de mais idade pertencentes às camadas populares que apresentam mais nitidamente os traços do envelhecimento e do declínio (PEIXOTO, 1998, p. 77).

O termo velho nos remete a tempo passado, algo desgastado, marcado pela obsolescência, pela fragilidade e pela doença. Para Alves e Araújo (1998, p. 16), o vocábulo velho "pode significar perda, deterioração, fracasso, inutilidade, fragilidade, decadência, antigo, que têm muito tempo de existência [...] obsoleto e não adequado à vida". Nas palavras de Bosi (1994, p. 43), ser velho em nossa sociedade "é lutar para continuar a ser homem".

Para Bertrand (1995), idéias como a de que a velhice é uma época de regressão, um período no qual o indivíduo não tem condições de trabalhar; de que o idoso não tem vida sexual, é um ser dependente de outros, tornando-se um peso para estes, traduzem a velhice que se aprende socialmente. Nessa concepção, predomina a apologia da falta: falta de saúde, falta de trabalho, falta de atividade, falta de sexo, falta de companhia, falta de desejo e até mesmo falta de senso crítico. Mas, concordemos com Beauvoir (1990B, p. 73), quando ela afirma que "a velhice é, antes de mais nada, um problema social e só em segundo lugar representa uma modificação funcional e orgânica".

Quanto à denominação 'terceira idade', termo em voga usado para designar a velhice, Peixoto (1998, p. 79) afirma que o seu uso no Brasil "constitui simplesmente um decalque do vocábulo adotado para a velhice na França". Para a mesma autora, o termo é "fundamentalmente empregado nas proposições relativas à criação de atividades sociais, culturais e esportivas". Na França, essa expressão tem um significado metafórico e designa a idade em que a pessoa se aposenta. Em tal país,

a vida adulta seria a segunda idade (produtiva) e a infância, a primeira (improdutiva, mas com uma perspectiva de crescimento, ao contrário do que acontece na terceira idade) (NERI; FREIRE, 2000, p. 27).

Concordamos com Costa (1994, p. 59) em sua afirmação que, na nossa sociedade, é inoportuno adotar a denominação de terceira idade

já que a nossa infância não brinca nem estuda, na idade adulta enfrentamos o terror do desemprego e do aviltamento dos salários, da maternidade desamparada e da paternidade irresponsável, e a nossa velhice ainda está por se construir.

Há, ainda, quem denomine esta fase da vida de melhor idade, mas certamente nem todos os seres compartilham desta opinião. Acreditamos que apenas o indivíduo, e somente ele, de acordo com sua trajetória de vida, vivências e experiências, seja capaz de apontar a sua melhor idade, não sendo esta, necessariamente, a fase que corresponde ao envelhecimento.

O último vocábulo que remete à velhice é ‘idoso’. Este, por sua vez marca um tratamento mais respeitoso. Para Neri e Freire (2000, p. 23), as melhores palavras “para falar da última fase do ciclo vital, são velho e idoso”. Por fim, diante das razões supracitadas, descartamos o uso do termo “velho”. Após ampla pesquisa literária pertinente ao assunto, optamos, neste estudo, por adotar o termo “idoso” como o termo ideal para se fazer referência às pessoas com 60 anos ou mais, como recomenda a OMS, já que o termo é menos pejorativo e preconceituoso, pois caracteriza uma vivência de muitos anos.

Estamos cientes de que existem todos estes termos para de referência ao grupo etário em questão. No entanto, Ballone (1981) acredita que um mesmo indivíduo pode apresentar várias idades: a idade legal, que consta na certidão de nascimento do indivíduo; a idade social, determinada pela sociedade em que está inserido, podendo, dessa forma, ser modificada; a idade biológica, de conceito lógico, porém impreciso, que diz do esgotamento da reserva orgânica do indivíduo; e, por fim, a idade psicológica. Neste sentido, cada idade corresponde a um tipo de processo de envelhecimento do ser.

Mesmo reconhecendo isto, não podemos entender a velhice como algo exclusivamente determinado pela idade. É preciso considerar os aspectos psicológicos,

sociais e culturais. A idade (que consta na certidão de nascimento de cada um) é apenas um fator a ser considerado, pois, como afirma Crema (1996, p. 37), “uma pessoa velha não é necessariamente aquela que tem 80 anos”. Este mesmo autor afirma que conhece pessoas de 18 anos já esclerosadas. Prosseguindo com sua explanação, ele se utiliza de uma associação para explicar as diversas fases da vida e suas respectivas possibilidades de vivência: a cada estação do ano, ele associa uma fase da vida, afirmando que devemos extrair de cada uma delas o seu sentido de existência.

Temos consciência de que, se não houvesse preconceito, não seria necessário disfarçar nada por meio de palavras. Os termos que se referem à velhice assumem conotação negativa ou pejorativa, não por eles, mas por razões às quais foram culturalmente associadas, como assinalam Neri e Freire (2000).

Ao tentarmos caracterizar o processo de envelhecimento, constatamos que as mulheres têm sido os alvos mais freqüente de atitudes preconceituosas, uma vez que este fenômeno sofre uma feminização decorrente

de uma situação de mortalidade diferencial por sexo que prevalece há muito tempo, na população brasileira. Desde 1950, às mulheres tem correspondido maior esperança de vida ao nascer, ou seja, tem-lhes cabido um maior número de anos a viver (BERQUÓ, 1999, p. 17).

O fenômeno de feminização do envelhecimento tem apresentado diversas explicações, além das biológicas e genéticas, acerca da razão de as mulheres viverem mais do que os homens. Dentre as hipóteses estão: a diferenciação na exposição ao risco, no consumo de álcool e tabaco e no comportamento preventivo em saúde.

Assim, devido à maior longevidade, elas têm vivenciado a velhice, muito mais freqüentemente, sozinhas. Berquó (1999, p. 21) assinala que as chances “de enfrentar

o declínio da capacidade física e mental sem apoio de um companheiro” são bem maiores para as mulheres. São, também, que mais sofrem com problemas financeiros, já que por toda a vida dependeram economicamente dos maridos que, quando falecem, deixam a renda familiar limitada ao mínimo (ALVES; ARAÚJO, 1998).

A velhice, para as mulheres, está habitualmente associada à viuvez, à renda reduzida, à dificuldade financeira, ao risco de saúde frágil e à institucionalização. E é por isso que Veras (1991) afirma que a velhice feminina é marcada pelo tripé solidão-pobreza-doença.

O envelhecimento, portanto, tem, inegavelmente, conseqüências diferentes entre idosos ricos e pobres, saudáveis e doentes, trabalhadores e aposentados, homens e mulheres.

O CONCEITO DE SEXUALIDADE

Estudiosos são unânimes ao afirmar que a sexualidade tem a idade da humanidade. Desde os primórdios da civilização, tanto a sexualidade como a erótica e suas disfunções foram bastante exploradas. Prova disto são os relatos históricos gregos, romanos, de Sodoma, de Pompéia, dentre outros. No entanto, ela nos aparece constantemente como uma incógnita cheia de preconceitos e dúvidas. Para muitos autores, este paradoxo – o desconhecimento de algo tão nosso – tem feito muitos mitos e tabus relacionados à sexualidade crescerem.

O tema ‘sexualidade humana’, diante da amplitude e da diversidade das reflexões que mobiliza, tem sido motivo de pesquisas e da busca pela construção coletiva de um novo conhecimento. Muitas áreas, além da Psicologia, têm a sexualidade como objeto de pesquisa. São elas: a Biologia e a Medicina, que estudam seus aspectos anatômicos e fisiológicos; a Sociologia e a História, que se preocupam com a gênese da repressão do compor-

tamento sexual; e a Antropologia que vem tentando mostrar a evolução cultural da sexualidade.

Para Werebe (1998, p. 82), a Biologia, utilizando-se da Genética, da Fisiologia, da Endocrinologia e da Embriologia, vem tentando elaborar modelos de explicação da sexualidade humana. Para o autor, os estudos antropológicos, que ele acredita não poderem entender a sexualidade sem considerar os aspectos socioculturais, afirmam que:

todo indivíduo nasce num momento dado da história, no meio de uma cultura distinta. Seus desejos, suas emoções e relações interpessoais são formadas pelas suas interações com a cultura, dentro da sociedade em que vive (WEREBE, 1998, p. 82).

Prosseguindo com suas colocações o autor enfatiza que, “cada cultura determina quais as práticas sexuais que são apropriadas ou não, morais ou imorais, saudáveis ou pervertidas, legais ou ilegais”.

A sexualidade humana é um fenômeno complexo, sob o qual se assenta a própria sociedade e que, portanto, está sujeita às normas. Nela, estão presentes fatores biológicos, psicológicos, socioculturais e uma história, que, para Muraro (1996), vem sendo construída através de um processo, ao longo de milhares de anos.

Para Costa (1994, p. 11), sexualidade é o termo que se refere ao conjunto de fenômenos da vida sexual. O autor afirma que “ela é o aspecto central de nossa personalidade, por meio da qual nos relacionamos com os outros, conseguimos amar, ter prazer e procriar”. Ele se refere à sexualidade apontando três componentes: o biológico, o psicológico e o social, que se interpenetram, de forma a se constituírem em bases inter-relacionadas e inseparáveis. Costa considera, ainda, que quando estes componentes se interligam, eles formam verdadeiros caleidoscópios, “fazendo surgir as mais diversas ‘imagens’ da sexualidade humana”, ou, como denomina seu livro, as múltiplas faces da sexualidade humana.

A construção histórica da sexualidade é retratada por Cattoné (1994, p. 16) em dois momentos: o ontem e o hoje. A sexualidade de ontem está ligada, desde os primórdios, à religião “que rejeita o erótico para o lado do profano e enterra toda volúpia no mal. A sexualidade torna-se, então, o lugar de eleição do pecado, o estigma do delito e o símbolo da desonra”. A História nos mostra que a sexualidade sempre teve a religião como estabelecadora de normas e preceitos de comportamento. Todas as religiões, em todas as épocas, procuraram limitar e tolher a sexualidade humana. O Cristianismo, por exemplo, ao mencionar o ‘pecado da carne’, associou ao ato sexual a figura da serpente e do fruto proibido com a punição de expulsão do Paraíso. Assim, a genitalidade tornou-se sinônimo de sexualidade. Por consequência, a doutrina Cristã passou a apenas permitir as relações sexuais depois do casamento, tendo como objetivo único a preservação da espécie. Coube, também, à religião, a partir da idéia bíblica de que Eva foi criada a partir de um osso supranumerário de Adão, o fato de considerar a mulher como um homem incompleto, permitindo assim que o homem a definisse em relação a si e subordinasse a sua sexualidade.

No que diz respeito à negação da doutrina cristã, Lima (1996, p. 45) reforça a necessidade de examinarmos as obras de Santo Agostinho e de Santo Tomás de Aquino, que associaram, definitivamente, o sexo ao pecado original, ao pecado da carne. Assim, seguindo a tradição cristã, eles condenam o prazer sexual, ou seja, o ato sexual sem o objetivo de procriar. E, até no ato penitencial, grande atenção foi dada aos pecados de natureza sexual, como citado no mandamento “não fornicarás e não cobiçarás a mulher do próximo”.

Para Werebe (1998, p. 93), as atitudes em relação à mulher são, em geral, contraditórias:

por um lado suas qualidades de mãe e esposa são exaltadas, veneradas (visão cristã da Virgem Maria),

por outro lado, ela representa a imagem do pecado de Adão, ela (Eva) é a tentação, o diabo.

Beauvoir (1990A), em seu livro *O segundo sexo*, examina a condição feminina em todas as suas dimensões: sexual, psicológica, social e política. Para ela, ninguém nasce mulher; a sociedade a transforma em mulher, e com um agravante: a mulher que se embriagou da beleza da mocidade, muito antes da mutilação definitiva (etapa definida por muitas como a perda das funções sociais de mãe, mulher e dona de casa), sente-se obcecada pelo horror de envelhecer. Afinal, é a partir do momento em que a mulher começa a envelhecer que sua situação muda. Ela se torna um ser diferente, assexuado, mas acabado: uma mulher de idade.

Agora, cabe a nós revistar as questões de gênero, uma vez que, por muito tempo “as possibilidades da mulher foram sufocadas e perdidas para a humanidade” (BEAUVOIR, 1990A, 85). Estamos certas, como Beauvoir (1990A, p. 87), de que “já é tempo [...] de deixá-la enfim correr todos os riscos, tentar a sorte” e viver a sua sexualidade de forma plena. Muraro (1996, p. 54) conclui seu trabalho certa de que a sexualidade feminina, diferentemente da masculina, aparece menos centrada nos órgãos genitais. Para a mesma autora, as mulheres “desejam erotizar uma relação que leve em conta corpo e psiquismo como zonas erógenas”. Assim, buscam extrapolar a “unidimensionalidade de um corpo reprodutor e multidimensioná-lo num corpo de prazer, de criação”. Fucs (1987, p. 31), ao referir-se às mulheres, assinala que “sua sexualidade é difusa por todo o corpo, porém está vinculada ao afeto e tem um significado baseado na troca, entrega e comunhão”.

Desde que o homem descobriu a função fecundadora do esperma na Antigüidade, procurou-se dissociar o sexo-reprodução do sexo-prazer. Na Grécia, segundo Foucault (1984), o tema ‘sexo-prazer’ foi bastante explorado e bem diferenciado das funções procriativas.

Os gregos chegaram a dissociar as duas finalidades do sexo. O sexo-reprodução era vivenciado com a esposa, enquanto o sexo-prazer destinava-se às heteras, que eram prostitutas refinadas. Conclui-se, dessa forma, que foram também os gregos que, aprimorando o entendimento da sexualidade, chegaram a definir Ágape como amor espiritual e Eros como amor carnal, já que, segundo eles, o homem enquanto animal racional, comportava essas duas necessidades básicas.

A parte atual da construção histórica da sexualidade – o hoje – é entendida como o momento a partir do qual

os comportamentos se transformaram, as maneiras de amar não são mais as que eram. Uma mutação que transtorna, talvez, a mais importante de todas as mudanças que afetam nossa civilização no terceiro milênio (CATONNÉ, 1994, p. 29).

Tais transformações aconteceram especialmente no campo da compreensão e da vivência da sexualidade.

Para Catonné (1994), sem triunfalismos, podemos afirmar que nunca fomos tão livres sexualmente como neste século, ainda que isto precise ser avaliado. No entanto, não podemos esquecer que, assim como outros aspectos da vida cotidiana, a sexualidade encontra-se subordinada às condições de reprodução das relações sociais. Como indica Foucault (1984, p. 59), ela constitui hoje um

dispositivo de poder; seja porque, ela está fortemente impregnada por relações assimétricas entre os sexos, seja porque, dentre todos os domínios sociais, ela faz aparecer de forma mais contundente as relações entre o biológico e o social.

Reconheçamos que a liberdade gozada hoje, mesmo que de forma um pouco reprimida, deve-se à revolução sexual ocorrida por volta dos anos 1960, que favoreceu o esboço de uma revolução sexual, transformando a

compreensão e a vivência da sexualidade. Vivência essa que, segundo Rangé (1995), pode ser relacionada a dois fatores: identidade sexual e comportamento sexual. A identidade sexual refere-se às características sexuais biológicas e psicológicas que marcam a auto-imagem e a imagem-social de um indivíduo no que diz respeito à sua definição sexual. O comportamento sexual refere-se a toda e qualquer resposta aberta, ou encoberta, que envolva algum desejo em relação a um objeto sexual.

Sendo assim, a sexualidade é parte integrante de qualquer indivíduo, influenciando sobremodo, seu jeito de ser e estando intimamente relacionada aos padrões culturais de sua formação, conforme aponta Catonné (1994). Foram as crenças religiosas, as lições, a história, e a sociedade que colocaram, em muitas mentalidades, a sexualidade como sinônimo de genitalidade, reduzindo-a a uma expressão carnal.

Objetivando compreender a história da sexualidade, no mundo ocidental, Nunes (1987), enumerou cinco fases: a primeira teve o Oriente Médio como núcleo, cultuava a fertilidade, venerava as partes sexuais femininas e fazia do sexo algo divino; a segunda, surgiu com as civilizações urbanas e fez do sexo algo menos mítico e mais controlado, sendo possível até distinguir o sexo da reprodução e da fecundidade e introduzir a noção de prazer; a terceira proposta da evolução referiu-se à civilização cristã, que condenou o sexo e enalteceu o celibato sacerdotal, a virgindade e a castidade como grandes virtudes humanas; a quarta, resultou das transformações ocasionadas pelo Capitalismo no mundo medieval, mas, acabou por reprimir mais do que nunca a sexualidade, já que há a necessidade da energia sexual para o trabalho; a quinta e última, transferiu o prazer das sociedades nas relações humanas para o consumo de bens e serviços que o capitalismo vende.

Poderíamos dizer que a sexualidade biológica comporta a idéia de reprodução e prazer. Dessa maneira procede no reino animal. Contudo, ao focar o ser

humano, percebe-se a sexualidade como um processo de transformação contínua cujas características peculiares são semelhantes às transformações que ocorrem em toda sua estrutura biopsicossocial.

O sexo, como prazer ou simplesmente como forma de reprodução, para Cavalcanti (1990, p. 45), dá uma idéia incompleta da sexualidade e não satisfaz o homem. Neste sentido, expressa seu pensamento, afirmando que “sem deixar de ser as duas coisas, a sexualidade humana numa concepção mais profunda e mais abrangente é, sobretudo, uma forma de comunicação”. E aqui reside o tema Amor.

O sexo-amor define o objeto amado, personalizando-o. O eu deixa de ser o centro da sexualidade para se valorizar a dinâmica do nós, o que dignifica a sexualidade, dando-lhe um sentido de retorno, de responsabilidade e de participação mútua. Neste momento, o sexo deixa de ser compulsão, para se tornar comunicação, traduzindo toda a verdade e autenticidade do ato em si.

Queremos dizer com isso que o sexo deve ser respeitado, em sua tridimensionalidade: sexo-prazer, sexo-reprodução e sexo-amor. Fucs coloca que

o ideal é a associação entre o sexo e o amor, porque o prazer do ato sexual com amor deixa de ser apenas físico para se tornar um prazer global – psicológico, físico e emocional. (1987, p. 32).

Todavia, a sexualidade nunca deverá se limitar a um simples comportamento estereotipado, mas a todas as formas de sentir, pensar e desejar. Risman (2005, p. 111) afirma que “sexualidade, sensualidade e afeto não se restringem ao coito”.

Neste sentido, a sexualidade se personaliza e se transforma, e um evoluir de descobertas mútuas envolve o homem em sua totalidade: corpo e alma, carne e espírito, aspectos considerados indissociáveis. Diante de tantas constatações, um questionamento nos parece

oportuno: por quê a sexualidade é alvo de tantas restrições impostas pela sociedade?

A hipótese de Foucault (1984) é que houve, a partir do século 18, uma proliferação de discursos sobre o sexo. Diz ele que foi o que incitou essa proliferação de discursos, foi o próprio poder de instituições como a Igreja, a família, o consultório médico. Essas instituições não visavam proibir ou reduzir a prática sexual, mas ‘controlar’ o indivíduo e a população.

No século 20, o pioneiro na reflexão sobre a sexualidade humana foi Sigmund Freud. Em seus escritos sobre a Psicanálise, encontramos neste estudioso uma resposta para a questão referida acima: a energia sexual é a energia utilizada para realizar todas as atividades de vida diária. Desse modo, qualquer descarga dessa energia que não seja para grandes produções humanas sofreria restrições. A civilização humana impõe normas e proibições e desvia a energia sexual para fins não sexuais como, por exemplo, o trabalho.

Com a ascensão da burguesia, a sociedade vive uma fase de repressão sexual. Nessa fase, o sexo se reduz à sua função reprodutora e o casal procriador passa a ser o modelo. A justificativa para isso seria que, em uma época na qual a força de trabalho é muito explorada, as energias não podem ser gastas nos prazeres. Para Foucault (1984), o homem que poupar energias em um ato sexual, ou em um ato masturbatório, estará mais disposto para outras atividades.

Assim é que se constrói um dispositivo de sexualidade fundamentada, de forma geral, sobre o procedimento religioso que condena o sexo por prazer e caracterizando-o como um pecado que deve ser purificado em todo um ritual de confissão que levaria Jesus a perdoo-los. Era através da confissão que se exercia um poder sobre as pessoas, e que se orientava a ter ou não determinadas condutas como: não praticar sexo somente por prazer, não praticar autoerotismo (masturbação), não fazer sexo antes do casamento, não desejar a mulher do próximo, entre diversas outras.

Tal como Porter e Teich (1998), acreditamos que o aumento do conhecimento das possibilidades da vivência sexual favoreceria uma maior liberdade, intensificaria o prazer, realizaria desejos e impulsos, e traria a verdadeira e plena satisfação sexual, tanto para o homem quanto para a mulher.

A SEXUALIDADE E AS IDOSAS

Até algum tempo atrás, tinha-se uma visão pobre a esse respeito que centrava a sexualidade em suas finalidades reprodutivas. Ferrigno (1988, p. 15), no entanto, considera que “contrariamente a crenças muito difundidas, a sexualidade não se extingue necessariamente com a velhice”. O que não há mais é

a premência da descarga do orgasmo, não mais as sensações eróticas concentradas apenas nos genitais, mas sim a erotização plena de toda a epiderme, sexo de corpo inteiro (FERRIGNO, 1988, p. 15).

O prazer sexual não se dá unicamente com o ato sexual em si, que é finalizado com a penetração. A satisfação sexual pode adquirir outras formas, como o carinho, o toque, o contato físico, o beijo, dentre outras. O corpo humano, sem dúvida, possui uma infinidade de pontos, além daqueles que estão nas zonas erógenas e que, se corretamente estimulados, produzem prazer. Com o avançar da idade constata-se que a satisfação sexual está muito mais relacionada ao psicológico do que ao próprio corpo (FERRIGNO, 1988, p. 9).

É bem verdade que as necessidades sexuais variam de indivíduo para indivíduo e de acordo com sua fase da vida. Desta forma, como diz Zanini (1990), nenhuma ação, nenhum gesto humano deixa de possuir a inefável

marca da sexualidade. No entanto, de acordo com Capodiecì, a sexualidade é representada como desejável

quando se refere à juventude, ao passo que, em geral, as referências ao idoso são caracterizadas por descrições negativas: a velhice aparece repelente e assexuada, os comportamentos sexuais entre pessoas idosas são considerados anormais (2000, p. 31).

Para Cavalcanti (1990), na velhice pode-se constatar, dentre outros, dois tipos de comportamentos: o velho que, possuindo fraca motivação sexual, sente-se até bem por não ter mais que atuar sexualmente; e o outro que, dotado de fortes desejos e não podendo exprimi-los, sofre com inibições, conflitos e ansiedades.

No entanto, somente por ocasião da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, Egito, é que a sexualidade

começou a aparecer nos documentos internacionais como algo positivo, em lugar de algo sempre violento, insultante, ou santificado e escondido pelo casamento heterossexual e pela gravidez (PETCHESKY, 1999, p. 16).

Sendo este, um direito reconhecido, a vivência da sexualidade, nesta fase da vida, depende em grande parte, do que cultivamos desde a infância, das atitudes e das crenças pessoais, além dos condicionamentos.

Com a idade, para vivenciar a sexualidade de forma plena é necessário desenvolver uma nova linguagem, como sugere Capodiecì (2000, p. 54). Para ele “a sexualidade, na idade avançada, continua sendo na realidade sexo, relaxamento, comunicação e intimidade compartilhada entre os parceiros”. Ele aponta, ainda, que, na prática, a sexualidade pode servir de canal para se expressar: paixão, afeto, admiração e lealdade; para se confirmar a corporeidade e a capacidade de viver o prazer; para consolidar uma consciência de si mesmo; para desenvolver a auto-afirmação; para proteger-se contra ansiedades e desafiar os estereótipos sobre os idosos; para poder tocar

e ser acariciado; para reafirmar a própria existência e, por fim, para um crescimento contínuo da sensualidade e da experiência sexual.

As idosas são alvo de crenças pressupostas, tais quais: a debilitação da sexualidade na menopausa, com tendência à extinção; a redução funcional das glândulas sexuais que apontaria para o fim da vida sexual; a remoção de órgãos, como útero e ovário, também ligados ao fim da vida sexual ativa; a masturbação vista como uma prática permitida apenas a adolescentes e jovens adultos; e por fim, doenças crônico-degenerativas como impossibilitadoras de atividade sexual.

A verdade é que ainda medram nesta seara tabus, proibições e, sobretudo, desinformação. O declínio sexual na idosa parece ser mais devido aos estados psicológicos do que às modificações orgânicas. Segundo Fucs é função do geriatra

desmistificar o tabu de que o ato sexual ou a emissão de sêmen de qualquer outro modo debilita o ser humano, ou que o homem possui uma quantidade limitada de espermatozoides e que, se gastar, não recupera mais (1987, p. 54).

A expressão do desejo sexual em mulheres idosas era considerada algo vergonhoso que deveria ser reprimido. Sabe-se que as alterações fisiológicas trazidas com a idade provocam nas mulheres mudanças na rapidez e intensidade da resposta sexual, mas esta resposta de modo algum desaparece, como muitos acreditam, embora mulheres de todas as épocas históricas tenham dito o contrário (CAPODIECI, 2000).

Apesar das alterações fisiológicas, nada impede que a mulher idosa tenha uma resposta sexual normal com as fases de excitação, platô, orgasmo e resolução. Capodieci (2000) faz uma comparação das fases do ciclo de resposta sexual em uma mulher adulta e em uma idosa. A nosso ver, é na fase de excitação que ocorrem as maiores mudanças e necessidades de adaptação. Se

estas mudanças e adaptações forem bem superadas, em nada afetam as etapas subsequentes.

Acreditamos que, nas idosas, o que influencia a sexualidade é a imagem corporal e as influências culturais.

a vivência sexual na meia-idade depende, em grande parte do que ela cultivou desde a infância, das atitudes e das crenças pessoais, dos condicionamentos, do valor e da importância que deu ao sexo (FUCS, 1987, p. 63).

A autora também acredita que o desinteresse sexual que muitas mulheres sentem se deve mais ao conceito precocemente adquirido de que a necessidade de sexo desaparece com a idade, do que a qualquer outra coisa. E essa idéia só pode levá-las a um bloqueio sexual. No entanto, já existe o reconhecimento, de muitos campos da ciência, de que esta é uma fase propícia para o completo desfrutar da sexualidade, no caso da mulher, por ela está livre da função de criar filhos, sem medo de engravidar e madura para vivenciar o amor de forma mais completa.

Algumas pessoas acreditam que a existência de desejo e o exercício da sexualidade entre as idosas sejam anormais, mas vários estudos demonstram que o padrão de comportamento sexual segue as tendências das fases anteriores de sua vida, com algumas alterações relativas às suas novas condições físicas (BUTTER; LEWIS, 1985). Afinal, a capacidade de viver o amor não se esgota com a idade, mas se aperfeiçoa, como afirma Rosenthal (1987).

Não apenas os fatores biológicos, psicológicos e políticos, mas os socioculturais e familiares influenciam a sexualidade do idoso. Nesse contexto, o choque entre as informações transmitidas pelos meios de comunicação de massa em contraste com os oferecidos pela família, clubes e asilos têm sido, muitas vezes, fatores geradores de conflitos ou de reprodução de hábitos inadequados com a realidade psicossocial ou com necessidade sexual

do idoso. Assim, para melhor compreender a sexualidade desse grupo, afirma Fraiman (1994), é preciso levar em conta que eles foram criados segundo normas e padrões morais, sociais e sexuais bastante rígidos e que foram internalizados ao longo da vida.

Mesmo que mudemos o foco de atenção, as pessoas idosas, em qualquer parte do mundo, terão suas vivências sexuais condicionadas e influenciadas pela cultura local.

SEXUALIDADE E CULTURA

Cavalcanti (1998) dedica, no segundo capítulo de sua tese de doutoramento, um item à cultura, por acreditar que a cultura favorece a compreensão da sexualidade, enquanto elemento cultural. A mesma linha de abordagem adotaremos.

Os textos consultados para a realização desse estudo revelam que a sexualidade é uma das dimensões básicas do ser humano que influencia nossas relações com as pessoas e com o mundo. É inegável que nos últimos 50 anos, houve uma acelerada mudança no comportamento sexual, despertando o interesse de diversas áreas do conhecimento, às quais este trabalho pretende contribuir com algumas reflexões. Reconhecemos que há uma diversidade existente entre as sociedades, e em uma mesma sociedade, em cada contexto histórico. Acreditamos que a cultura seja o pilar sobre o qual repousam as maiores diferenças.

Geertz (1989, p. 31) pondera que “somos animais incompletos e inacabados que só nos completamos e acabamos através da cultura”, razão pela qual se empenhou em estudar o papel da cultura na vida social. Para tanto, o autor considerou que “o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu”, destarte, ele compreende

a cultura como sendo essas idéias e a sua análise; portanto, não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura do significado. (GEERTZ, 1989, p. 31).

O autor busca uma definição de homem baseada na definição de cultura. Para ele, estudar a cultura é, portanto, estudar um código de símbolos partilhados pelos membros dessa cultura. É perceber que, entre as ações realizadas e os diversos e possíveis significados atribuídos por seus praticantes, existe “uma hierarquia estratificada de significantes” em torno da qual as ações são percebidas e interpretadas pelos atores. Nesse sentido, é que a Antropologia busca interpretar as culturas.

Tomando por base a obra de Geertz (1989, p. 24) temos que:

[...]a cultura não é um poder, algo do qual podem ser atribuídos casualmente os acontecimentos sociais, os comportamentos, as instituições ou os processos; ela é um contexto, algo dentro do qual eles podem ser descritos de forma inteligível.

É bem verdade que o homem é o resultado do meio cultural em que vive. Ele é um herdeiro de um longo processo cumulativo que reflete o conhecimento e a experiência adquirida pelas gerações que o antecederam.

Encontramos em Cavalcanti (1998, p. 42) há uma outra perspectiva de cultura que pode ser vista como: idéias (conhecimento e filosofia); crenças (religião e superstição); valores (ideologia e moral); normas (costumes e leis); atitudes (preconceito e respeito ao próximo); padrões de conduta; abstração de comportamentos (símbolos e compromissos); instituição (família e sistemas econômicos); técnicas (arte e habilidade) e artefatos.

Considerando as definições apresentadas ao longo deste item, acreditamos que nossa opção por utilizar a

definição de Geertz (1989), se justifica, uma vez que estamos considerando que a cultura é fator determinante na vivência da sexualidade das idosas.

Mas a sexualidade humana é determinada biológica ou culturalmente?

Esta é uma questão, antes de mais nada, ideológica. Sexualidade e poder se entrecruzam em todas as culturas. Em todas as culturas as formas e as influências da sexualidade são estruturadoras das relações sociais, tecedoras de seus fundamentos ideológicos e mantidas por eles.

Considerando as reflexões de Cavalcanti e Geertz, oriundas de pesquisas antropológicas, a sexualidade pode ser percebida como um material básico sobre a qual a cultura se desenrola, ao mesmo tempo em que a cultura vai formar os comportamentos e as atitudes sexuais. Todavia, reconhecemos, como sugere Heilborn (1997) que a construção da sexualidade é um processo extremamente complexo que envolve, ao mesmo tempo, aspectos individuais, sociais, psíquicos e culturais; aspectos estes que trazem consigo historicidade e envolvem práticas, atitudes e simbolizações.

Ao procurar compreender a sexualidade entre as mulheres idosas, assim como afirma Geertz (1989, p. 27), tentamos “ler por sobre os ombros” para compreender de que forma a cultura compartilhada, ou seja, os sentimentos, hinos, formas de vestir e andar, a linguagem, os artefatos, as habilidades e as artes podem assumir significados culturais e interferir na vivência da sexualidade, conforme apresentado por Cavalcanti (1998).

Assim, estaremos conhecendo a sexualidade através do prisma cultural, uma vez que buscamos desvendar e compreender os componentes biológicos, psicológicos, religiosos, econômicos, políticos e sociais compartilhados pelas mulheres idosas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tentativa de análise da evolução do conceito de sexualidade e velhice, através de uma reflexão teórica, buscou elucidar os conhecimentos socialmente construídos e partilhados acerca dos termos e possibilitou o reconhecimento do peso da cultura na determinação da vivência da sexualidade. Dessa forma, atuamos no favorecimento da ruptura de uma série de amarras sociais que envolvem as idosas, principalmente no que diz respeito à questão da sexualidade.

Partimos do pressuposto de que aspectos sócio-históricos e culturais influenciavam, sobretudo, a vivência e a compreensão da sexualidade. Alguns estudiosos relatam que a sexualidade partilhada culturalmente, vincula-se à genitalidade. Nesse sentido, cabe a nós apresentar um posicionamento: o de considerar que a maior zona erógena dos homens é o corpo em toda a sua extensão e que a sexualidade se refere a todas as formas de sentir, pensar e desejar.

Reconhecemos a cultura como determinante e condicionante da sexualidade de idosas, afinal os estudos evidenciam que estas são, hoje, o produto da experiência adquirida em tempos passados e transmitida pelas gerações que as antecederam. Portanto, a sexualidade é uma experiência pessoal, única e marcada pela cultura em que cada mulher está inserida, e na qual (sobre) vive.

De acordo com os estudos, se as idosas vivenciassem uma sexualidade sem expectativas pré-definidas e sem exigências, o contato físico adquiriria um sentido em si e não em função dos resultados que se esperam. Acreditamos que cada mulher possui sua própria visão de mundo, reforçando assim a compreensão cultural e a expressão das peculiaridades referentes à sexualidade enquanto realidade que percorre todas as atitudes cotidianas do ser humano e que o impulsiona a viver. Assim, pois, a sexualidade é uma forma mais íntima de comunicação, perfeitamente possível de ser desfrutada nas mais diversas etapas da vida.

Mais do que propor novos valores, cabe a nós entendê-los e, assim, buscar transformar a realidade social atual com olhos no futuro. Pretendemos continuar lutando contra os preconceitos que prevalecem e influenciam o cotidiano das idosas. Ensejamos, ainda, gozar do privilégio de chegar aos 60 anos e continuarmos sendo mulheres. Afinal, a velhice, além de ser o destino de todo indivíduo, constitui-se em categoria que, antes de vir a ser um problema social, representa uma responsabilidade individual.

REFERÊNCIAS

- ALVES, M.I.C.; ARAÚJO, T.C.N. Perfil da população idosa no Brasil. *Textos Sobre Envelhecimento*, v. 1, n. 1, p. 14-23, 1998.
- BALLONE, G.J. *Envelhecimento e velhice: uma nova realidade*. São Paulo: Paulínia, 1981.
- BEAUVOIR, S. *A velhice*. São Paulo: Difel, 1990A.
- _____. *O segundo sexo: a experiência vivida*. São Paulo: Círculo do Livro, 1990B.
- BERQUÓ, E. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: NERI, A.L.; DEBERT, G.G. (Org.). *Velhice e sociedade*. Campinas: Papirus, 1999. p. 11-40.
- BERTRAND, M. *Psicoterapia comportamental e cognitiva*. São Paulo: Psy, 1995.
- BOSI, E. *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.
- BUTLER, R.; LEWIS, M. *Sexo e amor na 3ª idade*. São Paulo: Summus, 1985.
- CAPODIECI, S. *A idade dos sentimentos: amor e sexualidade após os sessenta anos*. Bauru: Edusc, 2000.
- CATONNÉ, J.P. *A sexualidade, ontem e hoje*. São Paulo: Cortez, 1994.
- CAVALCANTI, M.S.L. "Gosto de ser mulher": representação da sexualidade feminina em uma comunidade rural. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da USP, Ribeirão Preto, 1998.
- CAVALCANTI, R. *Saúde sexual e reprodutiva: ensinando a ensinar*. São Paulo: Vozes, 1990.
- COSTA, R.P. *Os onze sexos: as múltiplas faces da sexualidade humana*. São Paulo: Gente, 1994.
- CREMA, R. As estações da vida. In: GUIDI, M.L.M.; MOREIRA, M.R.L.P. (Org.). *Rejuvenescer a velhice: novas dimensões da vida*. Brasília: Universidade de Brasília, 1996.
- FERIGNO, J.C. A sexualidade dos mais velhos. *Intercâmbio*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 5-16, set./dez., 1988.
- FRAIMAN, A.P. *Coisas da Idade*. São Paulo: Gente, 1995.
- _____. *Sexo e afeto na 3ª idade*. São Paulo: Gente, 1994.
- FOUCAULT, M. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graad, 1984.
- FUCS, G.B. *Por que o sexo é bom? Orientações para todas as idades*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1987.
- GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.
- HEILBORN, M.L. Corpo, sexualidade e gênero. In: DORA, D.D. (Org.). *Feminino masculino: igualdade e diferença na justiça*. Porto Alegre: Sulina, 1997. p.47-57.

- LIMA, L.L.G. Confissão e sexualidade. In: PARKER, R.; BARBOSA, R.M. *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS/ UERJ, 1996. p. 38-59.
- LOYOLA, M.A. (Org.). *A sexualidade nas ciências humanas*. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.
- MURARO, R.M. *Sexualidade da mulher brasileira: corpo e classe social no Brasil*. Rio de Janeiro: Record/ Rosa dos Tempos, 1996.
- NERI, A.L.; FREIRE, S. (Org.). *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papirus, 2000.
- NUNES, C.A. *Desvendando a sexualidade*. Campinas: Papirus, 1987.
- PEIXOTO, C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade... In: BARROS, M.M.L. (Org.). *Velhice ou terceira idade? estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998. p. 69-84.
- PETCHESKY, R.P. Direitos sexuais: um novo conceito na prática política internacional. In: PARKER, R.; BARBOSA, R. *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro/São Paulo: IMS/UERJ/34, 1999. p.15-18.
- PICCININI, C.A.; LOPES, R.C.S. A pesquisa em Psicologia infantil no Brasil: alguns aspectos críticos. *Cadernos da ANPEPP*, v. 2, p. 43-55, 1994.
- PORTER, R.; TEICH, M. (Org.). *Conhecimento sexual: a história das atitudes em relação à sexualidade*. São Paulo: Fundação Unesp, 1998.
- PRADA, C. Um país que amadurece. *Revista Problemas Brasileiros*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 4-9, 1996.
- RANGÉ, B. *Psicoterapia comportamental*. São Paulo: Psy, 1995.
- RISMAN, A. Sexualidade e terceira idade: uma visão histórico-cultural. *Textos sobre Envelhecimento*, v. 8, n. 1, p. 89-115, jan./abr. 2005.
- ROSENTHAL, S.H. *Sexo depois dos 40, 50, 60, 70*. Rio de Janeiro: Record, 1987.
- VERAS, R.P. *País jovem de cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Dumará, 1991.
- WEREBE, M.J.G. *Sexualidade, política e educação*. São Paulo: Autores Associados, 1998.
- ZANINI, O. *Como viver a sexualidade*. São Paulo: Loyola, 1990.

Recebido: Abril/2008
Aprovado: Julho/2008

Interrupção voluntária de gravidez: panorama do debate político do projeto de lei 1135/91

Voluntary interruption of pregnancy: political debate overview about the draft Bill 1135/91

Carolina de Oliveira Nogueira ¹
Tatiana Wargas de Faria Baptista ²

¹ Socióloga; Université de Paris VII; assistente de pesquisa do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).
carol_donogueira@yahoo.com.br

² Psicóloga; Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/UERJ); professora e pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da ENSP/FIOCRUZ.
twargas@ensp.fiocruz.br

RESUMO *O artigo discute o processo de tramitação do projeto de lei 1135/1991 que trata da descriminalização do aborto e reúne elementos para a análise do papel do Legislativo Federal brasileiro na garantia dos direitos fundamentais dos cidadãos, dentre eles o direito à saúde. Foi feito o acompanhamento e uma análise retrospectiva, do período de 1991 a 2006, do projeto no ano de 2007. Verificou-se que o argumento principal construído na defesa do projeto foi a associação da prática ilegal do aborto aos altos índices de mortalidade materna, colocando-o como questão de Saúde Pública. A bancada da saúde, apesar de expressiva, não se apresentou coesa nesta discussão. A temática do aborto coloca em questão a estrutura política, social e cultural sob a qual nossa sociedade está inserida e oferece pistas acerca das imagens de mulheres e homens que povoam nosso imaginário social.*

PALAVRAS-CHAVE: *Aborto; Projeto de lei; Direitos da mulher; Direito sexuais e reprodutivos.*

ABSTRACT *This article intends to discuss the process of the draft Bill 1135/91, concerning the abortion's decriminalization, gathering elements to the discussion about the Brazilian Parliament and its supposed institutional role as a legal instrument to assure the fundamental citizens rights, such as Health. It was done a systematic following and also a retrospective analyses, concerning the years from 1991 until 2006, about the discussion during 2007. It was verified that the main defense argument built to support the draft Bill was the high maternal death rate, making illegal abortion a serious Public Health issue. This strategy was unable to change the contrary position of some parliament segments. The abortion theme highlights the political, social and cultural structure of our society, pointing to social and cultural codes and values that are triggered by the abortion decriminalization discussion, as well as it offers some ideas about cultural images of women and men.*

KEYWORDS: *Abortion; draft Bill; Women's rights; Sexual and reproductive rights.*

I N T R O D U Ç Ã O

A discussão acerca da temática do aborto no Brasil tem sido, ao longo dos anos, bastante controversa tanto no âmbito do Congresso Nacional como na sociedade civil. É um assunto que, além de envolver aspectos sociais, religiosos e políticos, movimenta a sociedade civil e os diversos grupos sociais, dentre eles podem-se citar os que possuem como cerne a defesa das minorias,¹ como o movimento social intitulado ‘feminista’. Destaca-se também, neste debate, o papel da Conferência Nacional dos Bispos Brasileiros (CNBB) e do grupo ‘Católicas pelo Direito de Decidir’.

Durante o ano de 2007, a questão da interrupção voluntária da gravidez ressurge como tema no Congresso Nacional e no Ministério da Saúde, ocupando um espaço relevante na mídia impressa principalmente durante o primeiro semestre, que coincidiu com a visita do Papa Bento XVI ao Brasil.

No âmbito do Ministério da Saúde a discussão se insere como uma questão de Saúde Pública. Em abril de 2007, o Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, em entrevista ao programa televisivo *Roda Viva* afirmou que a descriminalização do aborto, por constituir uma das causas que elevam a taxa de mortalidade materna, deve ser entendida e enfrentada pelo gestor público como uma questão de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ, 2007A). A declaração apresentou a abordagem do Ministro e posicionou o Ministério em relação à maneira como essa política deve ser entendida e, em teoria, conduzida.

Em relação às organizações da sociedade civil, a CNBB tem, historicamente, se posicionado conforme as designações do Vaticano, ou seja, contrário à prática do aborto e qualquer método contraceptivo que não o natural. O grupo Católicas pelo Direito de Decidir, formado em 1993, entende a questão do aborto para além de uma das causas de morte materna, situando o debate na autonomia do corpo da mulher, no direito à escolha, em seus direitos sexuais e reprodutivos, aproximando-se da posição defendida pelo movimento feminista.

Em relação ao Congresso Nacional, o projeto de lei 1135 de 1991 (PL1135/91), que descriminaliza a interrupção voluntária de gravidez foi desarquivado em abril de 2007² a pedido de vários deputados, sendo essa discussão retomada no Congresso.

O objetivo central deste artigo é analisar o processo de tramitação do PL1135/91 no ano de 2007, buscando-se elementos para a discussão acerca da atuação do Legislativo Federal frente ao papel que deveria exercer de garantia dos direitos fundamentais dos cidadãos (independente de cor, raça, crença, gênero), como, por exemplo, o direito à saúde. Entende-se que o acompanhamento da tramitação e negociação em torno deste projeto pode evidenciar alguns conflitos em torno da questão como: o direito à saúde; a inserção de preceitos religiosos que, por vezes, norteiam alguns processos decisórios; a questão dos direitos da mulher e o papel do Estado.

O estudo consistiu no acompanhamento sistemático,³ durante o ano de 2007, de todo o debate em torno do projeto no contexto da Comissão de Seguridade Social e da Família (CSSF) da Câmara dos Deputados (CD), o que engloba a análise de três audiências públicas, do

¹ Minorias no sentido de expressão, representação e poder político.

² De acordo com o artigo 105 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados (BRASIL, Câmara dos Deputados, 2007), todos os projetos de Lei devem ser arquivados ao final de uma legislatura, com exceção daqueles que tiveram sua tramitação encerrada nas Comissões e que aguardam entrada para votação em Plenário. Em 2006 finalizou-se a 52ª legislatura tendo sido arquivados os projetos em fase de tramitação nas comissões, dentre eles o PL1135/91, em discussão na Comissão de Seguridade Social e da Família (CSSF).

³ O Acompanhamento é uma das atividades do Projeto de Pesquisa “Análise dos Papéis do Ministério da Saúde e do Legislativo Federal na Formulação das Diretrizes Nacionais da Política de Saúde no Brasil” que subsidia o debate do Observatório de Conjuntura e Saúde da ENSP/FIOCRUZ.

chat do relator do projeto para recebimento de questões, dúvidas e posicionamentos da população em relação ao PL; dos projetos pensados; das Frentes Parlamentares que abordam o tema.

Além desta análise, empreendeu-se um estudo retrospectivo do projeto desde a sua apresentação no ano de 1991 até o ano de 2006, com o objetivo de retomar os principais elementos propositivos e as resistências durante o período. O estudo consistiu na análise do processo de tramitação do projeto neste período e na revisão bibliográfica relativa à questão.

O texto está dividido em três partes. Na primeira, é apresentada uma breve retrospectiva da discussão e tramitação do projeto no período 1991-2006. A segunda, se refere a discussão ocorrida na Câmara durante o ano de 2007, atentando-se para outros contextos em que o tema foi abordado, como o Ministério da Saúde e a mídia impressa. Nesta parte, apresentam-se questões abordadas durante as audiências públicas realizadas na CD e uma breve análise do Congresso enquanto ‘campo’⁴ político. Na última parte, discute-se como a temática do aborto e o PL1135/91 podem ser representativos de alguns aspectos sociais, culturais, políticos e simbólicos da sociedade brasileira, atentando-se, em especial, para as possíveis representações e papéis de mulheres e homens que têm-se construído ou reforçado socialmente.

RETROSPECTIVA 1991-2006

O projeto de lei na Câmara

O PL 1135 foi apresentado em 1991 pelos deputados Eduardo Jorge (PT/SP) e Sandra Starling (PT/

MG), e propunha suprimir o artigo 124 do Código Penal. O artigo pune, com pena de um a três anos de prisão, quem provocar o aborto, seja essa pessoa a própria gestante ou outrem.

Na justificativa do projeto, os deputados indicavam a necessidade de se atualizar o Código Penal brasileiro de maneira a torná-lo mais adequado aos valores e códigos atuais, em particular, no que tange “aos direitos da mulher enquanto pessoa humana”, pois “ao longo dos últimos 50 anos, tem ocorrido importantes mudanças no papel social da mulher (ex. trabalho assalariado)” (BRASIL, Câmara dos Deputados, 1991).

Ao apontar a nova realidade das mulheres brasileiras, o acesso ao trabalho na esfera pública, associada à sua realização de trabalhos domésticos,⁵ os autores do projeto afirmavam que tal realidade se tornava ainda mais árdua para mulheres de classe econômica-social desfavorecida, já que, ao lançarem mão da interrupção da gravidez, elas acaam por se submeterem a uma prática, muitas vezes, sem as condições necessárias para a garantia do bem-estar, da Saúde e, por vezes, da própria vida. A prática não regulamentada, porém muito efetuada, do aborto, aumentava a taxa de mortalidade materna.

Na justificativa do projeto, evidenciava-se também a necessidade do reconhecimento legal dos direitos de autonomia das mulheres sobre seu corpo, pois uma das consequências possíveis deste não reconhecimento seria a prática do aborto ilegal.

O projeto tramitou inicialmente na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ), onde o relator Ibrahim Abi-Ackel (PP/MG), apresentou o parecer de rejeição⁶, alegando falta de técnica legislativa. No início de 1992, o PL seguiu para a CSSF, quando a deputada

⁴ Aqui deve ser entendido como Bourdieu o definiu. Em poucas palavras, um espaço simbólico onde se estabelece uma classificação de signos, de valores e códigos onde os agentes determinam e legitimam representações (BOURDIEU, 1989)

⁵ Atente-se para o fato de que o argumento dos autores do projeto fundamenta-se numa dada representação do papel da mulher na sociedade, tendo o trabalho doméstico como uma de suas funções primordiais.

⁶ De acordo com o relatório apresentado na referida comissão (BRASIL, 1991)

Jandira Feghali (PCdoB/RJ) assumiu a relatoria.⁷ Até o ano de 2001, sete projetos foram anexados ao PL, sendo que destes apenas dois⁸ propunham que o aborto fosse considerado crime hediondo.

A deputada apresentou seu relatório, com substitutivo, em outubro de 2001 indicando a aprovação do PL1135/91 e a rejeição dos projetos que tipificavam o aborto como crime hediondo. Este substitutivo revogava os artigos 124, 126, 127 e 128 do Código Penal⁹ e estabelecia o abortamento legal nas seguintes condições: até a 12^o semana de gravidez; em qualquer idade gestacional, quando não houvesse outro meio de salvar a vida da gestante; se a gravidez for resultado de violência sexual ou se o feto não apresentar condições de sobrevivência; até a 22^o semana de gravidez, caso haja risco de vida físico ou mental à gestante ou que seja comprovada a apresentação de anomalia física ou mental irreversível no feto. O substitutivo também previa que o Sistema Único de Saúde (SUS) assegurasse o atendimento adequado, resguardando a objeção de consciência do médico (BRASIL, Câmara dos Deputados, 2004).

Em 2003, o projeto foi novamente arquivado¹⁰ e, logo em seguida, desarquivado. Durante os anos subsequentes foram apresentados vários projetos sobre a questão, alguns a favor e outros contra. Todos passaram a tramitar em conjunto com o PL1135/91. Entre os anos de 2001 e 2006, o relatório foi apresentado sete vezes.

Em dezembro de 2005, Feghali apresentou novo substitutivo que, além de prever a revogação dos artigos 124, 126, 127 e 128 do Código Penal, passava a prever também o atendimento adequado pelo SUS com orientações e informações referentes ao acesso a meios contraceptivos e de planejamento familiar, aos programas de assistência social e aos procedimentos para e riscos de interrupção da gravidez (BRASIL, Câmara dos Deputados, 2005).

Em dezembro de 2006, a relatora apresentou outro substitutivo no qual incorporou as contribuições de um anteprojeto criado por uma Comissão Tripartite composta por representantes do Poder Executivo, do Poder Legislativo e da sociedade civil.¹¹ A Comissão instalada após a realização da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (I CNPM),¹² realizada em 2004, foi

⁷ A deputada Jandira Feghali foi relatora do PL 1135/91 no período de 1992 a 2006.

⁸ O PL 4703/98, do deputado Francisco Silva (PST/RJ) e o PL 4917/01, do deputado Givaldo Garimão (PSB/AL).

⁹ No projeto original revogava-se apenas o artigo 124. Os artigos determinam (Código Penal, 1940): Art. 124 - Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lhe provoque: Pena - detenção, de 1 (um) a 3 (três) anos. Art. 126 - Provocar aborto com o consentimento da gestante: Pena - reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos. Art. 127 - As penas combinadas nos dois artigos anteriores são aumentadas de um terço, se, em consequência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofre lesão corporal de natureza grave; e são duplicadas, se, por qualquer dessas causas, lhe sobrevém a morte. Art. 128 - Não se pune o aborto praticado por médico: Aborto necessário: I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante; aborto no caso de gravidez resultante de estupro; II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

¹⁰ Conforme Regimento da CD, art.105 (BRASIL, Câmara dos Deputados, 2007).

¹¹ A Comissão foi formada por seis representantes do Poder Executivo (Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, Ministério da Justiça, Ministério da Saúde, Casa Civil, Secretaria Nacional de Direitos Humanos e Presidência da República), seis representantes do Congresso Nacional (os senadores Eduardo Suplicy do PT-SP, João Capiberibe do PSB-AP e Serys Slhessarenko do PT-MT; e as deputadas Elaine Costa do PTB-RJ, Suely Campos do PP-RR e Ângela Guadagnin do PT-SP) e seis representantes da sociedade civil (Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, Articulação de Mulheres Brasileiras, Rede Nacional Feminista de Saúde- Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Fórum de Mulheres do Mercosul, Secretaria de Mulheres da CUT e Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência).

¹² A Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SEPM) e o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) coordenaram em 2004 a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (I CNPM). Participaram do evento representantes dos poderes executivos estaduais e municipais, diversos ministérios e secretarias especiais, além de organizações de mulheres e feministas. A I CNPM foi precedida de plenárias municipais e/ou regionais, e das Conferências Estaduais. A estratégia permitiu a participação de mulheres de todo o país, dando consistência às propostas, garantindo representatividade e a expressão da diversidade da população. Foram ao todo dois mil participantes representando as propostas de mais 120 mil mulheres de todo o país. Durante a Conferência, deu-se o processo de elaboração das diretrizes para uma Política Nacional para as Mulheres. O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres surge a partir da realização desta Conferência e foi elaborado por um grupo de trabalho interministerial, coordenado pela SEPM, da Presidência da República e composto por representantes de sete Ministérios – Saúde; Educação; Trabalho e Emprego; Justiça; Desenvolvimento Agrário; Desenvolvimento Social; Planejamento, Orçamento e Gestão –; da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPPIR); do CNDM; e das Secretarias da Mulher do Estado do Acre e do Município de Campinas/SP. O Plano foi estruturado em torno de quatro áreas estratégicas de atuação: autonomia, igualdade no mundo do trabalho e cidadania; educação inclusiva e não sexista; saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos e enfrentamento à violência contra as mulheres. Nesse contexto, é constituída a Comissão Tripartite de modo a dar encaminhamento às discussões relativas à legislação sobre a interrupção voluntária da gravidez (ROCHA, 2006).

criada com o objetivo específico de discutir, elaborar e encaminhar para o Congresso uma proposta de revisão da legislação que trata da interrupção voluntária da gravidez no país. O anteprojeto propunha a descriminalização do aborto até a 12ª semana de gestação, até a 20ª em caso de violência sexual e em qualquer idade gestacional quando a gravidez implicasse risco de vida à mulher ou em caso de má formação fetal incompatível com a vida. Revogava, também, os artigos do Código Penal que tratassem o aborto como crime, assegurando que o SUS realizasse a interrupção da gravidez (GALLI; ADESSE, 2005; ROCHA, 2006; PINTO, 2006; IBAM, 2005). O anteprojeto tinha muita semelhança com o substitutivo de Feghali (2005) o que possibilitou uma estratégia de encaminhamento junto ao PL. Se não fosse assim, o anteprojeto precisaria entrar no fim de uma fila de mais de cem projetos e aguardar a apreciação de mérito da CSSF. O fato de a relatora do projeto ser a deputada Jandira Feghali, aliada do movimento feminista, foi um motivo a mais na apresentação do anteprojeto para ser anexado ao PL.

O substitutivo apresentado por Feghali, incorporando as propostas do anteprojeto da Comissão Tripartite, abarcou um conjunto maior de mudanças no Código Penal do que previsto no projeto original, e visou garantir o direito à interrupção voluntária de gravidez nos casos previstos em lei, sem qualquer penalidade para a mulher ou para o profissional de Saúde. O substitutivo final definia o direito à interrupção voluntária da gravidez nas seguintes condições: até a 12ª semana de gestação; até a 20ª semana de gestação no caso de violência sexual; no caso de diagnóstico de grave risco

à saúde da gestante; no caso de malformação congênita incompatível com a vida. No caso da gestante ser completamente ou parcialmente incapaz mentalmente, foi prevista a representação por assistente social. Previa também a cobertura pelos planos de saúde ao abortamento, e alterou o artigo 125 do Código penal, que passaria a ter a seguinte redação “acrescendo de um terço se, em consequência do abortamento ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofrer lesão corporal de natureza grave, e é duplicada se, por qualquer dessas causas, lhe sobrevém à morte” (BRASIL, Câmara dos Deputados, 2006A). O substitutivo revogava, assim, os artigos 124, 126, 127 e 128 do Código Penal.

O argumento central, apresentado no substitutivo, para a regulamentação da interrupção voluntária da gravidez é a redução da mortalidade materna. A relatora sustentou que a legislação restritiva à interrupção da gravidez tem gerado como consequência a prática do aborto ilegal, realizado em condições e técnicas inadequadas e que causam complicações de saúde como hemorragias, esterilidade forçada e até morte. E essa é uma situação que se apresenta de forma ainda mais grave na população de mulheres de baixa renda.¹³

O relatório retomou o mesmo argumento¹⁴ e acrescentou informações sobre a experiência de países que adotaram uma legislação menos restritiva e obtiveram mudanças nas taxas de mortalidade materna. Na mesma linha de discussão, o relatório recuperou o acordo ratificado em 1995 por todos os 200 países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) acerca dos princípios da Declaração e da Plataforma de Ação de Beijing, que tem como um dos eixos de ação

¹³ Feghali utiliza informações obtidas na Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) sobre a mortalidade materna, realizada em 1996, tendo como um de seus produtos a constatação de que as complicações de abortos clandestinos chegam a ser responsáveis por 13% das mortes maternas. Na CPI também evidenciou-se a diferença de mortalidade materna por renda, escolaridade, acesso à saúde, cor/raça, classe social, estado civil e violência doméstica. (BRASIL, Câmara dos Deputados, 1996).

¹⁴ O relatório apresenta dados do Ministério da Saúde nos anos 1990 relativos a internações por complicações de abortos clandestinos e por curetagens pós-abortamento (BRASIL, Câmara dos Deputados, 2006B).

o comprometimento em rever a legislação restritiva e punitiva acerca da interrupção voluntária da gravidez (BRASIL, Câmara dos Deputados, 2006A).

Com o argumento ‘saúde’, a relatora visava sensibilizar os parlamentares e a sociedade civil em relação a uma questão grave de Saúde Pública, e fortalecer a defesa do projeto ganhando adeptos.

Nas eleições de 2006, Jandira Feghali não obteve votos suficientes para assumir o cargo de Senadora. Vale indicar que sua campanha eleitoral foi marcada por forte reação de diversos grupos religiosos que traziam à tona seu papel na relatoria do PL1135/91 e o parecer favorável ao aborto. Ao término da legislatura em 2006, o projeto foi mais uma vez arquivado.

MOMENTO 2007

A retomada do debate – um breve panorama

Em março de 2007, o novo Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, assume o cargo e, em abril, o assunto da descriminalização do aborto surge na pauta de discussão em entrevista ao programa televisivo *Roda-Viva*. O Ministro afirmou entender o tema como uma questão de Saúde Pública e que deveria ser enfrentado como tal, ressaltando que há fortes indícios de que o aborto clan-

destino é a causa de milhares de mortes e seqüelas entre mulheres, o que eleva o índice de mortalidade materna, gerando mais gastos em saúde e penalizando as mulheres que se encontram nas camadas socioeconômicas menos favorecidas (ENSP/FIOCRUZ, 2007A).¹⁵ O argumento utilizado pelo Ministro é próximo ao apresentado por Feghali no relatório do projeto, sugerindo uma estratégia para dar visibilidade a uma situação-problema a ser enfrentada pelo Estado e pela sociedade.¹⁶

A partir desta entrevista houve um aumento na cobertura do assunto pela mídia impressa, especialmente em relação à tramitação do PL.¹⁷ Outros setores da sociedade se manifestaram publicamente. Dentre eles pode-se destacar a participação dos diferentes grupos religiosos (católicos, evangélicos e espíritas), do movimento feminista representado por diversos grupos¹⁸ e a sociedade civil por meio de cartas abertas aos diversos jornais do país (ENSP/FIOCRUZ, 2007A; 2007B).

Durante todo ano de 2007 foi possível perceber algumas articulações dos movimentos sociais, em particular do movimento feminista, favorável à descriminalização do aborto, por meio de eventos realizados durante esse período. Nesse sentido, insere-se o Seminário, realizado em julho deste ano, na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) com a temática “Saúde, direitos sexuais e reprodutivos: subsídios para as políticas públicas”, que contou com a presença do Ministro da Saúde, da Ministra

¹⁵ Ver também DINIZ (2007). A autora aponta que “o debate sobre aborto é um espaço de confronto de duas teses pré-estabelecidas: a tese do aborto como uma grave infração moral e a tese do aborto como um exercício de autonomia reprodutiva das mulheres. É nesse cenário de confronto de teses incomensuráveis com esparsas evidências empíricas que a reafirmação de que “aborto é uma questão de saúde pública” ganha força e vitalidade política” (2007, p. 1992-1993)

¹⁶ O reconhecimento de uma situação-problema a ser enfrentada pelo Estado é o primeiro passo para a entrada de um problema na agenda de prioridades do Estado e, portanto, de construção de políticas que visem a resolução do problema (WALT, 1994; HOWLETT; RAMESH, 1995).

¹⁷ Durante a visita do Papa Bento XVI a mídia explorou bastante o fato e as declarações de Temporão foram mais brandas (ENSP/FIOCRUZ, 2007a).

¹⁸ Destaca-se a atuação do Centro Feminista de Estudos e Assessoria (Cfemea - ONG, fundada no pensamento feminista, que trabalha pela cidadania das mulheres e pela igualdade de gênero (<http://www.cfemea.org.br>), do Ipas Brasil (ONG Internacional que desde 1994 até o os dias de hoje trabalha no Brasil pela melhoria da atenção às mulheres em situação de violência sexual e com complicações derivadas do aborto inseguro pelas várias regiões do país, visando contribuir para a redução da morbimortalidade (<http://www.ipas.org.br/>), da Articulação de Mulheres Brasileiras (organização política não partidária, criada em 1994, que articula e potencializa a luta feminista e a ação política das mulheres no plano nacional e internacional (<http://www.articulacaodemulheres.org.br/>), da Rede Nacional Feminista de Saúde – Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (articulação política solidária, fundada em 1991, que reúne ONGs feministas, ONGs mistas, grupos e associações de mulheres de distintas origens e que conta também com filiação de mulheres autônomas e lideranças comunitárias – organizações e pessoas comprometidas com a luta das mulheres por direitos no campo da saúde, da sexualidade e da reprodução (www.redesaude.org.br/)).

da SEPM, e da ex-deputada federal e ex-relatora do PL, Jandira Feghali. Nesse evento foi assinada a “Carta ao Rio de Janeiro - Pelos direitos sexuais e reprodutivos e pela equidade de gênero em defesa do estado laico”. Importante notar também a realização da II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, realizada em agosto de 2007. Na II Conferência aprovou-se a moção de apoio à legalização do aborto, considerando-o uma questão de Saúde Pública. Em contrapartida, a descriminalização do aborto foi rejeitada durante a XIII Conferência Nacional de Saúde Pública, realizada em novembro do mesmo ano.¹⁹

No âmbito do Congresso Nacional, no início da legislatura de 2007 o PL1135/91 foi desarquivado.²⁰ Em relação à designação de relatoria cabe ao Presidente da Comissão indicar os relatores dos projetos. No caso deste projeto, o presidente da CSSF, Jorge Tadeu Mudalen (DEM/SP), foi indicado para ocupar o cargo de relatoria. Embora sua indicação inicial tenha sido o deputado Alcení Guerra (DEM/PR), o Presidente voltou atrás e decidiu tomar para si o cargo de relator. Vale ressaltar que o deputado Alcení Guerra tem uma trajetória específica na Saúde, tendo sido Ministro de Estado da Saúde no período de 1990 a 1992, além de ter sua formação básica como médico. Por outro lado, o Deputado Jorge Tadeu Mudalen não tem formação específica na área da Saúde e sua trajetória política sempre foi relacionada às temáticas da previdência social.²¹ O fato de ele assumir a relatoria do projeto pode ser apresentado como um dos

elementos que constituem o longo ‘*continuum*’ de reciprocidade política existente entre políticos-eleitores.²² Nesse caso específico, Mudalen, além de acreditar naquilo que defende, assume uma responsabilidade, visibilidade e poder político, representando parte de seu eleitorado: os grupos religiosos, em particular, os evangélicos.

Para aprofundar essa análise vale a pena conhecer um pouco mais sobre o perfil dos deputados que se inserem na CSSF neste ano, bem como sobre sua participação neste debate. Da mesma forma é importante conhecer a tramitação do projeto no ano de 2007.

OS DEPUTADOS DA CSSF

A CSSF é uma Comissão Permanente da CD, responsável pela discussão e deliberação de assuntos relativos à Saúde, previdência e assistência social em geral (BRASIL, Câmara dos Deputados, 2000). Na legislatura em questão (53^a) a Comissão era composta por 33 deputados titulares e 33 suplentes. No ano de 2007²³ o perfil dos deputados titulares indicava um forte peso da representação de Saúde no âmbito da Comissão, fosse pela significativa participação de deputados médicos (22), fosse pela trajetória política dos mesmos em cargos públicos na área da Saúde (quatro secretários municipais de saúde, quatro secretários estaduais e dois Ministros da Saúde, conforme Quadro 1).²⁴ É

¹⁹ Para maiores informações ver Boletins do Ministério da Saúde e Legislativo Federal disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/conjuntura/> (meses junho-agosto/setembro/novembro)

²⁰ O projeto foi desarquivado em decorrência dos requerimentos apresentados pelos deputados: Eduardo Cunha (PMDB/RJ), Givaldo Carimbão (PSH/AL), Eduardo Valverde (PT/RO), Takayama (PSC/PR), Luciana Genro (PSOL/RS) e José Genoíno (PT/SP). Nenhum desses deputados pediu o desarquivamento do PL 1135/91 em específico, os requerimentos desarquivavam projetos de suas autorias. Tal prática é bastante comum no começo de cada legislatura. Como todos os projetos referentes ao aborto estavam anexados ao PL 1135/91, este foi, então, desarquivado. Vale notar que, com exceção da deputada Luciana Genro (PSOL/RS) e do deputado José Genoíno (PT/SP), todos os outros deputados apresentaram proposições contrárias à descriminalização da interrupção voluntária da gravidez.

²¹ O deputado está na sua quinta legislatura, tendo sido vice-presidente da CSSF durante o ano de 1992 e presidente no ano de 1994. O deputado se declara evangélico. A composição da CSSF e o perfil dos deputados que a integram será apresentado a seguir.

²² Para a discussão sobre reciprocidade e política ver Mauss (1950) e Kuschner (2000).

²³ As Comissões sofrem modificações na sua composição - Presidência e Vice-Presidências, membros titulares e suplentes, a cada ano o que significa também um rearranjo do processo político e da correlação de forças no Congresso.

interessante notar que, apesar de uma configuração política na CSSF de deputados estritamente relacionados ao setor Saúde, no debate específico do PL1135/91, não houve uma mobilização dos mesmos. Durante as Audiências Públicas realizadas foi constante a presença de outros deputados não pertencentes à Comissão e que se apresentavam como autores de projetos relativos à temática, havendo uma predominância de deputados contrários à descriminalização do aborto. Nesse contexto, a estratégia de sensibilização dos deputados para uma questão de Saúde Pública não se mostrou efetiva, o que reforça a compreensão de que os interesses representados são difusos e estão em parte, voltados para suas bases de apoio, que podem ser o eleitorado e membros de seu partido, e não estão, obrigatoriamente, atrelados às necessidades e problemas prioritários a serem enfrentados no âmbito setorial.

A articulação política em torno do PL 1135/91 se expressou também na configuração de algumas Frentes Parlamentares, como a Frente em Defesa do Planejamento Familiar e a Frente contra a Legalização do Aborto – pelo Direito à vida, ambas constituídas no ano de 2007.²⁵ A Frente Parlamentar da Saúde não priorizou ou mesmo debateu esse tema nas reuniões realizadas durante o ano, não tendo apresentado uma posição sobre a questão.

A TRAMITAÇÃO DO PL EM 2007

O PL1135/91 foi desarquivado no ano de 2007 junto com outros projetos²⁶ que tratavam da mesma

temática ainda que de forma contraditória. Com o intuito de mudar esse caráter contraditório, o relator do PL propôs, em agosto de 2007, que os projetos fossem organizados em grupos temáticos, passando a tramitar de forma independente.²⁷ Ao PL 1135/91 foi anexado o PL 176/95, de José Genoíno, que descriminaliza o aborto em gestações de até 90 dias, e a relatoria se manteve com o deputado Mudalen.

A estratégia de divisão dos projetos em grupos possibilitou uma diferenciação entre os projetos, o que, em teoria, facilitaria a tramitação dos projetos. Contudo, é uma estratégia que, tendo em vista a composição da Comissão, tende a favorecer os projetos contrários à descriminalização do aborto, fortalecendo os projetos que revogam alguns direitos já garantidos, como o projeto que cria o Estatuto do Nascituro. Este Estatuto classifica o aborto, em qualquer situação, como crime hediondo.

Como estratégia de aprofundamento do debate no o projeto e de obtenção de subsídios para seu relatório e parecer final, o relator propôs a realização de quatro audiências públicas com convidados para debater o PL. Em cada audiência pública estariam presentes quatro convidados com capacidade para debater e expor dados ou argumentos relativos ao aborto. Das quatro audiências programadas, três foram realizadas.

Além das audiências foi realizado, em junho de 2007, um *chat* aberto à população com a participação de Mudalen, em que o objetivo era receber contribuições e críticas ao projeto, funcionando assim como uma forma de participação da população. No *chat*, Mudalen

²⁴ Para uma discussão mais específica da composição da Comissão ver o Boletim do Legislativo Federal do mês de fevereiro de 2007 (ENSP/FIOCRUZ, 2007C) disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/conjuntura>.

²⁵ Para saber mais sobre as Frentes da Saúde ver o Boletim do Legislativo Federal (ENSP/FIOCRUZ, 2007c) e para discutir o papel das Frentes Parlamentares no Congresso ver SENA (2007).

²⁶ Os projetos em conjunto eram: PL 176/95, de autoria de José Genoíno (PT/SP); PL 1459/03 e PL 7235/02, ambos de autoria do ex-deputado Severino Cavalcanti; PL 5166/66, de autoria de Takayama (PAN/PR); PL 5364/05, de autoria de Luiz Bassuma (PT/BA); PL 1174/91, dos ex-deputados Eduardo Jorge e Sandra Starling; PL 3280/92, do ex-deputado Luiz Moreira; PL 1956/96, da ex-deputada Marta Suplicy (PT/SP); PL 2929/97, do ex-deputado Wigberto Tartuce; PL 3744/04, do ex-deputado Coronel Alves; PL 4304/04, de Eduardo Valverde (PT/RO); PL 4834/05, de Luciana Genro (PSol/RS); PL 660/07 de Cida Diogo (PT/RJ); PL 4703/98, do ex-deputado Francisco Silva; PL 4917/07, de Givaldo Carimbão (PSB/AL) e PL 7443/06, de Eduardo Cunha (PMDB/RJ).

²⁷ Para maiores informações: Boletim Informativo Plenário 7 (15/08/07) na página: <http://www2.camara.gov.br/comissoes/cssf/plenario-7>.

afirma não haver problemas em manifestar, por meio de relatórios e projetos de lei, as diversas orientações religiosas dos parlamentares. Para o relator do projeto, o Estado laico permite a defesa de preceitos religiosos em instâncias decisórias públicas, como a Câmara dos Deputados (BRASIL, Câmara dos Deputados, 2007D). Esse interessante mecanismo de comunicação pode ser entendido como uma 'janela' que nos permite entrever as posições defendidas pelos deputados, podendo também funcionar como um meio de demonstração de apoio político a um determinado parlamentar.

AS AUDIÊNCIAS PÚBLICAS

A primeira audiência foi realizada em junho de 2007 e contou com a presença da ex-deputada Jandira Feghali, de Zilda Arns, da Coordenadora da Pastoral da Criança, de Adson França, representante do Ministério da Saúde e de Marli VML e Nobrega, médica ginecologista.

O debate evidenciou uma estratégia, adotada pelos deputados e expositores contrários ao projeto, de desqualificação dos dados apresentados sobre o número de abortos ilegais no país, tendo como principais argumentos o fato de o dado não ser produzido por órgãos oficiais, mas por ONGs, e, também, pelo fato de expressarem uma estimativa, dada a falta de registro.

O cerne do argumento foi que os dados apresentados não seriam confiáveis, o que dificultaria o mapeamento do aborto no Brasil. Assim, não se poderia afirmar com certeza e precisão a relação entre abortos inseguros e mortalidade materna. Com isso, o principal eixo de argumentação defendido pelos expositores e deputados favoráveis à descriminalização do aborto, a redução da mortalidade materna, foi fragilizado.

Em contrapartida, fortalece-se o discurso de defesa de outras formas de redução da mortalidade materna, como a melhoria da atenção básica no SUS, o acesso aos hospitais e aos cuidados pré-natais e puerpério, bem como às políticas de planejamento familiar, como a distribuição de anticoncepcionais e preservativos.

Outro ponto abordado na audiência refere-se à questão da autonomia da mulher sobre seu corpo, ponto esse defendido por aqueles que são favoráveis ao projeto e questionado por aqueles que se posicionam contrariamente. Para estes últimos, a questão central resume-se ao fato de a mulher ter ou não o direito de exercer essa autonomia quando há implicância na vida de outrem. Desse questionamento, surgem os argumentos para a apresentação de outros projetos de lei que visam tipificar o aborto como crime hediondo, como o projeto que criou o Estatuto do nascituro.²⁸

Nesta audiência evidencia-se a estratégia de fragilização dos argumentos que respaldam o PL e surgem indícios do caráter conservador não apenas desta legislatura, mas, como apontado anteriormente, do próprio campo político que constitui a Câmara dos Deputados.

A segunda audiência foi realizada em agosto e teve como convidados: Daniel M. Sarmento, professor de direito constitucional da UERJ, Cláudio Fonteles, subprocurador geral da República, Gisela Zilsch, advogada e membro da Comissão de Defesa da República e da Democracia da OAB (SP), Maria José R. Nunes, coordenadora da ONG Católicas Pelo Direito de Decidir.

A Audiência foi marcada por uma argumentação de cunho jurídico-política, onde a questão do Estado Laico foi abordada tanto por aqueles que defendem a aprovação do PL como por aqueles que se posicionam contrariamente a ele (BRASIL, Câmara dos Deputados, 2007B). É interessante notar que o entendimento do que vem a ser um Estado Laico é bastante variado. Há quem

²⁸ PL 478/07, de autoria dos deputados Luiz Bassuma (PT/BA) e Miguel Martini (PHS/MG).

aponte o laicismo como a possibilidade de coexistência das religiões sob o mesmo Estado, estando assim claro que este Estado legisla para todos de maneira igualitária, deixando reservado à esfera privada da vida dos indivíduos a religião e seus preceitos. Há quem entenda que o Estado laico é aquele que abriga todas as religiões nas esferas pública e privada, cabendo assim a defesa das religiões, e seus preceitos, dentro do próprio Estado.

Desta forma o debate foi pautado pelas diferentes interpretações acerca do Estado laico,²⁹ deixando, mais uma vez, clara a polarização dos argumentos entre aqueles que defendem a descriminalização do aborto e aqueles que se posicionam contrariamente a esse ato.

Ainda nesta audiência, o relator Mudalen questionou os dados apresentados pelos expositores e afirmou que um feto, mesmo que anecéfalo, é um ser, sendo, portanto, inconstitucional a realização de um aborto nesse caso. Tal afirmação do relator do PL já trazia indícios de que o posicionamento do deputado em sua palavra final seria contrário à aprovação do projeto.

A terceira audiência pública, realizada no mês de outubro, contou com os seguintes convidados: Cristião F. Rosas, presidente da Comissão Nacional de Violência Sexual e Interrupção de Gravidez, Cláudio B.P. de Freitas, doutor em Ginecologia e Obstetrícia da UnB, José H.R. Torres, juiz diretor do Fórum de Campinas, Heloísa Helena, professora do Centro de Saúde da UFA e ex-Senadora.

A audiência foi, de maneira geral, pautada pelos mesmos argumentos apresentados anteriormente. Vale ressaltar que, pela primeira vez, foi levantada a temática

dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher como um dos eixos centrais pelo qual a descriminalização da interrupção voluntária da gravidez deveria ser pensada. O Juiz José Torres, resume em poucas palavras uma situação que aparece velada no âmbito desta discussão: “o Congresso está contaminado pela ideologia patriarcal” (BRASIL, Câmara dos Deputados, 2007C). Este é um elemento de análise importante e que deve ser ressaltado à medida que o PL trata, de fato, de uma questão de autonomia e direito de decisão da mulher. Este argumento não aparece durante as discussões do projeto, tampouco no relatório e no substitutivo apresentados. Com o intuito de torná-lo mais consistente e prático, é proposto um eixo central de argumentação: a atenção a uma situação concreta de mortalidade entre mulheres.

Contudo, tal estratégia foi facilmente desmontada frente à fragilidade dos dados e à força do argumento de cunho moral e religioso. Não só por causa da religiosidade, como nos alerta o Juiz José Torres, mas também por causa de um pensamento construído historicamente e que retrata certo modo de atuação da política, certo modo de entender o papel de homens e mulheres no contexto político e social de um Estado.

A quarta audiência, que seria realizada no mês de novembro com a presença do Ministro da Saúde, foi suspensa, pois o relator concluiu e apresentou seu relatório. É interessante notar que o momento escolhido por Mudalen para finalizar e apresentar o relatório foi logo após a rejeição do PL 1135/91 pela 13ª CNS.³⁰ Mudalen cita, no relatório, o posicionamento tomado por essa Conferência como exemplo de manifestação social da vontade do povo.

²⁹ Zanone discute a definição de Estado laico apontando que “As diferentes significações de laicismo reúnem em si a história das idéias e a história das instituições e podem ser resumidas nas duas expressões clássicas: ‘cultura leiga’ e ‘Estado leigo’. A cultura leiga deve, em parte, sua origem às filosofias racionalistas e inamendistas que rejeitam a verdade revelada, absoluta e definitiva; e, ao contrário, afirmam a livre busca de verdades relativas, mediante o exame crítico e o debate. Mais intimamente ligada à linguagem política é a segunda expressão, Estado leigo, que quer significar contrário ao Estado confessional, isto é, daquele Estado que assume, como sua, uma determinada religião e privilegia seus fiéis em relação aos crentes de outras religiões e aos não crentes” (Zanone, 2000: 670).

³⁰ Durante todas as plenárias da Conferência quando se debateu o tema ele foi aprovado e, no último dia, após forte reação da CNBB, o tema foi para plenária final, tendo sido acordado que seria realizado apenas a votação final sem um debate (RADIS, 2008).

O RELATÓRIO E O PARECER PELA REJEIÇÃO

O relatório de Mudalen foi apresentado no dia 21 de novembro de 2007 e os principais argumentos apresentados pelo deputado para justificar seu parecer pela rejeição foram os seguintes:

a) pouca confiabilidade nos dados apresentados e uma suposta relação destes com a mortalidade materna, apontando o aborto como uma questão não concernente à Saúde Pública;

b) o fato de a mulher não possuir o direito de autonomia sobre o seu corpo a partir do momento em que engravida, pois existe uma vida que deveria ser preservada;

c) o fato de existirem outros meios para se reduzir a pobreza no país;

d) cabe às instâncias políticas do País, como o Congresso Nacional e o Supremo Tribunal Federal, preservar toda e qualquer tipo de vida, em especial, a de seres indefesos, como um feto.

Ao finalizar seu relatório, Mudalen faz a seguinte citação, retirada da Bíblia: “Antes que eu te formasse no ventre materno, eu te conheci, e, antes que saíesses da madre, te consagrei, e te constituí profeta às nações” (1-5) (BRASIL, Câmara dos deputados, 2007D).

O relatório é a uma síntese dos principais impasses e questões apresentadas durante todo o processo de discussão do PL no ano de 2007. Fica evidente que o relator já tinha uma posição em relação ao projeto no momento que assumiu essa relatoria, sendo esta posição contrária à descriminalização do aborto. Sua relação com grupos religiosos está expressa em suas falas nas audiências, no *chat* e no relatório final apresentado, sem que isso cons-

titua um problema ético ou leve a questionamentos da Comissão. Nas raras intervenções de outros deputados que questionaram a postura e a condução do relator e Presidente da Comissão, no que diz respeito a esse projeto, não houve mudança de encaminhamento. Tal processo nos faz refletir sobre a existência, no espaço do Congresso Nacional, de uma maneira peculiar de encaminhar a política, permeada por elementos sociais e culturais típicos como o patriarcalismo, que se reforma e transforma ao longo dos anos de nossa história tendo, por vezes, como norteadora na formulação de políticas públicas a complexa relação político-eleitor (PALMEIRA; GOLDMAND, 1996). Isso está expresso especialmente na forma de desqualificação dos dados oficiais de Saúde acerca do aborto e das dificuldades para a realização de um debate franco sobre os problemas relacionados a essa questão.

Por tudo isso, não seria de se surpreender que, no dia 7 de maio de 2008, a CSSF decidisse pela rejeição do projeto, tendo sido apresentados apenas dois votos contrários ao parecer de rejeição, da deputada Cida Diogo (PT-RJ) e do deputado Dr. Pinotti (DEM-SP). Parece que o ano de 2008 reproduzirá o cenário conservador de 2007 no que tange aos direitos sexuais e reprodutivos. A nova configuração da CSSF em 2008 incorporou alguns dos principais defensores de projetos contrários à legalização do aborto e membros da Frente Parlamentar Pela Vida.

O ano de 2008 inicia-se com uma articulação dos deputados das Frentes Parlamentares contra o Aborto para a instalação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito visando investigar a prática do aborto. Outro fato marcante foi a realização, em abril de 2008, do 1º Encontro Nacional de Legisladores e Governantes Pela Vida - Contra o Aborto; e um fato chocante foi o indiciamento no estado do Mato Grosso, de quase 10.000 mulheres por supostas práticas de aborto.

Assim, se em 2005 a discussão do Executivo acerca da regulamentação do aborto, liderada especialmente pela

SEPM, parecia encontrar adeptos no Congresso Nacional e na sociedade civil, o que se pode afirmar com a análise de 2007 e primórdios de 2008 é que este tema não só não avançou como retrocedeu no debate político e social.

A MULHER E O HOMEM³¹

Nesta parte indicaremos como o PL1135/91 pode nos mostrar, simbolicamente, alguns aspectos sócio-culturais de nossa sociedade, atentando, especialmente, para algumas questões relativas à temática de gênero, e em particular, às possíveis representações e papéis sociais de mulheres e homens que construímos e reforçamos.

A argumentação central, usada pelos deputados e expositores favoráveis à descriminalização do aborto, esteve, durante o ano de 2007, calcada na questão de Saúde Pública. Abortos clandestinos, ilegais, inseguros, realizados sem higiene e sem os necessários cuidados são responsáveis por grande parte da mortalidade materna. A descriminalização do aborto teria assim uma relação direta na redução desta taxa.

Essa argumentação foi repetidamente colocada em debate. Os dados foram sistematicamente questionados e as fontes oficiais e não-oficiais, desqualificadas. O cerne do argumento na defesa da descriminalização do aborto foi colocado em xeque. Como caminho alternativo sugere-se uma melhoria no sistema de atenção às mulheres grávidas e o fortalecimento das políticas de planejamento familiar. Esse seria um caminho bem menos polêmico para uma possível redução da mortalidade materna, mas, ao mesmo tempo, seria uma crítica ao modelo de atenção prestado.

Assumir a defesa da descriminalização do aborto como uma resposta à questão de Saúde Pública não parece ter sido suficiente, no âmbito do Congresso Nacional, para romper as barreiras políticas, sociais e culturais que se apresentam no bojo dessa discussão. O projeto remete, de forma indireta, ao debate acerca da autonomia das mulheres sobre seu corpo, da possibilidade de escolha da mulher para assumir ou não o papel de mãe, sem abdicar de sua sexualidade. Tal debate mobiliza um complexo arranjo de elementos sociais que vão além da questão da Saúde Pública. Portanto, por trás do aborto clandestino e da mortalidade materna está a mulher, seus desejos e papéis nesta sociedade: a mulher-mãe, a mulher que procria, a mulher que cuida, a mulher que se desdobra, a mulher que tem dupla jornada de trabalho, a mulher que sofre, a mulher que se cala, a mulher que se expõe, a mulher que se preserva e a mulher que vai contra a maré para lutar por seus direitos.

É interessante perceber que essa multiplicidade de papéis não aparece no debate. A mulher quase sempre é retratada por um ou dois papéis, normalmente aqueles associados à condição de mãe e cuidadora (não é à toa que seja sob estes aspectos que se apresentem as principais regulamentações e conquistas legais). O papel da mulher sexualizada ou da mulher autônoma não encontra ambiente favorável e esbarra em resistências de ordem sócio-cultural, de um complexo arranjo social que constrói as identidades masculinas e femininas.

Outro aspecto que merece atenção nesta discussão diz respeito a outros elementos sociais, como classe social e 'raça', evidenciando uma diferença de oportunidades entre os grupos sociais na forma de encaminhar uma situação de aborto. Conforme mostram Adesse e Monteiro (2007),³² a partir do estudo sobre a incidência de aborto entre os anos de 1992 a 2005 no Brasil,

³¹ Esta é uma referência a um capítulo assim intitulado da obra de Gilberto Freyre, *Sobrados e mucambos* (2006), onde o autor trabalha a construção cultural e social de mulheres e homens no Brasil mostrando uma relação de acomodação e equilíbrio de antagonismos que se expressa em vários âmbitos da sociedade patriarcal. Aqui é uma referência importante por contribuir com elementos para a análise do PL 1135/91 no imaginário social brasileiro.

³² Durante todas as plenárias da Conferência quando se debateu o tema ele foi aprovado e, no último dia, após forte reação da CNBB, o tema foi para plenária final, tendo sido acordado que seria realizado apenas a votação final sem um debate (RADIS, 2008).

“para três nascidos vivos existiria um aborto induzido” (2007, p. 1). A pesquisa atesta que, em geral, mulheres brancas, de classe econômica-social elevada, com alto nível de escolaridade e, muitas vezes com apoio familiar, encontram menores dificuldades de acesso a um aborto ilegal com maior higiene e segurança, do que mulheres negras, pobres, com baixo nível de escolaridade. Assim, as autoras assinalam que a morte materna causada por abortos ilegais e inseguros possui de certa forma, um rosto ‘típico’: mulheres negras e pobres.

Essas são mortes evitáveis. Essas mulheres poderiam ter outras opções e trajetórias de vida (e morte), caso houvesse uma disposição política para se pensar e repensar determinadas posturas em relação a questões como: gênero, ‘raça’ e desigualdades econômicas e sociais estruturantes. No entanto, temos lidado com a questão das desigualdades socioeconômicas de maneira que poderia ser considerada como ‘paliativa’, no sentido de que as soluções apresentadas para se resolver o problema da pobreza, da miséria, do desemprego, da evasão escolar, da violência, não conseguem dar conta de todas essas situações e a própria realização das políticas públicas, por vezes, também apresenta problemas.

De certa forma, pode-se inferir o mesmo se pensarmos nas questões transversais, como gênero, por exemplo. Muito tem sido feito para colocar essa questão em debate público, como pesquisas, estudos e manifestações. Muito se alcançou, como a aprovação da Lei Maria da Penha (lei 11340/2006) que apresenta elementos muito interessantes, pois além de proteger legalmente a mulher da violência doméstica e de punir seu agressor, ela evidencia, simbolicamente, as desigualdades sociais e culturais entre gêneros em nossa sociedade, apontando para a necessidade, legal e judicial, de proteção. Ademais, essa lei também deixa claro algo que há muito é dito em esfera acadêmica:³³ as mulheres não estão seguras nem

mesmo em suas casas; a violência, nesse caso, física, é perpetrada dentro de sua própria casa.

Contudo, apesar de reconhecermos legal e judicialmente a necessidade de proteção física das mulheres, temas como ‘direitos sexuais e reprodutivos da mulher’ e ‘autonomia do corpo’ não conseguem encontrar tal apoio. Se levarmos a discussão um pouco adiante, perceber-se-á não apenas uma falta de atenção, mas uma movimentação social, em geral liderada por diversas religiões, contrária ao debate, à escuta, à interrupção voluntária da gravidez. A questão da interrupção voluntária da gravidez evidencia elementos sociais e culturais distintos das questões trazidas pela Lei Maria da Penha.

É importante perceber que o PL1135/91 suscita outros temas. Não é possível tratá-lo apenas como uma questão de Saúde Pública, e nem como uma questão de garantia de um direito civil. A temática do aborto traz à tona a reflexão sobre as representações sociais de homens e mulheres na sociedade brasileira e as diferenças de direitos entre classes e ‘raças’, e tudo isso implica na revisão de valores, padrões e formas de interação com o outro.

Ao propor uma possibilidade legal de interrupção de uma gravidez, coloca-se em questão, dentre outros elementos, um dos principais papéis sociais das mulheres e homens, o de ser mãe e pai, subestimando o aspecto maternal das mulheres e o aspecto provedor dos homens, tocando em pilares fundadores da construção social de diferença entre os gêneros, questionando, simbolicamente, o aspecto naturalizador desta construção de papéis sociais de gênero, colocando-as, dessa forma, em xeque.

Simone de Beauvoir, em *O Segundo Sexo* (1949), afirma que “não se nasce mulher, se torna”. Talvez a imposição social de ser mãe seja um dos elementos que nos tornam mulheres e que fazem dos homens, homens.

³³ Apenas à título de exemplo: Guillaumin (1992) e Tabet (1998).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em 2007 retoma-se a discussão acerca da possibilidade de realização de um plebiscito sobre o aborto. O plebiscito não foi encaminhado, mas suscitou debate em torno da questão, em especial com relação à pergunta que seria feita. Deveria se questionar sobre a legalidade do aborto ou o aborto ser ou não crime? O assunto permeou o debate em torno do PL1135/91. Neste ano os deputados e grupos defensores da aprovação do projeto passaram a adotar como principal estratégia a formulação da descriminalização do aborto.

Outra estratégia que permeou a discussão prévia à de 2007 foi a associação do aborto às questões de Saúde Pública, indicando o elevado número de mortes maternas decorrentes desta prática. O argumento da Saúde Pública surge como uma opção 'pragmática', no sentido de lançar luz sobre a alta taxa de mortalidade, de colocar a temática do aborto em discussão na CD, opção esta que foi mantida em 2007.

A construção destas estratégias aponta para um cenário não permeável as discussões de relações de gênero, como o PL1135/91 simboliza, no âmbito da CD. E, apesar de historicamente existir uma bancada da Saúde com número expressivo de parlamentares³⁴ o projeto não consegue um apoio forte que possibilite sua aprovação na Comissão. O que se verifica no início deste ano de 2008 com a votação pela rejeição do PL.

A longa tramitação do PL 1135/91³⁵ ressalta que este não é um tema que sensibiliza a bancada da Saúde, e que, por suscitar questões de outra natureza, favorece a tomada de posição dos parlamentares não pelo argumento ligado à Saúde, mas por um argumento de aspecto moral, religioso e familiar. Os parlamentares se sentem confortáveis ao representar outros interesses que

não aqueles que orientam o debate setorial da Saúde, no sentido que os questionamentos sociais e culturais levantados pela questão da descriminalização do aborto, ecoam nos próprios parlamentares. Em 2007, isso se explicitou na forma de condução do debate sobre o PL1135 e no papel exercido pelo relator.

Esta discussão explicita também um cenário de fragilidade da representação feminista no âmbito da CSSF em 2007 e a tendência ao fortalecimento do argumento conservador neste contexto, expresso na desqualificação dos dados oficiais, na moralização do debate e na recusa do reconhecimento desta questão como uma questão de direito das mulheres.

Para além da questão conjuntural, a temática do aborto coloca em foco a estrutura política, social e cultural na qual nossa sociedade está inserida, apontando que valores e códigos sócio-culturais são acionados no momento em que se discute a descriminalização do aborto. A temática ressalta, também, os papéis e representações sociais de gênero que são, continuamente, construídos e que povoam nosso imaginário social. Evidencia, também, algumas características de nossa sociedade e ilumina, ainda que turvamente, alguns dos elementos culturais que moldam as nossas relações.

REFERÊNCIAS

ADESSE, L.; MONTEIRO, M. *Magnitude do aborto no Brasil: aspectos epidemiológicos e sócio-Culturais*. Rio de Janeiro: Ipas Brasil/IMS/UERJ, 2007.

³⁴ A Frente Parlamentar da Saúde é uma das maiores frentes parlamentares atuantes no Congresso Nacional desde 2003, reúne mais de 200 Deputados e um quarto dos Senadores.

³⁵ O PL está há 15 anos na Câmara dos Deputados.

BEAUVOIR, S. *Le deuxième sexe I e II*. Folio Essais. Paris: Gallimard, 1949.

BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Lisboa: Difel, 1989.

BRASIL, Câmara dos Deputados. *Audiência Pública I PL 1135 de 1991 – Notas Taquigráficas*. Brasília, Câmara dos Deputados, 2007A. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/comissoes/cssf/notas-taquigraficas-1>>. Acesso em: 15 abr. 2008.

_____. *Audiência Pública II PL 1135 de 1991 – Notas Taquigráficas*. Brasília, Câmara dos Deputados, 2007B. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/comissoes/cssf/notas-taquigraficas-1>>. Acesso em: 15 abr. 2008.

_____. *Audiência Pública III PL 1135 de 1991 – Notas Taquigráficas*. Brasília, Câmara dos Deputados, 2007C. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/comissoes/cssf/notas-taquigraficas-1>>. Acesso em: 15 abr. 2008.

_____. *Chat sobre o PL 1135/1991 com o relator Jorge Tadeu Mudalen*. Realizado em junho de 2007. Brasília, Câmara dos Deputados, 2007D. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/internet/chatCP/chatsAnteriores/13_06_2007.html>. Acesso em: 15 abr. 2008.

_____. *Relatório do PL 1135 de 1991*. Brasília, Câmara dos Deputados, 2007. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/524097.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2008.

_____. *Regimento Interno*. Brasília, Câmara dos Deputados, 2007, 5ª edição. Disponível em:

<<http://www2.camara.gov.br/processolegislativo/internet/legislacao/regimentointerno.html>>. Acesso em: 15 abr. 2008.

_____. *Parecer ao PL 1135 de 1991*. Jandira Feghali. Brasília, Câmara dos Deputados, 2006A.

_____. *Relatório do PL 1135 de 1991*. Brasília, Câmara dos Deputados, 1991. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/431375.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2008.

_____. *Relatório do PL 1135 de 1991*. Brasília, Câmara dos Deputados, 2006B. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/431375.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2008.

_____. *Substitutivo ao PL 1135 de 1991*. Brasília, Câmara dos Deputados, 2005. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/361656.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2008.

_____. *Descriminalização do Aborto - Carta de Jandira Feghali*. 2004. Disponível em: <http://www.bancariospr.com/new/service/links/genero/default_ver.asp?varid=7728>. Acesso em: 16 jun. 2008.

_____. *Relatório Comissão Parlamentar de Inquérito sobre a Mortalidade Materna*. Brasília, Câmara dos Deputados, 1996. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/cpi/CPIMortalidade_Matern.htm>. Acesso em: 15 abr. 2008.

_____. *Projeto de Lei 1135 de 1991*. Brasília, Câmara dos Deputados, 1991. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/proposicoes/loadFrame.html?link=http://www.camara.gov.br/internet/sileg/prop_lista.asp?fMode=1&btnPesquisar=OK&Ano=1991&Numero=1135&csigla=PL>. Acesso em: 15 abr. 2008.

_____. *Decreto Lei N.º 2.848 de 7 de Dezembro de 1940*. Código Penal. Disponível em: <http://www.amperj.org.br/store/legislacao/codigos/cp_DL2848.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2008.

DINIZ, D. Aborto e Saúde Pública no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 1992-1993, set. 2007.

ENSP/FIOCRUZ. Observatório de Conjuntura da Política de Saúde. *Boletins Ministério da Saúde*. n. 3, 4, 5, 6. 2007A. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/conjuntura>>. Acesso em: 15 abr. 2008.

_____. Observatório de Conjuntura da Política de Saúde. *Boletins Mídia Imprensa* n. 3. 2007B. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/conjuntura>>. Acesso em: 15 abr. 2008.

_____. Observatório de Conjuntura da Política de Saúde. *Boletins Legislativo Federal* n. 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9. 2007C. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/conjuntura>. Acesso em: 15 abr. 2008.

FREYRE, G. SOBRADOS E MUCAMBOS. SÃO PAULO: GLOBAL, 2006.

GALLI, B. Aborto e Direitos Humanos: O impacto da criminalização do aborto na saúde e na vida das mulheres no Brasil. *Revista Direitos Sexuais e Reprodutivos*, n. 30. Rio de Janeiro, Ipas, 2007. Disponível em: <http://www.ipas.org.br/revista/julho07.html#tres>. Acesso em: 15 abr. 2008.

GALLI, B.; ADESSE, L. Promovendo o debate sobre a reforma legal no Brasil: possibilidades e desafios atuais à legalização do aborto. *Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva*, Rio de Janeiro, n. 21, jan. 2006. Disponível em: http://www.ipas.org.br/arquivos/artigoBrasilia_2005.doc. Acesso em: 12 jun. 2008.

GUILLAUMIN, C. *Sexe, race et pratique du pouvoir*. Paris: Côté-femmes, 1992.

HOWLETT, M.; RAMESH, M. *Studying public policy*. Canadá: Oxford University Press, 1995.

IBAM. *Perfil das delegadas e perspectivas de atuação*. In: I CONFERÊNCIA NACIONAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, Brasil: SEPM/Ibaim, 2005.

KUSCHNIR, K. *O cotidiano da política*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

MAUSS, M. *L'essai sur le don: sociologie et anthropologie*. Paris: Quadrige/PUF, 2004.

NEGRÃO, T. *A conferência adiou o debate, mas ele voltará*. In: 13ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. RADIS 65. Rio de Janeiro: Ipas, 2008. p. 32-33.

PALMEIRA, M.; GOLDMAN, M. (Org.). *Antropologia, voto e representação política*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1996.

PINTO, G. *Mulheres no Brasil: esboço analítico de um plano de políticas públicas para mulheres*. In: XIV ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, Caxambu, Associação Brasileira de Estudos Populacionais – Abep, 2006.

RADIS. 13ª Conferência Nacional de Saúde – Encontro de Paradoxos. *Revista RADIS*, Rio de Janeiro, Fiocruz, n. 65, p. 9-25, 2008.

ROCHA, M.I.B. A discussão política sobre aborto no Brasil: uma síntese. *Revista Brasileira de Estudos de População*. São Paulo, v. 23, n. 2, p. 369-374, 2006.

SENA, V.P. *Criação de frentes parlamentares é fenômeno permanente no Legislativo Federal*. 5/6/2007. Disponível em: <http://diap.ps5.com.br/content,0,1,77980,0,0.html#>. Acesso em 11 jan. 2007.

TABET, P. *La construction sociale de l'inégalité des sexes*. Paris: L'Harmattan, 1998.

WALT, G. *Health Policy. An introduction to process and power*. London: Zed Books, 1994.

ZANONE, V. Laicismo. In: BOBBIO, N.; MATTEUCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário da política*. São Paulo: UNB, 2000. Vol. II.

Recebido: Abril/2008

Aprovado: Julho/2008

Os sentidos do aborto na organização social de gênero: posicionamentos por uma sociedade mais igualitária

*The meaning of abortion in the social organization of gender:
positioning for equality in society*

Para Michele, *in memoriam*

O aborto é de uma importância crucial porque ele nega a única diferença irrefutável entre mulheres e homens. Simbolicamente, ele destrói a essência preciosa da feminilidade (*womanliness*) – a capacidade de nutrir (*nurturance*) (GINSBURG, 1990, p. 71).*

Sandra Azeredo ¹

¹ Professora associada do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). sandraazeredo2001@yahoo.com.br

RESUMO *Com base na pesquisa antropológica de Faye Ginsburg, em Fargo, Estados Unidos, em 1981, sobre a reformulação das noções de gênero no contexto da legalização do aborto, este trabalho discutirá diferentes posicionamentos no debate público, no Brasil, em torno da aprovação, em 1997, do projeto de lei que regulamenta o atendimento dos casos de aborto legal na rede pública de saúde e a utilização da visibilidade do feto como estratégia contra o direito de decisão das mulheres em abortar. O artigo se encerrará com uma análise do filme ‘4 meses, 3 semanas e 2 dias’, de Cristian Mungiu, para quem “toda tentativa de coibir o aborto termina produzindo uma indústria de morte”.*

PALAVRAS-CHAVE: *Aborto; Gênero; Visibilidade.*

ABSTRACT *This work takes as a starting point Faye Ginsburg’s anthropological research at Fargo, United States., on the reformulation of notions of gender in the context of abortion’s legalization to discuss different positioning in the public debate in Brazil, in 1997, to regulate delivery of abortion services in the public health network. The work also discusses the use of visual images of the fetus as a strategic device against women’s right to decide for or against abortion and closes with an analysis of ‘4 months, 3 weeks, and 2 days’, a film by Christian Mungiu, who stated that “all attempt to restrain abortion ends up by producing a death industry”.*

KEYWORDS: *Abortion; Gender; Visibility.*

* Traduções dos textos em inglês feitas pela autora.

INTRODUÇÃO

A pesquisadora Faye Ginsburg, em seu trabalho antropológico em Fargo, cidade do Meio-Oeste dos Estados Unidos, reproduziu a fala – epígrafe – de uma militante. Nessa pesquisa, que foi desenvolvida devido ao funcionamento, em 1981, da primeira clínica de aborto¹, desde sua legalização em 1973, a partir da decisão *Roe versus Wade*², ela buscou entender os conflitos entre as perspectivas das pessoas com relação à organização de gênero. A epígrafe da militante expõe a razão fundamental do conflito gerado pela legalização do aborto, ao tratar de que é bem menos a vida do feto que deve ser preservada, mas sim, a redefinição do que significa ser mulher. Como argumenta Ginsburg (1990, p. 60):

Noções de gênero estão sendo reformuladas em relação às condições e ao discurso criado pelo aborto legal. À medida que a reprodução se torna mais uma questão de escolha, vê-se uma transformação constante que se afasta do essencialismo que assume o gênero como sendo determinado pelo corpo. Nos debates sobre o aborto, ao tomarem diferentes posições sobre os 'interesses das mulheres', nenhum dos lados pode pretender que existe uma feminilidade essencial. Ao invés disso, é a postura da mulher diante de seu corpo, e da gravidez em particular, que se torna uma espécie de sustentação da identidade feminina e o foco do discurso de gênero .

¹ Segundo Ginsburg, na época, a clínica era administrada por uma militante da comunidade pelos direitos ao aborto e fazia parte de um conjunto de outras dez instalações, estabelecidas pela Organização Nacional de Saúde da Mulher (*National Women's Health Organization*), numa tentativa de possibilitar o aborto nas regiões do país em que os serviços não existiam, usualmente pelo conservadorismo da comunidade médica local. Desde a legalização do aborto em 1973, mais de 1.000 dessas clínicas, oferecendo aborto, no primeiro trimestre, foram estabelecidas nos Estados Unidos.

² *Roe versus Wade* foi um caso da Suprema Corte dos Estados Unidos que resultou numa decisão marcante em relação ao aborto. A regra central foi que abortos eram permitidos por quaisquer razões que a mulher escolha, até “o ponto em que o feto se torne ‘viável’, isto é, potencialmente capaz de viver fora do útero da mãe, ainda que com ajuda artificial. A viabilidade, usualmente, se coloca até o sétimo mês (28 semanas), mas pode ocorrer antes, até 24 semanas”. A Corte determinou também que o aborto pode ser feito depois da viabilidade nos casos em que for necessário proteger a saúde da mãe, que foi definida de forma ampla. Essas regras foram determinadas para 46 estados (http://en.wikipedia.org/wiki/Roe_v._Wade. Acesso em 17/2/2008).

Apoiando-se nas teorizações de Ginsburg, este ensaio busca entender as controvérsias em torno da legalização do aborto no Brasil, país onde não é passível de punição desde 1940, apenas nos casos de estupro e de risco de vida da mãe.

Em 1997, foi aprovado o projeto de lei 20/91, que regulamentou o atendimento dos casos de aborto legal na rede pública de saúde. O projeto, de autoria dos deputados Eduardo Jorge (PT-SP) e Sandra Starling (PT-MG), foi aprovado em 20 de agosto pela Comissão de Constituição e Justiça da Câmara dos Deputados, com o voto de desempate da relatora, a deputada Zulaiê Ribeiro (PSDB-SP). Nessa época de luta pela regulamentação dos atendimentos dos casos de aborto legal, houve opiniões favoráveis e contrárias à aprovação do projeto, sendo que algumas destas auxiliaram a produção deste ensaio. Porém, nota-se que, dez anos após a aprovação do Projeto de Lei, a situação em relação aos serviços de aborto continua difícil no Brasil.

O ano de 2007 foi de grande importância ao país, pois o novo Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, ao assumir o cargo em março, considerou o aborto como problema de Saúde Pública, indicando a necessidade de mudanças na legislação que deveriam ser definidas com base em um plebiscito. Dessa forma, o aborto foi incluído em ‘temas polêmicos’, em um projeto de decreto legislativo – o PDS 1494/2004 – originado no Senado, que, em dezembro de 2007, foi incluído na Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa do Senado, mas não foi votado. Segundo o Jornal *Fêmea*, do Centro Feminista de Estudos e Assessoria (CFEMEA), edição de novembro-dezembro de 2007:

O parecer do senador Paulo Duque (PMDB – RJ) ao projeto exclui o aborto do rol de temas que devem passar por plebiscito. Essa retirada representa um ganho para as mulheres. Pela interpretação de Sonia Corrêa, pesquisadora da associação brasileira interdisciplinar de Aids, a legalização do aborto não é uma questão que possa ser resolvida pela imposição de majorias sobre minorias. Isso porque implica decisão ética privada, que não deve estar sujeita à interferência do Estado. Assim, a maior parte dos países em que o aborto foi legalizado se deu por via legislativa ou por decisão de cortes constitucionais.

DESAZENDO OS ELOS ENTRE SEXO E MATERNIDADE

Em seu trabalho em Fargo, Ginsburg (1990) mostrou que, para muitas mulheres, a abertura da clínica de aborto significou “uma benção longamente esperada” (p. 59). No entanto, várias mulheres se opuseram à sua abertura, unindo-se ao Movimento de Direitos à Vida para protestar em frente à clínica. Ginsburg se perguntou como as mulheres chegavam a ter visões tão radicalmente opostas sobre a forma de reprodução e sexualidade. A autora (1985, p.173) se indagou sobre o que motivava algumas dessas mulheres a “irem além de uma rejeição pessoal ao aborto e ativamente apoiarem sua proibição para todas as mulheres americanas”. Foi ficando claro em sua pesquisa que o conflito não envolvia simplesmente o debate sobre a vida fetal e os direitos das mulheres, mas refletia um confronto de perspectivas cujas diferenças provinham de interpretações opostas das conseqüências sociais da atividade sexual. Para algumas mulheres, o aborto significava a possibilidade de escolher se e quando queriam ser mães, enquanto para outras significava o declínio da autoridade moral da maternidade. Segundo Ginsburg, a presença pública da clínica representava uma

mudança social iminente, mostrando a possibilidade de uma visão alternativa da sexualidade feminina. Como ela escreve:

uma coisa é reconhecer (pesarosamente) a presença local de “meninas malvadas” (bad girls) que se recusam a ver o casamento como o preço do sexo e a maternidade como seu resultado inevitável. Outra coisa muito diferente é tolerar uma instituição que, implícita e publicamente, admite a separação entre prazer sexual e parto, casamento e domesticidade (1985, p. 177).

Para Ginsburg, a persistente motivação de ligar a atividade sexual das mulheres a uma corrente cujos elos são a gravidez, casamento, parto e atividades domésticas se desfaz quando uma mulher pode escolher legalmente e com segurança interromper uma gravidez por não querer ser mãe. Mostra-se então que os elos dessa corrente são construções sociais, isto é, não são inevitáveis e desmonta-se o imperativo da maternidade como condição que a ‘Natureza’ impõe às mulheres, sem que estas possam escolher de acordo com seu desejo. Na perspectiva do Pró-vida, o aborto vai minando não apenas o potencial reprodutivo do sexo, mas a própria diferenciação entre machos e fêmeas. Nessa perspectiva, as mulheres que fazem aborto negam os elos entre a reprodução e a capacidade de cuidar e nutrir da mulher e assim se tornam culturalmente machos (1990, p. 72).

A IMAGEM DO FETO COMO ESTRATÉGIA CONTRA O DIREITO DE DECIDIR

Uma estratégia usada pelas pessoas contrárias à prática do aborto para restabelecer a ligação entre os elos dessa corrente é a educação das mulheres por meio do conhecimento da vida fetal, isto é, da visibilidade

do feto. Como mostra Ginsburg, acredita-se que a imagem visual do feto fará a ‘conversão’ da mulher para uma posição contrária ao aborto. Segundo ela, um dito popular resume essa crença: “Se houvesse uma janela na barriga da mulher grávida não haveria mais abortos” (1990, p. 67).

Para demonstrar a visibilidade do feto, mas sem a utilização de aparelhos, há o exemplo do caso de uma matéria publicada nos jornais de Minas Gerais, no dia 01/10/2007, sobre uma recém-nascida, que, ainda presa ao cordão umbilical, foi encontrada numa manhã de domingo no Ribeirão Arrudas, em Contagem, região metropolitana de Belo Horizonte. A notícia informava que a criança havia sido abandonada, mas, na verdade, ela havia sido jogada pela mãe, uma mulher de 25 anos, que, ao ser presa, disse que tinha tomado remédios abortivos e achou que a criança não estava respirando quando nasceu. A mãe teve a criança sozinha, no banheiro de sua casa, colocou-a num saco plástico, foi até o tanque, do lado de fora da casa, e a jogou “nas águas poluídas do Arrudas”. Ninguém (avó materna, tio (irmão da mãe), pai da criança, ex-namorado da mãe) sabia da gravidez. A menina ficou internada cinco dias no Centro de Tratamento Intensivo (CTI) neonatal e seu quadro se agravou quando ela entrou em coma. Os médicos detectaram traumatismo ocular grave causado pela queda, o que poderia ocasionar perda de visão. Além disso, o exame neurológico detectou sinais de comprometimento cerebral severo. A menina respirava com a ajuda de aparelhos e já nas primeiras horas de internação sofreu hemorragia pulmonar e teve várias convulsões durante o dia e à noite. As convulsões não se repetiram, mas seu quadro clínico piorou, sendo que, na noite de quinta-feira, ela sofreu falência múltipla dos órgãos e morreu. Como provas do processo, foram anexados os exames de corpo de delito e necropsia, realizados na recém-nascida.

Ironicamente, essa criança, que viveu tão pouco, teve duas certidões de nascimento: foi registrada pela

mãe, que saiu da penitenciária escoltada para assinar seu registro, necessário para a emissão da certidão de óbito, e foi registrada também pela avó materna, que não sabia que a mãe já a tinha registrado. O pai é servente de pedreiro e deveria se submeter ao exame de DNA, “com esperança de ser reconhecido como pai da menina”. No entanto, nada é dito nos jornais sobre trabalho da mãe – ela é apenas ‘a mãe’. Apenas era noticiado, nos jornais, que ela permaneceu detida em cela isolada e foi submetida ao exame mental, de modo a verificar se sofreu depressão pós-parto ou algum tipo de distúrbio mental, e que “com a morte da filha, sua própria situação se agravou, podendo ser indiciada por um dos três crimes: aborto, infanticídio ou homicídio qualificado, podendo ser condenada a até 30 anos de prisão”. Como estava muito abalada e arrependida, ela estava sendo mantida sob efeito de tranqüilizantes. Como hipóteses do crime, desconfiou-se de que a acusada tenha tentado se livrar da filha para não comprometer o relacionamento que vinha tendo com um novo namorado.

Histórias de bebês abandonados, ainda que pareçam irrealis, são corriqueiras no Brasil. São histórias trágicas, que poderiam ser evitadas se as mulheres pudessem acessar, precocemente, a interrupção voluntária e legal da gravidez. Essa falta de acesso é mais um exemplo da violência contra mulheres, que sempre atinge também as crianças ligadas a elas. Nada é dito na reportagem sobre o sofrimento e angústia da mãe da menina, porém, como se verá, a situação de ter que levar adiante uma gravidez indesejada é sempre traumática. Como relata a médica holandesa Rebecca Gomperts, em entrevista publicada na Revista O Globo, em 19/9/2004, foi o trauma das mulheres que ela encontrou na América Latina, inclusive no Brasil, que a inspirou a criar, em 1999, o Women on Waves, uma Organização Não Governamental (ONG) que possibilita a mulheres serem levadas de barco até águas internacionais, onde têm um atendimento seguro para fazerem o aborto. Como relata Gomperts,

o sofrimento das mulheres que encontrou “era físico e psicológico pela falta de acesso aos meios legais de praticar o aborto. Como mulher e como médica fiquei chocada. As histórias eram de cortar o coração. Havia quem tivesse sido estuprada, gente muito pobre e ainda algumas excluídas de suas comunidades”.³

Compare-se a foto do jornal, da menina jogada no rio, inteiramente nua, com os bracinhos levantados e as mãozinhas fechadas, numa atitude típica de bebê desamparado, com a foto, muito aumentada, usada na propaganda antiaborto da Pró-vida, que “mostra as partes do corpinho já formado” do feto de dez a 14 semanas, que foi submetido a aborto, usando o “método aspiração”, em que “o corpinho é despedaçado e os pedaços são aspirados”. Sabe-se que a recém-nascida sofreu cinco dias no hospital e acabou morrendo, mas e o feto de dez a 14 semanas, com “o corpinho já formado”? Sabe-se pouquíssimo de seu sofrimento, porém é nesse sofrimento que se apóiam os argumentos contra a legalização do aborto. Para esse tipo de argumento, é fundamental a questão da visibilidade. É importante tornar visível o feto, cujo desenvolvimento é interrompido na prática do aborto. Abortar é isso: impedir que se complete o desenvolvimento do feto, impedir que ele se torne uma criança pronta, que venha a ser abandonada, como a recém-nascida e uma porção de outras crianças que são fruto de gravidezes indesejadas.

A descrição das fotos do feto faz parte de um folheto de propaganda do Pró-vida, que foi trazido por uma aluna que discordou da posição da autora deste artigo favorável à descriminalização do aborto. Esse material é produzido nos Estados Unidos e distribuído no Brasil também na forma de slides e vídeos. Na capa há uma imagem de Nossa Senhora com o menino Jesus e os dizeres “A maternidade é a doce bem-aventurança unindo o coração de todas as mães ao Imaculado Coração da Mãe

de Jesus”. Na contracapa, uma foto de uma garotinha loura, de olhos azuis, segurando dois bebês gêmeos, com a seguinte elocução: “Cada vez que fizestes isto a um desses meus irmãos mais pequeninos, a mim o fizestes” e “Teus filhos, frutos do teu amor, farão a alegria da tua mesa”. No material aparecem fotos também coloridas de fetos de oito semanas (“respira – digere – engole – urina”) e de dez semanas (“pezinhos perfeitos mostram que o corpinho do bebê já está completamente formado”; “no momento da concepção começa a vida humana” e “é um novo ser completamente distinto do corpo da mãe”). Podem-se encontrar também quatro fotos chocantes com restos aumentados de resultados de aborto, como membros arrebatados, misturados com sangue e placenta.

Para Ginsburg, chama atenção o número tão pequeno de mulheres grávidas no material do Pró-vida. Ela entende essa ausência não simplesmente como uma repressão de considerar as circunstâncias vividas pelas mães, como já foi dito, mas como uma negação das variadas circunstâncias das vidas das mulheres que moldam suas decisões, tais como pobreza, idade, número de filhos, falta de um parceiro, que são possíveis associações que uma representação de mulheres grávidas pode trazer. A idéia é que o foco no feto frágil recupera a escolha pela maternidade mesmo numa gravidez indesejada e, portanto, com problemas. Tal escolha é reinterpretada como uma realização heróica da capacidade de nutrir e cuidar da mulher.

Além da visibilidade do feto, esse elogio da maternidade e a religião constituem dois outros elementos importantes na argumentação contrária à legalização do aborto. Como se vê no folheto do Pró-vida, a figura da Mãe de Deus aparece como o protótipo de mãe. Recentemente, circulou pela internet um manifesto contra a legalização do aborto e quem enviou o e-mail fundamentou seu po-

³ Na seção de cartas do número seguinte da revista (26/9/2004), três mulheres escreveram se referindo à entrevista: uma favorável e duas totalmente contrárias. Dentre destas, uma se dizia “estarecida” com a leitura da matéria e outra considerava a ONG uma “aberração”, com seu “navio da morte”.

sicionamento precisamente na ‘honra de ser mãe’ de uma mulher, citando uma passagem de um livro espírita que fala de “nossa irmã que se entrega, reverente, ao divino sacrifício da maternidade”. Ainda segundo o e-mail, quem faz ou ‘incentiva’ o aborto assumirá um “encargo espiritual perante a lei de Deus. Essa Lei sim imutável”. Diante das mudanças sociais que o aborto representa no rompimento dos elos que ligavam a atividade sexual ao ‘sacrifício da maternidade’, torna-se necessário apelar para alguma coisa imutável, fora do mundo dos humanos, que ajude a tolerar o incômodo e a ansiedade que traz toda mudança.

O DEBATE PÚBLICO SOBRE O ABORTO

É nesse mundo de absolutos morais, em que as possibilidades de pluralismo são frágeis, como se referiu Ginsburg (1985, p. 177) em relação aos conflitos em torno da abertura da clínica de aborto em Fargo, que se está hoje lutando pela legalização do aborto no Brasil. Em 1997, essa retórica moralizante apareceu em dois artigos publicados por um psicanalista e professor de universidade, em *O Tempo*, propondo questões para o debate relativo à aprovação do projeto que regulamentava o atendimento dos casos de aborto legal. Ele considerava como imoral qualquer retórica que implicasse a negação de sua conclusão de que “só se podem reunir motivos justificáveis para casos específicos de aborto como último recurso para evitar perigos efetivos para a vida da díade mãe-filho, levando-se em conta todas as circunstâncias vitais, e jamais por princípio”. Ao discutir “o respeito devido ao embrião”, associava o aborto no caso de gravidez resultante de estupro a uma forma de eugenia, que

caracterizava o racismo e o fascismo. E, continuando com sua retórica moralizante, estabelecia uma classificação para as mulheres: as mães que rejeitavam os filhos eram ‘neuróticas’ que necessitavam a benevolente assistência de psicólogos “no encontro de fórmulas mais adequadas para a educação de seus filhos”; quanto às mulheres vítimas de estupro que recorriam ao aborto, eram ‘mães eugenistas’, que, segundo ele, “literalmente brada(va)m aos seus rebentos: *-tu não deverias ser!*” Considerava que essa frase, que ele imaginava que as mulheres dissessem ao feto (“uma pessoa em potencial”), fosse uma ‘tremenda proposição’, que o incomodava por ser “profundamente cruel – na medida em que constituía o equivalente simbólico do *assassinato* de uma criança, geralmente mediado pelo desejo de morte a um pai – seja ele odiado, odiento, ou odioso” (grifos do autor).⁴

Aos discursos como esse, opuseram-se outros, naquela época, como o do psicanalista Rubem Alves, também professor de universidade, que, em um artigo para a Folha de São Paulo, de 28/9/1997, considerava que sexo era o nervo exposto da Igreja e por isso ela se opunha tanto ao aborto. Para ele, o que estava em jogo nessa oposição não era “o princípio da preservação da vida, mas o da preservação da moral sexual da igreja”. Caso contrário, a igreja se oporia à fabricação e venda de armas e também à pena de morte:

Sob Franco, talvez o ditador mais devoto ao catolicismo do século 20, homem de missa e de comunhão diárias, vigorava na Espanha a horrenda forma de execução chamada “garrote vil”. Mas não tenho conhecimento de que a igreja, em nome do princípio da preservação da vida, tenha se oposto a tal prática. Não me consta que os sacramentos tenham jamais sido negados ao ditador.

⁴ Na época, escrevi uma resposta a esses artigos, porém ela não foi aceita para publicação nem em *O Tempo*, nem em qualquer outro jornal de Belo Horizonte. Aqui decidí manter o anonimato do autor, primeiramente porque só interessam suas idéias, que considero como representativas de uma atitude moralista em relação à prática do aborto, que se mantém até hoje. Além disso, o próprio autor já desenvolveu uma atitude mais crítica em relação a essas idéias, como me comunicou recentemente. Essa mudança, segundo ele, deveu-se em alguma medida à resposta que escrevi e que lhe enviei, na impossibilidade de tê-la publicada.

Alves mostrava que a oposição irrestrita ao aborto estava associada ao que ele chamava de uma ‘ética de princípios’, que tirava dos indivíduos “algo essencial à sua humanidade: a liberdade de decidir”.

A questão do respeito ao embrião retornou, recentemente, no debate gerado pela ação de inconstitucionalidade contra a atual legislação, que regula o uso de embriões em pesquisas em células-tronco. Como esclarece Birchall (2008, p. 2):

Segundo tendência observada em países europeus, a lei brasileira só permite que sejam usados os embriões que sobraram dos processos de fertilização in vitro nas clínicas de reprodução assistida – e que seriam, de qualquer modo, descartados. O processo ainda exige autorização expressa dos genitores. Em nome do “direito à vida” do embrião, esta legislação está sendo questionada.

Birchall, “abrindo um parêntese”, perspicazmente, levanta uma questão importante:

É preciso observar que, para ser coerente, a ação deveria ser movida não contra as pesquisas com células-tronco, mas contra as próprias práticas de reprodução assistida, pois são elas que produzem mais embriões do que os que serão implantados no útero (2008, p. 2).

Não é difícil entender o motivo pelo qual essa ação não foi movida contra as práticas de reprodução assistida. Dentro de um contexto de elogio da maternidade, essas são práticas que a valorizam, que, na verdade, tornam-na possível em mulheres que têm dificuldade de engravidar. Assim, com a finalidade de ajudar as mulheres a serem mães, descartar embriões é considerado como um meio legítimo e não se levanta a questão do respeito à vida. Fora deste fim, o uso de embriões que seriam descartados é considerado inconstitucional, pois pode implicar, inclusive, a aceitação do fim oposto, que seria a possibilidade de as mulheres recorrerem à prática do aborto legal.

Voltando ao debate de 1997, encontram-se inúmeros discursos que colocavam as mulheres, e não o feto, no centro da questão, como o da deputada Zulaie Ribeiro, cujo voto, como foi visto, foi decisivo para a aprovação do projeto de lei 20/91. Em entrevista ao *Jornal do Brasil*, em 24/08/97, intitulada “Defendi a mulher pobre”, a deputada afirmava que tanta divergência sobre a interrupção da gravidez resultante de estupro se dava “porque a mulher estava no centro do problema”. De acordo com ela, não se ouviam críticas à lei penal, mas às mulheres:

Que elas vão mentir no hospital para conseguir o aborto ou que vão compensar uma violência com outra violência. Vamos parar e pensar no estupro, que, pelas nossas leis, é um crime hediondo. Sabe o que a hipocrisia social quer? Que a mulher sofra a violência sexual e fique calada.

O artigo de Dora Kramer, “Na contramão da realidade”, publicado no *Jornal do Brasil*, de 24/08/1997, criticava a posição do então Ministro da Saúde, Carlos Albuquerque, que era contrária à regulamentação do artigo do Código Penal. Segundo Kramer, “o problema causado pelos abortos clandestinos é uma questão de Saúde Pública, e só as mulheres pobres são atingidas pela falta de regulamentação”. Também no artigo, a freira católica Ivone Gebara reafirmava sua posição a favor da descriminalização do aborto e colocava as mulheres no centro de sua argumentação:

nem sempre os princípios cristãos e outros resistem diante dos imperativos da vida concreta, imperativos que nos tornam mais convencidos(as) de que a Lei é para nós humanos(as) e não nós humanos(as) para a Lei; que a lei deve ajudar a nossa fraqueza, sobretudo quando a nossa liberdade é esmagada por estruturas injustas que mal permitem a realização de atos livres e plenamente humanos.

Finalmente, em 1997, a revista *Veja*, de 17/09, fez uma reportagem de capa baseada no depoimento de 80

mulheres brasileiras, famosas e anônimas, que fizeram aborto, mostrando a importância de se escutar o que elas diziam sobre suas experiências de terem decidido interromper a gravidez.⁵ Uma outra publicação de 1980 da Frente de Mulheres Feministas já havia colhido depoimentos de três mulheres de diferentes classes sociais que haviam recorrido ao aborto, mostrando que a responsabilidade pela decisão do aborto ficava em última instância com as mulheres. É isso também que mostram os filmes *Um assunto de mulheres*, produzido na França, em 1989, de Claude Chabrol e *4 meses, 3 semanas e 2 dias*, produzido na Romênia, em 2007, de Cristian Mungiu, ambos se passando em um contexto autoritário (a França ocupada pela Alemanha na Segunda Guerra Mundial e a Romênia em 1987, respectivamente, sendo que neste último, o ditador Ceau escu havia banido o aborto que tinha sido livre até 1966). Com a queda do comunismo em 1989, a legalidade do aborto foi restabelecida e permanece até hoje.

O título do filme de Chabrol é explícito quanto ao fato do aborto ser um assunto de mulheres, e, se o título de Mungiu está obviamente se referindo ao feto, talvez ironicamente, como será visto, já que é mostrado numa cena do filme, as mulheres sem dúvida ocupam o centro das demais cenas.

Mas, precisamente pelo fato do aborto ser um assunto de mulheres, sua legalização tem envolvido uma longa luta, pois, como foi visto no trabalho de Ginsburg, o aborto implica mudanças na forma como se percebe a identidade das mulheres, ao possibilitar maior autonomia em relação à maternidade. Linda Gordon, em sua história do controle da natalidade nos Estados Unidos, denominada *Woman's Body, Woman's Right*, considera que a intensificação do sentimento contra o aborto, depois da legalização em 1973, deveu-se à mudança do sentido que o aborto passou a ter ao

ser reinterpretado pela revitalização do movimento de mulheres. Segundo ela:

O que realmente aconteceu foi a difusão de um entendimento feminista do aborto como um direito de autodeterminação acessível a todas as mulheres substituindo a visão anterior dominante do aborto como uma forma de tratamento médico. As mulheres aprenderam que abortos não significavam necessariamente infelicidade ou vergonha ou perigo e que podiam ser oferecidos em um contexto que promovia tomada de decisão individual responsável sobre a reprodução e o comportamento sexual (1990, p. 404).

Além de melhorar a capacidade das mulheres para tomarem decisão sobre a reprodução, a legalização do aborto também melhorou o nível geral de Saúde nos Estados Unidos. Como escreve Gordon (1990, p. 415):

O aborto legal tornou-se substancialmente mais seguro do que o aborto ilegal havia sido. Em 1961, 320 mortes registradas resultaram de aborto ilegal, sem dúvida uma grande subestimação, devido ao sigilo; desde 1974 as mortes por aborto tiveram uma média menor que cinco por cento ao ano. Esses ganhos beneficiaram particularmente mulheres pobres e minorias. (...) Houve um declínio semelhante nas complicações após abortos. A segurança maior foi resultado em parte dos melhores métodos de aborto e em parte do fato de que abortos legais são feitos mais cedo durante a gravidez. O aborto legalizado também contribuiu para declínios na mortalidade materna, neonatal e infantil.

Comparando-se esses dados com os referentes ao Brasil, pode-se perceber a magnitude do problema que ainda está se enfrentando hoje. Segundo a publicação da Frente de Mulheres Feministas, em 1979, “as complicações advindas da prática de aborto clandestino eram responsáveis pela morte de 340 mil mulheres por ano” (1980, p. 15). E, de acordo com dados de 2007 da Rede Nacional Feminista de Saúde, “o segundo procedimento

⁵ Essa reportagem foi corajosa porque mulheres que eram muito conhecidas do público apareceram na capa.

obstétrico mais praticado nos hospitais públicos do país se relaciona ao aborto em condições inseguras. Esta é a quarta causa de mortalidade materna no país e a quinta maior causa de internações na rede pública de saúde”.

Mungiu declarou em uma entrevista que “não apenas na Romênia, mas nos países muçumanos e no Brasil – ele citou especificamente nosso país – toda tentativa de coibir o aborto termina produzindo uma indústria da morte”.⁶ Segundo ele, mais de 500.000 mulheres morreram por causa de abortos clandestinos entre 1966 e 1989 na Romênia.⁷ Trata-se mesmo de uma ‘indústria da morte’, e não apenas de mulheres, mas de crianças, como a recém-nascida de Minas Gerais e tantas outras recém-nascidas, abandonadas por suas mães, que, geralmente, são quem agem nesse momento, mas também, como mostrado no caso da mãe da menina jogada nas águas do Arrudas, por muitas outras pessoas, que nem sequer enxergaram sua gravidez. Pode-se mesmo dizer, no caso do Brasil, que o próprio Estado abandona a criança e também a mãe na situação de uma gravidez indesejada.

4 MESES, 3 SEMANAS E 2 DIAS

O que fazer diante dessa ‘indústria da morte’, de que fala Mungiu? Esperando estar contribuindo para abrir a discussão sobre esse assunto tão urgente que é a prática do aborto, é a seu filme que se recorre para encerrar esse ensaio, com o apoio na observação de Sofia Pleym:

Um aviso no início do filme informa que estamos em 1987, na Romênia... mas não é preciso muito para que

*o espectador identifique no drama vivido por aqueles personagens questões absolutamente atuais em países nos quais o aborto ainda é proibido.*⁸

O filme se passa num único dia, começando no quarto de república de duas jovens universitárias, Otilia e Gabita, que se preparam para esta última fazer um aborto, com um homem, Sr. Bebe, que lhes era inteiramente desconhecido até então. Ao apalpar a barriga de Gabita, o homem descobre que o feto não tem dois meses, como a jovem havia lhe dito pelo telefone e sim quatro ou cinco meses (ou 4 meses, 3 semanas, 2 dias, tantas horas, tantos minutos, tantos segundos...), o que aumenta o preço de seu serviço, pelo risco envolvido. A ansiedade das jovens cresce à medida que vão conversando com o homem, que está totalmente com o controle da situação, ameaçando, gritando e, inclusive exigindo que Otilia transe com ele pra que ele realize o aborto mais arriscado. Depois de colocar a sonda em Gabita, repetindo que ela não pode se mexer até que o feto seja expelido, o homem sai, esquecendo sua carteira de identidade na recepção do hotel e deixando a faca que estava em sua maleta – que foi tirada por Otilia quando ele foi ao banheiro lavar as mãos. Otilia sai para o jantar de aniversário da mãe do namorado e deixa Gabita deitada, recostada em almofadas, com as pernas abertas, fumando e esperando que o feto seja expelido. Otilia vai até a casa do namorado, onde se senta à mesa do jantar, ouvindo as conversas dos adultos, e depois no quarto do namorado, pergunta o que ele faria se ela engravidasse, pois corre esse risco, já que nas relações ele nem sempre toma cuidado para não ejacular dentro dela. Ele responde que se casariam e ela diz que não quer passar o resto da vida dela fazendo o purê de batata favorito para ele, como ouvira a mãe do namorado contar à mesa do

⁶ Luiz Carlos Merten, <http://blog.estadao.com.br/blog/merten> acessado em 14/2/2008.

⁷ Raúl Reis, <http://www.bomdia.lu> acessado em 14/2/2008.

⁸ Sofia Pleym, <http://www.cartamaior.com.br> acesso em 14/2/2008.

jantar. Quando chega ao hotel, encontra Gabita deitada sob cobertores e fica sabendo que o feto tinha sido expelido e estava no chão do banheiro. E lá estava ele, realmente, já bem formado, deitado no meio de sangue, a cabecinha e o bracinho e alguns pedaços, uns restos numa toalha no chão do banheiro. Otilia coloca o feto num saco plástico e sai na noite procurando uma lixeira no último andar de um edifício para jogá-lo, como havia aconselhado o Sr. Bebe. Não joga na privada, porque entupiria e não enterra, como queria Gabita, porque os cachorros podiam desenterrar. O filme termina com as duas mulheres sentadas numa mesa do restaurante do hotel, pois Gabita, apesar de febril, estava faminta. O garçom lhe traz um prato com vários tipos de carnes que estavam sendo servidas em uma festa de casamento do hotel. Uma olha para a outra e combinam nunca mais falar sobre o que aconteceu.

Em entrevista à Folha de São Paulo, reproduzida no site da Campanha Nacional pela Vida, Mungiu conta que o roteiro do filme se baseou em uma experiência pessoal ocorrida há 20 anos, quando ele tinha 19 anos. Segundo ele, “a proibição do aborto foi um dos temas mais importantes de (sua) geração. O modo como vivemos nossa adolescência está relacionado a isso”.⁹ Mungiu se lembra que “o aborto não era um problema moral – a maior preocupação era o risco de ser descoberto. Claro que havia mulheres que morriam durante a operação, mas tentávamos não pensar muito nisso. Éramos muito novos”.¹⁰ Mungiu contou que:

A experiência de ouvir uma história assim é das mais frustrantes porque não há mais nada que você possa fazer. A princípio agi como as personagens do filme. Pensei, nunca vou falar sobre isso. Mas chega uma

época da vida em que você tem de se confrontar com o próprio passado. Fiz isso nesse filme de uma tal maneira que, honestamente, hoje mal consigo distinguir o que é ficcional e o que é documental, conforme a história que ouvi.¹¹

Na entrevista, ainda, da Folha, há duas perguntas e respostas destacadas em vermelho: se havia intenção de Mungiu fazer um filme antiaborto e a que se segue imediatamente, sobre sua intenção de exibir a imagem do feto, que havia sido desaprovada por parte da crítica. Mungiu responde a primeira pergunta dizendo que não acredita em educação impositiva. “O filme mostra a história, com todos os seus lados. Não toma partido” (meus grifos). Quanto a mostrar a imagem do feto, observa:

Quando escrevi o roteiro, não tinha certeza se iria ou não mostrar essa imagem. Na edição, havia alternativas. Mas, pelo modo como fizemos esse filme, percebi que a coisa mais desonesta que eu poderia fazer com o espectador seria não deixá-lo ver o mesmo que a personagem via naquela hora. Todo esse filme foi feito tentando evitar a idéia de manipulação. Buscamos um estilo em que o nosso ponto de vista, da equipe que filmava, não se impusesse como intermediário entre a história e o espectador.¹²

Sobre essa cena, Alexandra Prado Coelho escreve: “E se Mungiu não nos poupa a um grande plano do feto abandonado no chão da casa de banho, este não é um filme contra o aborto ou pela sua legalização. É mais do que isso. É o retrato de um tempo e de uma geração”.¹³

Em outra entrevista, Mungiu diz que:

O tema do aborto é um bom exemplo da influência que a propaganda e a educação têm sobre nós, mesmo

⁹ <http://www.brasilemaborto.com.br> acessado em 16/2/2008.

¹⁰ <http://www.bomdia.lu> acessado em 14/2/2008.

¹¹ <http://www.brasilemaborto.com.br> acessado em 16/2/2008.

¹² <http://www.brasilemaborto.com.br> acessado em 16/2/2008.

¹³ <http://cincartaz.publico.clix.pt> acessado em 14/2/2008.

quando não nos damos conta disso. Meu filme é uma história sobre escolhas pessoais, mas também sobre as conseqüências sutis da doutrinação (meus grifos).¹⁴

Finalmente, Sofia Pleym considera que o filme:

Consegue abordar uma questão essencialmente social, cultural e religiosa, sem cair em moralismos simplificadoros e desnecessários. Tampouco se torna a obra panfletária de uma ou outra posição política. Sim, a proibição do aborto sujeita muitas mulheres a práticas clandestinas, muitas vezes desumanas e a exigências e termos pouco razoáveis por parte daqueles que se dispõem a ajudá-las, mas o aborto coloca, sim, término a uma vida, o que fica bastante claro no plano de minutos (ou teriam sido segundos?) do feto expelido por Gabita no chão do banheiro do hotel.¹⁵

Essa observação de Pleym resume bem o que Mungiu conseguiu fazer com seu filme: abordar uma questão extremamente complexa, sem manipulação, panfletos e moralismos simplificadoros, muito menos doutrinação. Para fazer isso, tornando visível não apenas o feto, mas também as mulheres e sua angústia, suas dúvidas em relação ao casamento e o alívio após o aborto, ou seja, mostrando ‘todos os lados’, sem tomar partido, Mungiu se posicionou a favor de uma sociedade mais democrática e contra uma ‘indústria da morte’. Esse posicionamento parece ser o melhor caminho na luta para lidar com a complexidade da situação da prática do aborto, abrindo espaço para uma organização de gênero mais igualitária, em que as mulheres possam optar mais livremente se querem ser mães e crianças recém-nascidas não sejam abandonadas. Um posicionamento no sentido de evitar manipulação e doutrinação, possibilitando o dissenso, como argumenta Jacques Rancière (1996, p. 368), é o “modo de racionalidade próprio à política”,

contrariamente ao consenso, que ele considera como sendo, na verdade, o esquecimento desse modo de racionalidade.

REFERÊNCIAS

BIRCHAL, T. Várias razões, uma decisão: o uso das células-tronco em pesquisa. *Boletim UFMG*, n. 1.602, ano 34, 23/3/2008, p. 2.

Frente de Mulheres Feministas. *O que é o aborto*. São Paulo: Cortez Editora, 1980.

GINSBURG, F. The ‘world-made’ flesh: the disembodiment of gender in the abortion debate. In: GINSBURG, F.; TSING, A.L. (Eds.). *Uncertain terms: negotiating gender in American culture*. Boston: Beacon Press, 1990. p. 59-75.

_____. The body politic: the defense of sexual restriction by anti-abortion activists. In: VANCE, C. (Ed.). *Pleasure and danger: exploring female sexuality*. 1985. p. 173-188.

GORDON, L. *Woman's body, woman's right: birth control in America*. New York: Penguin Books, 1990.

RANCIÈRE, J. O dissenso. In: NOVAES, A. (Org.). *A crise da razão*. São Paulo: Cia das Letras, 1996. p. 367-382.

Recebido: Abril/2008

Aprovado: Maio/2008

¹⁴ <http://jbonline.terra.com.br> acessado em 14/2/2008.

¹⁵ <http://www.cartamaior.com.br> acessado em 14/02/2008.

Violência contra mulher: um ponto final

Violence against women: a full stop

Jandira Feghali ¹

¹ Médica e Ex-deputada Federal
jandira.feghali@terra.com.br

A violência, como um tema de Saúde pública, já é parte das preocupações da academia, dos profissionais e das instituições há muitos anos, e de forma multifacetada. Os leitores desta revista, certamente, conhecem o Informe Mundial Sobre a Violência e a Saúde publicado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2002, do qual destaco alguns dados de início e para referência deste artigo:

Calcula-se que, no ano 2000, 1,6 milhões de pessoas perderam a vida por atos violentos. Aproximadamente a metade destes falecimentos se deveu a suicídios, quase uma terça parte a homicídios e uma quinta parte a conflitos armados. No ano 2000, a taxa de disfunções devidas à violência nos países de baixos e médios investimentos foi mais de duas vezes superior a dos países de investimentos altos, ainda que as cifras variem de regiões a outras, inclusive dentro dos próprios países.

A maior parte dos atos violentos não é mortal, tem como consequência lesões, transtornos mentais e reprodutivos, enfermidades de transmissão sexual e outros problemas. Os efeitos sobre a saúde podem durar anos e às vezes consistem em incapacidades físicas ou mentais permanentes.

Além do tributo em sofrimento humano, a violência impõe custos sociais e econômicos que, ainda que difíceis de quantificar são consideráveis.

A violência contra jovens, idosos, mulheres e as consequências da violência coletiva são apresentadas nesse documento instigando os formuladores, os profissionais e a sociedade a tomar atitudes principalmente preventivas, pois o tema é de grande complexidade e transversalidade. O resultado mais importante em relação a isso é a Resolução WHA 49.25 – Prevenção da violência: uma prioridade de Saúde pública.

As estatísticas de violência juvenil demonstram que a violência foi responsável pela morte de 199 mil jovens com idade entre 10 e 29 anos no ano 2000, sendo as taxas mais elevadas as da África e da América Latina. Para cada vítima mortal, de vinte a quarenta sofreram lesões que precisavam de tratamento hospitalar.

As conseqüências da violência coletiva, como atesta o informe mundial, expressam-se, além das mortes e lesões, pelas taxas de morbidade e mortalidade da população civil por causas indiretas: destruição de serviços, redução da imunização com aumento de mortalidade infantil, problemas psíquicos e comportamentais, violência sexual. Mais da metade das pessoas que perderam a vida em conflitos era civis. “O século XX foi um dos períodos mais violentos da história da humanidade”.

Durante os últimos anos vários trabalhos foram produzidos, com abordagens psicossociais, culturais e de repercussão nos sistemas de Saúde, análises do desenvolvimento urbano, educacionais e interpessoais.

Neste artigo buscamos a integridade a partir da Saúde e, como dizem Minayo e Souza, citando Agudelo (1990), segundo o qual “a violência afeta a saúde porque ela representa um risco maior para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima”. Os autores nos dizem, ainda, que a própria OPAS atesta que:

A violência, pelo número de vítimas e a magnitude de seqüelas emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em vários países. ... O setor de saúde constitui a encruzilhada para onde confluem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social (1995, 1993).

Após a reiteração dos laços entre violência e Saúde, focarei o tema que, aqui, se constitui com o objeto mais importante da nossa reflexão.

VIOLÊNCIA E GÊNERO

Quando nos debruçamos sobre o problema da violência doméstica contra a mulher, rapidamente percebemos que poucos segmentos da população brasileira expressam com maior clareza o longo caminho ainda a ser percorrido para que os direitos sociais e de cidadania sejam efetivamente reconhecidos entre nós.

Embora as mulheres, hoje em dia, marquem mais presença nos mais diversos segmentos da atividade profissional (inclusive naqueles antes restritos ao mundo masculino) e na vida social em geral, ainda pesam sobre elas os cinco séculos de história patriarcal, de desigualdade social e de sólida promoção de sua exclusão de amplos setores de nossa população, característicos do processo histórico de formação deste país.

O mais grave neste contexto familiar, e relativamente resguardado da vigilância pública no qual ocorre a violência doméstica, é a sensação de impunidade que respalda a ação do agressor. No caso dos segmentos menos favorecidos, além da forte situação de assimetria de condições entre os gêneros, impera também a desinformação e a falta de acesso às políticas públicas de Saúde, à assistência social, psicológica e jurídica requeridas pela situação de violência vivida pela mulher.

Um estudo recente realizado por pesquisadores da Universidade Federal de São Paulo indica que apenas 10% das vítimas de violência sexual prestaram queixa à polícia. Isso revela, de um lado, o desconhecimento sobre delegacias especializadas e, de outro, o temor pela humilhação e maus-tratos.

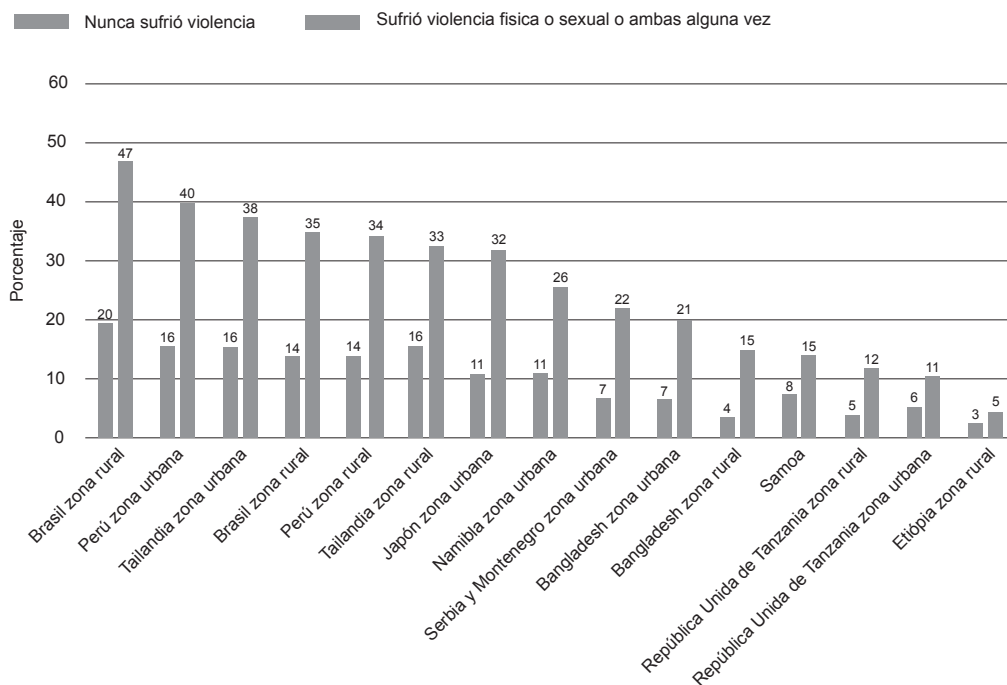
Dados da Fundação Perseu Abramo estabelecem uma projeção da taxa de espancamento de:

- 11% para o universo investigado (61,5 milhões);
- pelo menos 6,8 milhões, dentre as brasileiras vivas, já foram espancadas pelo menos uma vez;
- entre as que admitiram ter sido espancadas, 31% declararam que a última vez em que isso ocorreu foi no período dos 12 meses anteriores;
- no mínimo 2,1 milhões de mulheres são espancadas por ano no país; 175 mil/mês, 5,8 mil/dia, 243/hora ou 4/minuto – uma a cada 15 segundos.

Segundo a OMS, quase metade das mulheres assassinadas são mortas pelo marido ou namorado, seja ele atual ou ex. A violência corresponde a aproximadamente 7% das mortes de mulheres entre 15 e 44 anos no mundo todo. Em alguns países, até 69% das mulheres relatam terem sido agredidas fisicamente e até 47% declaram que sua primeira relação sexual foi forçada (Informe Mundial sobre a Violência e a Saúde-2002).

A Figura 1 mostra a porcentagem, de acordo com o lugar, de mulheres com pensamentos suicidas em função de sua experiência de violência física ou sexual (ou ambas), causadas por seus respectivos parceiros, entre mulheres que haviam tido relacionamentos amorosos pelo menos uma vez (OMS/2005).

FIGURA 1 – Porcentagem, por lugar, de mulheres com pensamentos suicidas em função de sua experiência de violência física ou sexual, ou ambas, infringida por seu parceiro, entre mulheres que haviam tido parceiro pelo menos uma vez

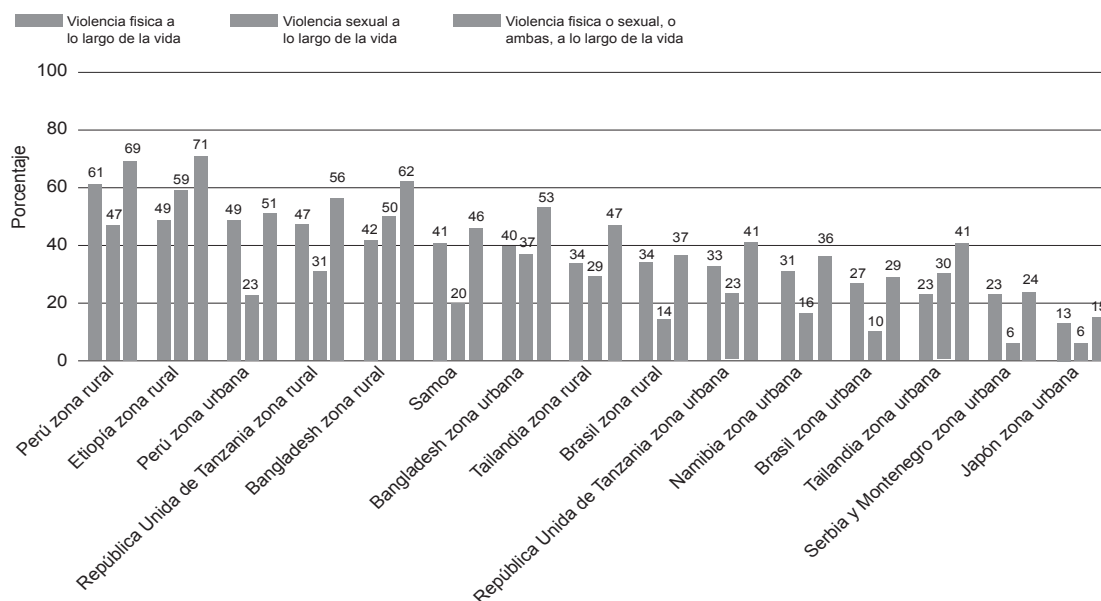


Nota: Las diferencias entre las lesas de mujeres víctimas de maltrato y no víctimas de maltrato stán estadísticamente significativas en todos los entornos salvo en Etiópia.

Fonte: OMS/2005.

A Figura 2 mostra a prevalência, de acordo com o lugar, de violência física e sexual praticadas pelo parceiro da mulher durante a sua vida, entre mulheres que haviam tido relacionamento amoroso pelo menos uma vez – (OMS/2005).

FIGURA 2 – Prevalência, por lugar, de violência física e sexual infringida pelo parceiro durante a vida da mulher, entre mulheres que haviam tido parceiro alguma vez



Fonte: OMS/2005.

O Brasil ratificou, internacionalmente, resoluções importantes que exigiam a formulação de uma legislação própria, bem como a regulamentação da Carta Magna brasileira de 1988.

Eis os compromissos ratificados pelo Estado Brasileiro em convenções internacionais:

- Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, ou Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW);
- Plano de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher (1995);
- Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará, 1994);
- Protocolo Facultativo à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, além de outros instrumentos de Direitos Humanos.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL

Art. 226. *A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.*

§ 8.º O Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações.

Como relatora da matéria, pude ouvir relatos de diferentes realidades em audiências públicas por todo o país e redigir um texto que apontasse a prevenção da violência, criasse medidas protetoras para as mulheres e sua família e instrumentos para acabar com a impunidade. As diferentes demandas, polêmicas e realidades exigiram uma construção rica para um texto que pactuasse com a sociedade através das entidades e da colaboração dos juristas, com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres do Governo Federal e com o conjunto de representações do Congresso Nacional, na Câmara e Senado.

No Brasil, estima-se que apenas 2% dos acusados em casos de autoria de violência contra a mulher são condenados. A cada 100 brasileiras assassinadas, 70 são vítimas de suas relações domésticas, o que caracteriza que as mulheres perdem suas vidas no ‘espaço privado’, diferentemente dos homens. Apesar de tudo isso, o Brasil ainda não dispunha de legislação específica, diferindo do arcabouço legal de países da Europa e outros dezessete países da América Latina.

É errôneo, no entanto, conceituar como violência apenas a lesão corporal ou suas conseqüências mais graves. Alargar a visão é o que faz a lei, ampliando sua conceituação nas tipificações de violência psicológica, moral, patrimonial e sexual e aplicando-as independentemente de orientação sexual.

A violência doméstica e familiar contra a mulher tem repercussões diretas nelas, em seus filhos, em sua família. Isso leva à desestruturação da mulher, acabando também por levá-las, muitas vezes, à sua incapacidade e morte. A violência acaba por desestruturar, também, o núcleo familiar, perpetuando comportamentos violentos e desajustes das crianças e adolescentes que vivem nesses lares. Ela interrompe um processo saudável de formação, gera insuficiência de aprendizado e, não raras vezes, evasão escolar. Muitas vezes a vítima é uma menina, violentada sexualmente, uma adolescente ou jovem ameaçada, agredida ou morta pelo namorado ou companheiro. Isso tudo sem falar nas mulheres idosas que também engordam as estatísticas de vítimas de violência e, ainda, na empregada doméstica agredida pelos patrões das mais variadas formas.

Neste sentido, a Lei Maria da Penha, sustentada no direito penal mínimo, veio para preencher um vácuo em nossa legislação e contribuir para o enfrentamento do problema da violência contra a mulher com a devida abrangência. Isso inclui a preocupação com o estabelecimento de um conjunto integrado de normas, como a devida caracterização da violência doméstica e familiar, medidas articuladas de prevenção e assistência, além dos procedimentos referentes ao processo, julgamento e aplicação de decisões nos âmbitos cível e penal, sempre que necessárias.

Algumas polêmicas e demandas surgiram. No campo das polêmicas destaco algumas. A primeira, e maior, constituiu-se no espaço institucional de processo e julgamento dos casos. Antes da lei, todos eram encaminhados para os Juizados Especiais Criminais (JECRIM), criados a partir da lei 9099/95. É para esse juizado que são encaminhados todos os crimes considerados de ‘menor potencial ofensivo’. Isso quer dizer que, apesar do significativo avanço e da celeridade em diversas situações julgadas nestes juizados, como brigas de vizinho, pequenos furtos ou acidentes de carros sem vítimas, não estão aí incluídos os atos de agressão às mulheres. Como diz a advogada Valéria Pandjarian, a respeito da aplicação da lei 9099/95 nos Juizados Especiais:

[...] Agredir fisicamente a esposa ou companheira deveria ser um fator agravante; a presunção de confiança no marido ou companheiro, por parte da vítima, também uma agravante, e cometer o ato na presença de filhos menores, pior ainda. Nada disso é levado em consideração, e a Lei trata o caso nos mesmos moldes de uma briga de esquina [...]

Ao analisar os dez anos de funcionamento dos juizados, no plano nacional, para os casos de violência doméstica e familiar foi apurado que, 90% deles eram arquivados ou tinham aplicação da transação penal - cestas básicas ou multa sem a auscultação da vítima.

Outra polêmica enfrentada foi a questão de como se construir a saída para a impunidade. Decidimos, então, retirar os casos de violência doméstica e familiar contra a mulher da lei 9099 e criar os juizados especiais específicos com competência cível e penal, tendo a presença da defensoria e ministérios públicos, novos ritos e prazos céleres, para que as decisões também pudessem ter efeitos em tempo hábil de proteger a mulher e seus filhos ou outros familiares. Decidimos, ainda, a obrigatoriedade do inquérito policial, com direito ao contraditório, amplo direito de defesa, e também à prisão em flagrante.

Sobre o aumento de pena, ao observar realidades apresentadas nas audiências em São Paulo e no Espírito Santo, elevamos a pena em 1/3, apenas quando a vítima for portadora de deficiência e, portanto, com menor possibilidade de defesa.

Ainda realço uma polêmica que assumi dentro do próprio movimento feminista no qual encontrei certa resistência para a inserção de alternativas de pena alternativa. Ao serem vedadas as penas pecuniárias, de cestas básicas ou multas, e ao ser inserida a obrigação do agressor de frequentar, de acordo com determinação do juiz e por um período de tempo definido, centros de formação e recuperação de valores de igualdade de gênero e etnia, com cursos regulares, com o intuito de se evitarem novas agressões, não prevaleceu a visão de enfrentar a problemática da adicção ou desajustes mentais. Isso porque nestes casos caberia tratamento, e tratamento é questão de Saúde, e a Saúde, por sua vez, é direito e não penalidade. O que prevaleceu foi a compreensão de que há agressores de diferentes potenciais, e em relação a isso, as experiências realizadas na Bahia e no Rio Grande do Sul apresentaram bons resultados.

No campo das demandas vimos: limites culturais, a dependência em relação ao homem provedor, o risco de perda de emprego, a assistência aos filhos, a assistência à Saúde, a uniformização da nomenclatura para pesquisadores, formação de banco de dados, campanhas educativas, a imagem da mulher nos meios de comunicação, a capacitação de todos os profissionais que lidam com o tema (magistério, guarda municipal, corpo de bombeiros, polícias civil e militar, judiciário, advogados, ministério público, delegados e delegadas, profissionais de saúde), a garantia de recursos orçamentários e equipamento nas instituições. A cada uma dessas questões procuramos dar respostas, buscando respondê-las com respeito à Constituição, aos códigos civil e penal, aos estatutos da criança, do adolescente e do idoso.

Em cada linha do texto, buscamos superar a fragilidade de portarias e legitimar, com força de lei: a notificação compulsória dos casos de violência pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e os métodos contraceptivos de emergência ou outros, necessários e indicados no caso de violência sexual.

Resumirei algumas inovações que poderiam facilitar a compreensão de um texto de muitos artigos e detalhes:

- retirada de crimes de violência doméstica e familiar contra a mulher da abrangência da lei 9099/95;

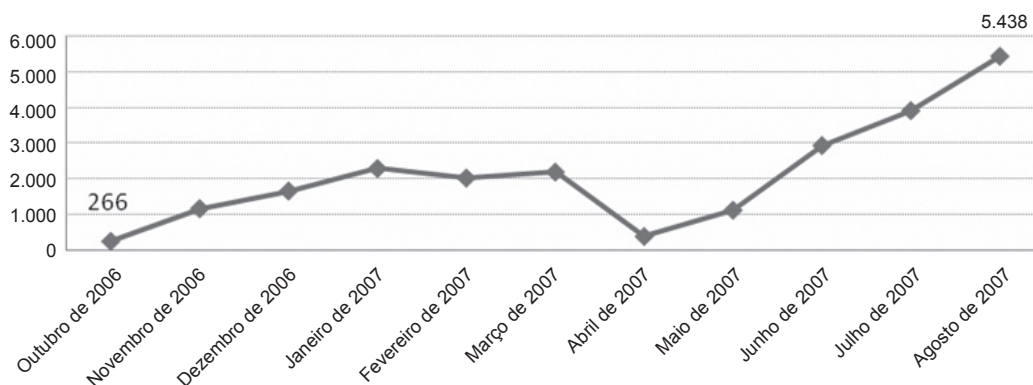
- criação de Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, no texto permanente, com novo procedimento (atos processuais públicos, autoridade: juiz dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; competência para os processos civis e criminais, renúncia à representação só será aceita em audiência perante o juiz que poderá rejeitá-la; vedação da aplicação de penas de prestação pecuniária e cesta básica; multa por descumprimento da pena restritiva de direitos; interrupção do prazo prescricional em caso do não cumprimento da pena restritiva de direitos);
- inclusão de dano moral e patrimonial (Art. 5º), que conceitua o crime de violência doméstica e familiar contra a mulher;
- inclusão da expressão ‘com a perspectiva de gênero e de raça/etnia’, no diagnóstico, registro de dados, capacitação dos diversos segmentos profissionais e programas educacionais;
- assistência especial para crianças e adolescentes que convivam com tal violência;
- reforço para as Delegacias de Atendimento à Mulher;
- capacitação também para a Polícia Militar, Corpo de Bombeiros e Guarda Municipal;
- inclusão das diretrizes e princípios estabelecidos pelo Sistema Único de Segurança Pública na assistência à mulher vítima de violência doméstica e familiar, com cadastro único nacional;
- possibilidade de inclusão da vítima em programas assistenciais do governo, em qualquer nível, para retirá-la da dependência em relação ao homem provedor, e permitir a transferência de local de trabalho (quando servidora pública), estabilidade de 6 meses por motivo de afastamento do emprego e acesso a benefícios do desenvolvimento científico e tecnológico;
- garantia, em casos de violência sexual, do acesso à contracepção de emergência, profilaxia de DST/AIDS e outros procedimentos médicos necessários.
- Substituição do termo ‘medidas cautelares’ por ‘medidas protetivas de urgência’ em todo o projeto. Em relação às Medidas Protetivas de Urgência, caberá ao juiz (no prazo de 48h): decidir sobre as medidas protetivas de urgência, encaminhar a ofendida ao órgão de assistência judiciária (quando for o caso), comunicar ao Ministério Público (para que adote as providências cabíveis), tais medidas poderão ser concedidas de imediato, aplicadas isolada ou cumulativamente e substituídas a qualquer tempo por outras de maior eficácia.
- supressão de qualquer menção à lei 9.099/95, com a criação de novo procedimento e acumulação de competência cível, que será adotado pelas Varas Criminais até a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher;

- alteração do código penal, com agravamento da pena no Art. 129, acrescido de 1/3 no caso de vítima portadora de deficiência.
- realinhar a proteção à imagem da mulher nos meios de comunicação, de acordo com os mandamentos constitucionais;
- inclusão da possibilidade do juiz de determinação da separação de corpos e prestação de alimentos provisórios, ou seja, afastamento cautelar do agressor.
- determinação para que o Ministério Público cadastre os casos de violência doméstica e familiar contra a mulher;
- obrigatoriedade de criação de centros de atendimento psicossocial e jurídico, casas de abrigo, delegacias especializadas, núcleos de defensoria pública, serviços de saúde, centros especializados em perícias médico-legais, centros de educação e reabilitação para os agressores;
- inclusão de parágrafo único, ao Art. 152 da lei, sobre execução penal acrescido de pena alternativa, tornando obrigatório o comparecimento do agressor a programas de reeducação;
- reafirmar a aplicação da lei independentemente da orientação sexual.

Pensando os seres integralmente, este tema se insere como uma forte vertente no entrelaçamento de gênero e saúde ao atravessar aspectos culturais, econômicos e psicológicos de igualdade, solidariedade e políticas públicas.

Após um ano de sanção da lei, solicitamos dados à Secretaria de Políticas para as Mulheres que, mesmo ainda incompletos, nos autorizaram publicar e já mostram alguns importantes avanços.

FIGURA 3 – Central de Atendimento 180



Fonte: Primeiro Ano da Lei Maria da Penha – algumas análises possíveis – SPM - no prelo

TABELA 1 – Número de Serviços da Rede de Atendimento à Mulher

Tipo de Serviço Especializado	Existentes (A)	Abertos após LPM	
		Nº Absoluto (B)	Proporção (B/A)
Centros de Referência	90	08	9%
Casas-Abrigo	65	01	2%
DEAMS/PAMS	399	08	2%
Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher (JVDFM)	15	15	100%
Varas Adaptadas	32	32	100%
Defensorias da Mulher	15	15	100%

Fonte: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2007.

TABELA 2 – Número de Delegacias e Postos/Procedimentos Selecionados – Brasil Out/2006 a Mai/2007

Grandes Regiões	DEAMS/PAMs Existentes		DEAMS/PAMs que Responderam		Inquéritos			Medidas Protetivas		
	Nº Absoluto	%	Nº Absoluto	%	Nº Absoluto	%	Nº médio	Nº Absoluto	%	Nº médio
Norte	35	8,8	11	6,0	1.442	4,4	131	958	5,9	87
Nordeste	65	16,3	18	9,8	1.021	3,1	57	511	3,2	28
Centro-Oeste	39	9,8	14	7,6	2.499	7,7	179	2.712	16,8	194
Sul	67	16,8	24	13,0	12.115	37,1	505	4.172	25,9	174
Sudeste	193	48,4	117	63,6	15.553	47,7	133	7.768	48,2	66
Brasil	399	100,0	184	100,0	32.630	100,0	177	16.121	100,0	88

Fonte: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2007.

Nota: * Número de DEAMS ou PAMs que responderam à pesquisa realizada pela SPM.

TABELA 3 – JVDFM e Varas – Procedimentos selecionados – Brasil Out/2006 a Mai/2007

Grandes Regiões	Juizados/Varas		Juizados/Varas que Responderam		Processos			Medidas Protetivas			Prisões em Flagrante			Prisões Preventivas		
	Nº Absoluto	%	Nº Absoluto	%	Nº Absoluto	%	Nº médio	Nº Absoluto	%	Nº médio	Nº Absoluto	%	Nº médio	Nº Absoluto	%	Nº médio
Norte	5	106	3	150	1.803	173	601	575	110	192	178	206	59	13	169	4
Nordeste	1	21	1	50	369	35	369	110	21	110	121	140	121	7	91	7
Centro-Oeste	6	128	2	100	3.501	335	1751	1.723	328	862	223	258	112	28	364	14
Sul	13	27,7	4	200	1.783	17,1	446	1.632	311	408	256	296	64	22	286	6
Sudeste	22	468	10	50,0	2.994	28,7	299	1.207	23,0	121	86	10,0	9	7	9,1	1
Brasil	47	100,0	20	100,0	10.450	100,0	523	5.247	100,0	262	864	100,0	43	77	100,0	4

TABELA 4 – Atendimentos da Central 180, por tipo – Brasil Out/2006 a Mai/2007

Tipo de Atendimento	Nº Absoluto	%
Informação	19.592	26,7%
Reclamação	516	0,7%
Sugestão	185	0,3%
Elogios	75	0,1%
Denúncias	10.792	14,7%
Serviços	42.305	57,6%
Total	73.465	100,0%

Fonte: Central de Atendimento à Mulher: Ligue 180/ SPM, 2007.

A divulgação da lei, o exercício de direitos e deveres, a cobrança da execução dos seus diversos artigos, constrói estradas, altera comportamentos e gera obrigações públicas além de, acima de tudo, reduzir a violência. Eleva, também, o nível da saúde e salva vidas. Um objetivo comum a todos nós. É como dizia o slogan da campanha, com alguns acréscimos pessoais neste artigo:

*Dois pontos no rosto.
Quatro pontos na mão.
Três pontos na perna.
Vários pontos na alma.
Um ponto final.*

Violência de gênero: uma reflexão sobre a variabilidade nas terminologias

Gender violence: a reflection on the variability in terminology

Mariana Porto Ruwer de Azambuja ¹

Conceição Nogueira ²

¹ Doutoranda em Psicologia Social no Instituto de Educação e Psicologia (IEP) da Universidade do Minho, Portugal; bolsista do programa Alban – Bolsas de Alto Nível da Comunidade Européia para a América Latina (bolsa n.º E05D053211BR). mariruwer@ig.com.br

² Doutora em Psicologia; professora auxiliar do IEP da Universidade do Minho, Portugal. cnog@iep.uminho.pt

RESUMO *A violência contra as mulheres tem sido reconhecida, desde meados da década de 1990, como um grave problema de Saúde Pública mundial. Desde então, diversas investigações e pesquisas têm sido realizadas em vários países para estudar e compreender o fenômeno. Contudo, frequentemente são empregados termos como violência doméstica, violência familiar, violência contra mulheres, abuso, violência de gênero e outros, sem uma definição precisa e como se fossem todos sinônimos. Neste artigo discutiremos as diferentes expressões associadas à violência contra a mulher, analisando semelhanças, diferenças, vantagens e desvantagens. Nas conclusões, discutiremos o conceito de gênero e sua necessária relação com a análise da violência praticada contra mulheres.*

PALAVRAS-CHAVE: *Gênero; Violência Doméstica; Violência contra Mulheres; Definições.*

ABSTRACT *Since the middle 1990's violence against women has been recognized as a global Public Health problem. Investigations and researches have been made in different countries to study and understand the problem. However, expressions as domestic violence, family violence, violence against women, abuse, gender violence and others are used without a precise definition, as if they are synonyms. In this piece of work we intend to analyze the different expressions associated to violence against women and examine differences, similarities, advantages and disadvantages between them. In conclusions we will be discussing the gender concept and its necessary relation with violence against women.*

KEYWORDS: *Gender; Domestic Violence, Violence against Women; Definitions*

I N T R O D U Ç Ã O

Amplamente estudada em campos como Antropologia, Criminologia, Epidemiologia, Sociologia, Psicologia, Saúde Pública e outros, a violência contra as mulheres tem sido definida de modos diferentes por cada disciplina, tornando difícil a determinação adequada de sua magnitude e natureza. Devido às suas diversas manifestações, ainda não existe um consenso sobre a terminologia adequada para se referir à violência praticada contra as mulheres. Muitos dos termos mais usados têm definições distintas em regiões diferentes, sendo derivados de perspectivas teóricas e disciplinas diversas (DESAI; SALTZMAN, 2001; ELLSBERG; HEISE, 2005). Expressões como violência doméstica, violência familiar, violência conjugal ou na intimidade, abuso e vitimação são frequentemente utilizadas indiscriminadamente como sinônimos. Contudo, cada qual possui suas especificidades, vantagens e desvantagens. É importante reconhecer que estas definições são relativas a determinados tempos e espaços, fazendo com que em diferentes países e ocasiões certos tipos de violência sejam considerados formas de “violência contra a mulher” (SKINNER; HESTER; MALOS, 2005). Neste sentido, cabe dedicarmos um pouco mais de tempo à exploração das diferentes definições e conceitos amplamente utilizados nas investigações.

Em primeiro lugar, devemos refletir sobre o que é ‘violência’. Segundo Elza Pais (1998), não existe uma definição universal, pois esta depende de normas sociais e culturais que variam consoante os contextos históricos. Consequentemente, os mesmos fatos nem sempre são

julgados por critérios semelhantes e, do mesmo modo, podem não ser compartilhados por todos como tal. Com efeito, os significados variam conforme um complexo processo de construção socialmente determinado, “sendo a violência perspectivada como uma transgressão aos sistemas de normas e de valores definidos em determinado momento social” (*op. cit.*, p. 31).

Apenas em meados do último século as situações de violência passaram a ser conceitualizadas como um problema social, de direitos humanos e de Saúde Pública. A preocupação inicial esteve ligada aos aspectos relacionados à violência em geral e sua importância para o processo de saúde e doença das populações. A partir da década de 1980¹ e, mais intensamente, na década de 1990, a problemática da violência adquiriu maior força nos debates políticos e sociais e no planejamento em Saúde Pública. Foi apenas neste período que a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) começaram a falar explicitamente de violência. Antes disso, utilizava-se a rubrica ‘causas externas’, da *Classificação Internacional de Doenças* (CID), para atos como suicídios, homicídios e acidentes fatais. Do mesmo modo, o conceito de morbidade dizia respeito a ferimentos, fraturas, traumas e queimaduras causadas por confrontos interpessoais ou coletivos. Em 1994, a OPAS realizou uma conferência internacional com os Ministros de Saúde das Américas, pesquisadores e especialistas sobre o tema. Dentre as conclusões deste encontro, destacou-se a constatação de que a violência, devido ao grande número de vítimas e à magnitude das seqüelas físicas e psicológicas, adquiriu um caráter endêmico e se tornou uma responsabilidade da Saúde Pública, uma vez que cabe a este setor o atendimento de urgência, tratamento e reabilitação das vítimas (MINAYO, 2006).

¹ Lembramos que, em 1979, foram acrescentadas à Classificação Internacional de Doença as categorias de ‘esposa agredida’ (*battered spouse*) e ‘mulher agredida’ (*battered wife, battered women*) (Costa, 2005).

Mais do que um fenômeno recente, trata-se de uma maior visibilidade e censurabilidade de atos que, no passado, eram tidos como normais. Em parte, essa maior visibilidade deveu-se às transformações contemporâneas nas famílias no sentido de uma maior participação feminina em atividades fora do contexto doméstico e à difusão, ao menos no terreno das possibilidades, de modelos simétricos de partilha de funções (PAIS, 1998). Desta forma, Lisboa (2003) afirma que o conceito de violência é dinâmico, o que obriga a que se faça um esforço de desconstrução, procurando os processos e dinâmicas que estão por trás de cada termo.

A variabilidade nas terminologias

Elza Pais (1998) relembra que a origem etimológica da palavra violência provém do latim *violentia*, que significa caráter violento ou bravo, força. O verbo 'violar' significa tratar com violência, profanar, transgredir, relacionando-se à 'força em ação', vigor, potência, mas também quantidade, abundância. Por outro lado, Dália Costa (2005) atesta que o termo 'abuso' muitas vezes é usado como sinônimo para agressão. Contudo, existem diferenças quanto à severidade considerada necessária para que um ato seja definido como abuso. Juntamente com termos como maus-tratos, que inclui atos que provocam danos físicos, e outros como a má nutrição, abuso sexual ou negligência, inicialmente utilizados para agressões praticadas às crianças, o termo 'abuso' se associa à continuidade repetida. Temos, portanto, uma primeira diferenciação, onde violência se relaciona ao 'agir com força', e 'abuso' ao 'caráter persistente das agressões'.

Outra distinção diz respeito à 'criminalização' ou não de tal ato. Lisboa (2003) considera que a definição de crime é objetiva, pois se fundamenta no que o sistema jurídico considera como tal. No caso da violência praticada contra as mulheres no contexto doméstico e/ou familiar, no Brasil, a sanção presidencial da lei

11.340/2006 – Lei Maria da Penha, significou o reconhecimento pelo direito brasileiro de que a violência doméstica e familiar contra as mulheres constitui uma violação dos direitos humanos. Chegamos, portanto, a uma segunda conceitualização: a violência contra as mulheres no contexto familiar/doméstico é um crime.

O local em que os atos ocorrem também tem influenciado o modo como se conceitua tais situações, sendo violência doméstica aquela que ocorre no espaço da casa/moradia. O problema desta denominação reside no caráter privado que assume, desconsiderando agressões praticadas por familiares em outros contextos (como a perseguição) e, mesmo, outras formas de violência praticadas por não-familiares. Na maior parte das vezes, a chamada 'violência doméstica' é praticada por familiares ou pessoas com laços de intimidade, mas também pode incluir outras pessoas (como o assédio a ou maus-tratos contra empregados/as que residam na casa), ou ser praticada por estranhos (como no crime de invasão de residência). Portanto, não é sinônimo de violência familiar, ainda que possa com ela se relacionar e a ela se sobrepor (AZAMBUJA, 2004). Em muitas partes do mundo, o termo 'violência doméstica' diz respeito à violência praticada contra uma mulher pelo marido ou companheiro, atual ou de relacionamentos passados. Contudo, em outros países, inclusive na América Latina, violência doméstica é caracterizada por forma de violência que ocorra dentro de casa, incluindo as agressões contra crianças e idosos (ELLSBERG; HEISE, 2005).

Todavia, esta denominação tem sido criticada pelas feministas por ser sexualmente neutra e por escamotear aspectos estruturais deste tipo de violência, como a permissividade social para que os homens exerçam a violência como forma de resolução de conflitos, a subalternidade das mulheres na sociedade e as assimetrias de poder dentro do relacionamento íntimo (COSTA, 2005). Na Inglaterra, até recentemente, o foco das feministas esteve na violência doméstica. Ironicamente, a ênfase

dos grupos de mulheres (e outros) em colocar a violência doméstica na agenda política e forçar alterações nas práticas políticas e governamentais acabou por resultar em uma visão em relação a esta como um fenômeno isolado que surge a partir de outras formas de violência. A consequência inesperada desta estratégia é que ficou mais difícil argumentar por mais recursos para outras formas de violência - embora isso venha mudando nos últimos tempos (SKINNER; HESTER; MALOS, 2005).

A violência familiar, por sua vez, é definida pelo tipo de relação entre agressor e vítima, restringindo-se aos atos ocorridos entre pessoas com relações consanguíneas ou afetivas próximas, independentemente do sexo da vítima ou do agressor (ELLSBERG; HEISE, 2005), podendo ser subdividida em: violência conjugal (entre um casal), violência parental (pais contra filhos), violência fraternal (entre irmãos), violência contra idosos (praticada por filhos contra pais já em idade avançada, por netos ou por cuidadores em geral) e assim sucessivamente, tantos quantos forem os papéis familiares possíveis (avós-netos, tios-sobrinhos, sogros-nora/genro, etc.) (MONTEIRO, 2005). A violência familiar inclui, também, outras formas de violência que, embora tenham menor visibilidade na literatura especializada, devem ser consideradas, tal qual a que ocorre em momentos distintos da relação marital (violência durante o período de namoro e na fase de separação), assim como em relacionamentos amorosos homossexuais (MATOS, 2006). Por outro lado, ainda que as mulheres frequentemente sejam agredidas pelos companheiros, pais ou outros familiares, o conceito de violência familiar não compreende a variedade de formas de violência a que as mulheres também estão sujeitas fora de suas casas, tais como a violência sexual ou a perseguição no local de trabalho (ELLSBERG; HEISE, 2005).

A violência familiar e seus subtipos assemelham-se ao conceito de violência nas relações íntimas e, do mesmo modo que a violência doméstica, são todos

sexualmente neutros, não ressaltando o fato de a maior parte da violência familiar ser praticada por um homem contra a sua esposa e/ou filhas (ELLSBERG; HEISE, 2005). A crítica feminista a estas concepções também diz respeito às suas implicações, isto é, ao reconhecimento de que as mulheres possam ser violentas. Mais do que simplesmente negar esta possibilidade, as feministas afirmam que as pesquisas que identificam as mulheres como agressoras geralmente são simplistas e descontextualizadas. Em oposição, apresentam dados oriundos de emergências médicas, inquéritos sobre vitimação, entrevistas em abrigos para mulheres e levantamentos policiais que sugerem que, entre 90 e 95% dos casos, as vítimas são do sexo feminino. Desta forma, as feministas afirmam que os termos associados à violência familiar podem inverter a situação, transformando as mulheres de vítimas em agressoras e servindo para justificar, por exemplo, a relocação de recursos (JASINSKI, 2001). Outra crítica refere-se ao fato de o próprio conceito 'família' ser extremamente vago, o que significa que a validade e a utilidade das diversas pesquisas que utilizam este conceito podem ser postas em dúvida, uma vez que podem estar se referindo a fenômenos diferentes. Estes questionamentos não podem ser considerados como algo de pouca importância, pois afetam todo o processo de pesquisa, desde seu objetivo, passando pela definição de participantes e instrumentos, até os seus resultados. Segundo DeKeseredy e Schwartz (2001), o que determina o processo de pesquisa é quem ou "o que está sendo violado": o indivíduo mulher, a família, o pai patriarcal ou o marido ou, ainda, a 'honra nacional'.

As definições mais amplas consideram que, potencialmente, as vítimas e os agressores podem ser tanto do sexo masculino quanto do sexo feminino, pertencer a qualquer estrato social, raça/etnia ou ter qualquer idade. Dizemos 'potencialmente' porque os estudos realizados por todo o mundo mostram que as principais vítimas são as mulheres (seguidas das crianças, pessoas idosas

e/ou pessoas com algum tipo de incapacidade). De acordo com Ellsberg e Heise (2005), as mulheres estão vulneráveis a diferentes tipos de violência ao longo de suas vidas. Antes do nascimento (durante a gestação), podem ser assassinadas através de abortos seletivos; durante a infância, podem sofrer infanticídio, negligência, abuso sexual e desnutrição; na adolescência, podem ser forçadas à prostituição, traficadas (para este mesmo fim), forçadas a casar precocemente, bem como sofrer abuso psicológico e estupro; durante a fase reprodutiva, podem ser vítimas de ‘crimes de honra’, violência conjugal, abuso sexual por desconhecidos, homicídio, tráfico e perseguição sexual e, até mesmo na velhice, podem sofrer agressões.

Esta constatação levou à conclusão de que a violência doméstica/familiar/na intimidade não é sexualmente neutra, fazendo surgir uma nova nomenclatura, desta vez fundamentada no sexo da vítima, a ‘violência contra a(s) mulher(es)’. Esse tipo de violência inclui, por exemplo, a violência doméstica, o estupro, o tráfico e a exploração sexual e, por sua vez, relaciona-se a termos como vitimação feminina, esposa agredida, mulher agredida ou mulher maltratada. Por outro lado, apesar de servirem para denunciar as assimetrias entre os sexos, destacando a posição inferior das mulheres neste aspecto, tais denominações acabam por excluir pessoas do sexo masculino – que, no caso dos mastratos contra crianças, idosos ou pessoas com deficiências, por exemplo, não são raras – e priorizar as vítimas adultas (AZAMBUJA, 2004). Além do mais, os termos ‘violência contra a mulher’ ou ‘mulher agredida’ não consideram o sexo do agressor (deixando em aberto a possibilidade de ser, até mesmo, outra mulher), assim como a expressão ‘esposa agredida’ pode ser vista como excludora das uniões consensuais e das agressões ocorridas durante o namoro ou na fase de separação do agressor (ELLSBERG; HEISE, 2005).

Frequentemente, a violência é conceituada tendo como base o tipo de agressão praticada/sofrida: violência

física (tapas, socos, pontapés, surras, puxões de cabelo); sexual (violação ou tentativa de, abuso, tráfico, mutilação genital, gravidez forçada); psicológica (intimidação, depreciação constante, humilhação, comportamentos controladores sobre a vítima, gritos, berros, ameaças, chantagens); econômica (recusa em disponibilizar dinheiro para aquisição de bens essenciais, posse do dinheiro da vítima); negligência/privação (recusa em oferecer alimentos, roupas, medicamentos ou condições adequadas de moradia) e homicídio (HEISE; GARCIA-MORENO, 2002; JEWKES; SEN; GARCIA-MORENO, 2002; NEVES, 2005).

Como vemos, algumas definições são mais inclusivas, tanto quanto ao sexo da vítima ou do agressor, quanto às suas idades e características particulares (como etnia ou incapacidade física); outras definições são mais específicas, procurando destacar um aspecto em particular. Todas apresentam vantagens e desvantagens, o que não torna mais fácil a escolha de qual conceito adotar. DeKeseredy e Schwartz (2001) afirmam que a definição de violência é um dos principais problemas neste campo de pesquisa, havendo muitos debates sobre o que deve ser incluído ou excluído. De acordo com estes autores, geralmente as pesquisas se dedicam ao abuso físico e/ou sexual, sendo em menor número as que se dedicam ao abuso psicológico, verbal ou econômico. Uma razão para isso é o fato de que a inclusão de tantas categorias em um estudo poderia gerar confusões, havendo uma tendência a acreditar-se que existem diferenças quantitativas e qualitativas entre o abuso físico e o psicológico. As feministas, contudo, têm criticado as definições amplas por serem super-inclusivas (sexualmente neutras) e, com isso, acabarem por banalizar a violência praticada contra as mulheres. Por outro lado, quem defende as definições mais específicas argumenta que essas permitem examinar mais detalhadamente cada tipo de agressão, propiciando maior clareza sobre sua natureza e contexto.

Uma conclusão a que se pode chegar diante dessa variação nas terminologias até aqui expostas é que não

existe uma definição que possa ser considerada universalmente válida. A adoção de uma nomenclatura em detrimento de outra(s) varia conforme os objetivos da pesquisa, os conceitos empregados, sua operacionalização, fundamentos teóricos e valores do pesquisador.

CONCLUSÕES

Gênero e violência, uma relação necessária

Aliando-se ao intenso debate sobre o determinismo biológico sustentado pela crítica feminista à ciência, o termo gênero constituiu-se como um novo projeto teórico que pretendia demonstrar a produção social das crenças e saberes sobre o sexo através da confrontação dos argumentos de invariabilidade biológica das diferenças entre os sexos, aos que salientavam os determinantes culturais da condição de subalternidade das mulheres. Rapidamente, o termo passou a integrar o discurso das ciências sociais e humanas, sucedendo-se uma proliferação de programas de pesquisa e produção científica sobre a temática. Contudo, devido à diversidade do próprio feminismo, isso não ocorreu de modo uniforme e unitário, coexistindo diferentes perspectivas (NOGUEIRA, 2001).

Na Psicologia, inicialmente, a introdução do conceito de gênero não conseguiu deslocar o olhar dos investigadores dos indivíduos sexuais para o pensamento sobre os sexos, tendo-se mantido, por muito tempo, uma utilização mais ou menos arbitrária do sexo e do gênero como sinônimos, o que acabou levando a um esvaziamento de seu significado conceitual e analítico. Tal fato ainda hoje persiste, não só na Psicologia, mas também no domínio da Saúde. Recentemente, Castaño-López, Plazaola-Castaño, Bolívar-Muñoz e Ruíz-Perez (2006) realizaram uma investigação sobre mulheres, Saúde e gênero em publicações espanholas na qual constataram

que inúmeros artigos apresentam a palavra gênero no título quando, na verdade, falavam da variável sexo ou mulher. Entre os 298 artigos analisados, apenas 31,9% realmente continha um enfoque de gênero. De modo semelhante, em Portugal, uma recente análise crítica do documento “Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010: mais saúde para todos” concluiu: o conceito de gênero não é definido, nem de forma sucinta, em qualquer parte do texto; os conceitos de sexo e de gênero são usados como sobreponíveis, predominando a sua assunção como sinônimos, ou o segundo como uma versão modernizada do primeiro; quando a caracterização dos fenômenos de saúde e de doença se baseia em dados estatísticos e epidemiológicos desagregados por sexo, as diferenças observadas entre ambos são muitas vezes omitidas e praticamente desvalorizadas em termos analíticos; a projeção de estratégias de ação baseadas nessa caracterização segue no mesmo sentido, sendo pontuais os exemplos em que se ensaia uma alusão à necessidade de considerar o que é distinto em cada sexo (PRAZERES, 2007, p. 92).

As consequências desta confusão no emprego dos termos sexo e gênero no campo da saúde são várias. Quando as diferenças encontradas no adoecimento de homens e mulheres são relacionadas ao gênero, mas tratadas como se fossem derivadas do sexo (e vice-versa), nos conduzem a má interpretações dos resultados e a conclusões desfasadas da natureza dos fenômenos. Por exemplo, se as diferenças de sexo forem erradamente atribuídas ao gênero, serão desencadeadas respostas que procurarão alterar os comportamentos e, neste caso, as possíveis causas fisiológicas podem ser menosprezadas, colocando em causa a possibilidade de ação sobre o fenômeno. O mesmo acontecerá na situação inversa, quando se atribui ao sexo a causa de uma doença, canalizando-se os recursos para intervenções mal delimitadas que não estarão atuando sobre a multiplicidade de fatores interligados (PRAZERES, 2007).

Diversas são as razões para esta confusão terminológica, mas Castaño-López, Plazaola-Castaño, Bolívar-Muñoz e Ruíz-Perez (2006) sugerem que a utilização pouco consistente do termo prende-se ao mero intuito de tornar a investigação ‘atual’, pois, em sua avaliação, “os estudos de gênero estão na moda”. Por outro lado, Lopes (2006) lembra que este é um conceito multifacetado. Paradoxalmente, suas abordagens múltiplas e imprecisões o tornaram útil, propiciando um aumento fantástico dos estudos de gênero nas últimas décadas; mas, ao mesmo tempo, ocorreu uma perda de sua precisão. Por outro lado, na época de surgimento do termo gênero, a ciência era muito marcada pelo essencialismo biológico, cuja força cultural acabou por se manter. De acordo com Nogueira, Neves e Barbosa (2005), a consequência disso na psicologia foi que as diferenças biológicas deram lugar às diferenças de gênero, que, embora ‘vestidas’ de outro modo, continuaram a ser vistas como intrínsecas aos indivíduos, socialmente descontextualizadas e rapidamente biologizadas. Assim, as construções das ciências biomédicas a respeito do sexo e do corpo permaneceram intocadas, com um caráter de verdade e destino imutável (LOPES, *op cit.*).

Contudo, a partir dos anos 1980, as feministas francesas, influenciadas pelo pós-estruturalismo e, principalmente, pelo pensamento de Michel Foucault e Jacques Derrida, passaram a enfatizar a questão da diferença, da subjetividade e da singularidade das experiências, concebendo que as subjetividades são construídas pelos discursos, em um campo que é sempre dialógico e intersubjetivo. Com isso, deslocou-se o

campo do estudo sobre as ‘mulheres’ e sobre os ‘sexos’ para o estudo das ‘relações de gênero’ (NARVAZ; KOLLER, 2006), marcando uma alteração na orientação das investigações para a relação entre os sexos em vários domínios e permitindo, também, a problematização da posição social dos homens (PRAZERES, 2007), embora os ‘*men’s studies*’ e o estudo da ‘masculinidade hegemônica’² ainda dêem os seus primeiros passos. A partir do momento em que o gênero passou a ser concebido como um conceito relacional (isto é, os atributos femininos apenas podem ser definidos tendo como base os atributos masculinos e vice-versa), termos como ‘sexual’, ‘feminino’, ‘masculino’ e ‘biologia’ deixaram de ser encarados como auto-evidentes, passando a ser considerados em sua historicidades (LOPES, 2006). Nessa perspectiva, o gênero não é algo que existe dentro dos indivíduos, pronto para ser descoberto e medido pelos cientistas sociais, mas um acordo que existe nas interações sociais: é precisamente tudo aquilo que concordamos que seja. O gênero é uma invenção criada pelas sociedades através da interação social, é algo performativo, algo que se faz (NOGUEIRA, 2004). Igualmente, o próprio grupo ‘mulheres’ como categoria ontológica é posto em causa, pois esconde as divisões intra-categorias (raça, etnia, classe, orientação sexual, etc.), sendo a partir da “miríade de realidades” oferecida pelos “conhecimentos situados” (HARAWAY, 1995) que eclodiram os feminismos ‘localizados’, como o feminismo negro e o feminismo lésbico, assim como aqueles que cruzam estas várias categorias, problematizando gênero, raça e orientação sexual (OLIVEIRA; AMÂNCIO, 2006). Portanto, o que interessa destacar

² De acordo com Ribeiro (in press), o conceito de masculinidade hegemônica, frequentemente designado de ‘valores masculinos hegemônicos’ e ‘representações hegemônicas’, constitui um aspecto central da teoria social do gênero de Connell que define formas bem sucedidas de ‘ser homem’ num momento e lugar específicos. Constitui um conjunto de preceitos ideológicos que congregam expectativas ideais dominantes sobre masculinidade e que subordinam as feminilidades, bem como outras formas de masculinidade. Nas culturas ocidentais encontra-se associada à heterossexualidade, ao casamento, à autoridade, ao salário, à força e à resistência física.

aqui é o caráter político que o termo gênero adquire a partir das leituras pós-modernas/construcionistas, seu potencial subversivo e transformador. Segundo Weatherall (2002), os significados associados ao masculino e ao feminino não são fixos ou estáticos, mas contextualmente específicos (cultural e historicamente locais), isto é, são construídos e localizados. Como tal, estão continuamente abertos à desconstrução e, fundamentalmente, à reconstrução.

Deste modo, segundo Saffioti (2001), a violência de gênero não pode ser tratada como um fenômeno unicamente das relações interpessoais, pois diz respeito à estrutura social como um todo. É um conceito amplo, que abrange vítimas como mulheres, crianças, adolescentes e idosos de todas as classes sociais, etnias ou religiões. Nesse sentido, é interessante notar, tal como Grossi e Aginsky (2001), que as estratégias de poder e controle exercidas sobre as mulheres, inclusive os maus-tratos físicos, sexuais e emocionais, o isolamento, as ameaças e intimidações, são usadas para sustentar também outras formas de opressão, como o racismo, a exclusão social de idosos, a dominação das crianças, o classicismo e outras. Portanto, o fenômeno da violência de gênero pode ser conectado não apenas às mulheres, mas a outros grupos oprimidos.

Seguindo a definição da Organização das Nações Unidas (ONU, 2003), a violência de gênero não se restringe à violência praticada contra as mulheres, pois reconhece também a condição das crianças, jovens e lésbicas ou gays. A importância de utilizar este termo se fundamenta no pressuposto de que a violência é, de alguma forma, influenciada pelas relações de gênero, assim como a elas influencia. Portanto, a violência de gênero inclui: violência doméstica entre pessoas hetero e homossexuais (podendo ser violência física, psicológica, econômica ou sexual), estupro e violência sexual, exploração sexual, prostituição e tráfico de pessoas para a exploração e violência sexual ou física, tortura

e estupro em situações de guerra civil, comunitária ou em conflitos étnicos e situações de violência em que as mulheres até podem ser as perpetradoras, mas que sua participação é mediada pelo gênero (SKINNER; HESTER; MALOS, 2005).

A utilização da 'lente de gênero' permite examinar criticamente as desigualdades de poder entre mulheres e homens. Deste modo, a interpretação sociopolítica do fenômeno revelou que a sociedade está estruturada de modo a permitir a utilização da violência como estratégia para a resolução de conflitos de interesses e de controle social por parte dos homens. A violência contra as mulheres é, portanto, algo que transcende a esfera familiar e doméstica/privada (MONTEIRO, 2005). A absorção dos pressupostos do construcionismo social e, especialmente, da noção foucaultiana (FOUCAULT, 1992; 2000) do poder como "jogos de força", como algo que se exerce, leva a uma nova compreensão do papel de vítima. Nessa perspectiva, são consideradas as diferentes estratégias desenvolvidas pelas mulheres ao longo de seu processo de vitimação para lidar eficazmente com a violência, distanciando-as de um posicionamento passivo, no qual o termo 'sobreviventes' surge com maior propriedade para se referir a estas mulheres.

Por fim, adotar a nomenclatura 'violência de gênero' não é uma simples questão de escolha de palavras, pois representa um claro posicionamento político vinculado ao movimento feminista e às suas bandeiras de luta. Ainda que, muitas vezes, termos como violência de gênero, violência contra a mulher, violência doméstica e violência familiar sejam utilizados como sinônimos, eles não são equivalentes. O primeiro 'engloba' os três últimos, mas deve ser considerado separadamente, pois envolve não apenas as relações entre mulheres e homens, mas também as assimetrias de poder entre ricos e pobres, crianças e adultos, negros e brancos, etc. (AZAMBUJA, 2004, p. 272).

REFERÊNCIAS

- AZAMBUJA, M.P.R. Violência doméstica contra crianças: uma questão de gênero? In: STREY, M.N.; AZAMBUJA, M.P.R.; JAEGER, F.P. (Org.). *Violência, gênero e políticas públicas*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 259-290. Coleção Gênero e Contemporaneidade, v. 2.
- CASTAÑO-LOPEZ, E.; PLAZAOLA-CASTAÑO, J.; BOLÍVER-MUÑOZ, J.; RUÍZ-PÉREZ, I. Publicaciones sobre mujeres, salud y género en España (1990-2005). *Revista Española de Salud Pública*, v. 80, p. 705-716, 2006.
- COSTA, D. *Percepção social da mulher vítima de violência conjugal*. Estudo exploratório realizado no Concelho de Lisboa. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa – Instituto de Ciências Sociais e Políticas, 2005.
- DEKESEREDY, W.; SCHWARTZ, M.D. Definitional issues. In: RENZETTI, C.M.; EDLESON, J.L.; BERGEN, R.K. *Sourcebook on violence against women*. Thousand Oaks/London/New Delhi: Sage Publications, 2001. p. 23-34.
- DESAI, S.; SALTZMAN, L.E. Measurement issues for violence against women. In: RENZETTI, C.M.; EDLESON, J.L.; BERGEN, R.K. *Sourcebook on violence against women*. Thousand Oaks/London/New Delhi: Sage Publications, 2001. p. 35-52.
- ELLSBERG, M.C.; HEISE, L. *Researching violence against women: a practical guide for researchers and activists*. Washington, DC, United States: World Health Organization/PATH, 2005.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1992.
- _____. *A ordem do discurso*. São Paulo: Edições Loyola, 2000.
- GROSSI, P.; AGUINSKY, B. Por uma nova ótica e uma nova ética na abordagem da violência contra mulheres nas relações conjugais. In: GROSSI, P.; WERBA, G. *Violências e gênero: coisas que a gente não gostaria de saber*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001. p. 19-45.
- HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminino e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, v. 5, p. 7-41, 1995.
- HEISE, L.; GARCIA-MORENO, C. Violence by intimate partners. In: KRUG, E.; DAHLBERG, L.; MERCY, J.; ZWI, A.; LOZANO, R. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 2002. p. 87-122.
- JASINSKI, J. Theoretical explanations for violence against women. In: RENZETTI, C.M.; EDLESON, J.L.; BERGEN, R.K. *Sourcebook on violence against women*. Thousand Oaks/London/New Delhi: Sage Publications, 2001. p. 5-21.
- JEWKES, R.; SEN, P.; GARCIA-MORENO, C. Sexual violence. In: Krug, E.; Dahlberg, L.; Mercy, J.; Zwi, A.; Lozano, R. *World report on violence and health*. Geneva: World health Organization, 2002. p. 147-182.
- LISBOA, N. Vitimação. In: LISBOA, N.; CARMO, I.; VICENTE, L.B.; NÓVOA, A. (Org.). *Os custos sociais e económicos da violência contra as mulheres: síntese dos resultados do inquérito nacional de 2002*. Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, 2003. p. 22-46. Coleção Ditos & Escritos, v. 17
- LOPES, M.M. Sobre convenções em torno de argumentos de autoridade. *Cadernos Pagu*, v. 27, p. 35-61, 2006.
- MATOS, M.A.V. *Violência nas relações na intimidade*. Estudo sobre a mudança psicoterapêutica na mulher. Tese (Doutorado) – Universidade do Minho, Braga, Portugal, 2006.
- MONTEIRO, F.J. *Mulheres agredidas pelos maridos: de vítimas a sobreviventes*. Lisboa: Organizações não Governamentais do Conselho Consultivo da Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, 2005.
- MINAYO, M.C.S. The inclusion of violence in the health agenda: historical trajectory. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 2, p. 375-383, 2006.
- NARVAZ, M.; KOLLER, S. Metodologias feministas e estudos de gênero. Articulando pesquisa, clínica e política. *Psicologia em Estudo*, v. 11, n. 3, p. 647-654, 2006.

NEVES, A. *A (des)construção dos discursos genderizados sobre o amor, o poder e a violência nas relações íntimas: metodologias feministas na Psicologia Social Crítica*. Tese (Doutorado) – Universidade do Minho, Braga, Portugal, 2005.

NOGUEIRA, C.; NEVES, A.S.; BARBOSA, C. Fundamentos construcionistas, sociais e críticos para o estudo do gênero. *Psicologia: teoria, investigação e prática*, v. 2, p. 1-15, 2005.

NOGUEIRA, C. Contribuições do construcionismo social a uma nova psicologia do gênero. *Cadernos de Pesquisa*, v. 112, p. 137-153, 2001.

_____. Ter ou fazer o gênero: o dilema das opções epistemológicas em psicologia social. In: GUARESHI, N. (Org.). *Estratégias de invenção do presente: a psicologia social no contemporâneo*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 249-284.

OLIVEIRA, J.M.; AMÂNCIO, L. Teorias feministas e representações sociais: desafios dos conhecimentos situados para a psicologia social. *Estudos Feministas*, v. 14, n. 3, p. 597-615, 2006.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Estratégias de combate à violência doméstica: manual de recursos*. Organização das Nações Unidas. Centro para o Desenvolvimento Social e Assuntos Humanitários - Gabinete das Nações Unidas de Viena. Tradução de Emanuel Fernando Gomes de Barros Matos. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2003.

PAIS, E. *Homicídio conjugal em Portugal: rupturas violentas da conjugalidade*. Lisboa: Hugin, 1998.

PRAZERES, V. (Org.). *Saúde, sexo e gênero: factos, representações e desafios*. Documento provisório não publicado. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2007.

RIBEIRO, O. Saúde, masculinidade e envelhecimento: reflexões sociais numa perspectiva de gênero. In: STREY, M.N.; NOGUEIRA, C.; AZAMBUJA, M.P.R. *Gênero e Saúde*. Porto Alegre: EDIPUCRS. in press. Coleção Gênero e Contemporaneidade. v. 6.

SAFFIOTI, H.I.B. . Contribuições Feministas para o Estudo da Violência de Gênero. *Cadernos Pagu*, v. 16, p. 115-136, 2001.

SKINNER, T.; HESTER, M.; MALOS, H. Methodology, feminism and gender violence. In: Skinner, T.; Hester, M.; Malos, H. *Researching gender violence: feminist methodology in action*. Cullompton: Willan Publishing, 2005. p. 1- 22.

WEATHERALL, A. *Gender, language and discourse*. East Sussex/New York: Routledge, 2002.

Recebido: Abril/2008

Aprovado: Julho/2008

Violência contra a mulher no município de Juazeiro, BA: autores e recidiva

*Violence against the woman in the city of Juazeiro, Bahia, Brazil:
authors and relapse*

Nadirlene Pereira Gomes ¹
Milca Ramaiane da Silva Carvalho ²
Anne Jacob de Souza Araújo ³
Tâmara Maria de Freitas Coelho ⁴
Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira ⁵

¹ Professora-assistente da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) vinculada ao Colegiado de Enfermagem; doutoranda em Enfermagem na área de Concentração Enfermagem na Linha Mulher, Gênero e Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA); orientadora da pesquisa vinculada ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC). nadirlenegomes@hotmail.com

² Bolsista do PIBIC/UNIVASF; acadêmica em Enfermagem da UNIVASF. milcaramaiane@gmail.com

³ Acadêmica em enfermagem da UNIVASF; colaboradora da pesquisa. annejacob85@gmail.com

⁴ Acadêmica em enfermagem da UNIVASF; colaboradora da pesquisa. tamara_nci@hotmail.com

⁵ Professora auxiliar da UNIVASF vinculada ao Colegiado de Enfermagem; colaboradora da pesquisa. olinda_lira@hotmail.com

RESUMO Pesquisa documental quali-quantitativa e com objetivo de identificar a incidência de violência contra a mulher, o principal autor e o nível de recidiva. A coleta de dados utilizou um formulário semi-estruturado com informações de identificação de quem prestou a queixa-autor e recidiva. O estudo baseou-se nas 6.162 queixas de violência contra a mulher, registradas no período de 2000 e 2004, na delegacia civil do município de Juazeiro, na Bahia. Apenas 2,3% das queixas foram praticadas por estranhos e 54,5% caracterizavam violência doméstica; destas, 83,7% correspondiam à violência conjugal, tendo o companheiro como principal autor (59,1%). Apenas 11,2% das mulheres registraram queixas mais de uma vez.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Saúde da mulher; Violência de gênero; Violência doméstica.

ABSTRACT Quali-quantitative documentary research with the objective of identifying the incidence of violence against the woman, the main author and the level of return. To the collection of datum, it was used a form half-structuralized with information of identification of who gave to the complaint, author and return. It was based on the 6,162 complaints of violence against the woman, registered in the period of 2000 and 2004, in the civil police station of the city of Juazeiro, Bahia, Brazil. Only 2.3% of the complaints had been practiced by strangers and 54.5% characterized domestic violence; of these, 83.7% corresponded to the conjugal violence, having the friend as main author (59.1%). But 11.2% of the women had registered complaints more than a time.

KEYWORDS: Nursing; Women's health; Violence of sort; Domestic violence.

INTRODUÇÃO

A tradição patriarcal alicerçou na comunidade a idéia do homem como chefe de família e de que a mulher deveria se conscientizar do seu papel de passividade. Nos últimos 30 anos, nota-se uma evolução da visão da sociedade quanto à participação da mulher no mercado de trabalho. Segundo Giffin (2002), este fato corresponde ao início da desvinculação da visão reprodutiva e matrimonial atribuída à mulher.

Para Dantas-Berger e Giffin (2005), essa evolução não é totalmente satisfatória, já que muitas mulheres que trabalham fora para garantir o sustento da casa passaram a ter uma jornada dupla de trabalho, uma vez que as tarefas domésticas continuam sendo atribuições femininas. Percebe-se, assim, que, embora haja a inserção da população feminina no mercado de trabalho, o espaço doméstico continua sendo responsabilidade exclusiva das mulheres. A inserção da população feminina no mercado de trabalho não transformou a percepção da sociedade com relação aos papéis e atribuições de homens e mulheres no espaço privado, de modo que a tarefa doméstica permanece sendo responsabilidade das mulheres. Para as autoras, esta situação pode estar atribuída à força com que a visão de gênero está alicerçada na sociedade.

Durante toda a vida, os papéis atribuídos aos homens e às mulheres são tomados como naturais. Contudo, estudos realizados com intuito de compreender a violência contra a mulher, em especial a violência conjugal, vêm mostrando uma associação com as questões de gênero (OLIVEIRA; SOUZA, 2006).

Gomes e Diniz (2005) declaram que os papéis de gênero são ensinados como próprios da condição de ser

do sexo homem ou mulher. Assim, não se percebem sua produção e sua reprodução social, de modo que se configuram enquanto uma imagem idealizada do masculino e do feminino.

As mulheres estão associadas a papéis como o da dona de casa e daquela que cuida dos filhos e do marido, e vinculadas a atribuições tais como passividade, subordinação, sensibilidade e obediência. Por sua vez, os homens estão relacionados ao espaço público, à força física, à coragem e a papéis como o do provedor e do chefe de casa (GOMES, 2002; D'OLIVEIRA, 1997).

Na ótica da construção de gênero,

[...]as garotas são educadas para serem dependentes, boas donas-de-casa e boas mães, ao passo que os garotos são educados para construir sua independência e serem bem-sucedidos na esfera pública (RAMIRES apud GOMES, 2002, p. 29).

Neste sentido, gênero surge enquanto uma categoria de análise que permite compreender a desigualdade entre o que é atribuído à mulher e ao homem – ou seja, a desigualdade de gênero.

Gebara (2000) coloca que os atributos e papéis de gênero valorizam o homem em detrimento da mulher, legitimando a desigualdade entre os gêneros a partir da inferioridade da mulher e, por outro lado, pela valorização do homem. Neste sentido, a desigualdade permite que relações violentas entre homens e mulheres sejam naturalizadas.

Diniz *et al.* (2003, p. 82) entendem que a violência conjugal está diretamente associada à violência doméstica, haja vista encontra-se, “sobretudo, presente no cotidiano doméstico e conjugal das mulheres mediante a definição do seu papel na sociedade.”

Segundo o Relatório Mundial sobre a Violência e a Saúde, quase metade das mulheres assassinadas tem como autor do delito o companheiro ou namorado de uma relação atual ou anterior. Quando se analisam as mortes de mulheres entre 15 a 44 anos no mundo todo,

a violência corresponde por aproximadamente 7% das causas. Em alguns países, até 69% das mulheres relatam vivência de violência física e até 47% declaram a prática forçada da primeira relação sexual (OMS, 2002).

Estudo realizado em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal envolvendo 6.760 mulheres apresentou a prevalência de violência entre parceiros íntimos. Teve-se uma prevalência global de agressão psicológica de 78,3%, abuso físico 'menor' somou 21,5% e o 'grave' no casal, 12,9%. As prevalências variaram entre as cidades, com o abuso físico total de 13,2 a 34,8%, por exemplo, e excederam na prevalência mais nas cidades do Norte e do Nordeste do que nas do Sul, Sudeste e Centro-Oeste. A violência entre parceiros íntimos esteve mais presente em casais formados por mulheres jovens (< 25 anos) e com menos escolaridade (< 8 anos), conforme Reichenheim *et al.* (2006).

Jacobucci (2004) realizou estudo composto por dois grupos de sujeitos: mulheres que permaneciam na relação conjugal mesmo em vivência de violência conjugal e com notificação feita na Delegacia de Defesa da Mulher; e mulheres que romperam a relação com o agressor após notificação judicial. O estudo mostrou que as mulheres que permanecem na relação conjugal são mais propensas à depressão do que àquelas que rompem com o vínculo conjugal.

Brancalhone, Fogo e Williams (2004) realizaram um estudo com crianças do Ensino Fundamental expostas ou não a violência, cujas mães denunciaram a violência conjugal na Delegacia de Defesa da Mulher, revelando que, em 80% dos casos, o agressor era o próprio pai da criança e, nos outros 20%, foi causado pelo atual companheiro da mãe da criança. A pesquisa também mostrou que 47% das mulheres sofriam com a violência por um período de um a três anos e 40% relataram sofrer há mais de dez anos.

Adeodato *et al.* (2005) consideram que, com relação aos motivos pelos quais as mulheres permanecem na

relação violenta, destaca-se a esperança do companheiro mudar de comportamento, uma vez que ele promete melhorar. Em seu estudo, o autor revelou que 44% dos homens que agrediam suas companheiras costumavam pedir perdão. Outros motivos alegados foram: filhos, dependência financeira, paixão pelo parceiro e medo.

Muitas mulheres não denunciam seus companheiros por diversos motivos. Diniz *et al.* (2002) acreditam que a maioria das mulheres (68%) não denunciou seus companheiros por medo de nova agressão e de morrer, por dependência econômica e por sentimento de culpa.

Em 7 de agosto de 2006, foi sancionada pelo Presidente da República a mais nova conquista das mulheres, a lei 11.340, nomeada Lei Maria da Penha – justamente por esta ser um exemplo de mulher que não se intimidou diante da agressão e lutou contra a impunidade. Os principais avanços desta lei foram: prisão de agressores em flagrante ou prisão preventiva decretada, extinção de penas alternativas, aumento no período de detenção previsto de um para três anos, além de prever medidas que vão desde a saída do agressor do domicílio e a proibição de sua aproximação da mulher agredida e dos filhos (BRASIL, 2006).

Percebe-se, portanto, a necessidade de uma melhor compreensão da violência pelo setor da Saúde, pois, mesmo a violência não sendo um problema exclusivo dessa área, ela a afeta diretamente, tendo seu impacto não apenas no âmbito individual, mas implicando em perdas para o bem-estar, para a segurança da comunidade e para os direitos humanos (BRASIL, 2005; MINAYO, 1994).

Vale dizer que a violência é caracterizada pelo uso do poder ou da força física, de forma intencional, podendo resultar em morte, privação, problemas psicológicos ou de desenvolvimento. Nesta perspectiva, a violência traz repercussão direta à Saúde dos incluídos nesta vivência, como conseqüências físicas, para a saúde mental, conduta, reprodutiva, infecções de transmissão sexual, entre outros. Com isso, destaca-se a necessidade da intervenção

da Saúde Pública a partir de medidas como promoção, serviços para assistência e intervenção, políticas, avaliação, pesquisa e coleta de dados (OMS, 2002).

Assim sendo, por caracterizar uma problemática que demanda grande intervenção, necessita-se de uma assistência multissetorial, com ação da Saúde Pública, bem-estar, educação, emprego, polícia, diplomacia, justiça, entre outros serviços de apoio.

METODOLOGIA

Pesquisa documental, com abordagem quali-quantitativa, vinculada ao Colegiado de Enfermagem da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), que tem como objeto de estudo o registro de queixas de mulheres em situação de violência e, como objetivo geral, a identificação dos principais autores da violência contra a mulher no município de Juazeiro, Bahia, bem como o índice de recidiva.

O estudo foi realizado na delegacia civil de Juazeiro, tomando como base os registros de queixas de violência contra a mulher dos últimos cinco anos.

Inicialmente, enviou-se uma carta para solicitar a realização do estudo no espaço físico da delegacia civil do município, assim como para coleta de dados. As visitas foram permitidas em horário comercial, entre segunda e sexta-feira, nos turnos matutino e vespertino, sendo agendada e autorizada pela diretoria.

Utilizou-se a pesquisa documental com informações adquiridas em fontes primárias, em livros-queixas, no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2004, com o auxílio de dois funcionários da instituição. A coleta de dados foi viabilizada pela elaboração de um formulário semi-estruturado.

Durante a sistematização e organização dos dados, foram construídos gráficos e tabelas, viabilizando a

análise dos dados processados em Word, Access e Excel, baseando-se nas temáticas: gênero, violência conjugal e saúde da mulher.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O estudo permitiu analisar 6.162 queixas de violência contra a mulher registradas na delegacia do município de Juazeiro no período entre janeiro de 2000 e dezembro de 2004 (Tabela 1).

Conforme Rinfret-Raynor e Cantin (1994), estima-se que a cada mulher que denuncia a violência doméstica sofrida, três se calam. Desta forma, o estudo permite uma reflexão acerca da problemática da subnotificação da violência, embora esta já tenha sido regularizada em todo território nacional para todas as mulheres atendidas em serviços de saúde públicos e privados, desde 24 de novembro de 2003, pela lei 10.778 (BRASIL, 2003). Todavia, muitos fatores contribuem para a subnotificação da violência doméstica, a qual atinge mulheres independentemente de classe social, raça, etnia, religião, idade e grau de escolaridade.

No que se refere aos autores da violência, o estudo mostrou que estes, na sua maioria, são pessoas conhecidas pelas mulheres (97,7%), seja numa situação de vínculo afetivo, dentre as quais se destacam a relação conjugal e familiar, ou seja, num contexto de relações do meio social, tais como vizinhos (4,2%) ou pessoas que as mulheres conhecem apenas pelo nome ou apelido – pessoas não-estranhas (39%).

Vale ressaltar que apenas 2,3% das queixas de violência contra a mulher foram praticadas por estranhos, demonstrando que as mulheres estão mais expostas à violência por pessoas conhecidas e desvinculando a idéia da pessoa desconhecida ser a principal ameaça.

TABELA 1 – Autores da violência contra a mulher

Autor		f	%	f	%
Conhecidos					
Relação conjugal	Cônjuge	1.660	26,94%	2.809	45,58%
	Ex-cônjuge	1.036	16,81%		
	Noivo	1	0,02%		
	Ex-noivo	2	0,03%		
	Namorado	31	0,50%		
	Ex-namorado	76	1,23%		
	Amante	2	0,03%		
	Ex-amante	1	0,02%		
Relação familiar	Irmão	166	2,69%	548	8,89%
	Pai	25	0,40%		
	Padastro	15	0,24%		
	Ex-padastro	4	0,07%		
	Sogro	22	0,36%		
	Ex-sogro	8	0,13%		
	Cunhado (a)	86	1,39%		
	Ex-cunhado	17	0,28%		
	Mãe	4	0,07%		
	Madrasta	3	0,05%		
	Filho	74	1,2%		
	Primo	8	0,13%		
	Sobrinho	16	0,26%		
	Enteado	9	0,14%		
	Neta (o)	4	0,07%		
	Tia	13	0,21%		
	Avó	2	0,03%		
	Padrinho	1	0,02%		
	Genro/nora	51	0,83%		
	Ex-genro/nora	20	0,32%		
Relação social	Pessoas não-estranhas	2.405	39,03%	2.666	43,23%
	Vizinho	261	4,2%		
Desconhecidos					
-----	Estranhos	139	2,3%	139	2,3%

Fonte: Queixas registradas na DPM/Juazeiro-BA. Período 2000 a 2004.

No que se refere ao espaço onde a violência ocorre, o estudo mostrou que o âmbito doméstico ocupa um percentual significativo (54%), caracterizando a violência doméstica (Gráfico 1).

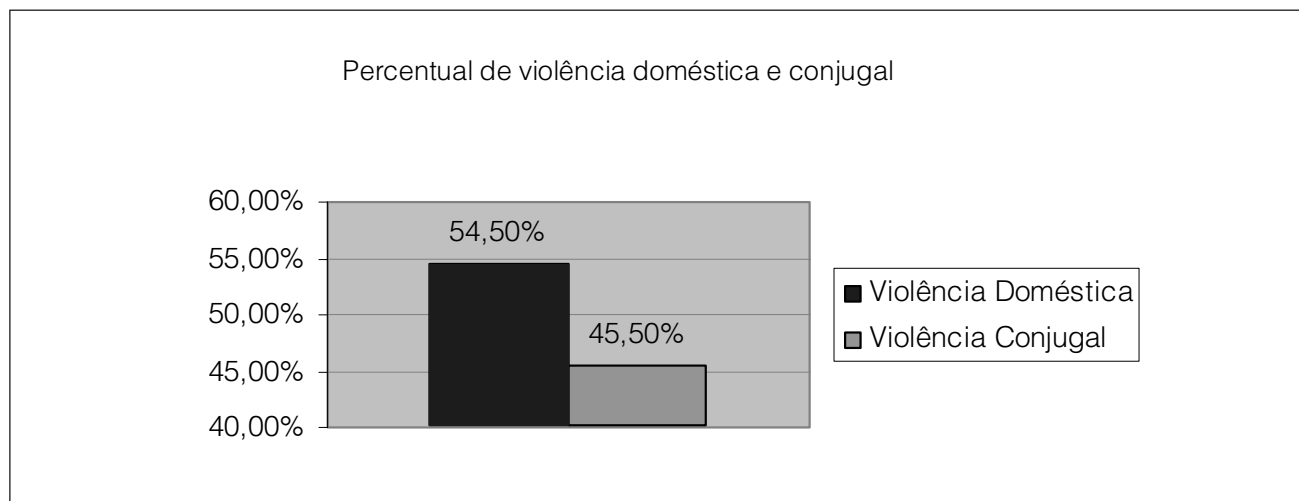
Tal dado está de acordo com estudos de Schraiber *et al.* (2002), que sinaliza que a chance da mulher sofrer uma violência originada no âmbito familiar prevalece sobre as cometidas por pessoas estranhas ou conhecidas.

Vale ressaltar que este resultado é prevalente em subgrupos sociais com frequência da violência contra a mulher que

procura a delegacia como serviço de apoio, mas contradiz a idéia de que o âmbito familiar é um espaço de afeto e amor, dando espaço a um cenário de agressões e ameaças.

Com relação aos autores de violência doméstica, excluindo as pessoas com alguma relação conjugal, destacam-se o irmão (30,3%), o cunhado (15,7%) e o filho (13,5%) – que representam aproximadamente 60%.

Do total de queixas registradas, quase metade (45,6%) tinha como autor alguém com o qual a mulher mantinha ou manteve algum vínculo conjugal, caracterizando a violência conjugal. Dentre as queixas

GRÁFICO 1 – Vivência de violência doméstica e conjugal (%)

Fonte: Queixas registradas na DPM/Juazeiro-BA. Período 2000 a 2004.

categorizadas como violência doméstica, 83,7% tiveram uma característica conjugal.

No que tange à violência conjugal, o companheiro e o ex-companheiro são os principais autores de atos violentos contra a mulher, sendo responsáveis por 95,4% do total dos registros (Tabela 2).

A este respeito, Diniz (2002) cita vários estudos indicando que as pessoas com quem a mulher mantém relações conjugais são os principais perpetradores nos casos de agressão doméstica. Jacobucci e Cabral (2004) ratificam, citando que os agressores das mulheres, em sua maioria, são homens com as quais as mesmas tiveram ou têm algum relacionamento amoroso.

Observa-se também que, dentre as queixas de violência conjugal prestadas, 88,8% das mulheres deram queixa uma única vez; 9%, duas vezes; e 2,2%, três ou mais vezes (Gráfico 2).

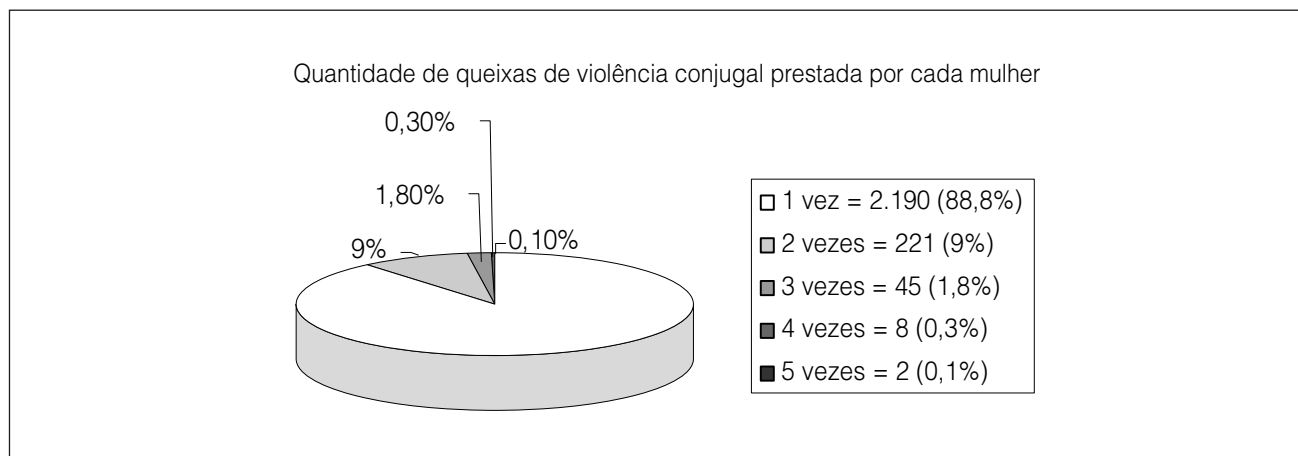
O não retorno da mulher para registro da queixa pode estar associado ao descrédito nas delegacias, já que muitas apresentam sérias dificuldades de infra-estrutura e de recursos materiais e humanos, não dispondo, ao menos, de um oficial para entregar a intimação. Essa inadequação do sistema penal em oferecer um apoio humanizado, adicionado a idéia de ser inábil na resolução do problema, faz com que a mulher em situação de violência não encontre um suporte na delegacia e busque outras formas de apoio.

Na visão de Campos (2003), os juizados especiais criminais, criados para desafogar a justiça brasileira, contribuíram para a visão de descrédito no sistema penal. O arquivamento massivo dos processos e as medidas despenalizantes incapazes de impedir novas violações dos direitos das mulheres penalizavam a vítima, de modo que não as protegiam de futuras agressões.

TABELA 2 – Autor da violência conjugal

Autor	f	%
Companheiro	1.660	59,1%
Ex-companheiro	1.020	36,3%
Ex-namorado	76	2,7%
Namorado	31	1,1%
Outros (noivo/ex-noivo, amante/ex-amante)	22	0,8%

Fonte: Queixas registradas na DPM/Juazeiro-BA. Período 2000 a 2004.

GRÁFICO 2 – Queixas de violência conjugal

Fonte: Queixas registradas na DPM/Juazeiro-BA. Período 2000 a 2004.

Em relação à qualidade da prestação das queixas, vale informar que é feita de maneira manuscrita, o que é considerado inadequado para o procedimento, porque, ao passar do tempo, acaba por se deteriorar naturalmente, acarretando em livros desgastados, rasgados e/ou faltando páginas. A consequência deste tipo de registro é a perda de informações, além da dificuldade na consolidação dos dados, já que a sistematização dos dados é condição necessária para visibilidade da violência contra a mulher como um problema de Saúde Pública.

Em seu estudo, Diniz *et al.* (2002) mostram que as pessoas que assistem mulheres vítimas de violência não identificam e/ou não registram adequadamente o fato como parte do atendimento. Diante disso e da subnotificação, verifica-se a fragilidade de dados fidedignos sobre o número de mulheres vítimas de violência.

CONSIDERAÇÕES

Foram analisadas 6.162 queixas de violência contra a mulher na delegacia civil de Juazeiro. Destas, em 97,7%, a violência foi praticada por algum conhecido da mulher, sendo em mais da metade definida como

violência doméstica. Este número de queixas, todavia, não representa fidedignidade, devido à subnotificação que norteia a violência contra mulher – em especial a violência doméstica.

Entretanto, a violência contra mulher constitui um problema de Saúde Pública, comprometendo a economia do país em razão dos gastos com serviços de saúde e, principalmente, com o absenteísmo da mulher no seu trabalho (JACOBUCCI, 2004).

Foi evidenciado um percentual significativo de queixas praticadas por pessoas que as mulheres conheciam apenas pelo nome, representando 39% dos casos.

Dentre as queixas de violência doméstica, a maior parte está relacionada à violência conjugal, apresentando um baixo índice de recidiva. O companheiro e o ex-companheiro são responsáveis pela quase totalidade das queixas de violência conjugal.

Vale destacar a importância do estudo que busca compreender e analisar a situação da violência contra a mulher em Juazeiro. Propõem-se, portanto, a análise e a intervenção do fenômeno em toda a região do semi-árido nordestino.

Neste sentido, o estudo traz um olhar crítico para as mudanças necessárias ao atendimento da mulher em situação de violência, deixando visíveis algumas

dificuldades enfrentadas diariamente pela delegacia que a atende.

Estas limitações estão associadas às condições precárias de infra-estrutura da delegacia, fato que contribui para o modo inadequado de armazenamento dos livros de registro e os torna mais passíveis de desgaste. Outros fatores referem-se à má qualidade das informações registradas, decorrentes da falta de capacitação/treinamento dos profissionais responsáveis, e à ausência de um espaço físico e de uma equipe multidisciplinar especializada para o atendimento. Assim, deixa transparecer a existência da violência institucional que fere, mais uma vez, a mulher em seus direitos.

REFERÊNCIAS

- ADEODATO, V.G.; CARVALHO, R.R.; SIQUEIRA, V.R.; SOUZA, F.G.M. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 108-113, fev. 2005.
- BRANCALHONE, P.G.; FOGO, J.C.; WILLIAMS, L.C.A. Crianças expostas à violência conjugal: avaliação do desempenho acadêmico. *Psicologia: teoria e pesquisa*, Brasília, v. 20, n. 2, p. 113-117, mai/ago. 2004.
- BRASIL. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006.
- _____. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica*. 2. ed. Brasília, DF, 2005.
- _____. BRASIL. *Lei de Notificação Compulsória da Violência*. Lei n. 10.778, de 24 de novembro de 2003. Disponível em: <<http://planalto.gov.br/ccivil/leis/2003/L10.778.htm>>. Acesso em: 25 de agosto de 2008.
- CAMPOS, C.H. Juizados Especiais Criminais e seu déficit teórico. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 11, n. 1, p. 155-170, jun. 2003.
- DANTAS-BERGER, S.M.; GIFFIN, K. A violência nas relações de conjugalidade invisibilidade e banalização da violência sexual? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 417-425, mar./abr. 2005.
- DINIZ N.M.F.; LOPES, R.L.M.; GESTEIRA, S.M.A.; ALVES, S.L.B.; GOMES, N.P. Violência conjugal: vivências expressas em discursos masculinos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 81-88, 2003.
- DINIZ, N.M.F.; RODRIGUES, A.D.; BISPO, T.C.F.; GOMES, N.P. Violência doméstica: assistência à mulher com lesões corporais. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 15, n. 1/2, p. 55-68, jan./ago. 2002.
- D'OLIVEIRA, A.F.P.L. (Org.). *Violência, gênero e saúde. Curso de capacitação para o atendimento a mulheres em situação de violência: coletânea de textos*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo/Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 1997.
- GEBARA, I. *Rompendo o silêncio: uma fenomenologia feminista do mal*. Rio de Janeiro: Vozes, 2000. p. 261.
- GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18 (Suplemento), p. 103-112, 2002.
- GOMES, N.P. *Violência conjugal: análise a partir da construção da identidade masculina*. 154 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da UFBA, Salvador, 2002.
- GOMES, N.P.; FREIRE, N.M. Vivência de violência familiar: homens que violentam suas companheiras. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 58, n. 2, p. 176-179, mar./abr. 2005.

JACOBUCCI, P.G. *Estudo psicossocial de mulheres vítimas de violência doméstica, que mantêm o vínculo conjugal após terem sofrido as agressões*. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Campinas, 2004.

JACOBUCCI, P.G.; CABRAL, M.A.A. Depressão e traços de personalidade em mulheres vítimas de violência doméstica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 211-215, set. 2004.

MINAYO, M.C.S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 4. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

OLIVEIRA, D.C.; SOUZA, L. Gênero e violência conjugal: concepções de psicólogos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, UERJ, Rio de Janeiro, ano 6, n. 2, p. 34-50, set. 2006.

OMS (Organização Mundial de Saúde). *Relatório Mundial Sobre a Violência e Saúde*. OMS, Genebra. 2002.

REICHENHEIM, M.E.; MORAES, C.L.; SZKLO, A.; HASSELMANN, M.H.; SOUZA, E.R. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 2, p. 425-437, fev. 2006.

RINFRET-RAYNOR, M.; CANTIN, S. Violence Conjugale rapportée par des femmes s' adressant aux services sociaux. In: *Violence conjugale: recherches sur la violence faite aux femmes en milieu conjugal*. Québec: Gaëtan Morin éditeur, 1994. p. 3-22.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; FRANÇA JR, I.; PINHO, A.A. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à mulher. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 470-477, ago. 2002.

Recebido: Fevereiro/2007

Aprovado: Julho/2008

Hombres, subjetividad, trabajo y enfermedad coronaria: construcción de la vulnerabilidad en hombres adultos medios

*Men, subjectivity, work and coronary disease: construction of the
vulnerabilization process in middle age adults*

Débora Tajer ¹

¹ Psicoanalista e investigadora en Salud Colectiva; licenciada en Psicología (Universidad de Buenos Aires - UBA); Master en Ciencias Sociales y Salud (FLACSO); doctora en Psicología (UBA); profesora adjunta de la Cátedra Introducción a los Estudios de Género, Facultad de Psicología UBA. Miembra de la Red de Conocimiento en Género y Salud de la Comisión de Determinantes Sociales en Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS); ex-coordinadora general de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) dtajer@psi.uba.ar

RESUMEN *Este trabajo plantea el modo en el cual las características de la construcción de las subjetividades o modos de subjetivación de género de los hombres con cardiopatía isquémica (infarto agudo de miocardio y angina inestable), aportadas desde la Salud Mental y los Estudios de Género, colabora a la explicación de la construcción de la vulnerabilidad en hombres adultos medios (35 a 55 años). Se presentará en este caso los aspectos relativos a la construcción de la vulnerabilidad específica de hombres de dos grupos sociales (bajo / medio-bajo y medio / medio-alto) de la Ciudad de Buenos Aires. La Tesis de Doctorado de la cual este artículo es un recorte, presenta un abordaje que incluye vastos aspectos de la vida cotidiana que tienen impacto en la vulnerabilización, en este caso se presentarán sólo los relativos al área laboral.*

PALABRAS-CLAVE: *Vulnerabilidad; Enfermedad coronaria; Hombres; Psicosocial*

ABSTRACT *The aim of this work is to discuss the way that gendered processes of subjectivization (or subjectivity patterns) in men with coronary heart disease (myocardial infarction and instable angina) can impact on the vulnerabilization process in middle age adults (35-55). Data of two social classes (low /middle - low and middle/ middle-up) of the City of Buenos Aires will be presented. Nevertheless the PhD thesis, of which this article is a part of, includes a wider scope of the everyday life of this population that has impact on the vulnerability, this article is focused on those linked to the working area.*

KEYWORDS: *Vulnerability; Coronary disease; Men, Psychosocial.*

INTRODUCCIÓN

En este artículo se presentará información acerca de diversos aspectos de la vida laboral de hombres de mediana edad de la ciudad de Buenos Aires que han tenido impacto en la construcción de la vulnerabilidad coronaria de dichos sujetos. Con tal motivo se ha explorado diversos ángulos de la vida laboral tales como: la trayectoria laboral previa, la situación laboral actual, las diferencias que encuentran en el mundo laboral entre mujeres y hombres y la inserción laboral de sus parejas, en el caso de los que se encuentran en esa situación. El espectro temático escogido para la indagación nos ha permitido adentrarnos en varios ejes de la relación entre construcciones de género y trayectoria laboral, lo cual ha contribuido a explorar el impacto de la vida laboral, desde una perspectiva de análisis de género, en el proceso de construcción de la vulnerabilidad coronaria. Indagación que implica una mirada novedosa acerca de una patología con alto impacto epidemiológico, fundamentalmente en los hombres de la etapa etaria estudiada. Cabe destacar que la investigación de la cual se expone información ha sido realizada basada en un diseño epidemiológico cualitativo de casos y controles, entrevistando un total de 84 hombres entre 35 y 55 años con la siguiente distribución:

Cabe destacar que aun cuando la Tesis de Doctorado, de la cual este capítulo es un recorte, presenta un abordaje que incluye vastos aspectos de la vida cotidiana que tienen impacto en la vulnerabilización¹, en este caso se presentarán sólo los relativos al área laboral.

DESARROLLO

Los hombres coronarios de sector más bajo

En lo relativo a la *trayectoria laboral previa*, se puede establecer a modo de reflexión general, que el grupo de coronarios de sector social más bajo ha sido sumamente castigado en relación al cambio de las condiciones de trabajo a partir de los 90. Con tal motivo, resulta muy difícil identificar características personales previas que hayan colaborado a la construcción de la vulnerabilidad coronaria dada la masividad del impacto subjetivo debido a un panorama de malas condiciones de trabajo, la ausencia del mismo y/o el haberse “venido abajo”.

Por razones de corte de edad, 35 a 55 años son sujetos en plena capacidad productiva, que tenían expectativas para esta etapa de la vida de estar insertos y desarrollados en el trabajo debido a su mayor madurez. No era posible de prever para ellos que un fenómeno

CUADRO 1 - Distribución de los entrevistados según presencia/ ausencia de enfermedad coronaria y grupo social

Grupo social	Coronarios	No coronarios	Total
bajo/medio-bajo	21	21	42
medio/ medio-alto	21	21	42
Total	42	42	84

¹ Relación con los servicios de salud, representaciones personales acerca de la construcción de la vulnerabilidad, vida familiar, uso del tiempo libre, articulación familia-trabajo-tiempo libre y aspectos de dinámica intrapsíquica articulados con una perspectiva de género, tales como la constitución del narcisismo, el despliegue pulsional, la dinámica yóica y la representación del cuerpo.

como la reconversión económica de los 90 les arrasaría la posibilidad de concretar dicha expectativa de estabilidad y maduración. En consecuencia, es en este ítem donde se evidencia con mayor crudeza el costo de los sujetos en la reconversión económica del colectivo más perjudicado por ella en Argentina: los hombres subjetivados en el apogeo del estado de bienestar “a la criolla” y preparados tanto a nivel de las habilidades laborales, como de las características subjetivas para que sean honestos, trabajadores y responsables. Todas esas características quedaron desfasadas en el escenario laboral neoliberal consolidado en los 90.

La mitad del grupo entrevistado refiere que, hasta los años 90, tenían buenos empleos, eran bien pagos y calificados en el sector formal, y que “no estaban preparados para la situación que vino”. Varios de ellos fueron indemnizados por los despidos o aceptaron los “retiros voluntarios”. Ese dinero fue utilizado para comprar un taxi o kiosco de diarios (TAJER, 1992), lo que generó un proceso posterior de que varios de ellos tuvieron que vender los kioscos y, en la actualidad, se encuentran trabajando de chóferes de ex compañeros que permanecieron como dueños de taxis o remises. Existen casos en los cuales alquilan a una cierta cantidad de dinero el uso del taxi por un día, lo que los obliga a trabajar a destajo hasta alcanzar, como mínimo, la suma que deben quitar. Cabe destacar que en este grupo los que perdieron sus empleos en el sector formal, lo hicieron en el campo de la industria y el comercio, no observándose en la muestra ex empleados de las empresas públicas de servicios privatizadas (TAJER, 1992).

Con respecto a la *situación laboral actual*, al momento de ser entrevistados, casi la mitad refiere estar trabajando en el mercado informal en oficios o tareas que antes eran realizados en el marco del empleo formal y protegido y, en la actualidad, se realizan según la demanda, la necesidad estacional y/o por cuenta propia. En el último caso, diferentes grados de formalización, que incluyen empresas familiares constituidas para realizar

oficios según la demanda de trabajo que haya. Sólo 2 del grupo de 21 entrevistados son empleados calificados en el sector formal, 4 son empleados no calificados en “negro”, 1 es calificado en “negro” y 2 son desocupados que hacen changas.

Más de la mitad refiere estar trabajando entre 12-15 horas diarias, de los cuales un grupo importante está trabajando también de noche, lo cual, según sus referencias, les hace daño. Sólo 2 trabajan 8 horas diarias y descansan los fines de semana, de los cuales uno está empleado en el sector formal y el otro trabaja en una empresa familiar formalizada. Mientras que 5 trabajan según demanda de su tarea, lo cual les implica tener muchas horas desocupadas por día, otros días tienen que trabajar sin parar hasta 24 horas seguidas. Sólo uno participa de la toma de decisiones en su trabajo, compartida con el padre en una empresa familiar, mientras 3 refieren que trabajan a destajo sin fines de semana, uno de los cuales tiene un día franco cada 15 días o 1 mes desde que la crisis económica se agravó.

La mayoría refiere que el valor que adquiere su trabajo es fundamentalmente para el sostén económico y pocos refieren que además les permite un desarrollo personal. Uno señala “me encantaría poder hacer lo que me gusta, pero no puedo porque no me queda otra posibilidad, ya que tengo que mantener mi familia”. Otro refiere “tuve ideas suicidas cuando no pude mantener a mi familia y por suerte no me animé a concretarlas”. Esta información refuerza lo planteado de una estima de sí, basada en la posibilidad de ser el proveedor económico de la unidad familiar.

Cuando se les pregunta acerca de cuales evalúan que son las características necesarias para triunfar en el trabajo, aparece nuevamente la contradicción entre haber sido socio subjetivados en los valores que la modernidad ha desarrollado para los hombres de clase trabajadora, tales como ser responsable, honesto, voluntarioso y trabajador. Mientras que los requerimientos posmoder-

nos que les exige el mercado laboral al momento de la entrevista se corresponden con otra serie de valores que no poseen: “vale todo”, “ser deshonesto” y “caerle bien al jefe aun cuando este sea un “inútil”.

Frente a este conflicto de valores, este grupo de entrevistados divide las respuestas en dos sub grupos de igual cantidad de casos:

- los que mantienen su compromiso con los valores modernos en los cuales han sido socio subjetivados y dicen que, a modo de balance, “no les ha ido bien”. Mientras que algunos que no les va bien en este momento siguen creyendo en esos valores;

- los que han sido arrasados por la reconversión laboral y sienten que han sido educados con valores que en la actualidad “le juegan en contra”, con lo cual no adoptan los nuevos valores, sosteniendo los anteriores que caracterizan como vetustos quedando, de este modo, en la mitad del camino.

La mayoría prefiere que el trato en lo laboral sea cordial y bueno pero de orden formal. Uno señala que “he llegado a ser jefe de sección de una fábrica y me iba muy bien haciéndome cargo del personal y era muy capaz de armonizarlos”. Comunicación que transmite su necesidad de que se le valore que ha adquirido habilidades laborales más complejas que, aun cuando la situación actual no se las exija poner en juego, él las posee como capital simbólico acumulado.

Sólo dos refieren proponerse a sí mismos para tareas de mayor responsabilidad. Y cabe destacar que esos dos casos se corresponden con sujetos que han sido atendidos en el criterio escogido por esta investigación para indagar la población de sector más bajo (hospital público) por falta de cobertura, pero que no reúnen las características sociales más típicas de este grupo. Con lo cual se evidencia que esa pregunta que indaga acerca

de como se ha constituido este modo de despliegue de la ambición más propia de una subjetivación de género masculino correspondiente a un escalón superior de la escala socioeconómica.

Señalan que los vínculos en el trabajo en general son buenos, que tienden a enfrentar los conflictos y resolverlos y uno señala que “en este momento esta agarrando lo que venga aun cuando no sepa hacerlo porque necesita trabajar”.

El nivel de ingresos es bastante bajo y hay tres casos que estuvieron “viviendo de ahorros”, uno de los cuales llegó a endeudarse.

Tienen dificultad para expresar su nivel de satisfacción en esta área. De los que respondieron, la mitad no puede cualificar su situación y la otra mitad hace referencia a que “me siento muy viejo y me hubiera gustado estudiar” y otro que “sólo tolero mi situación actual porque tengo 5 hijos que mantener y aunque no estoy contento con el trabajo, valoro que me sale bien lo que hago”.

En relación con si encuentran diferencias entre mujeres y hombres en el trabajo refieren que, según su percepción, se encuentran en relación a las expectativas con respecto a los hombres de que sean “responsables y que mantengan el hogar”. Uno solo hace referencia a que “si yo hubiera sido mujer, no hubiera tenido la posibilidad de salir de mi casa y trabajar, y hubiera tenido el mismo destino de mi mamá, lo cual no me hubiera gustado”.

Esta reflexión es altamente significativa, pues este grupo de hombres, aún cuando ha adquirido un mandato de armado de su masculinidad, según patrones tradicionales del género masculino ha tenido, por razones de crianza una cercanía afectiva muy profunda con sus madres (ESTACOLCHIC; RODRIGUEZ, 1995) (CHODOROW, 1984). Motivo por el cual, aun cuando agradecen la posibilidad que les da la masculinidad social de poder desarrollar sus habilidades en el mundo público, sienten empatía por lo que sus madres, por razones de género, generación y clase social no han podido realizar, reci-

biendo de ellas un mandato de desarrollar lo que las mismas no pudieron en ese campo.

En lo que atiene a la inserción laboral de las parejas, un tercio del grupo refiere que las mismas trabajan y aportan en la manutención del hogar, aún cuando la mayoría de los entrevistados siente la expectativa sobre ellos, con su concomitante peso social y subjetivo, de tener que ser el principal sostén económico de la unidad familiar. Un grupo menor refiere tener hijos convivientes que aportan económicamente, mientras que un grupo de igual número de integrantes señala que tanto las esposas como los hijos lo hacen. Con lo cual, si se suma lo referido, más de la mitad de los entrevistados tienen esposas que colaboran con la manutención del hogar en la realidad, aun cuando sus expectativas sean las de poder ser el único o el privilegiado proveedor económico del hogar, posibilidad en la cual basan su autoestima de género. En el grupo, existe sólo un caso el cual la jubilación del padre complementa el dinero necesario para la manutención de la unidad familiar, después de ser despedido. Y otro caso único en el cual la mujer, que es profesional en este momento, es el principal sostén económico de la casa, ganando más que el hombre, aunque él aclara que en otro momento “era yo él que ganaba más y la mantenía”.

Los hombres coronarios de sector medio/ medio-alto

No contamos con información significativa de este grupo acerca de la trayectoria laboral previa que pudiera tener impacto en el proceso de vulnerabilización, tal como se ha consignado para el grupo de menores ingresos.

En lo que respecta al trabajo actual, la mayoría de los coronarios entrevistados en las clínicas privadas elegidas para indagar este sector social trabaja entre 10 y 14 horas diarias, mientras que un grupo menor trabaja entre 7 y 9 horas. Existen en los extremos dos casos excepcionales: uno que trabaja hasta 16 horas diarias, y otro 6 horas,

pero en situación de insalubridad. Otro grupo señala que “tengo horarios variables y nadie me controla. Me gusta trabajar sin tener horario y que nadie me controle”.

La semana laboral, para el grupo más grande está compuesta de 5 días a la semana, para un grupo más chico de 6 días a la semana, y una minoría trabaja todos los días. Uno tiene un ritmo de trabajo diferenciado a lo largo del mes “una semana al mes, estoy de guardia como médico en la policía. Y eso es lo que me provocó el infarto”.

El grado de responsabilidad que el grupo más grande tiene en el trabajo es muy alto, correspondiendo con ser el único responsable de su trabajo, tener la mayor jerarquía o compartirla con un/a socio/a. Mientras que otros grupos más chicos tienen responsabilidad limitada, otros no participan en la toma de decisión, y existen dos casos significativos, de los cuales uno dijo que el momento más difícil de su trabajo era “cuando los lunes se verifican si los clientes que levanté durante la semana tienen o no crédito”. Esto resulta significativo porque esta verificación se constituye en una marca de que no trabaja solo, lo cual es mantenido como ilusión cuando está por su cuenta en la calle, sino que hay una empresa detrás de él con su lógica y reglas. Otro caso significativo es el de uno que ganaba u\$10.000 y cambió por un trabajo de u\$3500, cambio en el cual perdió jerarquía y ganó bienestar.

La mayoría prefiere trabajar solo, uno de los cuales intentó trabajar en equipo “pero no pudo”. Mientras otros del mismo grupo “debe trabajar en equipo aunque no le guste”. Los únicos que valoran trabajar en equipo lo hacen a condición de que sean ellos quienes los dirijan.

El grupo mayoritario refiere que la valoración que le da al trabajo en su vida es de sostén económico y un segundo grupo adiciona a este valor el de ser fuente de desarrollo personal. Luego existen casos individuales con la siguiente diversidad: “sólo desarrollo personal”, “para ganarme la vida y entretenerme”, “el trabajo lo es todo” y “odio el trabajo de médico de la policía, lo demás me encanta”.

Para triunfar en el mundo del trabajo, destacan valores ligados al esfuerzo, la capacitación, el desempeño, el “ser buena persona” y la honestidad. Esas son referencias de éxito ligadas a la clase trabajadora y pequeña burguesía de la modernidad, siendo ligadas a lo que se puede adquirir, valorizando la construcción de una trayectoria. Señalan la importancia de tener capacidad de liderazgo, “tener visión y ser emprendedor”, por lo cual este grupo presenta una significativa diferencia de expectativa en relación al de coronarios de sector más bajo, más preocupado por conservar una posición de “empleabilidad”, mientras los de este grupo aspiran a visualizarse como emprendedores, jefes, líderes, etc.

Un grupo minoritario señala que es muy importante tener simpatía, carisma y viveza, valores ligados a características personales “innatas”, no ligadas a lo que se puede adquirir, cuidar o desarrollar, caracterizadas por algunos autores como rasgos constitutivos de la “viveza criolla”, ligada al modo de subjetivación de género masculino de “las pampas” (ARCHETTI, 1995).

Sólo uno basa el éxito en estar desarrollando algo que le gusta y otro muy amargado, posiblemente abrumado por las circunstancias laborales, plantea la importancia de tener “padrinos” o estar acomodado.

La mayoría refiere preferir vínculos de cercanía y familiaridad a nivel laboral. Y con respecto al grado de responsabilidad que tienen en el trabajo y como se ubican frente a la misma, son significativas algunas contestaciones que tanto evidencian rasgos típicos de la subjetivación de los hombres cardíacos y su relación con la responsabilidad que contribuye a construir la vulnerabilidad para este tipo de patología: “soy el filtro del gerente, pongo el pecho y le filtro las balas”, “yo soy todo en el trabajo”.

Con respecto a los ingresos, son complementados en general con los de sus esposas, siendo que algunas pocas ganan más que ellos, mientras uno lo hace con los hijos y otro con ahorros.

Con respecto al nivel de satisfacción, es muy variable dispersándose por toda la escala, siendo que la media de la población se ubica entre 3 y 4. Hay dos casos que se distinguen: a) uno dice que su nivel de satisfacción es “de 10” no se ajustándose a la consigna que establece una escala de 1 a 5 y b) otro dice que “tengo 5 de satisfacción en una parte del trabajo y 2 en la otra que me infartó, pero que tengo que sostener hasta jubilarme”, dando la impresión de que si sigue con ese trabajo, no llegará a jubilarse, pues se morirá antes.

La mayoría dice que no encuentra diferencias jerárquicas entre mujeres y hombres en el trabajo, pero sí en el campo de las habilidades.

El resto manifiesta diversos tipos de diferencias:

‘me gustaría que fuera como antes, ahora las mujeres están en todos lados’, ‘no hay diferencias.....pero mi mujer no trabaja porque a mi no me gusta [aseverado en simultáneo, sin percibir ningún tipo de contradicción entre ambas afirmaciones]’, ‘antes había diferencias, pero ahora se superaron’, ‘las mujeres son peores que los hombres en el trabajo, por eso prefiero trabajar con hombres’ y ‘cuando una mujer tiene poder y mayor nivel de educación es peor que los hombres’.

En esta última reflexión puede evidenciarse la rabia que habita a hombres que han sido socializados en la idea de que las mujeres son peores y menos capacitadas que los hombres para el mercado laboral en términos absolutos, encontrándose en el presente con una situación en la cual algunas mujeres presentan mayor nivel de capacitación que ellos, situación que contradice el imaginario en el cual habían sido subjetivados (MARQUÉS, 1997).

Solo uno conceptualiza estas diferencias señalando que

las mujeres en esta región [Cono Sur] ganan menos y tienen peor trato en el trabajo que los hombres por ser países patriarcales. Y Argentina se encuentra en este sentido peor que mi país [Chile].

La mayoría de las esposas trabaja y un número altamente significativo de las mismas tienen una jerarquía o tipo de trabajo en situación de paridad con sus maridos. Un número muy pequeño de ellas tiene más jerarquía o gana más que los entrevistados, y otro grupo trabaja en la misma institución o en el mismo rubro que sus maridos, pero en una jerarquía menor, característica que ha sido descrita como propia de los arreglos conyugales transicionales (MELER, 1994).

Solo un pequeño grupo de las mismas no trabaja, según referencia de los maridos, por diversas razones: “porque tenemos hijos chicos”, “porque ella no quiere”, “porque es vaga” o “porque a mi no me gusta que trabaje”. Argumentos que forman parte de los arreglos conyugales de tipo tradicional (MELER, 1994).

Con respecto a las condiciones de trabajo de estas esposas, refieren que trabajan por lo general entre 7 y 9 horas diarias, seguido por un grupo pequeño que trabaja entre 10 y 12 horas y sólo una no tiene horario fijo. Con lo cual se evidencia que, aún cuando existe un grupo muy grande que, por el tipo de trabajo pudiera a primera vista remitir a mujeres que están en posición de paridad laboral con sus parejas, en realidad éstas trabajan entre 2 y 4 horas menos que sus maridos. Lo cual hace suponer que esta menor cantidad de horas debe verse reflejado en el rendimiento y en nivel de ingresos, aun cuando no contemos con información al respecto.

En lo que respecta al nivel de responsabilidad, la mayoría se concentra en la máxima responsabilidad o en ser una empleada jerárquica.

CONCLUSIONES

Cabe consignar que para agilizar la lectura se ha decidido no presentar en este artículo la descripción de las características de los entrevistados controles no

coronarios. Utilizando esta información solo de modo comparativo en estas conclusiones.

En lo relativo a la inserción laboral actual se observa comparativamente con respecto a sus controles que los coronarios son los más integrados y exitosos de cada grupo social y trabajan diariamente más horas que los no coronarios de su mismo sector social. Prefieren trabajar solos y, si lo hacen en grupo, es a condición de que lo lideren o coordinen. A diferencia de los controles que valoran la pertenencia a un grupo en tanto les posibilita compartir responsabilidades. Lo cual permite establecer una diferencia muy significativa en la valorización del “otro”, diferencia que hace parte de la construcción específica de vulnerabilidad.

Mientras que para los coronarios ‘el otro’ es alguien que molesta, que puede hacer perder el tiempo o solo resulta alguien útil para ser dirigido; para los no coronarios el ‘otro’ es alguien con quien se puede compartir, alguien para ayudar y ser ayudado (GARCÍA REINOSO, 1998).

Con respecto al nivel de satisfacción en el campo del trabajo, los coronarios de ambos sectores se declaran más insatisfechos que sus controles a similitud en el tipo de trabajo. Valorización que refuerza la idea de que parte de la diferencia entre cardíacos y no cardíacos, radica en las dificultades subjetivas ligadas a la brecha que presentan los coronarios entre expectativas (muy altas) y realidad y no sólo en el impacto que la realidad tiene sobre ellos.

Como reflexión final, cabe consignar que se ha encontrado, tanto en los entrevistados, en los informantes clave entrevistados a modo de triangulación de la información, así como en la bibliografía revisada sobre la temática, un alto grado de naturalización del complejo de proceso de sociosubjetivación de género, que ha permitido que los hombres de la modernidad se inserten laboralmente de una manera específica, lo cual tiene dos caras: el ser muy valorados por eso y simultáneamente más vulnerabilizados para este tipo de patologías. Naturalización y valorización que com-

plejiza, a su vez, el desmonte necesario para promover modos de vida más saludables para los mismos.

B I B L I O G R A F Í A

ARCHETTI, E. Estilo y virtudes masculinas en El Gráfico: la creación del imaginario del fútbol argentino. *Desarrollo Económico*, Buenos Aires, v. 35, n. 139, p. 419-443, oct./dic. del 1995.

CHODOROW, N. *El ejercicio de la maternidad*. Barcelona: Editorial Gedisa, 1984.

ESTACOLCHIC, R.; RODRIGUEZ, S. *Pollerudos*. Destinos de la sexualidad masculina. Buenos Aires: Odisea, 1995.

GARCÍA REINOSO, G. *Las relaciones del sujeto al poder*. *Revista Posdata*, Buenos Aires, El Duelo del Padre, n. 2, 27-32, 1998.

MARQUÉS, J.V. Varón y patriarcado. En: VALDÉS, T.; OLAVARRÍA, J. (Eds.), *Masculinidad/es: poder y crisis*, *Ediciones de las Mujeres*, Santiago, Chile, Isis Internacional, n. 24, p.17-30, jun.del 1997.

MELER, I. Parejas en transición: entre la psicopatología y la respuesta creativa. *Revista Actualidad Psicológica*, Buenos Aires, Oct. del 1994. , v. 8, 7-12.

TAJER, D. El caso Victoria de V. o la "V" de victoria. Historia de Vida, Proyecto Social y Subjetividad. En: FERNÁNDEZ, A.M. (Compiladora). *Las Mujeres en la Imaginación Colectiva: una historia de discriminación y resistencias*. Buenos Aires: Paidós, 1992, p. 301-313.

Recibido: Abril/2008

Aprobado: Maio/2008

Tapando o Sol com a peneira: bebida e relações de gênero na trajetória de mulheres alcoólatras

Attempting to cover up the obvious: drinking and gender relations in women's alcoholic trajectory

Fernanda de Carvalho Vecchi Alzuguir ¹

¹ Doutoranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ); Mestre em Saúde Coletiva pelo mesmo Instituto; Especialista em Saúde Mental pelo Instituto Philippe Pinel (IMPP)/ Secretaria Municipal de Saúde. fevecchi@ims.uerj.br

RESUMO *Este artigo analisa o modo como as relações de gênero estruturam os discursos de mulheres que fazem tratamento em um serviço de alcoolismo na cidade do Rio de Janeiro. Para tanto, foram realizadas entrevistas semi-abertas com dez mulheres. Os depoimentos evidenciam uma tensão constante entre o consumo alcoólico, as obrigações no trabalho e o cumprimento de expectativas sociais femininas. As narrativas sobre o consumo de bebida são permeadas pela 'ética da responsabilidade', sobretudo em relação à maternidade versus o hábito de beber nos bares. Atributos do bebedor masculino são empregados para qualificar a mulher que bebe no espaço público. Os discursos evidenciam a apropriação das regras de gênero simultaneamente à sua transgressão devido ao uso cotidiano de bebida.*

PALAVRAS-CHAVE: *Gênero; Mulheres; Alcoolismo*

ABSTRACT *This article analyzes how gender relations organize the discourses of women in treatment at an alcoholism service in the city of Rio de Janeiro. In order to do that, semi-structured interviews have been carried out with ten women. Their narratives show a constant tension among drinking, work and the achievement of major feminine social expectations. The 'ethics of responsibility' is presented in their narratives about drinking, especially when it concerns motherhood versus the habit of drinking in bars. Attributes of the man who drinks are employed to qualify the woman who drinks in public. The testimonials demonstrate an appropriation of gender rules as well as their transgression due to daily drinking.*

KEYWORDS: *Gender; Women; Alcoholism*

INTRODUÇÃO

BEBIDA E RELAÇÕES DE GÊNERO: CONTEXTUALIZANDO O PROBLEMA

Neste artigo abordo as relações de gênero na perspectiva de dez usuárias de um serviço público de saúde mental para o tratamento do alcoolismo, situado na cidade do Rio de Janeiro.¹ Seus depoimentos foram obtidos através de entrevistas semi-abertas realizadas no local de atendimento, e elucidam o papel estrutural das relações de gênero no modo como elas constroem suas percepções sobre o alcoolismo e também no tocante às várias dimensões de suas vidas, entre as quais destacam-se: a maternidade, a relação com o parceiro e o trabalho.

Focalizar a dimensão das relações de gênero como categoria analítica pressupõe o caráter fundamentalmente relacional da construção de gênero. A compreensão do feminino a partir da relação comparativa, em termos de oposição masculino/feminino, diminui os riscos de uma interpretação maniqueísta do tipo mulher-vítima/homem-algoz. Como dirá Gregori (1993), esta interpretação inviabiliza a apreensão das múltiplas manobras utilizadas pelas próprias mulheres em cada contexto relacional para lidar com a assimetria nas relações de poder.

Os relatos das ‘mulheres alcoólatras’² sobre sua relação com o álcool evidenciam um conflito entre a transgressão e a apropriação de expectativas sociais

de gênero, verificado através da reiterada ‘desculpabilização’ pelo não cumprimento de funções femininas socialmente valorizadas, como o cuidado aos filhos. A atitude desculpabilizatória repousa na compreensão de que o alcoolismo é uma doença sobre a qual não se tem qualquer controle, justificando, assim, a transgressão às normas sociais de gênero através do uso de bebida.

A compreensão do alcoolismo como uma doença e a identificação de si como doente (ou alcoólatra) são percepções intimamente relacionadas à trajetória institucional das informantes. Desse modo, mulheres com participação de longa data nos serviços de combate ao alcoolismo (como, por exemplo, os grupos de Alcoólicos Anônimos),³ apresentam de forma mais consolidada a noção de alcoolismo-doença, se comparadas àquelas com menor tempo de tratamento.

Aliada à trajetória institucional, a divisão entre o espaço da rua (público) e o do lar (privado) também é um importante marcador de diferenças na forma como as entrevistadas descrevem suas relações com a bebida. Neste caso, o consumo alcoólico é regido por uma ‘ética do beber’, que é mais fortemente anunciada pelas sete entrevistadas que costumam beber em bares. Isto se deve à percepção dessas mulheres de que o beber feminino neste espaço é mais condenável em comparação ao consumo dentro de casa. A ‘ética do beber público’ aparece através de temas como a vergonha, a responsabilidade e o ‘autocontrole’ em relação ao consumo de bebida. Esses três temas são eixos significativos de acesso às relações sociais de gênero articuladas ao beber feminino cotidiano.

¹ O serviço de saúde referido fica dentro de um hospital psiquiátrico. As entrevistadas se encontravam internadas ou em acompanhamento ambulatorial. Este artigo discute os resultados da minha pesquisa de mestrado, focando especificamente a discussão sobre a relação entre alcoolismo e relações de gênero. (Alzuguir, 2005).

² Assim designadas, as mulheres que passaram pelos serviços de combate ao alcoolismo. Com o termo ‘alcoólatras’, chamo a atenção para o fato de que a trajetória de tratamento por tais serviços contribui para a construção da identidade ‘alcoólatra’ e da noção do alcoolismo como uma doença.

³ Também conhecidos como AA ou Alcoólatras Anônimos: Grupos de ajuda mútua baseados no programa dos “doze passos”. As reuniões do AA funcionam através de depoimentos de vida de ex-alcoólatras. O grupo visa à manutenção da abstinência por parte dos membros e concebe o alcoolismo como uma doença fatal, progressiva e incurável.

Um sentimento de vergonha é comumente expresso pelas entrevistadas e sinaliza a desaprovação social do beber feminino nos bares. Além da vergonha, elas assinalam uma atitude de ‘responsabilidade feminina’ a despeito do consumo de bebida, como, por exemplo, o ato de deixar os filhos aos cuidados de pessoas próximas, antes de iniciar o consumo. Para as mulheres sem filhos, a decisão por não tê-los é descrita como um ato de responsabilidade, devido à incompatibilidade antevista entre maternidade e o consumo de bebida alcólica.

O ‘autocontrole’ em relação ao consumo de bebida se destaca como uma virtude nos discursos das mulheres que responsabilizam o beber descontrolado à uma doença diante da qual não se tem comando. Uma análise mais atenta, no entanto, verifica que o descontrole é estreitamente associado ao beber que transgride os códigos de uma ética do feminino. A defesa de uma ética do beber feminino e as atitudes de ‘desculpabilização’, no que diz respeito ao uso da bebida, são lógicas discursivas que conferem às relações de gênero um papel central na construção dos relatos de mulheres alcoólatras sobre o convívio com a bebida.

Em uma perspectiva mais ampla, tais narrativas evidenciam o modo de ordenação das relações de gênero na sociedade moderna. Nesse sentido, as práticas e percepções dessas mulheres a respeito do consumo de álcool são vias bastante frutíferas para a investigação do modo como elas percebem e reafirmam tais relações. A este respeito, Ettorre (1998, p. 10) afirma:

[...]a forma com que as mulheres experimentam seu papel como mulher ou as sutilezas de poder experimentadas nas relações de gênero podem ter um efeito sobre o modo com que elas bebem.

Garcia (2004) observa, por exemplo, que as poucas mulheres pertencentes ao grupo dos AA por ela analisado, avaliaram negativamente o consumo alcoólico feminino, sendo comuns comentários do tipo: “uma mulher bêbada é coisa muito triste”, ou “mulher bêbada é pior do que homem”. Esse tipo de percepção também apareceu no meu estudo e em outros trabalhos (ETTORRE, 1998; SILVA, 2002). A avaliação negativa está vinculada ao sentimento de vergonha pelo não cumprimento das atribuições femininas, como o papel de dona de casa (GARCIA, 2004). Na mesma linha, Ettorre (1998) observa que o ‘beber feminino’ se destaca como um problema no momento em que ameaça os papéis de mãe e esposa.⁴ Assim como para a mulher, embora com especificidades, o consumo da bebida por homens se pauta em regras bastante precisas. Ilustrando essa questão, Neves (2004) destaca o bar como o espaço de consagração do ‘bom bebedor’ em detrimento do ‘bêbado’, figura rechaçada naquele local. Dessa forma, o bar também é um espaço de prescrições sociais – no caso, um jogo de trocas e vínculos sociais mediados pela bebida –, cujo rompimento pelo homem bebedor também configuraria um desvio/desviante masculino.

O beber que ‘masculiniza’

Apesar de afirmarem de forma taxativa a existência de diferenças entre a mulher e o homem que bebem,⁵ as informantes somente conseguem definir a mulher bebedora a partir de uma percepção do bebedor masculino. Relatos recorrentes de que o homem bebedor é “*mais agressivo*” do que a mulher exemplificam isso. No entanto, ao descreverem a mulher que bebe, a possibilidade de ela ficar “*agressiva*” sob o efeito do álcool é considerada, o que contradiz a afirmação inicial da diferença entre os gêneros. É como se a construção da mulher alcoólatra,

⁴ Tal argumentação se fundamenta na análise de conversas informais com 200 mulheres, às quais somam-se entrevistas detalhadas com outras 10 mulheres, que apresentavam ou não problemas com o álcool.

⁵ Trata-se de um modo coloquial para definir homens e mulheres que consomem álcool diariamente.

no âmbito do beber público, só encontrasse sua possibilidade de significação a partir do masculino.

No caso de Olga⁶, mesmo considerando haver uma diferença entre o homem e a mulher bebedores, ela apresenta grande dificuldade ao definir tal diferença. O trecho a seguir, extraído da entrevista realizada com Olga, é ilustrativo:

E: E você, percebe diferença entre o homem que bebe e a mulher que bebe?

O: Eu percebo.

E: O que você percebe de diferente?

O: É que tem umas pessoas que ficam valentes quando bebem. Eu fico totalmente fora de controle. Eu perco o controle, está entendendo? Quero brigar, qualquer coisa, quero virar a mesa... Tem homem que também é a mesma coisa. Entendeu?... a mesma coisa..., bebe, briga. Ai, pronto.

E: Você falou que percebe diferença entre o homem e a mulher que bebe?

[Olga não responde à questão. Em seguida, ela se esquece sobre o que estava falando e interroga: 'O que é que eu tava falando mesmo...?'. Pergunto-lhe novamente sobre a questão da diferença.]

O: Ah sim, é que... meu Deus, eu me esqueci...

Durante a entrevista, verifico vários momentos de esquecimento e mudança de tema quando o assunto é a diferença entre os gêneros no tocante à bebida, o que os impasses na construção de uma significação própria à mulher que bebe. O trecho grifado de seu relato deixa claro a vinculação da noção da perda de controle da mulher à uma transgressão das diferenças entre os gêneros. A atribuição de uma agressividade masculina à mulher bebedora é narrada justamente pelas mulheres

que bebem em bares. É plausível supor que o hábito de beber sob o olhar público gera uma situação de maior estigmatização⁷ para essas mulheres. A dificuldade que as mulheres, consumidoras de álcool no espaço dos bares, têm em atribuir uma significação ao seu beber é sintomática de uma situação que coloca em xeque as diferenças entre os gêneros. Assim, signos do universo masculino são importados na tentativa de representar um campo para o feminino.

O uso de bebida alcoólica por Carolina,⁸ de modo distinto, aponta para uma outra significação da diferença entre os gêneros no tocante ao álcool. Seu consumo se restringe ao interior da casa, estando, dessa forma, longe do olhar da sociedade; inclui-se sem contradições no campo do 'beber feminino', que, em seu depoimento, é claramente distinto do masculino. A diferença que ela estabelece entre os dois gêneros se apóia na comparação com os companheiros 'alcoólatras', cujo ato de beber acontecia fora de casa, no bairro onde moravam. Enquanto o seu beber era "mais trancado" e "intimista", os companheiros do sexo masculino "acordavam e saíam para beber", sem se importarem com o julgamento alheio. Para Carolina, o beber feminino, devido ao seu caráter de isolamento, "é completamente diferente" do masculino, que condiz com a figura do 'fanfarrão'.

O beber público

A desaprovação social da mulher que bebe parece, então, se acentuar quando o consumo de álcool é feito fora do lar. Esta situação ainda se agrava se este consumo

⁶ Os nomes citados neste artigo são fictícios. Perfil sociodemográfico de Olga: 50 anos, solteira, sem filhos, migrante do norte do país, vive no RJ desde os 17 anos, em um conjugado próprio no Centro da cidade. Católica não-praticante. Tem o segundo grau completo e não exerce ocupação atual. Foi internada "mais de 50 vezes". Frequentou o AA, mas não gostou. Bebe desde os sete anos de idade.

⁷ Segundo Goffman (1988) o 'estigma' refere-se a uma discrepância específica entre a identidade social real (as características que o indivíduo prova possuir numa interação social) e a virtual (as características esperadas numa interação social). A condição para a configuração do estigma nas relações sociais é o seu efeito necessariamente depreciativo, de descrédito.

⁸ Perfil sociodemográfico: 42 anos, solteira, sem filhos. Carioca, mora na zona sul carioca. Pesquisadora pós-graduada na área de ciências exatas. Gosta de várias crenças. Internada nove vezes no serviço de alcoolismo. Frequentou o AA e não gostou. Bebe desde a adolescência.

ocorre quando estão desacompanhadas e sem dinheiro para pagar a bebida. A construção de uma ‘ética do beber público’ apresenta-se nos depoimentos das mulheres cujo consumo de bebida ocorre geralmente fora de casa.

O depoimento de Maria,⁹ por exemplo, é atravessado por considerações éticas. Ela se sente autorizada a beber sem interferências pelo fato de “não estar pedindo” bebida e de ter dinheiro para pagar por ela. A entrevistada relata seu incômodo em relação a comentários que escuta de outras pessoas nos bares, do tipo: “Gasta muito, aquela [mulher] gasta muito em bebida, gasta muito. Coitado daquele marido dela. Que aquele marido dela é pra tudo”. Em seguida, desculpa sua atitude com a seguinte consideração: “Eu ajudo ele. Ele mesmo sabe disso”.

De modo geral, as entrevistadas fazem alusão a um tratamento diferencial da parte dos homens, que costumam pagar-lhes “bebida por interesse”. Nesses relatos, nota-se a preocupação delas em evidenciar uma ‘moral sexual’ apoiada na afirmação de que sempre levavam o seu próprio dinheiro para beber. Apesar da condenação da ligação existente entre a mulher que bebe sozinha nos bares e a prostituta, elas, de algum modo, parecem se apropriar deste estigma. A posse de dinheiro aparece, então, como uma garantia de proteção contra as estratégias de aquisição da bebida que fazem do corpo feminino a forma de pagamento.

O relato abaixo revela a apropriação do estigma pelas mulheres que bebem, já que Nelma¹⁰ confirma a possibilidade de se recorrer à prostituição para conseguir bebida. Mesmo avaliando negativamente a atitude dos homens com essas mulheres, ao final, agradece a Deus por nunca ter precisado se prostituir:

Não respeitam. Dizem coisas de baixo calão, acham que qualquer mulher, por estar bebendo, é capaz de se dar, de se vender, de se prostituir. Eu não cheguei a esse ponto, graças a Deus, eu só trabalhei... E eu só entrava num bar, porque eu tinha dinheiro pra pagar, eu nunca pedia, eu não precisei vender meu corpo pra beber. Sabe?

O beber privado

O sentimento de vergonha é refletido nas estratégias de omissão do alcoolismo pela mulher, como, por exemplo, a estratégia de beber mais intensamente fora do olhar público, no âmbito privado, de sua residência. Carolina e Regina¹¹ colocam o consumo de álcool no espaço de suas casa e de forma solitária. Esta opção é uma forma de fugir do olhar alheio, “pra não se expor”, ou “dar vexame”.

O comentário de Francisca¹² a respeito de um casal conhecido que bebe e vive na rua indica que é a visibilidade social das mulheres em questão, mais do que o consumo de álcool em si, que é visto como problemático. Conta que a mulher, mesmo podendo usar o banheiro do bar, pediu-lhe, um dia, para fazer “paredinha” para ela “fazer xixi” na rua. Esta situação é relatada como um exemplo do quanto a mulher que bebe “Perde a vergonha. É muito triste”. É interessante constatar que, em momento algum, o marido desta mulher, também bebedor, é levado em consideração em seu relato. A ênfase recai sobre a degradação da moral feminina causada pelo álcool.

A instituição da família, notadamente a figura paterna, apresenta-se como um agente importante na socialização alcoólica de sete informantes provenientes

⁹ Perfil sociodemográfico: 32 anos, união consensual, tem um filho de dois anos. Migrante do nordeste, mora em um conjugado na zona sul carioca. Católica não-praticante. Estudou até a 4ª série do primeiro grau, não exerce ocupação atual, trabalhou desde os 12 anos como empregada doméstica. Nunca foi internada no serviço de alcoolismo.

¹⁰ Perfil sociodemográfico: 47 anos, migrante do nordeste, mora na zona sul carioca. Gosta do kerdécismo, embora sua família seja evangélica. Desempregada, segundo grau completo. Tem uma filha. Internada uma vez no serviço de alcoolismo. Frequenta ocasionalmente o AA. Bebe desde os 17 anos.

¹¹ Perfil sociodemográfico: 42 anos, união consensual, sem filhos. Mora na zona norte carioca. Católica não-praticante. Segundo grau incompleto e trabalha em atividade informal. Tem uma internação no serviço de alcoolismo. Frequenta o AA. Bebe desde os 20 anos de idade.

¹² Perfil sociodemográfico: 49 anos, solteira, sem filhos. Natural de uma cidade do norte fluminense. Mora na zona norte carioca. Católica não-praticante. Tem o segundo grau completo, técnica de contabilidade, aposentada. Teve várias internações. Ela, o pai e o tio frequentam o AA. Bebe desde os 18 anos.

de famílias cujos membros são, por elas, considerados alcoólatras. A primeira experiência com a bebida costuma ser dentro de casa; no caso das entrevistadas, isso aconteceu na época em que elas ainda viviam com os pais. Cinco das informantes declararam ter pai alcoólatra.

Os depoimentos de três mulheres demonstram o estabelecimento de uma relação de cumplicidade entre elas e a figura do pai, com quem costumavam beber.¹³

A figura materna, contudo, desaprovava o consumo de bebida pelas filhas. No caso de Olga, tal desaprovção acontecia de um modo mais ambíguo. Durante a infância, no interior da região centro-oeste do país, ela teve seu primeiro contato com o álcool através dos restos de bebida deixados pelos clientes do bar de seu pai. Segundo ela, sua mãe “tapava o sol com a peneira”, deixando-a beber em casa, mas a punindo severamente se isso fosse feito em público.

[...] lá na casa da minha mãe tem um freezer. Então, pra tapar o sol com a peneira, ela queria que a gente bebesse lá dentro de casa e não saísse, entendeu? Fazia isso. Então, eu ia para a rua, bebia na rua, e quando eu via, já tinham contado pra ela lá em casa e ela vinha com um pau deste tamanho e me botava pra correr, entendeu?

O depoimento de Olga é emblemático de que, desde pequena, sua socialização teve por norma a idéia de que o consumo alcoólico pela mulher só se torna um problema se realizado fora de casa. Assim, ela era punida pela mãe mais por transgredir regras de gênero do que pela ingestão alcoólica propriamente dita. Seu relato evidencia o importante papel da família no processo de socialização feminina. Através dela, as mulheres alcoólatras aprendem, desde cedo, a limitarem o uso de bebida ao interior da casa. É fato digno de atenção a escolha de Olga por uma relação com a bebida bastante diferente

do caminho indicado por sua mãe: Olga tornou-se consumidora de álcool assídua e moradora conhecida de um bairro boêmio carioca. Seu consumo de bebida condiz com a sua percepção do bebedor masculino (agressivo e passível de perder o controle). Ao mesmo tempo, Olga verbaliza um sentimento de vergonha em relação ao seu consumo de bebida durante a entrevista, o que evidencia a apropriação de códigos morais femininos no processo de socialização feminina e alcoólica. O caso de Olga é um bom exemplo de como a apropriação de tais códigos pode conviver lado a lado com sua transgressão.

Entre o álcool e as responsabilidades femininas: bebida, maternidade, trabalho e relação com parceiros

O consumo de álcool pelas mulheres é posto em constante confronto com o cumprimento de diferentes exigências femininas que tocam o campo da maternidade e da relação com o parceiro versus a bebida. A maternidade é vista como uma responsabilidade feminina diferentemente negociada por cada entrevistada. Das seis mulheres que não tinham filhos, duas disseram que a maternidade exigia uma responsabilidade que elas não podiam encarar. Assim, a dificuldade de conciliação de exigências provenientes de dois campos opostos, a maternidade e o consumo alcoólico, é incessantemente verbalizada. A maternidade constitui a arena de uma responsabilidade feminina incompatível com a relação com a bebida. Como se verifica na fala de Olga: “Porque eu não nasci para ser mãe. Porque eu sabia do meu problema. Como é que eu vou cuidar de filho e beber?”.

Para as quatro mães entrevistadas, a questão da responsabilidade é apresentada, ainda que de modo distinto. Elas procuram assinalar que a sua relação com o álcool não

¹³ Em estudo com mulheres participantes do AA, Silva (2002) observou um processo de socialização semelhante, marcado por um fácil acesso à bebida nas festividades durante a infância e a adolescência. Além disso, o pai, com quem elas demonstravam maior identificação, era o agente facilitador do acesso à bebida, sendo por elas considerado como alcoólatra.

atrapalhou o cumprimento da responsabilidade de criação dos filhos. Isso fica claro na narrativa de Maria:

[...] mas eu quero dizer pra vocês¹⁴ que eu bebo, mas eu tenho responsabilidade com o meu filho. Nunca deixei o meu filho passar fome, nunca deixei o meu filho, é sentir algo diferente, quando ele adocece, eu sempre 'tô' no pediatra dele, todo mês.

Há, no entanto, uma espécie de 'confissão' de que, mesmo essa responsabilidade que elas tanto procuram destacar, já foi em algum momento abalada. São situações de aumento do consumo de bebida, nas quais elas transferem o cuidado dos filhos para uma pessoa próxima. Maria, por exemplo, segue seu relato, dizendo que, quando "entrava em crise", até o filho era deixado de lado, ficando o marido responsável pelo seu cuidado. O caráter de confissão, nesse caso, é indicado pela pergunta que Maria dirige a mim: "Tem que falar tudo mesmo, né?". Para Nelma, esta transferência de cuidado é caracterizada como um ato de responsabilidade: "Eu tinha uma certa responsabilidade em relação à minha família, quando eu via que eu ia chapar, eu levava minha filha lá pra casa dos avós".

A insistência das entrevistadas que são mães em justificarem a impossibilidade de cuidar de seus filhos em determinado momento de suas vidas é reveladora do julgamento moral acerca do beber feminino, quando ele se associa à abdicação à maternidade. A figura da mulher que se abstém de cuidar do filho para ficar na rua bebendo representa um estigma do qual as informantes procuram se distanciar.

Parece haver uma associação significativa entre maternidade, beber feminino e relação com o parceiro, uma vez que o conflito entre 'ser mãe' e 'beber' também se entrelaça com a dificuldade do pleno exercício do papel de esposa (embora de forma menos intensa do que o papel de mãe). Nesse sentido, a maternidade e a

relação com o parceiro mostram-se duas faces de uma mesma problemática: o exercício de uma responsabilidade culturalmente designada à mulher, que estabelece uma tensão com o beber feminino enquanto rotina.

O relato de Olga ilustra bem o fato de casamento e maternidade serem responsabilidades da mulher: "E eu, pra ser mãe, eu nunca tive, nunca pensei isso, nunca passou pela minha cabeça ser mãe, em casar, nunca pensei, eu nunca pensei em casar, entendeu?". Logo em seguida, Olga associa estreitamente o matrimônio e a bebida, colocando esta no lugar de um legítimo parceiro conjugal:

Nunca casei. Eu tive noivo, mas aí ele descobriu que eu bebia, e mandou eu escolher, você escolhe, ou eu, ou a bebida, eu digo, eu vou me casar com a bebida, porque eu gosto de beber, então eu me casei com a bebida, agora tô terminando de divorciar já.

Os parceiros são considerados alcoólatras por seis entrevistadas. Alguns deles são indicados como participantes atuais ou progressos na trajetória alcoólica dessas mulheres. Regina é a única que relata mais claramente a influência do parceiro, com quem convive há 20 anos, em sua socialização com o álcool. Ainda sobre a relação com os parceiros, Nelma e Rita descrevem episódios de violência física e emocional. Nas considerações sobre sua "vida de sofrimento", Nelma enfatiza os maus-tratos por parte de seus parceiros anteriores. As situações descritas são de ameaças, traição, exploração e falta de apoio financeiro, e que se sucederam tanto na relação com o primeiro parceiro quanto com o segundo. De acordo com Nelma, foi após o nascimento da filha que o parceiro começou a se afastar. Neste momento, o consumo de bebida alcoólica se acentuou:

Depois que a minha filha nasceu, ele começou a mostrar uma outra [face?], que eu não conhecia, ele ficou extremamente incomodado, extremamente preguiçoso, e então eu comecei, fiquei infeliz e comecei a beber

¹⁴ Maria faz neste momento uma referência à sua interlocução com as amigas.

mais. Antes, eu bebia socialmente, aí comecei a beber mais, e beber pra me embriagar para não bater de cara com a realidade.

Sua única internação no serviço de alcoolismo foi relacionada a uma situação de intenso desespero, fruto de maus-tratos cometidos pelo parceiro, tais como a violência física e a ameaça de denunciar seu alcoolismo para as pessoas com as quais ela trabalhava.

O trabalho também configura uma dimensão da vida a respeito da qual as mulheres elaboram uma ética bem definida. A ênfase na idéia de que a ingestão alcoólica não interferiu no cumprimento das funções laborais é um tema subjacente à ética do trabalho. Tentativas de dissimulação da bebida no ambiente de trabalho são relatadas por Nelma e Regina. Regina relata uma rotina de saídas do local de trabalho com a desculpa de beber um refrigerante, quando, na verdade ela se dirigia a um boteco para consumir 'caçapa'. O próprio balconista já se antecipava, fornecendo-lhe a bebida por debaixo do balcão, ao mesmo tempo em que ela pedia um refrigerante para despistar a atenção dos outros fregueses.

Nem todas as entrevistadas apresentam uma relação conflituosa entre bebida e trabalho. Para Olga e Francisca, os trabalhos anteriores favoreciam o consumo de bebida alcoólica. Em sua atividade como vendedora autônoma, Olga descreve o contato com vários tipos de bebidas destiladas. Relata que o ato de beber servia para lhe dar 'coragem' e, assim, continuar a sua jornada de trabalho. Dessa forma, o uso da bebida pode adquirir uma função de manutenção da responsabilidade da pessoa em relação ao trabalho. Esse tipo de uso mostrou-se recorrente entre as mulheres que exerceram uma ocupação autônoma informal.

Em seu depoimento a respeito do contexto de seu trabalho como empregada doméstica, Maria falou da dificuldade de administrar sozinha a responsabilidade

de cuidar do filho de dois anos (que ficava com ela no trabalho) e das tarefas decorrentes de sua função. A despeito da desaprovação do marido, Maria decidiu deixar o trabalho para concentrar seus esforços nos cuidados com o filho. A "crise" em relação ao álcool é relatada como efeito de uma "série de coisas" que aconteceram ao mesmo tempo em sua "cabeça". Depreende-se que "crise" traduz, no seu caso, uma ameaça de ruptura das responsabilidades femininas. A partir de então, ela deixa de sustentar não apenas os desígnios femininos, mas também a posição social, pois transfere o cuidado do filho ao marido e passa a vagar pelas ruas pedindo esmolas.

Depoimentos como os de Maria expressam a tentativa de conciliação de diferentes responsabilidades femininas impostas nos locais do trabalho, pela criação dos filhos e pelo convívio com o companheiro. A divisão entre tais responsabilidades gera uma tensão permanente e insolúvel que, em muitos casos, culmina em situações extremas que rompem com as responsabilidades como, por exemplo, o beber 'descontrolado' ou mesmo a internação no serviço de combate ao alcoolismo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise dos depoimentos de dez usuárias de um serviço de alcoolismo, pretendeu-se demonstrar o papel das relações de gênero na organização das percepções dessas mulheres sobre a experiência do consumo alcoólico. Tais relações estruturam as narrativas e instauram uma situação de conflito entre manutenção e ruptura de normas sociais configuradas para o feminino.

Esta análise mostra que o gênero é uma categoria analítica relevante para uma melhor compreensão do modo como as mulheres alcoólatras agem com a bebida nas outras esferas da vida. Acredito que um olhar sensível

ao impacto das atribuições de gênero no cotidiano dessas mulheres possa produzir melhorias nas abordagens terapêuticas para essa clientela e, conseqüentemente, na qualidade dos serviços a ela prestados. Essa seria também uma forma de combater um viés em que se privilegia a figura do homem nas teorias e nos serviços de tratamento do alcoolismo (ETTORRE, 1998).

Os depoimentos das usuárias sugerem uma íntima conexão entre as categorias gênero e saúde, observada, por exemplo, na responsabilização do 'alcoolismo-doença' pela relação que elas estabelecem com a bebida. Essa questão exemplifica os elos entre gênero e saúde e a necessidade de concepções mais ampliadas dos processos de saúde e doença por parte dos profissionais que lidam com essa clientela, no sentido de considerarem, em suas intervenções, as implicações de categorias sociais, como o gênero, para que as necessidades sejam melhor atendidas.

Diante das exigências de beber e cumprir suas responsabilidades em relação aos cuidados com os filhos, à relação com os parceiros e ao trabalho, as entrevistadas lançam mão de estratégias variadas, conforme a trajetória de vida de cada uma. No campo da maternidade, por exemplo, as mães assinalam que a bebida não atrapalhou o pleno exercício daquela função. Antes de iniciar um consumo intenso de bebida, elas optam por transferir o cuidado com o filho a uma pessoa próxima, atitude percebida por elas como um ato de responsabilidade. Para as entrevistadas que não tinham filhos, diferentemente, a opção de não tê-los é também destacada como um ato de responsabilidade, devido à inviabilidade antevista de ser mãe e consumidora de álcool ao mesmo tempo.

Nos depoimentos sobre suas trajetórias de vida, as dimensões do trabalho, do cuidado com o filho e da relação com o parceiro se entrecruzam, intensificando as responsabilidades e o peso moral em relação ao consumo alcoólico. Isso pode indicar que as exigências dessas três dimensões se acirram até culminar em um

desfecho dramático. Esse foi o caso de Maria que, em seu último trabalho, ela relata ter tido uma "série de coisas" na "cabeça", pois tinha que se dividir entre as funções do trabalho, o cuidado com o filho e o relacionamento com o marido. As tentativas fracassadas de conciliação dessas exigências culminaram em sua vivência de "crise", caracterizada pela abdicação aos cuidados com o filho e transferência desta função ao marido, pelo consumo descontrolado de bebida alcoólica e pela internação no serviço de alcoolismo.

Juntamente com a temática da responsabilidade feminina, as categorias 'vergonha' e 'autocontrole' são vias cruciais para o entendimento da lógica de gênero que rege os relatos das mulheres alcoólatras. A vergonha está associada ao 'descontrole' que qualifica o beber feminino cotidiano. O beber descontrolado está relacionado aos efeitos de degradação de uma moral feminina provocados por tal consumo. Neste caso, o estigma em torno do uso de bebida alcoólica por mulheres repousa na ameaça ou ruptura do cumprimento das expectativas sociais atribuídas ao gênero feminino.

Os depoimentos também indicam os diferentes limites de tolerância que se desenham de acordo com o espaço onde se dá o consumo de bebida. A afirmação de um comportamento ético em relação ao consumo de bebida, como o de beber somente acompanhada ou de sempre levar o dinheiro para pagar por sua bebida, é mais comum para as informantes que bebem em locais públicos. Elas percebem o uso de bebida fora do ambiente familiar como um locus de maior desaprovação social do que quando ele ocorre no espaço do lar.

Os relatos de Olga mostram que as diferenças entre o beber público e o beber privado podem ser transmitidas através de um longo aprendizado que se inicia na infância da mulher. Neste aspecto, seu depoimento sobre a atitude da mãe de não deixá-la beber na rua, mas sim em casa, é muito significativo. A afirmação de que, com essa atitude, sua mãe "tapava o sol com a peneira"

evidencia a socialização de determinados códigos morais femininos de conduta, segundo os quais o fato de ser mulher e, ao mesmo tempo, beber perante os outros é considerado um problema grave. A resolução desta questão seria encontrada no consumo alcoólico dentro de casa e longe do olhar alheio.

A trajetória de Olga ilustra de que forma os processos de socialização feminina e alcoólica interagem, mediados por uma espécie de cumplicidade silenciosa da família. A sua relação atual com a bebida, contudo, atesta uma ruptura em relação àqueles códigos, já que Olga é moradora e bebedora conhecida de um bairro boêmio carioca. Ao mesmo tempo, esta relação segue uma ‘ética do beber’, como a de não deixar que lhe paguem bebida por “interesse”.

A expressão “tapar o sol com a peneira”, usada por Olga, é exemplar pois retrata, também, a forma como as outras entrevistadas lidam com o álcool. Essas mulheres, através de estratégias variadas, como a de não aceitar que os homens lhe paguem bebida, deixar os filhos sob os cuidados de conhecidos, esconder o uso de álcool no ambiente do trabalho e etc., tentam com dificuldade aliar o consumo alcoólico a diversas atribuições femininas. Assim, pode-se dizer que a experiência de beber, para tais mulheres, implica em ‘muitos sóis e muitas peneiras’, ou seja, sempre deixa ‘espaços vazados’ ou não preenchidos diante das exigências de gênero.

Das dez mulheres entrevistadas, sete afirmaram que o contato inicial com a bebida ocorreu por intermédio de familiares, marcadamente pela figura paterna. A frequência com que esse tema aparece em um grupo restrito de mulheres evidencia a sua relevância, o que justifica a necessidade de mais estudos que possam aprofundar sua investigação.

Não era o objetivo deste artigo retratar a ‘realidade’ das mulheres alcoólatras, mas sim a forma como elas des-

crevem o uso de bebida (ou seja, quais os temas por elas valorizados, as justificativas para o uso de bebida, a visão sobre o universo masculino etc.). Por se tratar de um grupo restrito e específico de mulheres, esta análise não pode ser generalizada para o universo de todas ‘mulheres que bebem’. Em primeiro lugar, porque essas mulheres não representam um grupo homogêneo, podendo variar de acordo com orientação sexual, faixa etária, entre outros fatores (ETTORRE, 1998). Em segundo lugar, o fato de as entrevistadas estarem inseridas em uma instituição de tratamento exerce um efeito nada desprezível no sentido de facilitar a condenação e o sentimento de vergonha de um passado alcoólico, ao mesmo tempo em que minimiza as considerações sobre o uso prazeroso/recreativo do álcool e a dimensão desafiadora de certas regras de conduta feminina.

Alvarez (2004) assinala a importância de os estudos atentarem para a especificidade das representações de ‘alcoólicos’ em tratamento em relação àqueles que não o fazem. Em um estudo comparativo¹⁵ com cem indivíduos ‘alcoólicos’ (dentre os quais, apenas 50 estavam em tratamento), o autor verifica que as representações do alcoolismo como doença e a atribuição de qualidades negativas ao álcool estão bastante presentes entre os alcoólicos que realizam, ou realizaram, tratamento e quase inexistentes entre aqueles que nunca realizaram.

Portanto, a inserção em um serviço de saúde para o tratamento do alcoolismo insere as entrevistadas em um grupo específico, tendo em vista o impacto considerável que tal inserção acarreta para a reformulação da imagem de si e para a construção da associação do alcoolismo à doença. A extensão dessa reformulação relaciona-se com o tipo de trajetória institucional. Assim, enquanto as mulheres que apresentam uma trajetória de longa data pelos serviços de combate ao alcoolismo evidenciam um enraizamento da noção alcoolismo-doença,

¹⁵ Nesse estudo, o autor utilizou as técnicas de entrevista e associação livre.

o mesmo não ocorre com as entrevistadas de inserção mais recente.

O presente artigo pretendia chamar a atenção para a relevância de se pensar a categoria analítica do gênero na sua intersecção com o beber feminino, além de constituir uma tentativa inicial de despertar e fomentar o debate acerca de um tema relevante, porém ainda tão pouco estudado na área das ciências sociais. Foi com esse propósito mais amplo que abordei o papel das relações de gênero na maneira com que usuárias de serviços de enfrentamento do alcoolismo constroem suas percepções sobre o álcool. A compreensão da lógica que rege as relações de gênero em suas narrativas depende da consideração, em sua totalidade, das oscilações, tensões e contradições expressas nas vozes das mulheres que traduzem e ameaçam, em um só ato, as expectativas sociais de gênero.

GREGORI, M. F. *Cenas e queixas: um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista*. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra/Anpocs, 1993.

ETTORRE, E. *Mujeres y alcohol: placer privada o problema público*. Madrid: Narcea ediciones, 1998.

NEVES, D. P. Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 7-14, jan./fev. 2004.

SILVA, P.C.O. *Alcoolismo Feminino: um estudo sob a perspectiva de gênero*. 2002. 142 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social (EICOS) da UFRJ, Rio de Janeiro, 2002.

Recebido: Março/2008

Aprovado: Maio/2008

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, A.A. Representacion social del alcoholismo de personas alcohólicas. *Psicologia em Estudo*, Maringá, Paraná, v. 9, n. 2, p. 151-162, mai./ago. 2004.

ALZUGUIR, F.C.V. *A desculpabilização pela doença: o alcoolismo no discurso de mulheres alcoólicas*. 2005. 150 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da UERJ, Rio de Janeiro, 2005.

GARCIA, A.M. *E o verbo (re) fez o homem*. Niteroi: Intertexto, 2004.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4.ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

La salud de las mujeres como problema prioritario de investigación en América Latina *

Women's health as a prior problem to be investigated in Latin America

Doris Ospina Muñoz ¹

¹ Psicóloga; *Magister* en Salud Colectiva; *Magister* en Filosofía; docente en la Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia.
doris@tone.udea.edu.co

RESUMEN *El análisis de la salud de las mujeres está permeado por las nociones de salud y de mujer introyectadas en nuestro sistema de pensamiento o referentes socio-cognitivos, mediante los cuales comprendemos y transformamos la realidad. El objetivo es reflexionar, desde la perspectiva de género, sobre factores que hacen que, a pesar de los cambios tecno-científicos, la mejora económica, el incremento en la esperanza de vida, por ejemplo, las mujeres sigan siendo una población vulnerable y priorizada para la investigación en salud en América Latina. Se concluye que el abordaje de la salud de las mujeres exige un análisis desde lo general pero también desde lo particular y la articulación de métodos de investigación. En la región es urgente la formación de talento humano en salud con perspectiva de género.*

PALABRAS CLAVE: *Identidad de Género; Salud de la mujer; Investigación en salud.*

ABSTRACT *The analysis of women's health is influenced by notions of health and of woman contained in our thought system or in our socio-cognitive level, from which we are able to understand and to transform the reality. The objective is to meditate about factors that do than in spite of changes techno-scientific, the economic improvement, the increment in the hope of life, for example, the women continue to be a vulnerable population and prioritized in research health on Latino America. Woman's health approach requires a general, but also a specific analisis, together with the articulation of research methods. In this region, formation of human expertise in the gender health perspective is urgent.*

KEYWORDS: *Gender Identity; Women's Health; Health research.*

* Ponencia presentada en la Universidad Nacional de Costa Rica, en el marco del programa *Construyamos Una Vida Sin Violencia*, Noviembre 19-23 de 2007.

INTRODUÇÃO

PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

Desde mediados del siglo XX, la noción básica de salud, referida a un estado de completa funcionalidad del organismo, giró hasta entenderla como el nivel más alto posible de bienestar físico, psicológico y social en un contexto determinado (OMS), concepción que refleja su complejidad (CARMONA et al., 2005). En este giro comprensivo se han realizado varios intentos de operacionalización para facilitar el acercamiento, las mediciones y las intervenciones. Así, se han desarrollado métodos de investigación, como es el caso de la epidemiología crítica (BREILH, 2003), que supera el enfoque positivista en la salud y alienta la mirada sobre la salud como un “conocimiento situado” y como un fenómeno continuo a lo largo del proceso vital humano (FRANCO, 1993), en el que las personas son sujetos y actores de los distintos procesos en que se desenvuelve la vida. Es decir, las personas, a partir de las prácticas sociales que crean y recrean, se convierten en parte activa de la construcción y transformación de sus condiciones de vida. Desde esta postura, las mujeres, en aras de romper con la exclusión histórica, de que han sido víctimas, son las primeras invitadas a liderar los procesos de cambio que han de dar lugar a una sociedad más justa y amigable.

A pesar de los avances en la comprensión de la salud como un fenómeno complejo, sigue habiendo en ella cierto grado de indeterminación, que tiende a escapar a cualquier intento comprensivo. Dicha indeterminación radica, creo, en el hecho de que ella es, ante todo un bien social, un valor, y como tal, una construcción social y colectiva en permanente cambio, en la que influyen,

sobre todo, elementos de orden ideológico no siempre concordantes con los ideales de la mayoría.

En el tiempo actual de América Latina, caracterizado por la transición en el modelo de desarrollo y las reformas al sistema de seguridad social y salud, los elementos ideológicos que operan en la concepción de salud nos hacen debatir entre comprenderla como un derecho de las personas, ligado a otros derechos fundamentales, o como un servicio, que se rige por las leyes del mercado más o menos reguladas por el Estado.

Gran parte del debate sobre la salud hoy día gira en torno a estas dos concepciones, para muchos complementarias, para otros antagónicas.

Concebir la salud como un servicio regulado por el Estado implica ubicarse en el modelo económico neoliberal que, como sabemos, sobrepone el rendimiento económico sobre el social, argumentando que los altos rendimientos en el primero conducirán a mejores niveles en el segundo. Tesis cada vez más difícil de demostrar, dada la desigual distribución de recursos e inequidad que se gesta en su interior y que afecta principalmente a la mujeres: en las Américas, por ejemplo:

- los problemas de salud suelen ser más frecuentes entre las mujeres que entre los hombres. Esto se debe posiblemente a diferencias culturales y sociales en la percepción de la salud (DACHS *et al.*, 2002);
- dado que las mujeres necesitan usar más los servicios de salud, sus gastos en efectivo en salud tienden a ser más altos que los de los hombres, una desigualdad de género que se vuelve aún más trascendente si se tiene en cuenta que el ingreso de las mujeres en promedio sólo llega a 70% del de los hombres (ALMEIDA, 2005; ESTRADA-ÁLVAREZ, 2007);
- como en la mayoría del los sistemas de salud el acceso está vinculado con el empleo en el sector formal,

las mujeres sufren una exclusión mayor que los hombres: a causa de sus obligaciones domésticas, más de la mitad de las mujeres de la Región no tienen empleos remunerados y, cuando los tienen, en comparación con los hombres, es más probable que trabajen en el sector informal y en ocupaciones de tiempo parcial, en general, no cubiertas por el seguro social; además, si bien más de 30% de las familias de la Región están encabezadas por mujeres, las mujeres a menudo son dependientes que, junto con sus hijos, están supeditadas a que la persona que tiene cobertura de salud tenga empleo y permanezca en la familia (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

Pensar la salud como un derecho nos ubica, primero, en la idea de un Estado Social de Derecho fuerte (CARMONA *et al.*, 2005), garante del bienestar de sus ciudadanos, y de ciudadanos (sujetos) que reconocen, reclaman y defienden sus derechos. Para ello, participan activamente en la promoción, construcción, mantenimiento y defensa del bienestar individual y colectivo; y segundo, en la idea de la salud como un bien social que se construye en las relaciones intersubjetivas y en correspondencia con factores de índole social, cultural, económico e histórico. La defensa de la salud como un derecho implica pensarla como un bien irrenunciable, articulador y necesario para el orden social. Se trata de un bien cuya defensa justifica el contrato social, pues los recursos necesarios o producidos para el cuidado de la salud deben ser, ante todo, un bien colectivo, público, al que todos tengan acceso, a fin de conservar sus posibilidades de acción en el mundo social.

La historia de la salud de las mujeres en el marco del Estado Social de Derecho está llena de vicisitudes. Por un lado nos deja un marco jurídico propicio para el desarrollo de una normatividad coherente con los derechos humanos, pero de otro, nos deja con importantes vacíos en cuanto a la reglamentación y cumplimiento de lo jurídicamente establecido. Esto se refleja de manera

ejemplar en el lugar y trato que las mujeres reciben en los sistemas jurídicos, espacios en los que se reproducen muchos de los estereotipos sociales y tabúes que conducen al trato injusto de las mujeres (ZUNIGA ANAZCO, 2006), y en la baja apropiación de hombres y mujeres con respecto de los recursos jurídicos existentes para liberarse de la violencia doméstica (SANTOS FERNANDEZ, 2005) y romper la tradición patriarcal de abuso a las mujeres (GOMES *et al.*, 2007). No son pocas las ocasiones en que las mujeres desisten de las denuncias por violencia intrafamiliar por temor a perder su vida, agravar la situación o perder la manutención de sus hijos. La aplicación de la norma las enfrenta a nuevos problemas para los que ni ellas, ni el sistema jurídico, ni el soporte social están preparados (OSPIN; JARAMILLO; URIBE, 2006; DINIZ; LOPES; RODRIGUES, 2007).

En cuanto a la noción de mujer, distintas investigaciones han demostrado que la categoría mujer no es una categoría universal, en cuanto sus comportamientos y roles varían de acuerdo a la cultura y al sistema social. Sin embargo, sin desconocer que existen elementos diferenciadores, no puede negarse que existen también elementos comunes entre las culturas, que en menor o en mayor medida pueden señalarse como prototipos tanto en el comportamiento femenino, como en las funciones familiares y sociales que desempeñan.

Hoy, se reconoce universalmente que las mujeres constituyen una población altamente vulnerable, pero a la vez, que los indicadores de salud materna están asociados a mejores niveles de calidad de vida y que invertir en el bienestar de las mujeres produce un “doble dividendo”, en cuanto también mejora la salud de los niños y de las familias (CARMONA *et al.*, 2005). Sin embargo, sabemos también que existen resistencias hacia el trabajo que busca romper el paradigma hegemónico y desnaturalizar lo cotidiano, y que en nuestras sociedades occidentales predomina una representación ambivalente y disminuida de las mujeres. Ambivalente por cuanto en los discursos

sobre las mujeres pueden establecerse pares de conceptos dicotómicos que parecen indicar la doble dimensión de lo femenino: puta y madre; bruja y diosa. Disminuida en cuanto se constata el lugar que ocupan las mujeres en el sistema social y que los estudios históricos y antropológicos explican debido a la fuerte asociación entre las ideas de vulnerabilidad, maternidad y naturaleza femenina (THURÉN, 1993). Ideas estas que dieron lugar a una división social del trabajo que, a pesar de la diversidad cultural y de los cambios en el acceso de las mujeres al mundo laboral, aún persiste, y que condujeron a las mujeres a ocupar el espacio privado y los lugares más bajos en la escala social, de tal manera que se vio afectado su desarrollo humano, sobre todo debido a que las múltiples responsabilidades asignadas retrasan e impiden el acceso de las mujeres a la educación, a la información, a la remuneración justa por el trabajo y a la participación política (CRUZ *et al.*, 2003; OLIVEIRA; AMANCIO, 2002; GAVILAN, 2002).

Los movimientos feministas hacen una ardua labor al intentar romper aquella dicotomía ambivalente al sostener hasta el cansancio y más allá que las mujeres somos “sujetos de derecho” que pertenecemos a la especie humana, con la misma dignidad que los hombres y por consiguiente los mismos derechos más aquellos que necesitamos para liberarnos de las consecuencias sociales negativas de la determinación biológica y la profecía social que dicta nuestra resignación a la maternidad (es decir los derechos sexuales y reproductivos).

Hoy día, la explicación sobre el origen de la subordinación femenina no cobra tanto interés como la explicación de su mantenimiento. En este sentido, un apartado importante de los estudios sobre mujeres, llamados ‘estudios con perspectiva de género’, intentan explicar y comprender las relaciones y dinámicas sociales que fomentan y mantienen la subordinación femenina (SALAS-GARCÍA, 1996; DE LOS RÍOS, 1996; BREILH, 1996). A partir de estos estudios se plantean varias vertientes de trabajo: por un lado, todas las acciones orientadas al

empoderamiento de las mujeres y al incremento de su capacidad de *agencia* (SEN, 1999), cuyo supuesto básico es que las mujeres deben ser resarcidas por los daños sociales históricamente impuestos (ANGUITA, 1992), y que ellas tienen una capacidad transformadora tanto de sus condiciones de vida como de las de sus hijos y su familia. Del otro lado, están los estudios que enfatizan en la reconstrucción tradicional de la identidad femenina, el desarrollo de la sororidad, el incremento de la conciencia de género a nivel social y la vigilancia sobre el diseño e implementación de políticas sociales, de tal manera que no reproduzcan la subordinación femenina, lo que en cierto sentido es una preocupación por trascender de la satisfacción de las necesidades prácticas a las necesidades estratégicas de las mujeres (MOORE, 1999; SANCHEZ-AYÉNDEZ, 1993; LEÓN, 1993).

DISCUSIÓN

Como puede observarse, el trabajo en pro de las mujeres avanza fundamentalmente por dos vías: desarrollar correcciones para la desigualdad social y generar cambios profundos en la estructura del sistema social. La primera estrategia ha sido la acogida por la mayoría de los organismos internacionales que trabajan por el desarrollo humano; sin embargo, sus alcances serán siempre limitados y circunstanciales sino se avanza por la segunda vía, que es la que apunta al control de las causas de la desigualdad.

En este último punto considero útiles algunas de las ideas de Michel Walzer, expresadas en su texto ‘las esferas de la justicia’ (2001), y de Pierre Bourdieu (2000) en su texto ‘La dominación masculina’, para pensar la salud de las mujeres.

Según Walzer (2001), no es la eliminación de la desigualdad social la que conduce a una sociedad justa y

libre, sino la eliminación de la capacidad de dominación de unos sobre los otros. En nuestro caso, nos interesa entonces la eliminación de la capacidad de dominio de los hombres, del Estado y las estructuras sociales sobre las mujeres. Ello implica un profundo trabajo por develar las formas de dominación, sus instrumentos, sus contenidos, sus estrategias. De ahí la importancia de la rigurosidad y el compromiso ético de los estudios sobre la salud de las mujeres.

Para Walzer, la principal estrategia para eliminar la capacidad de dominio de unos sobre otros es la capacidad de reconocernos todos como pertenecientes a la especie humana: criaturas que producen cultura, crean y pueblan mundos llenos de sentido y buscan una nueva interpretación de los bienes sociales, que no puedan ser considerados como instrumentos de dominación.

Esta concepción se fundamenta más que en la concepción universalista de los derechos humanos, basada en la dignidad humana de una concepción pluralista de los bienes sociales, entendidos como consecuencia de una concepción compartida, local y particular (WALZER, 2001). Según él, la dominación se erradica sólo si los bienes sociales son distribuidos por razones distintas e "internas".

Con estas ideas, Walzer intenta superar aquellas teorías de la justicia distributiva, que centran la atención en la distribución de los bienes para formular otra que se focaliza en la concepción y creación de los bienes, antes que estos sean distribuidos. Su postura obedece a la necesidad de reconocer que, antes de ser distribuido de *x o y* manera, los bienes son concebidos y creados de una forma que determina su distribución. Esta perspectiva hace que se cambien las preguntas tradicionales de las teorías distributivas, como por ejemplo, ¿cuáles son nuestros derechos? y ¿qué necesitamos, queremos y merecemos? Por preguntas del tipo ¿qué y para qué son los bienes?

Según Walzer, después de la pertenencia, la seguridad y el bienestar individual y colectivo son los bienes

sociales que deben crearse y distribuirse, por medio de la *previsión mutua*, entre los miembros de la comunidad política y que se expresan de manera ideal por el camino de la participación política. Para el caso de la salud de las mujeres, es necesario repensar el concepto de seguridad y bienestar. ¿Necesitamos las mujeres el mismo tipo de seguridad que los hombres? ¿el mundo es diferencialmente inseguro para hombres y mujeres? ¿en qué medida es necesario crear distintos mecanismos de protección y bienestar?. Para el estado de la discusión, las respuestas a las preguntas son prácticamente obvias. El mundo es diferencialmente inseguro para hombres y mujeres y, por lo tanto, tienen necesidades diferentes de protección. Además de eso, Walzer habla de la necesidad de desarrollar el concepto de previsión mutua, lo cual implica una mirada a los aportes que cada uno hace para el cuidado del otro. En las relaciones entre hombres y mujeres, los roles tradicionales de proveedor y cuidadora, tienen una connotación de previsión mutua, pero la sistemática desvalorización de las tareas del cuidado hace parecer como si las mujeres fueran las que menos aportan en esta ley de compensación social. De ahí que sea muy importante insistir en visibilizar y valorar el aporte que las mujeres hacen a la seguridad y el bienestar, y permitir que este aporte se recree a medida que ellas optan de manera libre por formas nuevas formas de participación en el mundo. Esta vía, además de los valores de la cooperación y la solidaridad, reclama el reconocimiento pleno de las mujeres como parte indispensable para la vida social.

Siguiendo las ideas del mismo autor, la participación política, entendida en su sentido más amplio, es la condición primera para la creación de bienes sociales y mecanismos de distribución. De ahí que, si se quiere develar los mecanismos de dominación, es necesario romper con las ideas que apartan a las mujeres de la participación en la vida política, en el orden religioso, y obstaculizan la democratización de la vida doméstica.

Sólo urgando y desestabilizando las ideas instaladas, podrá conocerse a ciencia cierta el contenido de tales ideas, su fundamento y su justificación.

Pero la participación política es imposible sin libertad. Libertad física (referida a la movilidad) y libertad de autodeterminación. Pero las mujeres cedemos el único bien que no es posible ceder; lo cedemos en la autopostergación. Las mujeres nos postergamos en la intimidad, nos postergamos en el derecho a la recreación y el uso del espacio público, y nos postergamos en la reclamación del derecho a la autodeterminación (ESPINOZA, 2002; FACIO, 2008). (De ahí que sea mucho más fácil hacer que las mujeres se adhieran a causas medioambientalistas, de la infancia o de los animales, que a sus propias causas). Nos postergamos en la reclamación de ser liberarlas del subempleo, la doble y triple jornada laboral sin remuneración y la responsabilidad exclusiva sobre el trabajo doméstico.

Se trata de una autopostergación inculcada para materializar la profecía social de la subordinación femenina¹. Siguiendo a Bordieu (2000), la estrategia para la instalación de una nueva Profecía Social, con respecto a las mujeres, ha de ser la crítica con respecto a los esquemas de socialización y los mensajes constituyentes del inconsciente. La crítica a la “mitología colectiva”, que alimenta la reproducción social basada en analogías que se refieren a lo femenino como algo naturalmente disminuido, dominado, conquistado y de poco valor. En la imagen de la mujer, es necesario alimentar una ruptura del “habitus” (cuerpos socializados y prácticas rituales) que perpetúan los estereotipos de género y la fragmentación del mundo. Pero una ruptura pública, para diferir y socializar el alto costo que se genera cuando aquella ruptura se produce en privado (OSPINA; SOTO, 2001).

La nueva Profecía ha de ser inculcada hasta objetivarla, hacerla real; materializarla mediante sistemas de educación incluyentes y no-sexistas que promueven la autoestima y el autorespeto. Para Walzer, la autoestima es un concepto relativo que depende de la estructura social a la que se pertenezca y de los referentes que esta ofrezca para establecer comparaciones y de las cuales se puede deducir el lugar dentro del sistema social. El autorespeto en cambio, lo ve Walzer como un concepto normativo, pues lo que esta en juego no es el valor social sino la dignidad de la propia persona que ocupa un lugar social. “Así, el autorespeto es asequible a cualquiera que tenga cierta noción de su dignidad *propia* y cierta capacidad para ponerla en acción” (2001). Ponerla en acción para cambiar los referentes y el lugar que le ofrece el sistema social es decir para hacer uso pleno de la ciudadanía.

Siguiendo a Walzer, la tiranía y la dominación comúnmente se expresan en la manera como los agentes del Estado dejan de velar por las esferas de la distribución y sus significados sociales. De ahí que enfatice en la idea de que el poder debe ser, al menos, controlado por quienes experimenten sus efectos de manera inmediata (2001). Para este autor, la capacidad de gobierno va más allá de la *techné* o el conocimiento especial sobre cómo gobernar y sobre los fines humanos; ella tiene que ver con una relación especial de un conjunto particular de seres humanos, en medio de la cual el gobernante es autorizado por los ciudadanos para definir, según el significado común y la nociones políticas de los ciudadanos, los destinos y los riesgos presentes en cada situación. De ello se deduce la importancia de trabajar, para que los llegan al gobierno tengan o desarrollen sensibilidad frente a los problemas de las mujeres.

¹ Inculcar: repetir con empeño muchas veces una cosa a uno; infundir con ahínco en la mente, una idea, un concepto, etc., inculcación. Infundir: provocar cierto estado de ánimo, sentimiento o impulso moral. *Comunicar Dios al alma un don o gracia*. VS Enseñar: instruir, dar advertencia, ejemplo o escarmiento. Indicar, dar señas de una cosa. Mostrar o exponer una cosa para que sea vista y apreciada. Acostumbrarse, habituarse.

De los problemas prioritarios para la investigación e intervención en salud, establecidos por consenso, al largo de las últimas décadas, por los Gobiernos y las agencias internacionales, a saber, los enunciados en los “objetivos del milenio”, cinco están en íntima relación con la salud de las mujeres (erradicación de la pobreza; lograr la primaria básica universal; promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer, mejorar la salud materna; combatir el VIH/SIDA). Para muchos, más que una agenda estratégica es una agenda política que amerita una importante mirada desde la perspectiva de género, a fin de no perder la oportunidad de avanzar hacia la equidad, manteniendo la idea de que la perspectiva de género debe ser transversal a todo el enfoque de reducción de la pobreza, pues esta está altamente feminizada en América Latina. En este caso, no se trata solamente de la mejora en el ingreso y el empleo para las mujeres, sino de fortalecer las redes sociales para el cuidado de la familia, de tal manera que ellas puedan acceder en mejores condiciones de empleo, se trata de la protección laboral de las mujeres, la capacitación para el empleo y el autoempleo que les permita lograr mayores niveles de autonomía e incrementar su capacidad de decisión para dirigir su desarrollo (SEN, 1999). Su participación en la fuerza de trabajo remunerada en los últimos 20 años, si bien aumentó el ingreso y el poder adquisitivo de las familias, ha representado una carga de trabajo excesiva para muchas de ellas, ya que continúan siendo las principales trabajadoras domésticas, una función que, paradójicamente, es descuidada cada vez más; no obstante, aun cuando las mujeres ocupen puestos tradicionalmente asignados a los hombres, suelen recibir una remuneración menor (CARMONA *et al.*, 2005).

Erradicar la pobreza no será posible si no se hacen esfuerzos para enfrentar sus causas, tales como el bajo acervo de capital humano, bajas tasas de crecimiento económico, baja productividad y políticas económicas y sociales poco efectivas (CARMONA, *et al.*, 2005). Es necesario desagregar los datos, recuperar las voces y capacidades de las víctimas

y los sobrevivientes; todo ello para humanizar los resultados y visualizar las desigualdades y los distintos tipos de pobreza que se ocultan tras las tablas y gráficos, que tienen el poder de, con un solo golpe de vista, impactar nuestra capacidad de raciocinio, pero también la debilidad, para vincularnos en un propósito común de cooperación y voluntad de transformación.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Obviamente, los problemas priorizados en la lista del milenio no son todos los que deberían. Me parece que a esta lista se escapan los problemas de salud mental de las mujeres. Éstos constituyen un problema relativamente explorado, muchos de los problemas mentales de las mujeres se medicalizan y se explican por una supuesta base hormonal y subjetividad en la percepción de síntomas, como en el caso de la depresión y los trastornos del ánimo. Con mucha frecuencia, se deja por fuera el marco explicativo de la salud mental su relación con las circunstancias histórico-políticas y los determinantes sociales de la salud. Según Daskal (DASKAL, 1992), los problemas de salud mental de las mujeres son una “denuncia de un estado de cosas, de una forma de vida insatisfactoria, de presiones y mandatos contradictorios, de sobrecarga, de exigencias inhumanas, de falta de valorización, de ausencia de reconocimiento de las propias necesidades, de cansancio, de falta de un espacio personal y de auto postergación”.

EL ABORDAJE DE LA SALUD DE LAS MUJERES

En un contexto que tiende a la globalización, que en muchos sentidos puede entenderse como homoge-

nización, el abordaje de la salud de las mujeres exige un análisis desde lo general pero también desde lo particular. Es decir, ante miradas homogenizantes, como las que se revelan en documentos de los organismos internacionales, cada país está en la obligación de discutir sobre lo que considera o no una prioridad de investigación e intervención en lo social en el marco de sus condiciones históricas, culturales, políticas y económicas. Ojalá estas discusiones se realicen en espacios amplios, involucrando a varios sectores de la sociedad y serán orientados a generar opinión pública y movilización social. Es necesario mostrarle a la gente por qué los problemas de investigación son problemas de investigación. La gente debe abandonar la idea de investigadores como personajes aislados del mundo, encerrados en laboratorios llenos de instrumentos o oficinas atiborradas de papeles y libros que tratan sobre asuntos que sólo son de interés del investigador. La gente debería estar demandando resultados de las investigaciones, atenta a los procesos de investigación y por qué no, sugiriendo y denunciando problemas que ameritan ser investigados. Así como la empresa le demanda a la Universidad investigaciones aplicadas, la sociedad debería exigirle investigación básica, comprensiva de problemas sociales, y tendiente a mejorar el bienestar, la calidad de vida y la organización social. Esto, más aún en un mundo que tiende a la mercantilización de todas las esferas de la vida cotidiana.

Un proceso similar debe seguirse con las metodologías que han de utilizar para acercarse a los fenómenos de interés. En este sentido, para el estudio de los problemas de las mujeres con enfoque de género, podemos hablar de que existe una cierta preferencia por los estudios cualitativos (histórico-hermenéuticos y crítico sociales), debido a su capacidad para abordar problemas complejos, entrar en el mundo simbólico de los actores, identificar aspectos culturales, recuperar las voces, formular nuevas preguntas y movilizar la acción

frente a un problema (LAFABRIE VILLAMIL, 2006). Los métodos cualitativos también tienen su lugar en la indagación sobre lo que llamamos las “zonas grises del conocimiento” en relación con la equidad de género: características de los agresores, interfases de la salud de las mujeres con la salud de los hombres, interdependencias entre masculinidad y feminidad, mecanismos de protección y resiliencia frente a la violencia en diferentes contextos culturales (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2001).

Sin embargo, hoy estamos abocadas a diseñar proyectos de investigación interdisciplinarios y transdisciplinarios, capaces de mirar simultáneamente a hombres y mujeres en dinámicas relacionales que afectan diferencialmente su desarrollo humano, como por ejemplo: la salud sexual y reproductiva, la violencia y los problemas asociados al desarrollo a través del proceso vital (FRANCO, 1993). En muchos sentidos se entienden superados los antagonismos entre los métodos cualitativos y cuantitativos pues, cada vez, más los metodólogos que se ocupan de mostrar que el análisis de los datos, independientemente de su carácter, implica procesos cualitativos. De tal manera que el dato numérico no significa algo del mundo social por sí mismo, sino por procesos de valoración e interpretación que hace el investigador (CERDA, 1993).

FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE SALUD CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

A pesar de los avances en cuanto al reconocimiento de la salud de las mujeres como un problema prioritario de investigación e intervención social en América Latina, y a pesar de saber que son las mujeres las que más usan los servicios de salud en la Región, estos no contemplan aún las diferencias de género en la atención y no parecen

estar preparados para los problemas que las mujeres presentan (CEPAL, 2007). Esta es una situación paradójica, considerando que las mujeres constituyen casi 70% de la fuerza de trabajo en el campo de la salud.

Este panorama plantea serios interrogantes a los procesos de formación del recurso humano en salud en Latino América. En una revisión más o menos reciente sobre el tema (OSPINA-MUÑOZ, 2008), encontré que las relaciones de género entre terapeuta y paciente no ocupa un lugar destacado dentro de la literatura. Los más aventurados sobre el tema plantean que, en la relación terapeuta-paciente, se reproduce el mundo social en vez de transformarlo; seguimos teniendo procesos de atención en salud verticales, centrados en el modelo biomédico y ostentosos del poder de las disciplinas sobre el cuerpo y los procesos humanos (TURNER, 1999). Se trata de procesos de atención homogenizantes, tratan de la patología, no de la persona ni del ser social y cultural. Si bien, en el proceso de acceso a la salud debe cumplirse la norma de no discriminación por razones del sexo, género, raza, religión, partido político, etc., en el proceso de atención en salud, en un mundo caracterizado por la pluralidad como el contemporáneo, es un imperativo ético la diferenciación. Esto porque las diferentes doctrinas comprensivas del mundo también otorgan significados y contenidos a salud.

El reconocimiento de la diferencia hace que el terapeuta, tradicionalmente ubicado en el lugar de la certeza, la verdad y la razón, tenga que ceder terreno ante los nuevos poderes que emergen del trasegar histórico en cada contexto sociocultural y que se encarnan en sus instituciones, imágenes, artefactos y palabras (BERLIN, 1995). Antes que un curador, el terapeuta de hoy se representa como un mediador entre distintos saberes y poderes, entre ellos los que otorgan la identidad cultural y de género, la educación, el uso de la tecnología y el mercado.

Para concluir, por todas estas razones, los expertos coinciden en señalar que la relación terapeuta-paciente será

el eje central del modelo organizativo en salud, y que los profesionales de la salud deberán adaptarse a ella debiendo, por tanto, generar en los profesionales del futuro, a través de la formación en valores, las actitudes que les permitan entablar un nuevo tipo de relación terapeuta-paciente, más igualitaria, en la que los pacientes son conscientes de su derecho a la información, a la autonomía y no aceptan de quienes los atienden actitudes paternalistas o autoritarias. La utilización del consentimiento informado de los pacientes, como prueba de que se les ha informado, y no como salvaguarda del profesional, debe convertirse en una práctica profesional (ORTIZ-POMMIER, 2004).

Estas reflexiones ponen, a quienes tenemos el reto de formar profesionales en salud, frente a la necesidad de reconocer el cambio de paradigma en la atención en salud y a reconocer que todo cambio lleva consigo determinada apreciación de los valores que le justifican y otorgan validez. Por tanto, es necesario buscar las maneras para que los profesionales de la salud obtengan una comprensión valorativa, que ayude a la interpretación de las causas de todos estos cambios. Es decir, que obtengan un pensamiento axiológico que les permita comprender la base ideológica de su actuación en el entorno laboral a la luz de las exigencias de la época (PÉREZ SÁNCHEZ, 2003).

B I B L I O G R A F Í A

ALMEIDA, C. Reforma del sector salud y equidad en América Latina y el Caribe: Conceptos, agenda, modelos y algunos resultados de implementación. *Revista Gerenc. Polit. Salud*, v. 4, n. 9, p. 5-60, 2005.

ANGUITA, G. *La Identidad femenina en situaciones de conflicto*. Corporación participa. Chile: Editorial Andrés Bello, 1992.

BERLIN, I. *El fuste torcido de la humanidad: capítulos de historia de las ideas*. Barcelona: Península; 1995. p. 28.

BORDIEU, P. *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama. 2000.

BREILH, J. *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003.

_____. *El género entre fuegos: inequidad y esperanza*. Centro de Estudios y Asesoría en Salud. Quito, Ecuador: Taller Arco Iris, 1996.

CARMONA, L.D.; ROZO, C.M.; MOGOLLÓN, A. La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social. *Revista Ciencias de la Salud*, v. 3, n. 1, p. 62-77, 2005.

CEPAL. VII Conferencia regional sobre la mujer. [Sede Web]. Disponible en: http://www.choike.org/documentos/beijing_betrayed/al_salud.pdf. Acceso: noviembre 1 de 2007.

CERDA, H. *La investigación total*. Bogotá: Magisterio, 1993.

CRUZ, A.C., NORIEGA, M.; GARDUNO, M.A. Trabajo remunerado, trabajo doméstico y salud: las diferencias cualitativas y cuantitativas entre mujeres y varones. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 4, p. 1129-1138, jul./ago. 2003.

DACHS, J.; NORBERTO, W.; FERRER, M.; FLOREZ C.E.; BARROS, A.J.D.; NARNÁEZ, R.; VALDIVIA, M. Desigualdades de salud en América Latina y el Caribe: resultados descriptivos y exploratorios basados en la autnotificación de problemas de salud y atención de salud en doce países. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v. 11, n. 5-6, p. 335-355, maio./jun. 2002.

DASKAL, A.M. *Algunas reflexiones acerca de la salud mental de las mujeres*. Primer Congreso Nacional Mujer y Salud Mental (1992). SERNAM; 1994. p. 27.

DE LOS RIOS, R. Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción. En: GÓMEZ, E.G.(Editora). *Género, Mujer y Salud en América*. Organización Panamericana de la Salud. Washington: Publicación Científica. n. 541. 1993, p. 16.

DINIZ, N.M.F.; LOPES, R.L.M.; RODRIGUES, A.D.; FREITAS, D.S. Mujeres quemadas por los maridos o compañeros. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 20, n. 3, p. 321-325, jul./set. 2007.

ESPINOZA, H. Embarazo no deseado y aborto inseguro: dos problemas de salud persistentes en América Latina. *Revista Panamericana Salud Publica/Pan American Journal Public Health*, v. 11, n. 3, p. 149, 2002.

ESTRADA-ÁLVAREZ, J. Dimensiones básicas del neoliberalismo económico. *Revista Espacio Crítico* [En línea]. Disponible en: <http://www.espaciocritico.com/articulos/je-a12.htm>. Acceso: Noviembre 1 de 2007.

FACIO, A. Engenerando nuestras perspectivas, *Revista otras miradas*, v. 2, n. 49-79, 2002. [Online] Disponible en: http://www.saber.ula.ve/db/ssaber/Edocs/grupos/gigesex/otrasmiradas/rev2_2/articulo2_1.pdf. Acceso: abril de 2008.

FRANCO, S. *Proceso vital humano: proceso salud/enfermedad: una nueva perspectiva*. En: SEMINARIO MARCO CONCEPTUAL PARA LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD. U. Nacional 1993.

GAVILAN, V.V. Buscando vida: hacia una teoría aymara de la división del trabajo por género. *Chungará (Arica)*, v. 34, n. 1, p. 101-117, jan. 2002.

GOMES, N.P.; DINIZ, N.M.F.; ARAUJO, A.J.S.; COELHO, T.M.F. Comprendiendo la violencia doméstica a partir de las categorías género y generación. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 20, n. 4, p. 504-508, out./dez. 2007.

LAFaurie VILLAMIL, M. La Investigación cualitativa como perspectiva de desarrollo social: aportes a la salud sexual y reproductiva. *Revista Colombiana de Enfermería*, v. 1, n. 1, p. 31-40, 2006.

LEÓN, M. El género en la política pública de América Latina: neutralidad y distensión. *Revista Análisis político*, n. 20, p. 39-52, 1993.

MOORE, H. Antropología feminista: nuevas aportaciones. En: *Antropología y feminismo*. Tradução de BONAFÉ, J.G. Instituto de la Mujer. Universidad de Valencia. España, p. 217-229, 1999

OLIVEIRA, J.M.; AMANCIO, L. Libertades condicionais: o conceito de papel sexual revisitado. *Sociologia*, v. 40, p. 45-61, set. 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Salud en las Américas 2007*. [sede Web] Washington: OPS: 2007. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/index.html>. Acceso: Noviembre 1 de 2007.

_____. Programa Mujer, Salud y desarrollo: Modelo integral de atención a la violencia Intrafamiliar. Deconstruyendo la violencia intrafamiliar: estado y sociedad civil, el papel del sector salud. *Serie Género y salud Pública*, n. 10. San José de Costa Rica, oct. 2001.

ORTIZ-POMMIER, A. Conflicto de intereses en la relación clínica. En: *Revista Chil Neuro-Psiquiat* 2004; 42(1): 29-36. [En línea] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272004000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es. Acceso: noviembre 17 de 2004.

OSPINA, D.; JARAMILLO, D.E.; URIBE, T.M.; Cabarcas G. Escala de identificación de las etapas de cambio conductual en mujeres en una relación conyugal violenta. *Revista Latinoamericana de psicología*, v. 38, n. 3, p. 523-534, 2006.

OSPINA, D.; SOTO, C. Entre el rito y la rutina: el rol de cuidadora de las mujeres de Medellín. En: *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, Medellín-Colombia, v. 19, n. 2, p. 58-65, 2001.

OSPINA-MUÑOZ, D. La relación terapeuta paciente en el mundo contemporáneo. En: *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, Medellín-Colombia, v. 26, n. 1, p. 166-122, 2008.

PÉREZ SÁNCHEZ, A.M.; MARTÍN LINARES, X. Educación en valores en el profesional de Ciencias Médicas. En: *Revista Cubana Salud Pública*, v. 29, n. 1, p. 65-72, 2003. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol29_1_03/spu10103.htm

SALAS-GARCÍA, B. *Desarrollo de capacidades y valores de la persona*. Orientación para la Elaboración del Proyecto Coeducativo. Santafé de Bogotá, Colombia: Mesa Redonda Magisterio, 1996.

SANCHEZ-AYÉNDEZ, M. La mujer como proveedora principal de apoyo a los ancianos: El caso de Puerto Rico. En: GÓMEZ, E.G. (Editora). *Género, mujer y salud en las Américas*. Washington: Publicación Científica. n. 541, 1993, p. 286-291.

SANTOS FERNANDEZ, M.D. La ley española de medidas de protección integral contra la violencia de género. *Revista Utopía y praxis latinoamericana*, v. 10, n. 30, p. 105-120, set. 2005.

SEN, A. *Desarrollo y libertad*. Colombia: Planeta, 1999.

THURÉN, B.M. El poder generalizado. *El desarrollo de la Antropología Feminista*. Madrid: Editorial Instituto de Investigaciones Feministas, 1993.

TURNER, B. Profesiones, conocimiento y poder. En: DE LA CUESTA BENJUMEA, C. (Comp). *Salud y enfermedad: Lecturas básicas en sociología de la medicina*. Medellín: Universidad de Antioquia; 1999. p. 187-222.

WALZER, M. *Esferas de la justicia*. 2.ed. México: Fondo de Cultura Económica, 2001. p. 10-324.

ZUNIGA ANAZCO, V. El derecho como representación-deformación: un análisis de su construcción adversarial en clave de género y derechos fundamentales. *Revista Derecho Valdivia*, v. 19, n. 1, p. 33-59, jul. 2006.

Recibido: Abril/2008
Aprovado: Junho/2008

Avaliação da qualidade dos serviços de saúde na rede básica em um município do sul do país: a visão do usuário*

Evaluation of primary care Health services quality in a town in south of Brazil: the consumer vision

Solange Andryeik de Souza ¹
Selma Cristina Franco ²

¹ Enfermeira; docente da Universidade do Contestado (UnC); Mestre em Saúde e Meio Ambiente.
souza@newage.com.br

² Médica pediatra e sanitarista; docente da Universidade da Região de Joinville (Univille); Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente.
scfranco@terra.com.br

RESUMO *A avaliação da qualidade da atenção à saúde sob a ótica dos usuários vem ganhando destaque nos últimos anos, apesar de ainda ser pouco realizada no âmbito do SUS. O presente estudo visa avaliar a qualidade da atenção à saúde na rede básica de um pequeno município enfocando a visão dos usuários. Trata-se de um estudo de caso, com desenho transversal no qual foram entrevistados 390 usuários da rede básica. Os resultados mostram que grande parte procede da área de abrangência (94%), vincula-se à sua unidade (99%) e refere alto grau de satisfação (99%). Apesar de os usuários reconhecerem uma boa qualidade na atenção recebida, há ainda diversos aspectos a serem aprimorados para se construir o modelo assistencial preconizado pelo SUS.*

PALAVRAS-CHAVE: *Qualidade dos cuidados de Saúde; Satisfação dos consumidores; Saúde Pública.*

ABSTRACT *The evaluation of quality of the health care services under the user's perspective has increasingly gained importance lately, even though it's not widely performed at the Brazilian Unified Health System. This study aims to evaluate the quality of care delivered at primary health care level in a small county, southern Brazil, emphasizing the user's vision. It consisted of a case study, a survey, conducted among 390 users attended by the local health care system unit who were interviewed. The results showed that most users come from surrounding area (94%), have a bond to the unit (99%) and relate high satisfaction level (99%). Despite the fact that users recognize the Health Care provided as good in quality, there are still some aspects to be improved in the construction of the Brazilian Unified Health System (SUS).*

KEYWORDS: *Quality of Health care; Consumer satisfaction; Public Health.*

* Projeto de pesquisa financiado pela Fundação de Ciência e Tecnologia do Estado de Santa Catarina (FUNCITEC).

INTRODUÇÃO

No decorrer dos últimos 20 anos, o sistema de Saúde do país passou por diversas reformulações e mudanças com a perspectiva de se construir um novo modelo assistencial.

A descentralização dos serviços de Saúde no Brasil, um dos princípios organizacionais do SUS, implicou na redistribuição de poderes, redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo, garantindo a articulação entre elas e a direção única em cada esfera (SANTA CATARINA, 2002).

Na gestão municipal, o modelo assistencial proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) demandou mudanças organizacionais, estabeleceu uma nova compreensão do processo Saúde-doença e redefiniu os vínculos entre os serviços e seus usuários, criando condições para uma efetiva participação da população e do controle social. A criação de instrumentos gerenciais e a modificação da lógica do funcionamento permitiram que os municípios superassem seu papel exclusivo de prestadores de serviços e assumissem o papel de gestor do SUS (SANTA CATARINA, 2002).

Na última década, surgiu uma nova estratégia de reorientação no setor de Saúde através do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que preconizam um comprometimento das equipes de Saúde com as comunidades nas quais se inserem, conhecendo a realidade da população, realizando um trabalho mais humanizado e aliando-se às famílias na busca pelo desenvolvimento de um trabalho com planejamento e avaliação (BRASIL, 2000).

Apesar dos inegáveis avanços, percebe-se que o sistema de Saúde, na maioria dos lugares, ainda não atingiu

todas as transformações necessárias para construir o modelo assistencial preconizado pelo SUS. Nesse contexto de mudanças, conhecer a qualidade da atenção à saúde prestada na rede básica torna-se bastante oportuno e relevante, principalmente se tem como foco a opinião dos usuários (DENTON, 1990).

Apesar de a literatura apresentar uma grande diversidade de tipologias de avaliação dos serviços de Saúde (MALIK; SCHIESARI, 1998; NOVAES, 2000; HARTZ; SILVA, 2005), a definição de qualidade utilizada (DEMING, 1990; DONABEDIAN, 1990; 1992; JURAN, 1992; MEZOMO, 2001) e os objetivos da avaliação é que vão nortear a escolha dos métodos e dos enfoques a serem empregados no processo avaliativo (CONTANDRIOPOULOS, 1992).

Dentre as diversas propostas metodológicas para a avaliação de serviços de Saúde, aquelas que enfocam a opinião dos usuários vêm ganhando destaque nos últimos anos. A satisfação dos usuários é um indicador reconhecido da qualidade da atenção à saúde, sendo que estudos abordam o tema a partir das características dos usuários, dos focos da avaliação e até das distintas questões metodológicas envolvidas neste tipo de abordagem (ESCOBAR, 2002; FRANCO; CAMPOS, 1998; OLIVEIRA, 1992; SERAPIONI, 1999; STARFIELD, 2002; TRAD *et al.*, 2002; ZANON, 2001).

Diante disso, o presente estudo se orienta a partir do pressuposto de que a qualidade da atenção, avaliada segundo a ótica dos sujeitos que participam do processo de produção social da Saúde como usuários, torna-se fundamental para resgatar o caráter público dos serviços, fornecendo a transparência necessária para o controle social. Seu objetivo principal é avaliar a qualidade dos serviços de Saúde oferecidos aos usuários do SUS, nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) do município de Três Barras, Santa Catarina, enfocando a perspectiva destes atores sociais. Além disso, pretende-se descrever a utilização dos serviços, avaliar o grau de satisfação dos usuários atendidos na UBS, identificar fatores que

dificultam ou favorecem a qualidade da atenção ofertada, conhecer demandas e expectativas de usuários não atendidos, bem como alguns aspectos que apontem a qualidade da assistência oferecida.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caso (DENIS; CHAMPAGNE, 1997; YIN, 1984), com desenho transversal constituído por um inquérito entre usuários da rede básica de Saúde em um município de pequeno porte no sul do país, realizado entre dezembro de 2003 e julho de 2004.

Os dados primários foram coletados junto aos usuários que utilizam as cinco unidades que compõem a rede básica de Saúde no município, duas delas localizadas na área urbana e três, na área rural. Essas UBs são responsáveis pelo atendimento de 90% dos usuários do SUS no município. As unidades urbanas organizam-se segundo os modelos convencional e PSF, que coexistem dentro da mesma área física. Já as unidades rurais funcionam segundo a estratégia do PACS.

O tamanho da amostra foi calculado com base na população do município, 17.435 habitantes segundo os oficiais do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do ano de 2000, para permitir análise estatística com margem de erro e nível de significância de 5%, resultando em 390 participantes. Utilizou-se uma amostra de probabilidade simples, considerando-se o número médio de usuários esperados em cada Unidade Básica de Saúde.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário semi-estruturado, aplicado aos usuários por Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) devidamente treinadas e supervisionadas, contendo perguntas sobre as características sociodemográficas dos usuários e alguns aspectos indicativos da qualidade da atenção.

As variáveis independentes do estudo foram: acesso geográfico, vinculação com a unidade, modelo de atenção (convencional, PSF ou PACS), tempo gasto no atendimento e serviço demandado. A variável dependente esteve relacionada à frequência dos usuários.

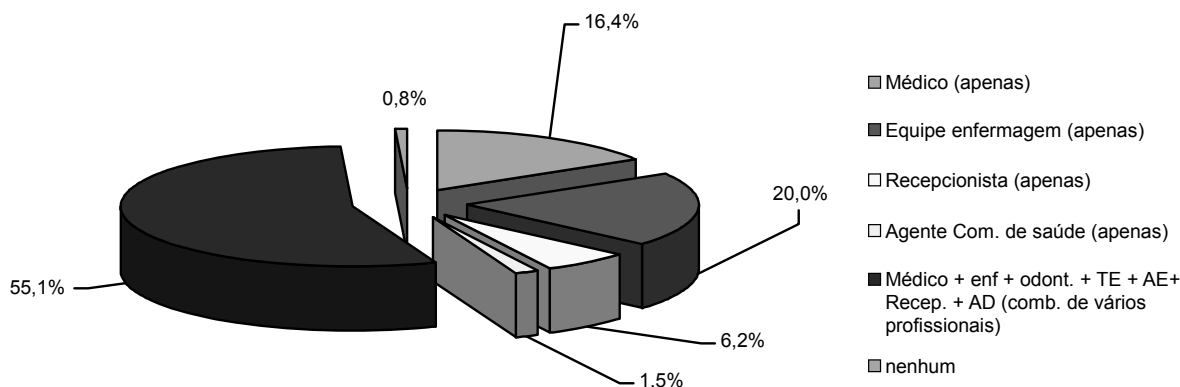
Utilizou-se o programa DELPHI versão 6.0 para armazenamento dos dados gerados. Os resultados foram compilados e apresentados em gráficos de setores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 390 usuários. Os resultados evidenciam que o acesso geográfico não constituiu uma dificuldade aos usuários visto que a maioria deles pertence à área de abrangência (94,7%), locomove-se a pé ou de bicicleta (82,6%) e gasta menos de 30 minutos para chegar (90%).

Outro aspecto verificado foi o vínculo entre usuários e as UBSs, elemento indicativo de boa qualidade da atenção (JUNQUEIRA; AUGE, 1996; BOSI; AFFONSO, 1998). Neste estudo, a grande maioria dos usuários (99,2%) disseram conhecer o(s) profissional(is) que lhes prestaram atendimento, citando-os pelo nome. Além disso, souberam dizer a qual categoria profissional eles pertenciam, conforme mostrado no Gráfico 1. Cerca de 55,1% dos usuários afirmaram terem sido atendidos por vários profissionais da equipe de Saúde (médico, enfermeira, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, recepcionista, agente comunitário de Saúde e outros) no dia da entrevista, sendo que 20% referiu ter recebido atendimento da equipe de enfermagem. Embora o profissional médico tenha sido citado por apenas 16,4% dos entrevistados como o único profissional que lhe atendeu, não se pode inferir que a prestação de cuidados seja compartilhada pela equipe de Saúde e não centrada apenas no profissional médico, uma vez que os motivos de procura mais frequentes foram

GRÁFICO 1 - Distribuição dos usuários entrevistados quanto ao(s) profissional(is) que os atendem



Enf = Enfermeira; Odont = Odontólogo; TE = Técnico de Enfermagem; AE = Auxiliar de Enfermagem; AD = Auxiliar de dentista; Agente Com. de Saúde = Agente comunitário de Saúde

Fonte: pesquisa de campo realizada entre dezembro de 2003 e julho de 2004.

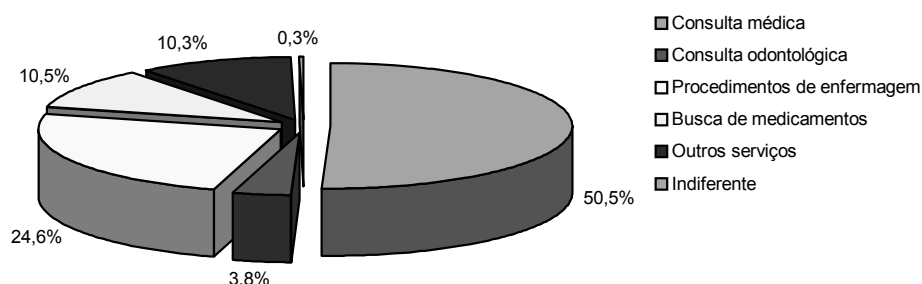
justamente as consultas médicas (50,5%), seguidos dos procedimentos de enfermagem (24,6%), como mostra o Gráfico 2. Segundo o CONASS (2003), há uma grande variação nos diversos tipos de serviços demandados, sendo que 75,9% dos usuários buscam consultas médicas (BRASIL, 2003A). Além disso, sabe-se que a demanda dos serviços é influenciada diretamente pelo tipo de serviço ofertado e pelo modelo assistencial predominante. Neste estudo, mais da metade dos motivos que levaram os usuários a procurar o serviço foi uma consulta médica. Isso mostra a necessidade de se formular ações gerenciais para estimular o trabalho em equipe multidisciplinar, conforme preconiza o modelo do SUS.

Com relação ao tipo de demanda, identificou-se um predomínio de demanda espontânea (61,6%). Apenas 35,6% das consultas foram agendadas previamente para acompanhamento médico e de enfermagem e 2,8% dos clientes procuraram outros tipos de atendimento não agendados (curativo, inalação, orientações, etc.). Isso nos indica que as ações programadas não representam a maioria da atenção oferecida, conforme se espera em uma UBS, havendo ainda uma predominância do modelo de um pronto atendimento.

Um aspecto indicativo da qualidade da atenção é a satisfação da clientela com a recepção na entrada da UBS. No presente estudo, 99,5% dos usuários avaliaram essa recepção como ótima ou boa e apenas 0,5% consideraram-na ruim. Embora diversos autores relatem que a satisfação das necessidades e expectativas dos usuários, desde a entrada até a saída da UBS, seja um bom indicador de qualidade do cuidado prestado (JUNQUEIRA; AUGE, 1996), o alto índice encontrado deve ser relativizado, já que o local de realização das entrevistas (as próprias Unidades de Saúde) e o entrevistador (profissional de Saúde) podem influenciar nas respostas.

Outro aspecto que aponta uma boa qualidade da atenção é o grau de satisfação com o tempo gasto durante o atendimento. Neste estudo, a grande maioria dos usuários (94,3%) consideraram-no adequado e apenas 5,7% relatou ter tido alguma insatisfação. Ou seja, esse aspecto não constituiu um problema, segundo os usuários. Kloetzel *et al.* (1998) comentam que o usuário compreende a demora, uma vez que o profissional, na maioria das vezes, não consegue acompanhar o ritmo da chegada dos clientes. Tal questão pode ser aprimorada com ações gerenciais

GRÁFICO 2 - Distribuição dos usuários entrevistados quanto ao motivo de procura (demanda dos serviços)



Fonte: pesquisa de campo realizada entre dezembro de 2003 e julho de 2004.

no processo de trabalho em equipe, desde a adequação da agenda até a divisão de tarefas e responsabilidades entre os profissionais da equipe de Saúde.

No que diz respeito ao atendimento das necessidades dos usuários, 380 (97,4%) relataram que suas expectativas foram atendidas sem dificuldades (Gráfico 3). Apenas dez usuários (2,6%) apontaram problemas nas consultas médicas especializadas, exames e medicamentos. Segundo Bosi e Affonso (1998), há expectativa toda vez que um usuário busca uma prestação de serviços. A preocupação em atendê-la significa que a organização dos serviços está voltada para o usuário e suas necessidades.

Dos 390 usuários entrevistados, 348 (89,2%) não necessitaram de encaminhamento para outro serviço de retaguarda, mostrando um bom nível de resolutividade (Gráfico 4). O motivo de encaminhamento mais freqüente foi a autorização para exame e apenas (1,8%) dos pacientes foi encaminhado para algum especialista. Este parâmetro está de acordo com o preconizado pela legislação do SUS (BRASIL, 2003B, p. 156) e estabelece que “a rede de atenção básica pode resolver em torno de 85% das demandas de saúde de uma comunidade”. Pimenta *et al.* assinalam:

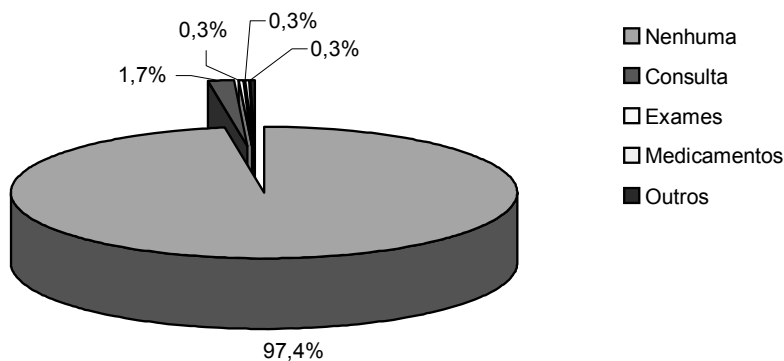
[...]a instalação de uma rede básica resolutiva e com qualidade exige a reorganização do modo como as

unidades de Saúde atendem a demanda, e isto depende, em grande medida, da formação de equipes interdisciplinares qualificadas e comprometidas com os usuários do SUS. (2000, p. 36)

Esta reorganização do processo de trabalho pressupõe o estabelecimento de uma política de recursos humanos, a médio e longo prazo, que propicie profissionais em quantidade suficiente para atender às necessidades da população, condições de trabalho adequadas, salários compatíveis com o mercado de trabalho, programa de educação continuada, incentivo à criatividade e autonomia das equipes locais e outras medidas que possam melhorar o atendimento dos serviços de Saúde.

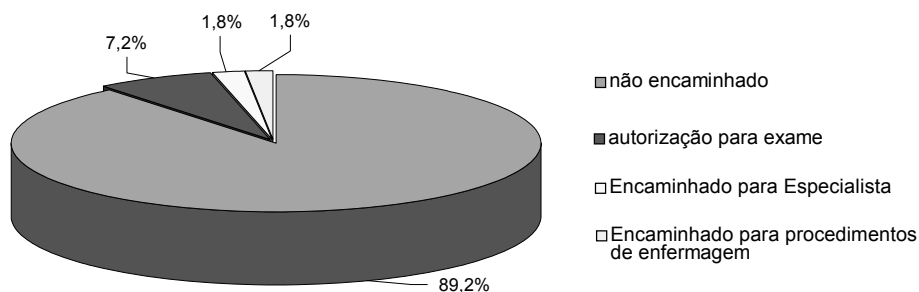
O grau de satisfação relatado pelos usuários em relação aos atendimentos prestados foi alto (99%) e verificou-se apenas quatro clientes insatisfeitos (Gráfico 5). Ao serem questionados sobre o motivo da insatisfação, um deles admitiu ter sido em relação a outros serviços (retaguardas), dois com consultas médicas não PSF e um com consulta médica PSE. Ramos e Lima (2003) afirmam que o usuário mostra visivelmente sua satisfação com os serviços de Saúde quando encontra facilidades, tais como o serviço de coleta de exames. Dentre as dificuldades apontadas, os usuários citam as consulta na área de clínica médica e ginecologia. Esses autores assinalam, ainda, que o acolhimento, a forma de organização do

GRÁFICO 3 - Distribuição dos usuários entrevistados quanto às dificuldades relatadas



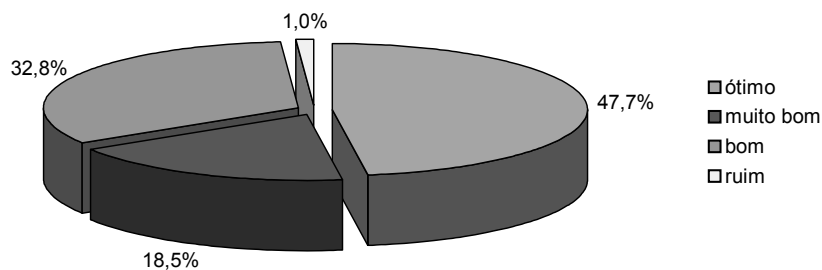
Fonte: pesquisa de campo realizada entre dezembro de 2003 e julho de 2004.

GRÁFICO 4 - Distribuição dos usuários entrevistados quanto ao tipo de encaminhamento



Fonte: pesquisa de campo realizada entre dezembro de 2003 e julho de 2004.

GRÁFICO 5 - Distribuição dos usuários entrevistados quanto ao grau de satisfação



Fonte: pesquisa de campo realizada entre dezembro de 2003 e julho de 2004.

serviço e a competência profissional dos técnicos são fatores importantes para a produção de facilidades e satisfação da clientela.

Ao serem questionados se já eram usuários da unidade de Saúde antes da implantação do PSF/PACS, 90,8% dos usuários disseram que sim, evidenciando uma vinculação entre usuários e serviços públicos de Saúde anterior ao modelo PSF. Isso possivelmente foi devido ao perfil socioeconômico dos usuários deste município para os quais o SUS é a única opção de atenção à saúde. Nesse sentido, Bodstein (2002) mostra, em seu estudo sobre a atenção básica, que o desafio na reestruturação para a reforma do setor passa pela definição e produção de serviços e programas de Saúde adequados e suficientes para uma população potencial de 170 milhões de habitantes, das quais cerca de 75% são praticamente dependentes do setor público.

CONCLUSÕES

Este estudo buscou conhecer a visão dos usuários do SUS que freqüentam a rede básica em um pequeno município. Tratou-se de um estudo de caso, o que impõe limites à generalização dos resultados obtidos, embora seja possível inferir que tais resultados possam ser aplicáveis à grande maioria dos municípios brasileiros de pequeno porte.

Tomamos como pressuposto central o fato de que para se construir um modelo de atenção centrado nos usuários e suas necessidades de saúde, torna-se fundamental ouvir esses sujeitos, tanto para conhecer suas necessidades e expectativas quanto para possibilitar sua participação na gestão, visando a aprimoração do próprio modelo.

Entretanto, ao optar por trabalhar com usuários dos serviços e não com um inquérito de base populacional, atendeu-se a uma questão de ordem prática, de conve-

niência e exequibilidade do estudo, dados os recursos financeiros disponíveis e as limitações de prazo colocadas. Dessa forma, introduziu-se um viés de seleção, já que os usuários que freqüentam os serviços de Saúde são justamente os que se vinculam a eles, estabelecendo uma relação de confiança e satisfação. Entretanto, tal consideração não invalida os resultados obtidos, visto que a perspectiva dos usuários é uma forma de avaliação largamente utilizada, principalmente em países onde a cidadania é um fato. Neste estudo, esta questão metodológica serve como uma das explicações para os altos níveis de satisfação encontrados, superando inclusive as expectativas do pesquisador. Além disso, o público-alvo do estudo, composto por usuários das cinco unidades básicas de Saúde, possivelmente corroborou para os altos níveis de satisfação (99%), visto que neste estrato socioeconômico as noções de cidadania e respeito sabidamente estão pouco presentes em seu cotidiano.

Colocados os seus limites, os resultados do presente estudo indicam que a atenção à saúde na rede básica do município de Três Barras é de boa qualidade, segundo o que dizem seus usuários.

O acesso geográfico não constitui uma dificuldade aos usuários visto que 94,7% deles pertence à área de abrangência, 82,6% locomove-se a pé ou de bicicleta e 90% gasta menos de 30 minutos para chegar.

A pesquisa também indica uma boa vinculação da população com a unidade de Saúde mais próxima, sendo que 99,2% dos entrevistados já utilizavam o serviço (retornos) e conheciam os profissionais pelo nome. Entretanto, nos chama a atenção o fato de apenas 35,6% dos usuários terem tido suas consultas agendadas previamente, sendo que a grande maioria (61,6%) utiliza a atenção básica em demanda espontânea, o que coloca em questão o modelo assistencial, ainda centrado em ações curativas e individuais em detrimento das ações de prevenção e coletivas. Dessa forma, o modelo preconizado pelo SUS encontra-se parcialmente implementado no

município de Três Barras, o que demanda uma atuação de todos os atores sociais envolvidos no processo de produção de Saúde para se modificar o modelo.

As modalidades de serviços mais demandadas foram as consultas médicas e os procedimentos de enfermagem (75,1% dos motivos de procura). Tais resultados confirmam a análise a respeito da implementação parcial do modelo assistencial, visto que a demanda é fortemente influenciada pela oferta de serviços. Assim, em Três Barras, um dos aspectos gerenciais a serem trabalhados junto aos profissionais de Saúde e à população é justamente o planejamento na oferta dos serviços, utilizando-se a demanda espontânea como uma porta de entrada para as ações programáticas sobre os coletivos epidemiologicamente definidos.

A frequência de procura à unidade de Saúde antes da implantação do PSF mostrou-se alta (90,8%), evidenciando um vínculo dos usuários com os serviços públicos de Saúde anterior ao modelo PSF/ PACS.

Os altos níveis de satisfação dos usuários com relação à recepção na UBS em questão (99,5%), ao tempo despendido no atendimento (94,3%), ao atendimento das necessidades e ao atendimento em geral (99%), evidenciam que a opinião dos usuários é bastante favorável aos serviços de Saúde deste município. A grande maioria dos usuários (97,4%) não citou problemas no atendimento, sendo que apenas dez deles apontaram problemas com relação a consultas médicas, exames e medicamentos. Vale ressaltar que a metodologia utilizada certamente teve influência sobre esses resultados, pois o fato de os usuários serem entrevistados dentro da unidade e por profissionais de Saúde conhecidos por eles, pode ter favorecido as respostas positivas.

Dos 390 usuários entrevistados, 348 (89,2%) não necessitaram de encaminhamento para outro serviço de especialidade, o que indica um bom nível de resolutividade.

A realização deste trabalho constituiu uma oportunidade para se ouvir a opinião dos usuários e refletir

sobre a qualidade da atenção oferecida na rede básica municipal em Três Barras. Tal conhecimento torna-se importante nesse momento em que a política de Saúde coloca o município como responsável pelo planejamento e execução das ações, buscando construir o modelo assistencial do SUS com base na promoção, proteção e recuperação da saúde. Nesse sentido, a rede básica constitui um local privilegiado para se avaliar as políticas, pois é ali, na porta de entrada do sistema de Saúde, próximo aos usuários, que se pode constatar a efetivação ou não das políticas públicas de modo geral, e da política de Saúde em particular.

A metodologia utilizada neste estudo pode servir como referência e ser utilizada por outros pesquisadores, administradores e equipes profissionais, uma vez que valoriza a opinião dos usuários que frequentam a rede básica de Saúde, criando uma aproximação e uma co-responsabilização pela melhoria da qualidade da atenção prestada. Os atos de escutar a população e sensibilizá-la para fazer parte do processo e promover ações coletivas visando uma melhora da saúde e condições de vida da comunidade, constituem uma necessidade diante da complexidade da tarefa de se modificar o modelo de atenção atual.

REFERÊNCIAS

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BOSI, M.L.M.; AFFONSO, K.C. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da rede pública de serviços. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 355-365, abr./jun. 1998.

BRASIL. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. *A saúde na opinião dos brasileiros*. Brasília, DF: Conass, 2003A.

_____. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. *Legislação do SUS*. Brasília, DF: Conass, 2003B.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *A implantação da unidade de saúde da família*. Brasília, DF: 2000.

CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L.; PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: Conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.

DEMING, W.E. *Qualidade: a revolução da administração*. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva, 1990.

DENIS, J.L.; CHAMPAGNE, F. Análise da implantação. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 49-88.

DENTON, D.K. *Qualidade em serviços: o atendimento ao cliente como fator de vantagem competitiva*. São Paulo: Makron/McGraw-Hill, 1990.

DONABEDIAN, A. Evaluación de la calidad de la atención médica. In: WHITE, K. FRENK, J.; ORDÓÑEZ, C.; PAGANINI, J.M.; STARFIELD, B. (Editores). *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington, Organización Panamericana de la Salud (OPAS), p. 382-404, 1992.

_____. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. *Salud Pública de México*, v. 32, p. 113- 117, 1990.

ESCOBAR, E.M.A. Aspectos conceituais da avaliação da qualidade em serviços de saúde. In: CIANCARULO, T.I.; GUALDA, D.; SILVA, G.T.R.; CUNHA, I.C.K.O. (Org.). *Saúde na família e na comunidade*. São Paulo: Robe Editora, 2002. p. 93-101.

FRANCO, S.C.; CAMPOS, G.W.S. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 61-70, jan./mar. 1998.

HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador/Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

JUNQUEIRA, L.A.P.; AUGÉ, A.P.F. Qualidade dos serviços de saúde e satisfação do usuário. *Cadernos Fundap*, p. 60-78, jan./abr. 1996.

JURAN, J.M. *Juran planejando para a qualidade*. São Paulo: Pioneira, 1992.

KLOETZEL, K.; BERTONI, A.M.; IRAZOQUI, M.C.; CAMPOS, V.P.G.; SANTOS, R.N. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. A satisfação do usuário. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 623-628, jul./set. 1998.

MALIK, A.M.; SCHIESARI, L.M.C. *Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde*, v. 3, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

MEZOMO, J.C. *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos*. São Paulo: Manole, 2001.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, p.547-549, out. 2000.

OLIVEIRA, C. G. *Análise do conceito de satisfação do usuário na obra de Donabedian*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1992.

PIMENTA, A.L. Construindo um modelo assistencial centrado na rede básica. In: PIMENTA, A.L. (Org.). *Saúde e humanização: a experiência de Chapecó*. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 29- 40.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34 jan./fev. 2003.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. *Informações básicas para gestores do SUS/Secretaria de Estado da Saúde*. Diretoria de Planejamento e Coordenadoria de Ações Regionais. Florianópolis, 2002.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. *Saúde em Debate*, v. 23, n. 53, p. 81-92, set./dez. 1999.

STARFIELD, B. Responsabilidade na atenção primária. In: STARFIELD, B. (Org.). *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002. p. 207-365.

TRAD, L.A.B.; BASTOS, A.C.S.; SANTANA, E.M.; NUNES, M.O. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 581-589, 2002.

YIN, R.K. Case Study Research: design and methods. *Applied Social Research Methods Series*, v. 5, Beverly Hills, Sage, 1984.

ZANON, U. Avaliação do Hospital. In: ZANON, U. (Org.). *Qualidade da assistência médico-hospitalar*. Rio de Janeiro: MEDSI, 2001. p. 65-79.

Recebido: Fevereiro/2005

Aprovado: Junho/2007

Reflexões acerca do acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais

Reflections on the user embracement at a Health Care Center in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil

Mirelle Dias Campos ¹
Mariana Santos Felisbino Mendes ²
Grazielle Rodrigues Siqueira de Abreu ³
Divina Elenice Cardoso Bessas ⁴
Grazielle Neves Soares ⁵
Lúcio José Vieira ⁶

¹ Acadêmica do quinto período da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG).
elbessas@yahoo.com.br

² Acadêmica do quinto período da EEUFMG.
grazyufmg@bol.com.br

³ Acadêmica do quinto período da EEUFMG.
gagarodrigues@brfree.com.br

⁴ Acadêmica do quinto período da EEUFMG.
marianafelisbino@yahoo.com.br

⁵ Acadêmica do quinto período da EEUFMG.
mya_diasufmg@yahoo.com.br

⁶ Professor doutor do Departamento de Enfermagem Materno-infantil da EEUFMG.
vieira@ufmg.br

RESUMO *Pretende-se discutir como é realizado o acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte (MG) e quais são as diferenças quanto à forma de realização deste entre as Equipes de Saúde da Família. A partir da opinião dos usuários, dos profissionais que realizam essa atividade e da observação e percepção de acadêmicas do quinto período da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, observou-se que o acolhimento, na prática, está pouco fundamentado na teoria e, por isso, seus objetivos e a sua qualidade quanto à atenção à saúde ficam comprometidos.*

PALAVRAS-CHAVE: *Acolhimento; Enfermagem; Unidade Básica de Saúde.*

ABSTRACT *The present article attempts to discuss the kind of user embracement performed in a health care unit in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil, as well as the differences between this reception and the one performed by the Family Health Program teams. Opinions of health care clients, health professionals responsible for this activity and Nursing School academics of the Federal University of Minas Gerais were considered. It was observed that the reception, in its practical aspect, is poorly based on theory and, therefore, its objectives and the quality of the health attention become compromised.*

KEYWORDS: *User Embracement; Nursing; Health Centers.*

INTRODUÇÃO

Implementado na rede básica de serviço de Saúde pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH), Minas Gerais, em 1996, o acolhimento surge como um princípio mínimo assistencial do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/BH, 2003). Esse princípio consiste em uma estratégia que tem por objetivo romper com o modelo biomédico e contribuir para a construção do modelo de vigilância à Saúde, reorientando a assistência.

Dessa forma o acolhimento tem a premissa do usuário como ponto central, escutando-o e buscando a humanização e a integralidade do atendimento. Assim, o acolhimento permite a criação de vínculo entre as equipes multiprofissionais e sua respectiva população adscrita. Essa equipe visa quebrar a hegemonia médica no serviço, possibilitando a atuação de vários profissionais, cada um na sua especificidade, ampliando o espectro de intervenção e aumentando a resolutividade (HENNINGTON, 2005; MALTA *et al.*, 2000).

O acolhimento possibilita, ainda, a priorização dos casos agudos, além de garantir atendimento para todos aqueles que procuram o serviço, o que remete ao princípio da universalidade (MALTA *et al.*, 2000).

Entretanto, observou-se em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Belo Horizonte, que, na prática, o acolhimento não contempla todos os seus aspectos em teoria. Percebeu-se que ele ocorre de forma diferenciada entre as cinco equipes de Estratégia da Saúde da Família (ESF) presentes na unidade; enquanto algumas equipes o realizam de forma a contemplar os pressupostos teóricos, outras se limitam a uma simples triagem, comprometendo

os objetivos do acolhimento, que não se restringe à universalidade e à priorização dos casos mais urgentes.

A partir dessa constatação, pretendeu-se discutir o modo como o acolhimento tem sido realizado na UBS em questão, sendo analisada a desenvoltura do enfermeiro nessa atividade e pontuadas as deficiências no desenvolvimento dessa prática.

O acolhimento e os princípios do SUS

O acolhimento consiste em uma diretriz assistencial, inserida na ESF, sendo esta última implementada para a viabilização do Sistema Único de Saúde (SUS) (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/BH, 2003).

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 com a finalidade de modificar o quadro de desigualdade na assistência à saúde da população (SMSA/PA, 2005). Tem como proposta a atenção integral à saúde, visando à sua promoção, enfatizando as ações preventivas e buscando a qualidade na recuperação de agravos e doenças (DARON, 2001). Esse sistema estrutura-se sobre princípios doutrinários e organizacionais da universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular (CUNHA, 1998).

Os princípios doutrinários (universalidade, equidade e integralidade) podem ser percebidos na prática assistencial realizada nas UBSs e o acolhimento é uma das atividades capaz de promovê-los.

De acordo com a lei 8.080/90, a Saúde é um direito de todos e um dever do Estado e, por esse motivo, o atendimento deve ser garantido a todas as pessoas que procuram os serviços de Saúde. O acolhimento contribui para que a universalidade ocorra, já que acaba sendo um dispositivo que organiza o serviço, possibilitando o acesso de e assistência a todos (MALTA *et al.*, 2000).

Reflete ainda a equidade, pois são priorizados os quadros agudos, dando-se assistência primeiramente àqueles que apresentam maior urgência. E por ter como

aspecto fundamental um olhar e um ouvir humanizado e voltados ao usuário, o acolhimento deve alcançar a integralidade, isto é, o usuário deve ser visto como um ser holístico (FRANCO; HELVÉCIO JUNIOR, 2003).

O acolhimento na UBS

Segundo MERHY (1997, p. 76), “o acolhimento deve garantir a resolutividade, que é o objetivo final do trabalho em saúde: resolver efetivamente o problema do usuário”. Essa afirmativa mostra que a resolutividade não é apenas um objetivo particular do acolhimento, mas do processo de trabalho em Saúde como um todo.

A equipe deve estar apta a solucionar as necessidades dos usuários, o que constitui um pressuposto para todas as outras ações. Ou seja, para se tornar referência em Saúde, criar vínculo ou oferecer um serviço de qualidade, é preciso ter resolutividade.

Esta questão é importante, pois, historicamente, o modelo de atenção primária de demanda espontânea sempre apresentou baixa resolutividade e eficiência (SENA-CHOMPRÉ *et al.*, 2000), sendo que, nesse momento, estava diretamente ligado ao modelo biomédico, voltado para cuidados curativos e reabilitadores. Entretanto, para que o novo modelo de vigilância à Saúde torne-se efetivo, a resolutividade das UBSs devem aumentar de modo considerável e, para tanto, é necessário ‘tomar’ o usuário como elemento central e justificador do processo assistencial (SENA-CHOMPRÉ *et al.*, 2000).

No contexto da resolutividade como pré-requisito fundamental e da ocorrência da transição do modelo de atenção à Saúde, o acolhimento foi instituído como uma estratégia para reorganizar a assistência.

De acordo com Malta (2000), o acolhimento tem início com a recepção do usuário na unidade e ocorre em qualquer local desta: seja na recepção, na portaria, na farmácia, etc. O usuário, então, é orientado a respeito de sua necessidade. Segue-se então o acolhimento

propriamente dito, realizado pelo enfermeiro e/ou auxiliar de enfermagem. Este é um espaço para uma escuta humanizada das queixas dos usuários e, a partir da análise dessas, o profissional atuará com o objetivo de solucionar o problema, priorizando os casos agudos e de urgência. O produto final do acolhimento pode ser variado de acordo com a demanda do paciente e o ‘poder’ de resolutividade do profissional a realizá-lo. Dessa forma, a questão pode se resolver ali mesmo, seja por meio de uma consulta de enfermagem, medicando-se ou não o paciente, conforme a necessidade, ou por meio de uma aferição dos dados vitais ou da realização de um pedido de exames.

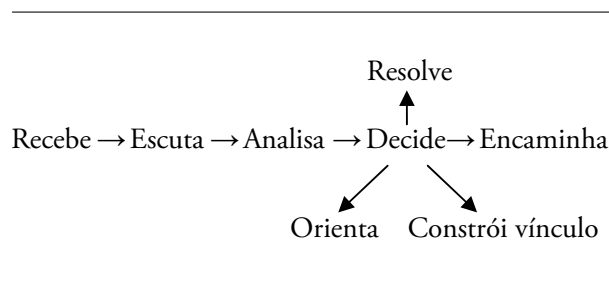
O acolhimento ainda pode gerar o encaminhamento para uma consulta médica ou para qualquer outro setor da unidade como uma sala de vacinação, sala de curativo ou sala de procedimentos. Deve-se destacar que as possibilidades de conduta serão delimitadas a partir da categoria profissional que realiza o acolhimento. Todo esse processo contribui para a construção do vínculo entre os profissionais e os usuários, além de constituir um espaço para a orientação de modo geral.

Assim, o fluxo do acolhimento apresenta uma entrada, seguido de várias opções, e uma saída (MALTA, 2001), como ilustrado na Figura 1.

Além de constituir uma estratégia para a reorganização da assistência, o acolhimento também se tornou um mecanismo de implementação do cuidado de enfermagem, uma vez que favorece a autonomia dos profissionais dessa área, pois, tanto auxiliares de enfermagem quanto enfermeiros são os responsáveis, na maioria dos casos, por seu desenvolvimento (SENA-CHOMPRÉ *et al.*, 2000).

O enfermeiro, portanto, está apto a, pode e deve desenvolver uma série de ações que lhe competem no acolhimento, contribuindo para um desafogamento das agendas médicas. Como já foi dito, a resolutividade realizada pelo enfermeiro vai além do encaminhamento para

FIGURA 1 – Recepção do usuário e possibilidades de respostas



Fonte: MALTA et al, 2000

consultas médicas; ele pode, também, realizar consultas de enfermagem quando julgar necessário, prescrever e pedir exames de acordo com sua competência e, sobretudo, orientar os pacientes, pois muitas vezes esta função primordial de um enfermeiro é deixada de lado.

Tendo em vista todos esses aspectos teóricos do acolhimento e reconhecendo que cada profissional possui particularidades que influenciam em seu trabalho, percebeu-se em uma UBS que, muitas vezes, o enfermeiro deixa de realizar o acolhimento com qualidade em detrimento da quantidade, fazendo dessa atividade uma mera triagem, um simples aparato para agendamento de consultas médicas com equipe, horário e local definidos.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Neste estudo, utilizou-se uma abordagem qualitativa e, como instrumento, uma entrevista semi-estruturada aplicada aos usuários e aos profissionais responsáveis pelo acolhimento das cinco ESFs existentes em uma UBS de Belo Horizonte, bem como a observação em campo, feita por cinco acadêmicas.

Os dados foram coletados durante estágio, realizado na unidade durante 17 dias nos meses de maio a junho de 2005. O grupo que participou do estágio, pela disciplina Saúde Coletiva II, compôs-se de cinco acadêmicas

do quinto período da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG).

Foram desenvolvidas atividades em diversos setores, além de ter sido realizado um acompanhamento às cinco ESFs centrado na observação do acolhimento desenvolvido pelos profissionais (enfermeiros e auxiliares de enfermagem). Deve-se ressaltar que os trabalhos de dois enfermeiros não puderam ser observados por todas as alunas, já que um deles entrou de férias e outro havia tirado licença médica, sendo substituídos no acolhimento pelo auxiliar de enfermagem e, eventualmente, pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) de suas respectivas equipes.

Essa UBS atende cerca de 14 mil pessoas, o que corresponde a cerca de 4 mil famílias cadastradas, sendo distribuídas da seguinte forma: 20% em risco médio de adoecer e morrer; 75,8% em risco elevado; e 4,2% em risco muito elevado. Essa porcentagem tem base nos dados censitários de 2000, fornecidos pela gerente da UBS em questão.

A princípio, o objetivo era o de entrevistar dez usuários de cada equipe. Devido a uma paralisação no serviço, este propósito foi alcançado apenas em duas das equipes, sendo entrevistados sete, oito e nove usuários das demais equipes, o que rendeu um total de 44 entrevistas. A entrevista com os usuários contemplou as seguintes perguntas:

- Para você, o que é o acolhimento? E, na sua opinião, onde ele se inicia?

- Você nota alguma diferença entre o acolhimento realizado pela enfermeira e pelo auxiliar de enfermagem?

- Como você avalia esse acolhimento: péssimo, regular, bom ou ótimo?

- Você considera o acolhimento importante?

- Alguma vez você teve sua queixa resolvida no acolhimento, com o enfermeiro? Como?

- Quais as críticas e/ou sugestões que faria com relação ao acolhimento que sua equipe desenvolve?

A entrevista feita com os enfermeiros foi respondida por três destes profissionais: um auxiliar de enfermagem e um ACS. Possuía a primeira e a última questões iguais às do questionário dos usuários, além das seguintes:

- Quais atividades podem ser desenvolvidas no decorrer do acolhimento, quando feito pelo enfermeiro? E quando feito pelo auxiliar de enfermagem da equipe?

- Na sua opinião, o acolhimento realizado pela equipe da qual você faz parte apresenta resolutividade para o usuário? Se sim, como? Se não, por quê?

- A forma como ocorre o acolhimento de sua equipe favorece e permite a construção de vínculo com a população adscrita? Há espaço para orientação? Se sim, como e por quê?

Apesar da existência de um roteiro fixo de perguntas, essas entrevistas ocorreram na forma oral, preservando-se o anonimato dos usuários e profissionais.

Analisaram-se os dados por meio de leitura exaustiva do conteúdo das respostas, ora destacando-se os

pontos mais relevantes, ora agrupando-os na forma de gráficos que serão apresentados neste trabalho.

DISCUSSÃO

Nessa UBS, o acolhimento apresenta algumas particularidades, pois, quando o usuário chega, deve se dirigir ao ACS da equipe para relatar suas queixas de saúde, que são anotadas em um livro destinado a isto e que é mantido em um pátio sobre uma mesa. De posse deste livro, o profissional responsável pelo acolhimento propriamente dito organiza as demandas de modo a realizar o atendimento segundo o grau de emergência dos casos e de acordo com as queixas anotadas, lembrando que crianças e idosos têm prioridade.

As atividades descritas são realizadas no período da manhã e cada equipe estabelece seu próprio horário, levando em consideração a disponibilidade de espaço para a realização do acolhimento.

A percepção do acolhimento sob o ponto de vista dos usuários

Primeiramente, perguntou-se aos usuários entrevistados o que seria, segundo eles, o 'acolhimento', com o objetivo de se conhecer o que a população pensa a respeito dessa atividade.

Observou-se em algumas falas o desconhecimento e a ausência de um conceito sobre esta atividade, bem como a emissão de respostas não condizentes. A seguinte fala remete a essa afirmativa: "Tem que passar por uma mesinha para você entrar e colher sangue e entregar a urina". O usuário insistiu nessa idéia, mesmo após a intervenção do entrevistador, enfatizando o termo 'acolhimento'. Outros relatos, como: "É o atendimento das pessoas que não tem

cartão” e “É um tipo de espera para atender as pessoas”, ilustram esse desconhecimento da parte dos usuários dos serviços.

A maior parte das respostas contemplou uma não especificidade do que seria o acolhimento para o usuário entrevistado, limitando-se a caracterizá-lo como “uma burocracia”, “um passe”, “uma ponte”, “uma demoraçã”, “esperar para se chegar à consulta médica”. Quando o usuário diz que o acolhimento “serve para atrapalhar, pois se marcasse a consulta direto seria mais fácil” e que o acolhimento “serve para encaminhar para o médico”, mostra que ele ainda insiste no modelo biomédico e não compreende o real objetivo da reorganização do serviço.

Como já foi dito, o acolhimento pode, muitas vezes, ser um meio de chegada à consulta médica. Entretanto, percebe-se nas respostas uma visão restrita dessa atividade e esse fato pode estar relacionado, não apenas à falta de informação por parte dos usuários, mas também ao modo como o enfermeiro, ou outro profissional, o esteja realizando; é preciso considerar, ainda, as condições, oferecidas pelo serviço, de realização dessa atividade.

Apesar de boa parte das entrevistas terem evidenciado certa negatividade em relação ao acolhimento, uma minoria foi capaz de reconhecê-lo de maneira positiva, entendendo-o como uma *‘pré-avaliação’* realizada pelo enfermeiro, cujos “casos graves são repassados para o médico”. Isso mostra que o usuário reconhece no acolhimento uma finalidade, entende a sua função enquanto priorização dos casos agudos para a consulta médica e vê no enfermeiro a possibilidade/capacidade de resolução de sua queixa.

Na segunda pergunta, questionou-se se o usuário nota diferença quando o acolhimento é realizado pelo enfermeiro e quando é realizado pelo auxiliar de enfermagem. Grande parte não pôde avaliar o serviço por não saber distinguir esses profissionais, por sempre ter sido atendido pelo enfermeiro e, alguns casos, por,

surpreendentemente, nunca ter sido atendido pelo enfermeiro e, surpreendentemente, nunca ter sido atendido pelo enfermeiro. Grande parte daqueles que avaliaram o serviço disseram não haver diferença entre o acolhimento realizado pelos dois profissionais. Tal fato levanta a hipótese de que, como o enfermeiro realiza o acolhimento, ele determina a existência e o reconhecimento de tal diferença, pois o espectro de ação desse profissional é maior do que do ACS e, ao se limitar à priorização de casos graves, ele não se utiliza de sua capacidade de solucionar algumas necessidades dos usuários, igualando-se aos auxiliares de enfermagem no que diz respeito às ações.

A questão subsequente apreciou a qualidade do acolhimento, segundo o usuário, em ótimo, bom, regular e péssimo. Dos 44 questionários, obteve-se o resultado apresentado na Figura 2.

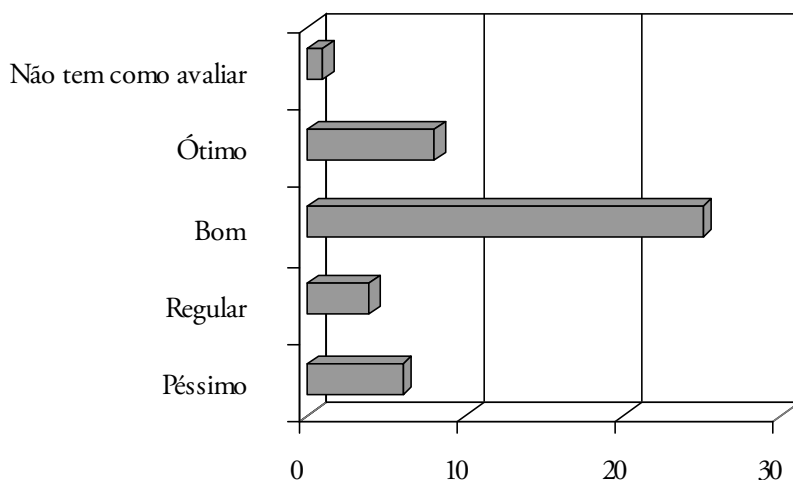
A categoria *‘não tem como avaliar’* inclui apenas um usuário que relatou não ter passado por qualquer acolhimento propriamente dito, mesmo já tendo se consultado com o médico duas vezes.

Levando-se em consideração que o acolhimento e sua respectiva qualidade resulta também das características pessoais de cada profissional, dividiu-se a opinião dos usuários por equipe, como mostram as Figuras 3, 4, 5, 6 e 7.

De acordo com os gráficos, a qualidade do acolhimento realizado nesta UBS é considerada ‘boa’ pela maioria dos usuários. Entretanto, percebe-se uma diferença entre as equipes quanto a esta qualidade.

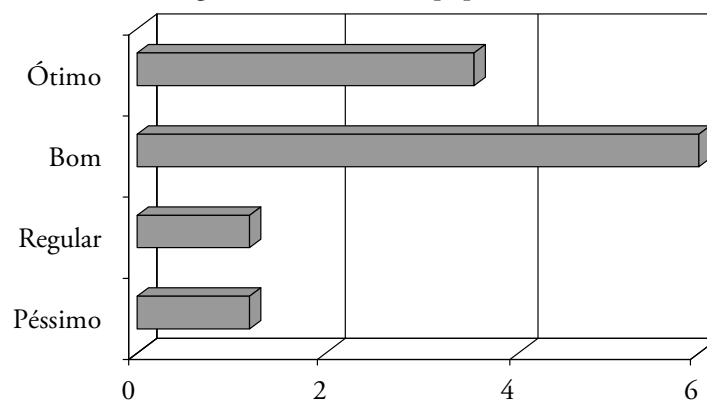
Observa-se que a equipe 5 recebeu a pior avaliação e as equipes 1 e 2, a melhor. É importante ressaltar que essa pergunta envolve a subjetividade do usuário e, por esse motivo, pode haver algum equívoco. Por exemplo, um usuário que almeja única e exclusivamente uma consulta médica e sempre a consegue poderá avaliar o acolhimento como ótimo, dentre diversas outras situações.

FIGURA 2 – Qualidade do acolhimento segundo os usuários



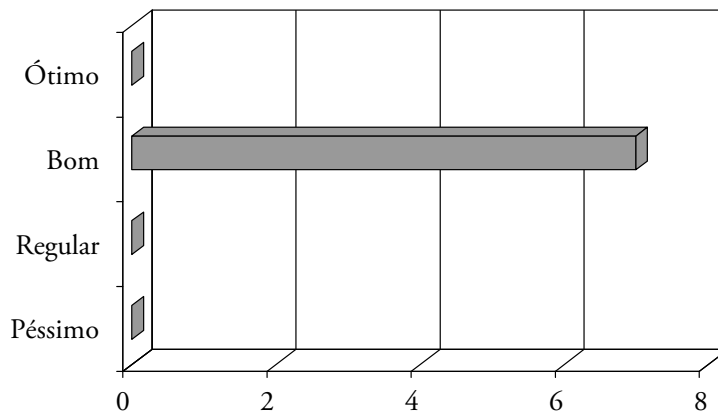
Fonte: Dados obtidos a partir das entrevistas com os usuários de uma UBS de Belo Horizonte em 17/6/2005.

FIGURA 3 – Qualidade do acolhimento segundo usuários da Equipe 1



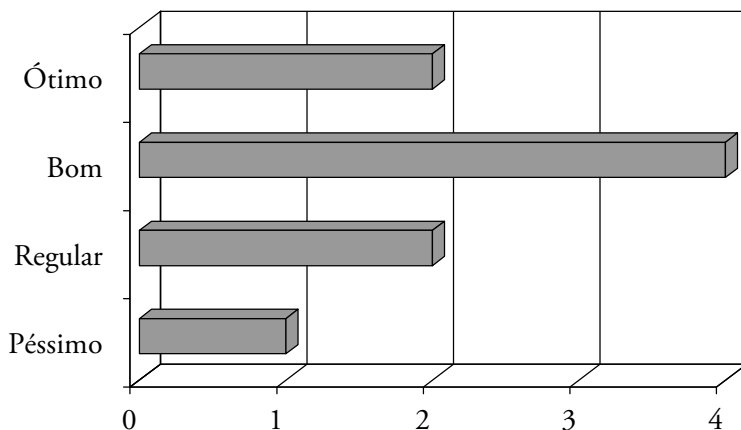
Fonte: Dados obtidos a partir das entrevistas com os usuários de uma UBS de Belo Horizonte em 17/6/2005.

FIGURA 4 – Qualidade do acolhimento segundo usuários da Equipe 2



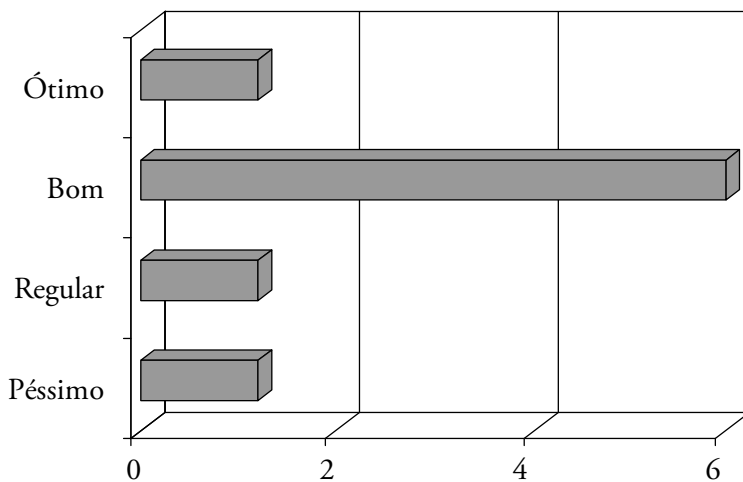
Fonte: Dados obtidos a partir das entrevistas com os usuários de uma UBS de Belo Horizonte em 17/6/2005.

FIGURA 5 – Qualidade do acolhimento segundo usuários da Equipe 3



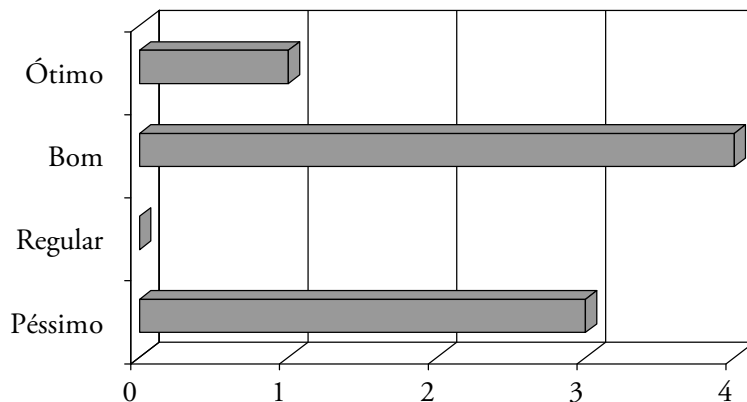
Fonte: Dados obtidos a partir das entrevistas com os usuários de uma UBS de Belo Horizonte em 17/6/2005.

FIGURA 6 – Qualidade do acolhimento segundo usuários da Equipe 4



Fonte: Dados obtidos a partir das entrevistas com os usuários de uma UBS de Belo Horizonte em 17/6/2005.

FIGURA 7 – Qualidade do acolhimento segundo usuários da Equipe 5



Fonte: Dados obtidos a partir das entrevistas com os usuários de uma UBS de Belo Horizonte em 17/6/2005.

Todavia, a qualidade dessa atividade pôde ser apurada durante a observação em campo, confirmando-se assim os resultados apresentados pelos gráficos e destacando-se os diferentes modos de realização do acolhimento. Aponta-se, ainda, para problemas na postura do profissional que o realiza.

A quarta pergunta teve como objetivo investigar a importância atribuída ao acolhimento. A grande maioria dos usuários afirmou ser importante e os motivos relacionados a essa resposta variam muito, sendo o principal deles a associação que se faz do acolhimento à consulta médica. Os depoimentos: “É importante porque se não houvesse acolhimento eles mandariam a gente para casa” e “Só depois do acolhimento é que a pessoa terá a garantia que será atendida. Só depois dele é que se passa pelo médico” confirmam isso, além de remeterem à universalidade.

Outros motivos apontados, porém em menor quantidade, são a escuta, que “tranqüiliza” o usuário, a identificação do problema, “adiantando para o médico” e “agilizando o atendimento”, e a orientação feita pelo enfermeiro: “o paciente é mais bem acompanhado e as dúvidas são retiradas”. Poucos relacionaram a importância do enfermeiro e, conseqüentemente, das atividades e competências que ele pode desenvolver no momento da orientação, podendo resolver o problema ou queixa do usuário de diversas maneiras, inclusive com o encaminhamento para consulta médica. Esse fato é ilustrado pela prática de uma enfermeira de uma das equipes que só obteve avaliações positivas, o que foi condizente com a observação durante o estágio:

Eu tive um excelente aprendizado durante o acolhimento, pois não tomava os remédios para a hipertensão e de tanto esclarecimento pela enfermeira, agora não esqueço nunca mais. Aprendi nesse espaço a controlar minha pressão.

A partir dessas visões dos usuários quanto ao acolhimento, percebe-se uma dificuldade do modelo

de vigilância à Saúde em superar a insistência destes usuários no modelo biomédico e, talvez, até de alguns profissionais da Saúde que se limitam à marcação de consultas, ignorando sua capacidade de sanar as demandas de alguns pacientes, além de sua função educativa.

No entanto, não se deve desconsiderar a fala daqueles que melhor entendem a importância do acolhimento, citando sua resolutividade, que vai além dessa marcação de consulta médica. Assim, o usuário considera o acolhimento importante quando este se faz resolutivo para ele:

Eu senti há algumas semanas uma forte dor nas pernas. Daí, durante o acolhimento, a enfermeira conversou bastante, fez várias perguntas sobre o meu trabalho e, em seguida, me deu alguns conselhos, indicando férias, pois trabalho subindo e descendo escadas, além de um remédio para dor.

A resolutividade do acolhimento foi o aspecto abordado na quinta e na última questão. Dos 44 usuários entrevistados, 19 disseram já ter tido sua queixa solucionada logo no acolhimento e 24, não. Aqueles que responderam negativamente afirmaram, de forma unânime, sempre terem sido encaminhados para uma consulta médica, o que sugere que esta conduta não envolve resolutividade: “Sempre fui para o médico depois do acolhimento. A enfermeira não define o que você tem, só faz anotações”.

Já os que mencionaram a solução de suas queixas, evidenciaram as diversas possibilidades de respostas que o acolhimento pode originar: “Minha filha estava passando mal – primeira menstruação – e no acolhimento mesmo ela foi orientada e não precisou passar pela médica não”. Com relação à orientação, os usuários relatam: “A enfermeira fez os pedidos de exames”; “Muitas vezes o acolhimento resolveu o meu problema. Dependendo do caso a enfermeira consegue resolver”. No que diz respeito às ações do profissional, obtivemos

os seguintes depoimentos: “O enfermeiro já atendeu meu filho que estava com uma gripe, prescreveu e eu não tive que ir para o médico”. As respostas dadas pelos usuários reconhecem a competência do enfermeiro e a capacidade de contribuição que ele tem para a resolutividade do serviço.

A princípio, as entrevistas realizadas com os usuários sugerem que eles não possuem uma visão completa do que é o acolhimento e, por esse motivo, parecem não reconhecer que esta atividade, além de reorganizar o serviço e favorecer a universalidade, contribui para a resolutividade, desafogando as agendas médicas, desconstruindo o fluxo unidirecional da demanda para o médico e promovendo o modelo de vigilância à Saúde.

A percepção do acolhimento sob o ponto de vista dos profissionais que o realizam

Os profissionais que realizam o acolhimento na unidade também foram entrevistados, conforme exposto no início do artigo. Destes, três são enfermeiros, um é auxiliar de enfermagem e um é ACS, o que corresponde a um representante de cada equipe. Segue-se a discussão dos dados obtidos por meio das entrevistas realizadas com os cinco profissionais.

Surpreendentemente, poucos destacaram a orientação e a resolução da queixa como atividades exercidas no acolhimento. Entretanto, a maioria o relaciona à recepção do usuário, à escuta e aos encaminhamentos. Isto leva à reflexão de que o acolhimento pode estar sendo confundido com uma mera triagem. Tal fato pode ser comprovado na resposta de um ACS a respeito do que é acolhimento: “Em casos de crianças, têm-se três vagas para o pediatra e as outras são encaminhadas para o médico generalista.”

Durante a observação em campo percebeu-se uma grande diferença na forma como estes profissionais realizam o acolhimento e notou-se que a triagem é feita,

inclusive, por alguns enfermeiros. É importante ressaltar que algumas equipes realizam atividades de orientação e de resolução de queixa, sem intervenção médica.

Quando questionados em relação ao atendimento realizado pelos diversos profissionais, a maioria dos relatos afirmam que existem diferenças e que elas ocorrem em função da competência legal de cada profissão, o que pode ser observado na seguinte fala: “Alguns procedimentos, o auxiliar não pode fazer, como os curativos especiais, prescrição de medicamentos, entre outros.”

Quando indagados sobre a resolutividade do trabalho que exercem, os cinco profissionais alegaram desenvolver um trabalho resolutivo para o usuário. No entanto, houve divergências no modo como tal resolução é alcançada. Nas equipes 1, 4 e 5, nas quais o acolhimento estava sendo realizado pelo profissional enfermeiro, a resolutividade se apresenta como um fator de redução na demanda de atendimento médico, o que pode ser evidenciado pelo depoimento: “Os asmáticos são captados, vinculados ao grupo e já são atendidos e medicados. Vários casos são resolvidos no acolhimento sem demandar consulta médica.”

Consideraram, ainda, o serviço resolutivo uma vez que é feito o atendimento de toda a demanda, o que mostra a aplicação do princípio da universalidade.

A partir das respostas obtidas e aliadas à observação, pôde-se perceber que, na maioria das equipes, a resolutividade atribuída ao acolhimento é diretamente associada ao agendamento de consultas médicas e à priorização dos casos mais graves e das crianças. De acordo com um enfermeiro da unidade, o acolhimento ocorre desta forma devido à restrição de espaço físico de que eles dispõem, ao tempo limitado e à grande demanda. Foi relatado, inclusive, que, muitas vezes, esse atendimento é feito nos corredores, o que compromete a privacidade do usuário.

Na verdade, se houvesse melhor organização do acolhimento da parte de algumas equipes, o espaço e

as outras situações e problemas citados poderiam ser sanados, deixando de ser impedimento de um atendimento de qualidade e com a privacidade do usuário preservada. Além disso, o profissional poderia utilizar essa atividade e seu espectro de ação para desenvolver, nesse espaço, consultas de enfermagem, orientação, esclarecimento de dúvidas, entre outros, como forma de construção de vínculo com os pacientes, algo que também foi questionado.

A grande maioria dos entrevistados afirma que o seu acolhimento favorece essa construção. Muitos deles restringem o vínculo à atividade de escuta, o que é constatado na seguinte resposta: “Orientar é estar aberto a ouvir o choro dos deprimidos, as queixas psicossomáticas, os problemas familiares e financeiros. Esta escuta reforça o vínculo do paciente com a equipe.”.

Diante dessas percepções dos profissionais sobre o acolhimento, pode-se afirmar que tais sujeitos também não vêem essa atividade em sua totalidade e, por isso, a comprometem, não alcançando seus objetivos e princípios. Enfim, a visão do usuário é pertinente, uma vez que é o reflexo do que o serviço lhe oferece.

CONCLUSÃO

Conforme o exposto, o acolhimento surgiu como um instrumento para a reorganização da assistência na rede básica de Saúde, mostrando-se complexo em seus propósitos, uma vez que subsidia a implementação da humanização, integralidade, resolutividade e universalidade no atendimento cotidiano ao usuário.

Percebeu-se que, na prática, o acolhimento desenvolvido na UBS estudada está aquém de seu conceito teórico em algumas equipes e, muitas vezes, acaba por constituir uma mera rotina de agendamento de consultas médicas, comprometendo a qualidade do serviço prestado.

Conclui-se que, por vezes, o acolhimento é visto pelos profissionais como uma justificativa para atender toda a demanda, sem o compromisso de atendê-la bem. Diversos problemas levantados, como o do espaço e o do grande número de usuários, são relevantes, porém, não podem constituir impedimento para um atendimento humanizado e de qualidade.

Pôde-se notar no acompanhamento e observação de outras equipes que o acolhimento devidamente realizado proporciona ao usuário um reconhecimento de sua importância, uma satisfação e a certeza de um atendimento completo. E, elogios à parte, sabe-se que é possível utilizar esse espaço para orientação, esclarecimento de dúvidas, encaminhamentos, construção de vínculo, entre outros.

Vale ressaltar que o modelo biomédico, ainda inserido em nossa sociedade, influencia não apenas os usuários, mas também os profissionais de Saúde, acarretando em uma prática profissional alienada. Isto constitui um equívoco, pois o trabalho da equipe multiprofissional se faz, hoje, essencial para a manutenção e para a recuperação da saúde e, sobretudo, na prevenção de agravos.

Os profissionais enfermeiros devem sim orientar, ajudar, avaliar, resolver, encaminhar, solicitar exames e prescrever medicamentos quando possível e necessário. Tais profissionais não devem servir apenas como instrumento de organização da demanda por consultas médicas. Mostrar seu papel ao usuário é de suma importância para a garantia de seu espaço e do respeito à sua profissão, buscando-se a autonomia em detrimento da subordinação.

Dessa forma, conclui-se que há uma necessidade de que o novo modelo de atenção à Saúde seja, primeiramente, posto em prática pelos profissionais da área. Assim, haveria uma compreensão das propostas deste modelo por parte dos usuários, através da experiência com o tal forma de atendimento.

Propõe-se, neste artigo, que os profissionais de Saúde façam uma reflexão e uma discussão mais profunda quanto à prática dessa atividade, podendo aprender uns com os outros, a fim de que o acolhimento possa oferecer não apenas universalidade, mas também integralidade, humanização e resolutividade.

REFERÊNCIAS

- CUNHA, J.P.P.; CUNHA, R.R.E. Sistema Único de Saúde – SUS: princípios. In: CAMPOS, F.E.; OLIVEIRA, M.J.; TONON, L.M. *Cadernos de saúde: planejamento e gestão em saúde*. Belo Horizonte: Coopmed, 1998. p. 11-26.
- DARON, V.L.P. Acolhimento, cuidado e luta em defesa da vida: marca feminina do controle social do SUS. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 23, p. 96-105, dez. 2001.
- FRANCO, T.B.; HELVÉCIO JÚNIOR, M. A integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. *Pensar BH/Político Social*, Belo Horizonte, s. v., s. n., 2003.
- HENNINGTON, E.A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 256-265, jan./fev. 2005.
- MALTA, D.C. *Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do projeto vida e do acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública*. 2001. 427 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Unicamp, Campinas, 2001.
- MALTA, D.C.; FERREIRA, L.; DOS REIS, A.T.; MERHY, E.E. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 56, p. 21-34, set./dez. 2000.
- MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, H. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. *Recomendações para a organização da atenção básica na rede municipal*. Belo Horizonte: SMSBH, 2003.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO PARÁ. *O que é o SUS?* 12 p. Disponível em: <http://www.sespa.pa.gov.br/images/sespa/html/osus/oqueeosus/html>. Acesso em: 11 jun. 2005.
- SENA-CHOMPRÉ, R.R.; LEITE, J.C.A.; MAIA, C.C.A.; GONZAGA, R.L.; SANTOS, F.C.O. O acolhimento como mecanismo de implementação do cuidado de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 5, n. 2, p. 51-57, 2000.

Recebido: Julho/2005

Aprovado: Julho/2006

O ato médico: apenas uma disputa corporativa ou uma questão social no Brasil de hoje?

The Medical act: a corporative task or social question in Brazil today?

Geovani Gurgel Acirole ¹

¹ Doutor em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (FCM/UNICAMP); ex-presidente do Sindicato dos Médicos (SINDIMED) Campinas e Região (Gestão 2002-2006); professor adjunto da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Paulo. giovanni@power.ufscar.br

RESUMO *A proposta de Lei do Ato Médico é produto da perseguição das corporações profissionais à hegemonia e ao controle do mercado de trabalho. Nessa disputa, a ótica corporativa constitui a principal racionalidade da formulação reguladora, porém abstraída, das questões sociais. A leitura crítica do projeto de lei permite problematizar os interesses implícitos que desenham recortes operacionais para o Estado e para o mercado, como resposta corporativa à configuração de políticas públicas universalistas e inclusivas. Por considerar fundamental a reflexão e o debate da lei na perspectiva de uma revisão legal, este artigo busca colocar o problema como uma questão social, em defesa de que ocorra a submissão das entidades profissionais ao crivo dos interesses sociais e das necessidades de saúde.*

PALAVRAS-CHAVE: *Medicina; Políticas Públicas; Ocupações em Saúde; Saúde Pública.*

ABSTRACT *The proposition of the Medical Act results of a corporative dispute for predominance and control over the professional market. In such conflict, the corporative view dictates the main aspects of regulation, with no regard to social questions. A critical approach to the Law project reveals implicit interests defining operational aspects for the State and the market, as a corporative response to universal and inclusive public policies. The present article, for considering fundamental the review and discussion of this Law project in order to promote an extensive legal reformulation, attempts to expose the problem as a social question, so that professional corporations are submitted to the judgment of social interests and health needs.*

KEYWORDS: *Medicine; Public Policies; Health Occupations; Public Health.*

INTRODUÇÃO

Na área da saúde, a agenda político-parlamentar tem sido marcada, nos últimos dois anos, pela disputa de ser aprovada, pelo Congresso Nacional, a lei específica para a instituição do Ato Médico. Nessa disputa, o clima de antagonismo tem suscitado uma polêmica na qual, de um lado, estão as entidades médicas nacionais, como o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Federação Nacional dos Médicos (FENAM), posicionando-se em defesa da aprovação do projeto de lei 25/2002; de outro lado, estão as demais categorias profissionais que têm se mobilizado em defesa do contrário, por verem no texto da referida lei um forte caráter restritivo e de afirmação da supremacia médica. Em meio a isto, aparentemente alheia à discussão, a sociedade permanece inerte, sem perceber ou entender de modo claro o que se ganha e o que se perde com esta polêmica, que mais lhe parece uma briga entre corporações.

É importante que se reconheça, todavia, os méritos e as razões que têm colocado as entidades normativas dessas profissões (notadamente os respectivos conselhos federais de medicina e enfermagem) em franca rota de colisão; rota essa derivada de sua legítima ação corporativa e de delimitação das competências e campos restritos para cada profissão. Nesse sentido não há o que condenar no ato médico, assim como não há o que condenar no ato de enfermagem! São, mal os comparando, atos corporativos perfeitos!

No entanto, é bem possível que, além de atos corporativos e sua lide jurídica, precisemos focar sobre o campo social e político nos quais causam efeitos e os quais influenciam. Pois é aí, no contexto social e eco-

nômico dos atos corporativos perfeitos ou não, que nos deparamos com os limites e implicações dos mesmos. Além disso, podemos vislumbrar de modo mais complexo e abrangente os efeitos e a eficácia que logram atingir em sua jornada corporativa, pois estruturam mercados de trabalhos e políticas sociais públicas.

Não é, senão esta, a intenção deste artigo; examinar a questão que envolve o Ato Médico em uma dupla perspectiva: a do debate corporativo e de sua justa, porém limitada, lide e justiça. Submetida, contudo, ao campo das políticas públicas e sociais, delimitam-se, aqui, seus impactos potenciais e reais, e seus reflexos para a conformação de uma política de saúde igualitária e universal, da qual não se pode furtar.

O ATO MÉDICO NO CAMPO DOS INTERESSES CORPORATIVOS DAS PROFISSÕES DE SAÚDE

O projeto de lei 25/2002, em tramitação no Congresso Nacional, tem sido apresentado como uma necessária defesa de interesses da profissão médica. Defesa que germina em um solo minado de interesses corporativos. Ao estabelecer as prerrogativas com que delimita os atos restritos à prática médica, a proposta vem colidindo com outros interesses profissionais da área. A partir desse ponto de vista, estamos diante de um conflito entre corporações.

A defesa dos interesses profissionais (particularmente dos mecanismos de ingresso no mercado de trabalho; o combate aos praticantes ilegais; e a definição de núcleos operativos que constituam a chamada reserva técnica desta ou daquela profissão) é tanto resultante do modo de organização e regulamentação das práticas profissionais, quanto constituinte de tais interesses; ou seja, engendra o 'espírito de corpos' de uma profissão e

é condição basilar para a sua permanência e reprodução. Esses fatores têm que ser explicitados no campo da discussão corporativa profissional.

Um ato corporativo, por outro lado, é um instrumento importante, dada sua ação fundamental na conformação de mercados de trabalho pela reserva de certo campo deste trabalho para a corporação que se apropria ou é a legítima praticante do ato corporativo que a define. Podemos perceber, por esta questão, o quão complexa é a trama que envolve a regulamentação dos atos profissionais e podemos, também, apenas apontar uma das dimensões envolvidas: a dimensão econômica relativa ao mercado, à sua estruturação, aos mecanismos de controle e participação tanto dos produtores quanto dos consumidores.

Isto significa dizer que, qualquer um, imbuído de senso comum e de algum conhecimento sumário, em uma situação de emergência ou de forma eventual, pode: aplicar um torniquete, fazer respiração boca a boca, aplicar uma injeção, fazer um curativo, ou mesmo redigir uma petição ao tribunal, elaborar seu próprio imposto de renda, organizar seu balanço contábil. Mas só é possível fazer essas coisas formalmente e em condições de extração de renda a partir desse tipo de atividade e se o sujeito em questão estiver habilitado para tal. Para tanto, há uma necessidade de união de duas condições: a primeira, decorrente de o sujeito ter freqüentado lugares legal e socialmente legitimados para esta iniciação, como as faculdades e as escolas de ensino superior. A segunda, depois da obtenção desse conhecimento e de posse do competente diploma, exige dar a este validade legal, o que é feito pelos chamados conselhos profissionais que se comportam como um tribunal de regulamentação, que impede, ou pelo menos deveria fazê-lo, o exercício ilegal das práticas técnicas, isto é, das práticas sociais jurisdicionalizadas, além se zelarem pela manutenção das prerrogativas do chamado exercício profissional.

Em vista disso, precisamos reconhecer que, em uma sociedade democrática, existem legitimidade e legalidade

no movimento corporativo; faz parte das regras do jogo da sociedade industrial, moderna, civilizada e tecnificada o fato de o campo das práticas técnicas ser submetido a uma normatividade restritiva atingida somente por aqueles que foram iniciados em tais práticas, como é o caso da Medicina, da Advocacia, da Enfermagem e de todas as chamadas profissões regulamentadas. Epistemologicamente, vivemos o paradigma aristotélico que Bourdier (1989) denominou de campo disciplinar, e que delimita a distinção entre os 'especialistas' e os leigos, isto é, entre os que adentram o campo, e os que permanecem fora dele; entre os autorizados a pertencer ao *hall* de seus praticantes e os não-autorizados.

A colheita das leis que regulamentam as profissões da área de saúde demonstram isso. Veja, por exemplo, que o decreto 88.439/83, referente à Biomedicina, estabelece em seu Artigo 12º, Inciso XVIII, que compete ao Conselho Federal definir o limite de competência no exercício profissional, conforme os currículos efetivamente realizados.

A lei 3.820/60, outro exemplo, atribui ao Conselho Federal de Farmácia, responsabilidades como: expedir as resoluções que se tornarem necessárias para a fiel interpretação e execução da presente lei; deliberar sobre questões oriundas do exercício de atividades afins às do farmacêutico; ampliar o limite de competência do exercício profissional conforme o currículo escolar ou mediante curso ou prova de especialização realizada em escola ou instituto oficial; expedir resoluções, definindo ou modificando atribuições ou competência dos profissionais de Farmácia conforme as necessidades futuras. Mas ressalta-se aqui que as questões referentes às atividades afins com as outras profissões deverão ser resolvidas com as entidades reguladoras dessas profissões.

Já a lei 5.766/71, referente à área da Psicologia, atesta em seu artigo 6º que, entre as atribuições do Conselho Federal dessa profissão, cabe a esse definir, nos termos legais, o limite de competência do exercício

profissional, conforme os cursos realizados ou provas de especialização prestadas em escolas ou institutos profissionais reconhecidos e propor ao Poder Competente alterações da legislação relativas ao exercício da profissão de psicólogo.

Portanto, não se podem desconhecer os méritos e razões que têm colocado as entidades normativas das profissões da área da saúde em franco debate, derivado de sua legítima ação corporativa e de delimitação das competências e campos restritos para cada profissão. Nesse sentido estritamente ‘corporativo’, vale colocar um primeiro conjunto de questões: há algo a se condenar no ato médico? Há algo a se condenar no ato de enfermagem ou em qualquer ato de qualquer profissão? São os atos corporativos justos e adequados?

Além da necessidade desse ‘espírito de corpos’ em qualquer profissão que persiga reprodução, existe consenso a respeito de que o campo regulamentar de profissões, reunidas numa mesma área de atividade, tem sido definido pela predominância de uma delas, enquanto as demais ocupam espaços suplementares, o que está longe da afirmação da supremacia ou exclusividade desta ou daquela profissão: antes quer demarcar uma característica das corporações profissionais modernas, disciplinarizadas no seu arcabouço teórico e no seu campo de práticas.

É evidente que tal fenômeno ocorre no campo da saúde, em que a medicina, como prática e como saber, ocupa lugar central e hegemônico, desde tempos históricos, a ponto de exercer forte determinação na organização das demais práticas que dela se originaram. Talvez uma exceção possa ser feita à área da enfermagem, que compete com a medicina em antecedência histórica, mais no que diz respeito à organização de práticas do que de regulamentação profissional, e guarda com esta posição basilar no campo da saúde, seja pública seja privada (ROSEN, 1994).

O reconhecimento de tal fato, todavia, está longe de afirmar a supremacia ou a exclusividade desta ou daquela profissão. Antes disso, esse fato quer demarcar uma característica das corporações profissionais modernas, disciplinadas e administradas em seu arcabouço teórico e em seu campo de práticas. Antes, pretende ser um esforço de colocação da situação real, sem maniqueísmos e sem mistificações, para que possamos reconhecer e debater o que efetivamente está em jogo nessa questão.

Assim, a proposta do projeto Lei do Ato Médico, parece bastante inócua se comparada aos textos anteriores. Seu texto aponta simplesmente, em seu Artigo 2º, que compete ao Conselho Federal de Medicina definir, por meio de resolução da e respeitada a legislação pertinente, quais os procedimentos médicos experimentais, os aceitos e os vedados, para utilização pelos profissionais médicos. Essa questão se completa com a definição do exercício ilegal da profissão, com a justificativa de que é crime previsto no Código Penal Brasileiro, artigo 283. Este artigo reforça o preceito legal, lembrando que a profissão médica requer habilitação, aqui entendida como a legalização de uma atividade social regulamentada: “Art. 4º – A infração aos dispositivos desta lei configura crime de exercício ilegal da Medicina, nos termos do Código Penal Brasileiro”.

Aparentemente, o projeto de lei não toca em uma questão crucial: definir o que constitui objeto deste exercício. Mas logo veremos que isto será feito!

Outro núcleo essencial da luta corporativa, a reserva de subordinação aos pares, não apresenta nenhuma inovação, isto é, preserva o caráter endógeno de que se alimenta o ‘espírito de corpos’ de toda e qualquer profissão regulamentada. O projeto de lei em questão se coaduna perfeitamente com as prerrogativas já apontadas para outras profissões, sendo bastante elucidativo compararmos os textos da proposta (Artigo 3º) e com o que dizem as leis referentes à Nutrição, à Farmácia, à Fonoaudiologia, à Psicologia e à Enfermagem.

PL 25/2002 (versão Geraldo Althof)

Art. 3º – As atividades de coordenação, direção, chefia, perícia, auditoria, supervisão, desde que vinculadas, de forma imediata e direta a procedimentos médicos e, ainda, as atividades de ensino dos procedimentos médicos privativos, incluem-se entre os atos médicos e devem ser unicamente exercidos por médicos.

Lei n. 8.234/91 – Nutrição

Art. 3º – São atividades privativas dos nutricionistas: I – direção, coordenação e supervisão de cursos de graduação em nutrição; [...] V – ensino das disciplinas de nutrição e alimentação nos cursos de graduação da área de saúde e outras afins; VI – auditorias, consultorias e assessoria em nutrição e dietéticas;

Decreto n. 85.878/81 – Farmácia

Art. 1º – São atribuições privativas dos profissionais farmacêuticos: [...] II – assessoramento e responsabilidade técnica em: a) estabelecimentos industriais farmacêuticos em que se fabriquem produtos que tenham indicações e/ou ações terapêuticas, anestésicos ou auxiliares de diagnóstico, ou capazes de criar dependência física ou psíquica; b) órgãos, laboratórios, setores ou estabelecimentos farmacêuticos em que se executem controle e/ou inspeção de qualidade, análise prévia, análise de controle e análise fiscal de produtos que tenham destinação terapêutica, anestésica ou auxiliar de diagnósticos ou capazes de determinar dependência física ou psíquica; [...] IV – a elaboração de laudos técnicos e a realização de perícias técnico-legais relacionadas com atividades, produtos, fórmulas, processos e métodos farmacêuticos ou de natureza farmacêutica; V – o magistério superior das matérias privativas constantes do currículo próprio do curso de formação farmacêutica, obedecida à legislação do ensino.

Decreto n. 53.464/64 – Psicologia

Art. 4º – São funções do Psicólogo: [...] III – Dirigir serviços de Psicologia em órgãos e estabelecimentos públicos, autárquicos, paraestatais, de economia mista e particulares. III – Ensinar as cadeiras ou disciplinas de Psicologia nos vários níveis de ensino, observadas as demais exigências da legislação em vigor. [...] VI – Realizar perícias e emitir pareceres sobre a matéria de Psicologia.

Lei n. 6.965/81 – Fonoaudiologia

Art. 4º – É da competência do Fonoaudiólogo e de profissionais habilitados na forma da legislação específica: g) Lecionar teoria e prática fonoaudiológicas; h) Dirigir serviços de Fonoaudiologia em estabelecimentos públicos, privados, autárquicos e mistos;

Lei n. 7.498/86 – Enfermagem

Art. 11 – O Enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem cabendo-lhe: I – privativamente: a) Direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem; [...] c) Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem; [...] h) Consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem. (Grifos nossos)

Assim, um artigo do projeto de lei, assegura que os cargos de direção e chefia *diretamente relacionados aos atos médicos* sejam exercidos exclusivamente por médicos. O que há de extraordinário nisso? Todas as leis que regulamentam as demais profissões da saúde também realçam este quesito, garantindo-lhes as chefias de enfermagem, nutrição etc. A fundamental diferença reside na frase posta entre chefia e exercício, que aponta para ‘atos médicos’. Sob esta genericidade se oculta, ou se revela, o objeto que buscamos: o que vem a ser ‘ato médico’? Pois as demais leis e decretos explicitam os ‘atos’ profissionais, o que não quer dizer que estejam falando de diferentes objetos.

Estabelece-se uma verticalidade racional de competências. Cada um cuida de si! Mas como fica o horizonte de possíveis conflitos, no cenário das instituições multiprofissionais? Com o intuito de esclarecer essa intenção, o parágrafo único do mesmo artigo dissipa todas as dúvidas que poderiam existir:

Parágrafo único – Excetua-se da exclusividade médica prevista no caput deste artigo as funções de direção administrativa dos estabelecimentos de saúde e as demais atividades de direção, chefia, perícia, auditoria ou supervisão que dispensem formação médica como

elemento essencial à realização de seus objetivos ou exijam qualificação profissional de outra natureza (PL 25/2002).

Os defensores da proposta argumentam que uma direção administrativa, uma secretaria ou até mesmo o Ministério da Saúde podem ser cargos exercidos por profissionais não médicos desde que, em respeito à lei, haja um responsável técnico da área médica para responder pelas questões técnicas e éticas que envolvem tal instância administrativa. Nenhuma novidade neste passado recente de nosso país. Os dois últimos titulares da Pasta da Saúde, por exemplo, foram economistas. Eis por que cuidaram de apontar, no artigo 5º, o respeito às outras profissões regulamentadas. E o fazem para acabar com qualquer dúvida acerca da extrapolção de direitos. O objetivo do PL 25/2002 restringe-se simplesmente a definir a abrangência e os limites dos atos médicos, resguardando as prerrogativas definidas em lei para as outras profissões da área de saúde.

Art. 5º – O disposto nesta lei não se aplica ao exercício da Odontologia e da Medicina Veterinária, nem a outras profissões de saúde regulamentadas por lei, ressalvados os limites de atuação de cada uma delas.

Sob a ótica de ato de defesa corporativa, a proposta de lei de regulamentação do Ato Médico parece não constituir nenhuma novidade ou mudança paradigmática. Antes, se instala num campo proficuamente regulamentado, em que as demais profissões da saúde já o fizeram, apenas reiterando algumas especificidades. Apontar isso não significa, infelizmente, tornar o ato médico menos ‘inocente’, melhor ou pior do que os demais, nem banalizar sua proposta como algo que vem se somar ao já existente. A proposta quer localizá-lo na agenda de debate, de forma que possamos alcançar outros ângulos pelos

quais possamos questionar os caminhos que a lide corporativa nos leva (ou nos convida a praticar). E, se for impossível sair deles, que possamos questionar os seus limites.

Em resumo, os caminhos percorridos e a percorrer pela seara corporativa são poucos e curtos. Ou nos conduzem a uma uniformidade de interesses e aspectos formais regulatórios quase uníssonos, ou nos emparedam em uma conflito de interesses insolúveis, dada a dureza com que se estruturam os núcleos duros da defesa profissional. É preciso, pois, caminhar em direção a outras veredas, outras saídas, cujo sentido e direcionalidade somente podem ser encontradas no diálogo com os interesses e necessidades externos ao ofício das profissões.

O QUE HÁ NA PROPOSTA DO ATO MÉDICO É MAIS DO QUE DEFESA CORPORATIVA

Em vista do que afirmamos, julgamos ser fundamental examinar que razões possuem as demais entidades profissionais da saúde que, embora prisioneiras da postura de defesa de seus interesses, mergulham no combate à Lei do Ato Médico. Trata-se de verificarmos o que de fato ocorre na proposta em discussão, para que haja uma possibilidade de superação dos limites que vêm sendo impostos e que não nos conduzem muito adiante do plano de certa atitude hipócrita. É fundamental, portanto, analisar mais atentamente os textos da versão atual do projeto de lei 25/2002, de modo a identificar o que constitui sua ‘alma’, qual é a sua razão de ser, já que esta é muitas vezes confundida no calor das posições. Com essa atitude metódica, creio que superaremos os limites ideológicos que têm permeado a questão, e poderemos exercitar o pensamento crítico tão necessário nos dias atuais.

Iniciemos pela evolução do texto proposto desde sua primeira versão até o atual estágio em que se encontra. O fator originário do projeto de lei, parece ter sido uma Resolução do CFM que alegou denodada preocupação com a adoção de práticas prescritivas e diagnósticas por parte da Enfermagem, com a incorporação de estabelecimentos de saúde na política do Programa Saúde da Família (PSF), cujas equipes não contavam com a participação dos médicos e alegando, ainda, a defesa dos interesses da população.

No tocante ao ato médico, por exemplo, todos os médicos estão sendo conclamados a se lançarem na mobilização e na defesa dessa bandeira. Afinal, é a defesa desta profissão que está em jogo, alerta-nos o CFM, como se dissesse: “Nós, os médicos, estamos sendo absorvidos pela invasão dos outros!”

O PLS n. 25/2002 objetiva tão-somente regulamentar os atos médicos, fortalecendo o conceito de equipe de saúde e respeitando as esferas de competência de cada profissional. Em nenhuma linha encontraremos violações de direitos adquiridos, arrogância ou prepotência em relação aos demais membros da equipe. Ninguém trabalha pela saúde da população sozinho, e muito menos sem a presença do médico. A análise do conteúdo dos cinco artigos do Projeto mostra a relevância da matéria, permitindo maior compreensão acerca da importância de sua aprovação. (CFM, 2004).

Infelizmente, a leitura mais atenta e literal das próprias definições do texto não contribui para que concordemos com os seus defensores. Já no seu primeiro Artigo, o projeto de lei 25/2002, deixa bastante nítida a ambição corporativa que é sua alma.

Art. 1º – Ato médico é todo procedimento técnico-profissional praticado por médico habilitado e dirigido para: 1) a prevenção primária, definida como a promoção da saúde e a prevenção da ocorrência de enfermidades ou profilaxia; 2) A prevenção secundária, definida como a prevenção da evolução das enfermidades ou execução de procedimentos diagnósticos ou

terapêuticos; 3) A prevenção terciária, definida como a prevenção da invalidez ou reabilitação dos enfermos. (PL 25/2002 – CFM, 2004).

Vê-se, de imediato, que é nessa definição que começa a ficar mais bem delineado o cerne da disputa. Com uma abrangência sem igual, o ato médico ocupa toda a seara das intervenções profissionais, e o faz ancorando-se em uma matriz teórica significativa, que formatou toda uma cultura de pensamento e formação médica contemporânea sobretudo a partir da segunda metade do século XX, que é a proposta de História Natural da Doença. Segundo a defesa que dele fazem seus propositores:

O Projeto tem como objetivo definir, em lei, o alcance e o limite do ato médico. Para tanto, este artigo 1º expõe de maneira clara a definição adotada pela Organização Mundial da Saúde no tocante às ações médicas que visam ao benefício do indivíduo e da coletividade, estabelecendo a prevenção, em seus diversos estágios, como parâmetro para a cura e o alívio do sofrimento humano. A definição do ato médico foi elaborada com base nesta ordenação de idéias porque, na medida em que abrange todas as possibilidades de referir procedimentos profissionais na área da saúde, essa classificação pareceu ao autor a melhor maneira de sintetizar clara e lealmente os limites da atividade dos médicos. Com sua utilização, parece ser possível diferenciar o que se deve considerar como atividade privativa dos médicos e quais os procedimentos sanitários que não o são. (CFM, 2004).

Embora não seja intenção deste artigo aprofundar a discussão das âncoras conceituais e teóricas desse debate, não podemos deixar de mencionar a crítica feita à medicina preventiva brasileira por AROUCA (2003). O autor já apontara nessa formulação seu forte caráter liberal e individualista por se tratar de um projeto médico conservador de natureza reformista que, antepondo uma prática ideológica a uma prática discursiva e empírico-existencial,

guardava em seu interior um sistema conservador das estruturas da prática médica existente.

Tais características aparecem no desenrolar da argumentação do CFM em defesa de uma integração entre cura e prevenção. Mas logo recaímos sobre a firme determinação que nos persegue, quando se argumenta que “a cura, quer com o sentido de tratamento, quer como resultado dele está implícita na prevenção secundária”; e esta, deduzimos, é tarefa para médicos. A seqüência da argumentação não deixa dúvidas a respeito:

O inciso I trata da atenção primária, que cuida de prevenir a ocorrência de doenças, através de métodos profiláticos, e das ações que visem à promoção da saúde para toda a população. A prevenção primária reúne um conjunto de ações que não são privativas dos médicos; ao contrário, para que obtenham êxito exigem a co-participação de outros profissionais de saúde e até mesmo da população envolvida. (Grifos nossos)

À primeira vista, ninguém seria contra essa afirmação, desde que fosse vista assim em si mesma. Mas o que dizer dos que buscam a integralidade, a qualidade da atenção e a mudança nos padrões sanitários da população brasileira, e que têm perseguido a construção de um mix médico-sanitário que rompa com a longa e cristalizada dicotomia entre o preventivo e o curativo? Como se isso não bastasse, a justificativa é clara em apontar a distinta natureza dos territórios definidos pela lógica dos níveis de prevenção. Nos níveis primário e secundário, é possível, desejável e exigível a prática interdisciplinar e a participação da população. O nível secundário, ao contrário, é um lugar exclusivo, em que deve reinar soberano um único saber: a medicina científica hegemônica, como o texto a seguir confirma. Embora declare que prevenção e cura são inseparáveis, não descuida de reservar a segunda àqueles que lhe são indissociáveis: os médicos, ou seja, os únicos em condições de fazê-lo.

O inciso II, por sua vez, estabelece os atos que são privativos dos médicos. São aqueles que envolvem o diagnóstico de doenças e as indicações terapêuticas, atributos que têm no médico o único profissional habilitado e preparado para exercê-los, além dos odontólogos em sua área de atuação. Não se incluem, aqui, os diagnósticos fisiológicos (funcionais) e os psicológicos, que são compartilhados com outros profissionais da área de saúde, como os fisioterapeutas e os psicólogos. O diagnóstico fisiológico se refere ao reconhecimento de um estado do desenvolvimento somático ou da funcionalidade de algum órgão ou sistema corporal. O diagnóstico psicológico se refere ao reconhecimento de um estado do desenvolvimento psíquico ou da situação de ajustamento de uma pessoa. No entanto, quanto se trata do diagnóstico de enfermidades e da indicação de condutas para o tratamento, somente o médico e o odontólogo, este em sua área específica, possuem a habilitação exigida para tais ações. E os médicos veterinários, no que diz respeito aos animais. (Grifos nossos)

Ancorada na matriz teórica da ‘História Natural das Doenças’, a linha argumentativa tanto na elaboração da proposta quanto na elaboração de sua defesa, complementa-se no inciso III, quando reconhece a natureza multidisciplinar das práticas de recuperação e reabilitação. Mas aqui se apresenta uma sutileza de definição: recuperação não é o tratamento de uma doença, é devolver a integridade estrutural ou funcional perdida pelo sujeito doente.

O inciso III aborda as atividades de recuperação e reabilitação, também compartilhadas entre a equipe de saúde. Não são atos privativos dos médicos. Por medidas ou procedimentos de reabilitação devem ser entendidos os atos profissionais destinados a devolver a integridade estrutural ou funcional perdida ou prejudicada por uma enfermidade (com o sentido de qualquer condição patológica). (Grifos nossos)

Ambos os níveis, de prevenção primária e terciária, ganham um caráter ‘exterior’. Sua ação é anterior à do-

ença ou posterior a ela. Uma delas visa retardar, impedir ou controlar a ocorrência de agravos e eventos adversos; a outra visa recuperar estrutural e funcionalmente os danos causados pelas doenças. Uma vem antes, outra depois. Podem ser compartilhadas e, portanto, ser território para os 'outros'. Já a doença é espaço restrito aos médicos.

Os dois parágrafos que complementam este artigo explicitam quais os atos privativos dos médicos e quais os compartilhados com outros profissionais, não deixando dúvidas do que apontamos, pois tratam da hipótese de que esses espaços se extravasam. O que acontece quando a prevenção encontra a cura? A resposta é insofismável e o próprio texto diz melhor do que qualquer outra coisa. Segundo os conceitos implícitos na intencionalidade do texto, não há elo possível entre prevenção e cura, posto que essa última seja território exclusivo dos médicos. E, usando de forma mecânica e ideológica a teoria da História Natural das Doenças, advoga-se que o 'nível secundário' da prevenção, isto é, aquele que envolve diagnóstico e tratamento seja privativo dos médicos. Eis o núcleo inalienável do qual a proposta de Medicina Preventiva não pretendeu se afastar, e que agora se pretende jurisdicionarizar.

§ 1º – As atividades de prevenção de que trata este artigo, que envolvam procedimentos diagnósticos de enfermidades ou impliquem em indicação terapêutica, são atos privativos do profissional médico.

§ 2º – As atividades de prevenção primária e terciária que não impliquem na execução de diagnósticos e indicações terapêuticas podem ser atos profissionais compartilhados com outros profissionais da área da saúde, dentro dos limites impostos pela legislação pertinente.

Apesar de toda a celeuma e críticas que foram levadas pelas manifestações ao Congresso Nacional, a proposta substitutiva não deu ouvidos às preocupações

apresentadas, chegando, no máximo, a uma versão suavizada em forma, mas sólida e compacta naquilo que lhe é essencial: a preservação do núcleo fixo da prática médica. Comparemos, a propósito, o teor do 'novo' artigo 1º com o anterior, posto que os demais não foram alterados, o que constitui uma demonstração cabal de que neste reside a 'alma' do que se quer regulamentar.

Projeto de Lei do Senado n.25/2002 (Substitutivo Tião Viana)

Dispõe sobre o exercício da Medicina.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º – O médico desenvolverá suas ações no campo da atenção à saúde humana para: I – a promoção da saúde; II – a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças; III – a reabilitação dos enfermos. Parágrafo único. São atos privativos de médico a formulação do diagnóstico médico e a prescrição terapêutica das doenças. (Grifos nossos)

Será que, pela amplitude do que se quer delimitar como atividade privativa, as demais profissões da saúde têm razão em entender que terão suas atividades cerceadas ou tornadas dependentes da ação médica, embora lhes seja reconhecido uma situação de honra na produção das práticas 'preventivas'? Na prática, os efeitos dessa lei podem não ser efetivamente estes. Em boa dose, o grau de interferência vai ser mediado pela capacidade de acesso da população aos serviços e aos profissionais, e aqui é fundamental atentarmos para a problemática natureza da efetivação de políticas públicas universalistas, cuja radical adesão à integralidade da atenção consegue proporcionar a incorporação de outras práticas profissionais além da já hegemônica medicina científica. Ao contrário, o relativo êxito da supremacia do 'mercado' como ente regulador da oferta e da qualidade da assistência deixa grandes interrogações acerca da manutenção, e até do aprofundamento, desta hegemonia.

Os proponentes querem que se reconheça a existência de um consenso indubitável acerca desses conceitos estabelecidos há milênios pela prática da medicina. A estupefação de alguns pela inexistência de leis que afirmem o óbvio, se explica pelo fato de que nunca houve tal necessidade antes, e que somente agora se impõem em virtude do crescimento de outras profissões na área da saúde. Só podemos concordar com esses, quando apontam que estabelecer limites e definir a abrangência do ato médico passou a constituir um assunto de extremo interesse de toda a sociedade, e não apenas dos médicos.

Uma vez que os interesses corporativos só justificam seu debate se submetidos aos interesses de toda a sociedade, queremos adentrar nesse campo de interesses. É justamente esse o elo ausente nesta discussão. Afinal, esta discussão, ao se manter lide corporativa, não permite um alargamento dos seus limites e muito menos permite aprofundar nossa compreensão acerca dos efeitos adversos que o projeto de lei encerra. E esses 'efeitos adversos' são agrupáveis em pelo menos dois eixos.

O Ato médico explicita uma visão de 'ser médico'

A luta pela instituição do ato médico, transformada em agenda do momento e da mais alta importância, nos parece mais um estertor conservador, ainda que não seja o último. Sua explicitação sugere mais uma aposta no imaginário ainda muito forte na profissão que não se alimenta de realidade. Essa visão idílica acorrenta os médicos a um ideário liberal, navegando em um oceano revolto de transformações sociais, políticas e tecnológicas. Nessa odisséia são passageiros de uma viagem na qual, ao contrário dos heróicos protagonistas da versão original, soçobram agarados ao mastro partido de uma nau sem leme cujo rumo só os distancia daqueles da quem deveriam cuidar.

O mercado de trabalho da área médica atravessa um profundo processo de transformação a partir das

mudanças no modo de produção dos procedimentos médicos, da intensa incorporação tecnológica que vem atingindo a medicina, enquanto saber e enquanto prática, e chega até o desequilíbrio do controle de mercado pela força de trabalho, pelo deslocamento do financiamento para outras mãos que não a corporação e nem o consumidor direto. Em outras palavras, desaparece a condição de exercício liberal que sustentou a prática médica até meados dos anos 1960, e se consolida um modo de produção no qual se institui a intermediação financeira por modalidades tanto empresariais diretas quanto por ação estatal. Não fosse o bastante, dilui-se a capacidade de controle do mercado, no sentido de poder definir valores e regras de contrato, captar diretamente a clientela consumidora, ou mesmo de influenciar de modo mais decisivo os rumos das políticas públicas regulamentadoras do setor.

A essa perda correspondeu uma substancial transformação pela qual passou a medicina, que foi sendo paulatina e profundamente amalgamada nos fornos da modernidade científica e tecnológica, cuja incorporação resultou em sua acetinada vocação para a tecnificação e para a pulverização em procedimentos.

A produção e o consumo de procedimentos médicos tecnificados têm sido deslocados e concentrados em espaços ideais que abrigam a tecnologia necessária à sua realização. Esses espaços ideais são, emblematicamente, os hospitais e centros tecnológicos de produção de procedimentos, como laboratórios e unidades de diagnóstico por imagem (raios X, ultra-som, ressonância magnética etc.) e acabam por subsumir a produção de saúde como consumo de procedimentos, deslocando o consultório de seu lugar efetivo de relação intersubjetiva e de explicitação do saber fazer clínico (ACIOLE, 2003).

É nesse cenário que ocorre um fator também pernicioso para o sonho liberal: o custo da atenção médica ficou inacessível, não apenas à população em geral, mas também ao próprio agente do trabalho, o médico. Em

seu lugar, assistimos à chegada de um sujeito que dela se apropriou: o vendedor do trabalho médico (convertido em procedimento). Essa venda se dá por meio das várias modalidades de prestação de serviços que foram se constituindo: seguradoras, medicina em grupo, cooperativas, empresas de autogestão e, principalmente, o Estado.

Dessa forma, diante das transformações socioeconômicas que modelam desestruturas significativas no modo de organização das práticas num 'mercado' de produção e de consumo, parece uma parte do passado inserido no presente, mais uma vez, os médicos serem impelidos a definir quem está ou não autorizado legalmente a executar procedimentos e atos definidos como sendo de médicos. O que muda, agora, são os excluídos: na década de 1920, os charlatões, curandeiros e homeopatas (PEREIRA NETO, 2000). Na modernidade do século XXI, a defesa se volta às demais profissões do campo da saúde.

Recordemos que os médicos não são mais os detentores do controle dos meios materiais de produção do nosso trabalho e sequer conseguem, hoje, definir o valor de mercado de nosso tempo de trabalho: duas condições sabidamente definidoras da perspectiva liberal de uma prática profissional. Essa condição, portanto, está perdida. Os médicos deverão atentar para o fato de que uma marca operacional importante no campo da saúde, pública ou privada, tem sido a do trabalho em equipe. Resta à corporação – o que não é pouco, embora venha se tornando insuficiente – a autonomia ético-científica e a preservação dos poderes prescritivos e delegacionais, além de uma grande legitimação social da medicina. Estes elementos continuam a centrar a organização da assistência em torno da prática médica, e a manter o fetiche existente entre saúde e assistência médica pela ação do saber da medicina, com que se reforça a centralidade desse saber na configuração de todo e qualquer modelo assistencial que se preze (ACIOLE, 2006).

É preciso que reflitamos sobre isso. A apregoada defesa dos médicos perante a avassaladora destruição

das condições de controle do mercado de trabalho, é a de estabelecer a regulamentação da sua prática para se conseguir proteção num mercado em perene transformação. Frente a esta realidade, o que se logra, entretanto, é reforçar o predomínio da natureza tecnológica do trabalho em detrimento da social, e ampliar, no seio da categoria, a defesa de uma posição ideológica que a mantém prisioneira da condição liberal de que se julga imutável detentora (ACIOLE, 1999); e mais, privilegia justamente o elo da cadeia de produção de atos e procedimentos nas condições privilegiadas em que julga se encontrar.

Ao contrário, será o detentor do controle dos meios de produção necessários à execução dos "atos médicos", isto é, o 'vendedor' de atos médicos, um dos maiores beneficiários da regulamentação do ato médico. Em essência, isso ocorrerá porque essa regulamentação reforçará a reserva de mercado, mas do mercado daqueles procedimentos mais custosos e tecnologicamente aparatosos para os quais as condições materiais de sua realização são cartelizáveis, e também da compra e venda do tempo de trabalho, bem como do resultado deste trabalho dos realizadores de procedimento, que são os médicos, mas não necessariamente dos médicos.

Uma terceira questão decorre desta visão crítica da luta corporativa: trata-se de que pensemos os seus significados práticos para a categoria, a partir do último ponto que levantamos. Frisemos outra vez a legitimidade da regulamentação profissional, mas interroguemos acerca da construção de um valor de uso para o "ato médico". Em outras palavras, após a aprovação da lei, em que será útil o 'ato médico' para o médico? Poderá o ato médico defendê-lo das profundas transformações pelas quais passa o seu mercado de trabalho? Constituirá defesa efetiva contra a precarização das relações de emprego e de remuneração? Segue-se a essa pergunta grande número de outras, para as quais não há mesmo respostas simples e diretas. Aliás, talvez nem mesmo haja respostas.

O Ato Médico explicita uma 'opção' pelo mercado e sustenta um modelo assistencial não universalista

Na acirrada disputa corporativa em que mergulhou a defesa da Lei do Ato Médico, um dos argumentos levantados pelos defensores de sua aprovação é o de que, sem ela, a sociedade poderá perder o médico como depositário exclusivo do conhecimento científico salvador de vidas e produtor de saúde e bem-estar. Em seu lugar, haverá gente despreparada, com menos qualificação ou formação insuficiente para dar conta da nobre arte de curar. Entregue à profissionais despreparados, o tesouro da medicina será roído, carcomido pela ineficiência, pela burla e pela incapacidade, e a sociedade é quem sofrerá com isto. É uma visão profundamente comprometida com um ideário conservador, que afirma uma supremacia 'natural' da medicina, dada a sua identificação histórica com a capacidade de intervenção na humanidade frente ao seu flagelo mais constante: as doenças.

A prática médica no setor privado também vai sofrendo sua particular espoliação, à medida que avança e se consolida a segmentação do mercado em infundáveis planos e modalidades de seguros que fatiam o corpo humano e sua saúde em mil fragmentos, colocando todos os consumidores numa constante sensação de insegurança. Nesse processo, como condição, vem junto a desqualificação da prática médica pela precarização do processo de trabalho e na perda substancial de seu valor de troca pela remuneração obtida.

Não temos razões para discordar de que assim seja, e nem queremos aqui afirmar o ideário de qualquer modelo que se pretenda erguer como 'substitutivo' ao da prática médica. Mas, devemos reconhecer que o desdobramento social e cultural da condição pós-moderna aponta para uma perspectiva de integração tanto da fragmentação e especialização de saberes quanto do reconhecimento da vastidão e complexidade que os conhecimentos científico e técnico têm atingido em todas as áreas; *vis à vis* a construção de práticas inter-

disciplinares, a interlocução de saberes e a construção coletiva como elementos paradigmáticos da construção de práticas e profissões.

Quem quer que mergulhe no cotidiano de trabalho de qualquer profissão tem reconhecido a importância da participação da clínica para outros trabalhadores, complementando e enriquecendo a clínica do médico, e vice-versa. Parece que, longe de significar uma apropriação indébita de diagnóstico e tratamento, isso tem produzido algum ganho em resolutividade e capacidade de atendimento, multiplicando as possibilidades terapêuticas e potencializando a legitimação social das profissões no campo da saúde mais do que quaisquer outras.

Ao contrário da invasão externa, o que ameaça a medicina é a sua deslegitimação social em virtude da especial degradação que se produz no seu campo de trabalho; seja pela ausência daqueles lugares onde se persegue a saúde pública, seja derivada da resistência da maioria dos seus agentes em tomá-la como lugar de disputa e de explicitação de uma outra postura e comprometimento. Nesse aspecto, o que se sobressai é uma sensação de desamparo aliada a uma situação de crise de sustentabilidade: milhões e milhões são gastos em procedimentos tecnologicamente encarecidos e apenas se amplia a insegurança e insatisfação da clientela, seja nos serviços públicos, seja nos privados (MERHY, 2002).

Nesses dois setores reside a possibilidade de oferta de locais de trabalho e emprego com que vão ser absorvidos os profissionais de saúde, entre eles os médicos, e também aqui a confluência destas ofertas vai estar organizada por meio de políticas de assistência que vão disponibilizar atos e procedimentos.

Um exame da disponibilidade desse tipo de estabelecimentos, segundo sua natureza administrativa, revela que a grande maioria deles está alocada no setor privado que concentra, inclusive, o domínio e a posse da maioria dos equipamentos utilizados na produção dos chamados pro-

cedimentos de alto custo. E esses equipamentos têm sido, pouco a pouco, monopolizados por um restrito número de produtores. A forma encontrada para se disponibilizar o acesso e o consumo desse tipo de procedimento tem sido a venda para os clientes privados através dos chamados 'planos de saúde', ou o cliente individual mais importante: a disponibilização ao SUS.

O SUS, sistema que busca universalizar os serviços públicos de saúde, é um dos maiores clientes de serviços e procedimentos técnico-profissionais. Perante o predomínio de estabelecimentos privados em certas áreas específicas, como internação e exames especializados, é colocado numa dependência estrutural que o torna um grande comprador de serviços e procedimentos, isto é, o transforma em um grande financiador cativo da prestação de serviços especializados privados (ACIOLE, 2006). Cativo, mas não de todo submisso, pois sua clientela maciça, ao lado de seu poder normativo, garante-lhe capacidade de definir valores no mercado adotando tabelas de remuneração nas quais se consideram os custos relativos aos insumos, aos equipamentos tecnológicos (a maior parte) e aos custos relativos aos chamados honorários médicos (a menor parte).

Se essa característica parece ser mais forte e presente no chamado setor público, aparece do mesmo modo no conjunto dos serviços privados e mesmo na sua unidade funcional: o consultório particular. Pois também na solidão apolínea de um consultório, estão presentes os fatores moderadores que determinam a disponibilização de tempo maior ou menor: o acesso e consumo a procedimentos de maior ou menor complexidade e à utilização de tecnologias, dependendo muito fortemente das possibilidades de acesso colocadas pelo poder aquisitivo do consumidor destes serviços. Na medida em que o consumidor possa pagar, ou não, diretamente pelos serviços que consome ou solicita consumir (ACIOLE, 2003).

É sob essas tensões constitutivas que a oferta organizada de ações e serviços deve encontrar efetivação e perseguir um alcance significativo de beneficiados. A prática nos

serviços de saúde – em especial nos serviços da área pública – tem sido marcada pela busca da integralidade da atenção, que exige a construção de práticas interdisciplinares e multiprofissionais, de forma bastante antinômica. De um lado, busca-se usar a competência e os saberes multidisciplinares para o cuidado à saúde; de outro, tem-se o cuidado de não haver perda da especificidade de cada segmento profissional, de modo que cada um se reconheça pelo seu escopo de atuação e seja reconhecido pelo trabalho da outra profissão. Essa tensão persegue espaços de tangência e até de interpenetração, complementar e cooperativa, diluindo a tendência conflitiva e invasiva de uma pela outra.

Outra marca das práticas em saúde é a de serem objeto da gestão das instituições e serviços. Esse tipo de racionalidade opera em termos de custo/benefício, dando lugar a certas distorções e políticas pouco consistentes; sob tais distorções, as supremacias da integralidade e da qualidade do cuidado cedem lugar ao economicismo mais tacaño e a políticas focais e compensatórias que somente se distanciam do verdadeiro caráter integral e resolutivo que se luta para dar aos serviços e ações de saúde. Essas tensões são fortemente atingidas pela luta corporativa na medida em que as regulamentações, sob esta óptica, podem impulsionar ou retardar o diálogo entre as profissões para a construção dos caminhos e práticas da integralidade.

A tais distorções se alia um conjunto de fatores que acabam por associar à saúde pública o lugar em que se pratica uma medicina de baixa tecnologia, verdadeira clínica pobre para pobres; lugares esses nos quais é possível que ocorra a apologia de substituição do trabalhador médico por outro menos custoso no mercado, mas que, no fundo, deslocada em seu contexto explicativo, ganha nítida condição de meia verdade, uma vez que o inverso também é verdadeiro: o profissional de saúde necessário para esta assistência pode estar deliberadamente ausente, ser inexistente ou se desinteressar por integrar-se à equipe. Nesse sentido, que espécie de resposta dará o ato médico, não apenas a esses serviços, mas à população por

eles assistida? Garantirá uma efetiva procura dos médicos pelos locais de difícil acesso ou onde ainda há grupos populacionais sem oferta de atos médicos? Acaso é de luta corporativa que precisamos povoar as trincheiras de luta por uma extensão de qualidade e resolutividade no campo da saúde pública ou privada?

Já que mencionamos a sociedade, afinal, a ela, quanto importa o ato médico? Interessa pouco ou muito? Para ela, faz diferença quem terá a prerrogativa de diagnosticá-la e medicá-la? Depende, e a este ‘depende’ se vincula uma série de características que devem ser atendidas em quaisquer circunstâncias: a da qualidade da atenção e do respeito à integralidade do paciente/usuário. Nesse caso, qualquer profissional que o faça – em qualquer regime ou condição – deve fazê-lo bem, com eficácia, efetividade, responsabilidade, vínculo e humanidade. Em suma, cabe uma última interrogação: aos usuários, aos dependentes do cuidado, da assistência, interessa os efeitos da varinha e importa menos qual o mágico que a segura? O efeito esperado não é o de ser cuidado, obter segurança e acolhimento para as suas necessidades, agravos e desarranjos na harmonia vital mais do que a reserva e o domínio de certos territórios de práticas por esta ou aquela categoria profissional. Como conciliar as legítimas reclamações por uma saúde mais humana, mais próxima do indivíduo que a procura, mais integral e acolhedora e, por isso mesmo, mais resolutiva? Parte desta resposta pode estar nos argumentos que levantaremos a seguir.

EM BUSCA DE UMA ADEQUAÇÃO PARA OS LIMITES CORPORATIVOS: DA ORDEM/DESORDEM PROFISSIONAL PARA UMA NOVA ORDEM SOCIAL

Como apontamos no início deste artigo, talvez seja bom reconhecermos que é necessária certa dose de cor-

porativismo à sobrevivência de qualquer profissão. Mas, antes de dizer sim a qualquer ato corporativo como o ato médico, é preciso muito mais dizer ‘sim’ a um outro ato: o ato de cuidar na sociedade atual. Sob este *leitmotiv*, a questão corporativa deve ser reduzida a escombros para que possa ser colocada a serviço de uma causa mais transcendental, mais inserida no atendimento às necessidades coletivas e individuais dos pacientes, onde quer que estejam, numa perspectiva transformadora da sociedade e dos próprios profissionais.

Assim é que, ao invés de insistir no debate a favor de ou contra o ato médico, a questão corporativa precisa ser urgentemente repensada, na medida em que a própria dinâmica social torna imperativa a mudança de seu objeto. Será que é possível e necessário imaginar, por exemplo, outra concepção para as entidades profissionais (como os conselhos), ou uma mudança de seu objeto, uma inversão de suas prioridades? Acreditamos não apenas que sim, mas que isso se torna cada vez mais uma questão imperativa.

Responder a esta questão pode significar virar este mundo de cabeça para baixo: ao invés de proteger a sociedade e defender o profissional a partir de uma óptica autocentrada, passaríamos a fazê-lo olhando para fora, isto é, direcionando a regulação do exercício profissional que toma suas práticas como objeto, para o “objeto” de suas práticas, isto é, o cidadão usuário-cliente destas práticas e dos serviços.

Adotando este princípio como radicalidade, deve-se assumir a defesa dos interesses de saúde dos usuários/clientes como foco prioritário, e este foco é que deve justificar o exercício de defesa e controle das condições de exercício profissional. Uma diferença sutil, porém, fundamental. Agindo assim, ao invés de perseguirmos o aprimoramento de um ato jurídico corporativo, de limites tão contundentes e precisos, deveríamos buscar aprovar um “Ato de Saúde”, afirmando radicalmente que o que importa é a produção da saúde como cuidado e como bem público. Afirmar o

Ato de Saúde permite alcançar, a um só tempo, um duplo objetivo: romper a barreira limitante da disputa corporativa, cuja égide no máximo atingirá ‘aprimoramentos’ dos textos legislativos; e subsumir a perspectiva reinante à regulação pelas necessidades de saúde, um princípio universal, cujo caráter complexo e natureza prismática comportam obrigatoriamente uma prática interdisciplinar e integralizadora, e sua apropriação pela sociedade civil.

Uma versão preliminar de definição do ‘Ato de Saúde’ poderia partir da seguinte redação:

Projeto de Lei Popular n. ____/ de 2004

Dispõe sobre a criação dos ‘Atos de Saúde’ e sua regulamentação.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Artigo 1º – Os Atos de Saúde se definem como todo e qualquer procedimento profissional voltado para o cuidado à saúde e a doença, e exercido pelos profissionais da saúde;

1 – Os atos de saúde são um direito de cidadania e constituem um dever do Estado, que cuidará de sua efetiva garantia a todos os brasileiros, indistintamente;

2 – Os Atos de saúde deverão atender aos princípios da integralidade, interdisciplinaridade e universalidade e deverão ser executados, preferencialmente, por equipe multiprofissional de saúde, e envolverão as dimensões preventivas, diagnósticas, terapêuticas e reabilitacionais inerentes ao ato de cuidar;

Inciso único: Os ‘Atos de Saúde’, em vista disso, não poderão constituir exclusividade de nenhuma profissão em particular;

Artigo 2º – Fica garantido ao cidadão brasileiro o acesso a toda e qualquer informação e orientação na definição de qual recurso profissional buscar para o real e efetivo atendimento de suas necessidades de saúde;

Artigo 3º – Deverá ser revista a legislação reguladora que orienta e define a atuação dos conselhos a fim de adequá-los aos ditames da presente legislação;

Inciso único: Os conselhos profissionais estarão impedidos de emitir qualquer resolução, norma ou parecer que contrarie o disposto na presente Lei;

Artigo 4º - Os atos de saúde definidos por esta Lei aplicam-se a todas as profissões regulamentadas para o setor, conforme a relação oficial dos órgãos definidores;

Inciso único: Novas regulamentações futuras, deverão orientar-se pelo disposto na presente Lei.

Artigo 5º – Revogam-se as disposições em contrário.

Artigo 6º – Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Uma proposta que é um convite à transformação do que vem sendo um debate *interna corporis*. Uma possibilidade de envolvimento da esfera pública, por meio dos seus vários espaços organizados (sejam os políticos formais, sejam os movimentos sociais) e, principalmente, a reafirmação de que, no Brasil de hoje, a saúde é uma questão social que não permite mais o seu aprisionamento ou apropriação por interesses particulares, o que está deperfeito acordo com a definição constitucional de ‘direito de todos e dever do Estado’.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, G.G. *A Saúde no Brasil: cartografias do público e do privado*. Campinas/São Paulo: Sindimed/Hucitec, 2006.

_____. O lugar, a teoria e a prática do trabalho médico: elementos para uma abordagem crítica da relação médico-paciente no consultório. *Interface*, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 95-112, 2003.

_____. Uma discussão da cultura e trabalho médicos no Brasil: entre o cliente e o usuário. *Revista Jovem Médico*, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 103-107, 1999.

AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo/Rio de Janeiro: UNESP/FIOCRUZ, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *O Ato médico*. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br>> Acesso em: nov. 2003.

BOURDIER, P. *O poder simbólico*. Lisboa/Rio de Janeiro: DIFEL/Bertand Brasil, 1989.

MERHY, E.E. Ato de cuidar: alma dos serviços de saúde. In: MERHY, E.E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002. Apêndice 1, p. 115-133.

PEREIRA NETO, A.F. *Ser médico no Brasil: o presente no passado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

ROSEN, G. Uma história da Saúde Pública. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ UNESP/ABRASCO, 1994. Coleção Saúde em Debate, n. 74.

Recebido: Maio/2005

Aprovado: Fev/2006

O corpo e a sua complexidade

The body and its complexity

José Pedro Rodrigues Gonçalves ¹

¹ Mestre em Sociologia Política pela
Universidade Federal de Santa Catarina
(UFSC).
jpg3@terra.com.br

RESUMO *Este artigo faz uma reflexão sobre o corpo humano enquanto um locus singular onde fenômenos de toda natureza ocorrem, percorrendo uma trajetória sistêmica que se complexifica no cotidiano em função de suas múltiplas ações/interações. A visão sistêmica abordada possibilita uma compreensão do corpo em processo e do processo corpo ao mesmo tempo, demonstrando a integralidade do corpo ambiente e ambiente corpo, como sistemas que se articulam e rearticulam, facilitando a compreensão de fenômenos biopsíquicos, físicos, sociais, culturais e políticos, que ocorrem na simultaneidade do viver. Compreender o corpo em interações facilita a identificação de fatores de adoecimento e a compreensão de como esses fenômenos ocorrem.*

PALAVRAS-CHAVE: *Corpo humano; Saúde; Patologia.*

ABSTRACT *This paper brings a reflection in order to clear up the human body meaning as a place where every kind of phenomenon occurs, going through a systemic trajectory which day by day becomes complex due to its multiples actions/interactions. This systemic view allows a comprehension of the body in process and the body process, at the same time, showing the body surrounding and surrounding body integrity as systems that articulate and rearticulate, what makes easier the comprehension of the biopsychological, physical, social, cultural and political phenomena that happen in the simultaneous act of living. Therefore, to understand the body in its interactions facilitates the identification of illness factors and the comprehension of how these phenomena occur.*

KEYWORDS: *Human body; Health; Pathology.*

INTRODUÇÃO

Este artigo busca uma interpretação, uma tentativa de tornar um pouco mais claro o sentido do corpo humano enquanto um locus singular onde fenômenos de toda natureza ocorrem incessantemente, muitas vezes sem serem percebidos, outras, de forma mais intensa, de modo que os olhares cotidianos conseguem perceber as mudanças ocorrentes. O corpo enquanto um sistema aberto que compõe com o ambiente uma unidade auto-eco-organizacional, é dotado de uma autonomia que se relativiza enquanto troca necessidades energéticas com o ambiente, pois é do ambiente onde ele se insere que ele consegue retirar quase tudo o que lhe é necessário para viver.

Utilizaremos como referencial teórico o pensamento complexo e a transdisciplinaridade, caminhos metodológicos e epistemológicos que nos permitem perceber os fenômenos da vida humana em todas as suas dimensões e contextualizar as suas ocorrências, considerando as suas emergências no tempo e no espaço. É possível compreender tais ocorrências a um só tempo, em vários níveis de realidade e de forma sistêmica, levando em conta as suas possibilidades recursivas. Nicolescu (1999) entende por 'nível de Realidade':

Um conjunto de sistemas invariantes sob a ação de um número de leis gerais: por exemplo, as entidades quânticas submetidas às leis quânticas, as quais estão radicalmente separadas das leis do mundo macrofísico. Isto quer dizer que dois níveis de realidade são diferentes se, passando de um ao outro, houve ruptura das leis e ruptura dos conceitos fundamentais (como, por exemplo, a causalidade).

Segundo Nicolescu:

[...] a transdisciplinaridade, conforme indica o prefixo 'trans', envolve aquilo que está ao mesmo tempo

entre as disciplinas, através das diferentes disciplinas e além de toda e qualquer disciplina. Sua finalidade é a compreensão do mundo atual, para a qual um dos imperativos é a unidade do conhecimento (1999).

AS CONCEPÇÕES DO CORPO

O corpo, enquanto corpo/movimento, se manifesta e assume a condição de mobilidade e a possibilidade de um deslocamento a partir de sua estruturação articulada. São as articulações interósseas que criam essa possibilidade de deslocamento, de corpo-móvel.

A organização das articulações do esqueleto/corpo acontece por causa de uma necessidade da capacidade de se movimentar, que implica em uma possibilidade de autopreservação, de encontro com outros corpos/sujeitos para a perpetuidade, para a garantia genealógica, ou, em uma visão sócio-antropológica, a reprodução biológica. Observar a existência de articulações entre os ossos deve orientar a compreensão para a função dessa estrutura. Articulação é movimento; logo, o ser humano, para garantir um viver saudável, deve fazer uso dessa função aprioristicamente determinada por sua própria conformação estrutural: movimentar-se.

O corpo também garante a sua perpetuidade através da lembrança, daquilo que produziu de positivo a partir de seus produtos cerebrais/mentais (MORIN, 1998). Garantindo as lembranças na memória da sociedade, ela permanece em outro nível de realidade, sobreexiste, garante a continuidade da idéia fecunda que, para Morin (1998), também se reproduz.

O corpo se desintegra após a morte, a ordem corpórea se desorganiza, anarquiza-se, volta ao caos (ao pó referido na Bíblia). Pela auto-eco-organização, adquire uma nova condição e, como emergência, ganha uma nova ordem:

[...] a decomposição proveniente da morte dos carnívoros alimenta insetos necrófagos, vermes, unicelulares; e os sais minerais residuais são tragados pelas raízes dos vegetais. O ciclo da morte é, ao mesmo tempo, ciclo da vida” (Morin, 2005).

Mas, agora, em outro nível de realidade.

O corpo, enquanto sistema complexo, organiza-se em subsistemas menores, secundários, que por suas vezes também se dividem em ‘sub-subsistemas’ cada vez menores, até a dimensão atômica, quântica. Mesmo tendo uma condição não visível, quântica, por exemplo, estes subsistemas não perdem a sua potencialidade já que qualquer reação química ou física necessita de energia para passar de um estado de potencialidade para um estado de atualização (LUPASCO, 1994), ou seja, uma nova forma de se apresentar; uma emergência. Dessa forma, o nível de realidade quântica é regido por uma lei que não é a mesma que rege o nível imediatamente superior das moléculas (NICOLESCU, 1999).

Assim, poderemos partir de um sistema quântico, passando depois pelo molecular, e em seguida, pelo o sistema celular. Depois, os tecidos, que poderíamos chamar de sistema tecidual, irá se organizar no sistema orgânico cuja unidade macro seria cada um dos órgãos, diferentemente da visão clássica. Em seguida vem o que poderíamos chamar de sistemas dos sistemas orgânicos, na visão clássica chamados sistema cárdio-circulatório, sistema respiratório, sistema urinário, etc. Moraes (2004) reconhece a “vida como sendo um sistema de sistemas de sistemas, onde os processos encontram-se imbricados, encaixados uns nos outros”.

Cada um desses subsistemas tem um modo próprio de funcionamento, com suas leis e peculiaridades específicas. Temos, nessa visão, os complexos: átomo/molécula, molécula/célula, célula/tecido, tecido/músculo, com seu funcionamento muscular involuntário e voluntário, a transmissão neuro-muscular, etc.

Assim, esse corpo sistêmico e seus inúmeros sistemas e subsistemas comporiam um macrosistema que se acoplaria ao seu meio para dar objetividade à um novo sistema com o ambiente. Neves (1997) afirma que, para Luhmann:

[...] conceito de sistema designa agora não mais um objeto, mas um conceito teórico-diferencial, ou seja, um sistema é a forma de uma diferença, possuindo dois lados: o sistema (como o lado interno da forma) e o ambiente (como o lado externo da forma). Somente ambos os lados constituem a diferenciação, a forma, o conceito.

Sob essa ótica, corpo e ambiente constituem um sistema, nesse caso um macrosistema.

Esteves (2005), apresentando Luhmann, fala da redefinição da concepção de homem na visão clássica afirmando que:

Esta redefinição de termos e relações implica uma viragem radical relativamente ao pensamento político europeu dominante e tem, como última consequência, o abandono definitivo do modelo organicista - de uma relação partetodo, em que a posição central estava sempre reservada ao indivíduo. Em termos macro-sociológicos, ocorre uma desantropomorfização da noção de organismo, consequentemente, o homem deixa de ser considerado como parte (a fundamental) desse mesmo organismo social e torna-se-lhe exterior - passa a constituir um meio ambiente do sistema e, como tal, fonte permanentemente geradora de problemas, criadora de complexidade.

Devemos buscar uma concepção de homem em que permeiam as idéias de um ‘ser’ que deve ser percebido desde as suas dimensões quânticas, como em Nicolescu (1999) e Morin (2002), que propõem que “o conceito de homem comporta uma dupla entrada: uma entrada biofísica e uma entrada psico-sócio-cultural, uma remetendo à outra”.

Algumas correntes no campo da Saúde ainda consideram o homem como um ser composto por um corpo energético associado ao corpo físico.

A Terapia Floral, bem como outras terapias conhecidas como alternativas, entende que a alteração vibracional destes corpos energéticos sutis, formadores da aura, resulta na cura do corpo físico (FALCONI FILHO, 2005).

PARA ALÉM DA COMUNICAÇÃO CORPORAL

Algumas correntes científicas abordam o corpo através das mais variadas formas mas, neste trabalho, pretende-se evidenciar a multidimensionalidade do corpo enquanto habitat natural/cultural que emerge no vai-e-vem do saber-fazer da ciência em geral e da medicina em particular.

O corpo enquanto substância física, ou seja, a estrutura dos seres humanos que abriga a 'anima', garante a estética e exercita a ética do ser/sujeito, materializando a presença, assumindo as relações e a condição da humanidade.

O corpo enquanto centro, abriga as atenções, os olhares, as manifestações objetivas, a operação dos desejos e da dinâmica do viver/morrer, de acordo com a visão clássica da ciência.

Em nossa abordagem, o corpo não é dividido, não é parcelado, não é percebido em suas partes, mas compreendido na sua riqueza transcendente e em suas múltiplas dimensões, na sua polifonia, policromia e, acima de tudo, na condição de corpo/sujeito e sujeito/corpo que abriga o 'ser' e suas infinitas possibilidades. Aqui, pois, o corpo é percebido como um todo.

O corpo força motriz

Para alguns, o corpo é a força motriz da produção, para outros é o substrato do espírito.

O aparecimento do dualismo cartesiano contribuiu para a separação do corpo e da 'anima'¹, criando condições para que o corpo fosse encarado apenas como uma máquina que pode ser desmontada e operada como um equipamento de produção. Rodrigues (2001) afirma que, a partir do surgimento do capitalismo:

Encarados como produtores, os corpos tenderiam doravante a ser funcional e simbolicamente associados à máquina, cuja trituração ao longo do processo produtivo importaria relativamente pouco, diante da grandiosidade transcendental da razão e do espírito.

Garantia-se a justificativa para a exploração do corpo/máquina/homem pelo homem/corpo.

Maturana e Varela (1997) falam de máquinas auto-poiéticas, homeostáticas, que se retroalimentam através do meio que as circundam, tal que os efeitos de saída afetam os de entrada. Dentro dessa conceituação está a máquina humana, que produz a si mesmo (reproduz) e ao mundo ao seu redor, ou seja, seu nicho, seu habitat com tudo que o faz parte dele, inclusive o conhecimento, a cultura, os mitos, ritos, tecnologias, etc. Esse conteúdo complexo, ilimitado, sistêmico, debruça-se sobre seu criador e o transforma, de modo a formar um espiral de contínuas interações, no qual um modifica o outro.

Com os avanços médicos, a introdução dos analgésicos, por exemplo, tornou-se num meio técnico para aumentar o distanciamento entre o corpo e sua dor. Foi também uma tentativa bem sucedida de expandir, por meios técnicos, os limites da exploração do homem pelo próprio homem ao forçar seu corpo para o trabalho. A medicina oferece, além de analgésicos, calmantes, estimulantes e fortificantes (RODRIGUES, 2001).

Atualmente, esse mesmo meio técnico vem sendo utilizado para a exploração do corpo pelo hedonismo. O

¹ Aqui, 'anima' é compreendida no mesmo sentido que Morin (1996, p. 23) dá ao espírito - "o espírito e o cérebro são dois aspectos sob os quais nos aparece este fenômeno pelo qual pensamos e conhecemos. O cérebro é um conceito biológico que designa um órgão biológico. O espírito é um conceito psíquico que designa um conjunto de atividades que incluem idéias, linguagem e até consciência".

Viagra, e seus similares, tem provocado uma ampliação do consumo de drogas que permitem atender alguma necessidade de satisfação sexual, ou até mesmo a única oportunidade para isso, em muitos casos. Possibilitou, também, benefícios às indústrias farmacêuticas já que houve um aumento no consumo.

Ainda hoje, essa exploração do corpo é tida como uma política de Estado no Brasil através de normas oficiais da ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas), que determinam compulsoriamente as dimensões dos utensílios (mesas, cadeiras, etc.), promovendo uma verdadeira 'poda' nas estaturas dos brasileiros e tornando-os, compatíveis com os utensílios, aos quais devem adequar seu corpo, não o contrário, como qualquer lógica pode antever. Como resultado disso, temos a infinidade de problemas de coluna que atacam os trabalhadores de estatura não adequada ao seu instrumento de trabalho, o os leva ao sofrimento, já que são condenados pelo simples fato de serem de biótipo/estatura diferente daquele que o Estado tenta padronizar.

Uma vez que o corpo é desconsiderado como sujeito, torna-se um corpo/objeto. O poder público também não considera a autonomia desse sujeito/corpo, enxergando-o apenas como um objeto, um meio de produção.

Autonomia x convivência

A autonomia (*autós* = de si mesmo, por si mesmo; *nomós* = lei) (CUNHA, 1997) é dada por uma necessidade cultural ligada ao sentido do existir. Para Nicolescu 'existir' significa:

descobrir nossos condicionamentos, descobrir a harmonia e desarmonia entre nossa vida individual e social, testar as fundamentações de nossas convicções, a fim de descobrirmos o que se encontra embaixo (NICOLESCU, 1999).

Ou seja, em outro nível de realidade. A descoberta da dualidade harmonia- desarmonia implica no conhecimento, compreensão e compartilhamento da vida social de forma harmônica, ou seja, o convívio.

Essa convivência ocorre devido a uma necessidade de compartilhamento que busca a (re)produção, a garantia de perpetuidade, tanto pela descendência biológica, como pela cultural, especialmente através da memória da comunidade. Ambas constituem uma dualidade, cada uma em seu nível de realidade, cada uma necessária à existência da outra, ambas subsistemas do sistema maior 'ser humano'.

A descendência biológica se manifesta no corpo, inscrito em um nível de realidade e sujeito à um determinado tipo de lei. A descendência cultural diz respeito ao âmbito da noosfera (MORIN, 2004), com leis totalmente diversas das anteriores. O lado biológico garante a existência do lado psicológico ao produzi-lo a partir do funcionamento do cérebro, máquina autopoietica. O psicológico/mental garante a existência do biológico dotando-o de vontade/necessidade de sobrevivência, auto preservação, na busca pela garantia de alimentação/movimento/convivência. Isso, por sua vez, possibilita a existência do indivíduo, da espécie e da sociedade. Cada um em seu sistema devido. Com a convivência, o corpo/sujeito/indivíduo garante a ampliação de sua vida, ampliando também o seu conhecimento/cultura. Dessa forma, o ser aprende e apreende saberes que possibilitam a emergência de melhores alternativas de sobrevivência e novas estratégias para solucionar problemas de ordem pessoal, familiar e social.

Ao agregar saberes cheios de particularidades, os profissionais, que são responsáveis pela melhoria da vida da espécie/pessoa ou pessoa/espécie, melhoram e ampliam as estratégias e os modos de experimentar o viver ou de percorrer os caminhos da vida, incorporando ganhos positivos ao viver pessoal/individual, comunitário e social. Dessa forma, a convivência com profissionais

de vários tipos, possibilita a ampliação dos saberes à cada profissional específico, o que, por sua vez, garante o evoluir social em direção ao melhor modo de se operar a existência, sempre visando um viver saudável.

O isolamento profissional, que tem início na separação das disciplinas, e é reforçado pela separação na construção do saber e do fazer de cada profissão, dificulta a ampliação dos saberes individuais profissionais, não permite a troca interdisciplinar, nega a possibilidade de se caminhar em direção ao viver saudável, que é fruto de um saber transdisciplinar. Por fim, não permite a construção de 'saberes e sentires', que é a subjetivação da objetividade do conhecimento científico.

O corpo território da doença

Para a medicina tradicional o corpo é o território da doença, o espaço da ação e da intervenção, o objeto no qual se busca a doença, a máquina que se desmonta e se recompõe as partes a partir de um saber que se organiza por uma técnica.

O corpo não é, portanto, um objeto. A sua unidade é sempre implícita e confusa. Ele é sempre outra coisa que não é ele próprio, sempre sexualidade ao mesmo tempo que liberdade, enraizado dentro da mesma natureza no momento exato em que se transforma pela cultura, nunca fechado sobre si mesmo e nunca totalmente ultrapassado. Quer se trate do corpo de outro ou do meu próprio corpo, eu não tenho outro meio de conhecer o corpo humano a não ser o de o viver, isto é, de retomar para mim mesmo o drama que o atravessa e de me confundir com ele (MERLEAU-PONTY, 1993).

Assim, o médico deverá conhecer o corpo vivendo-o, assumindo os seus dramas, aprendendo os seus significados, a sua comunicação verbal e não verbal, os seus sinais e suas outras manifestações. Dessa forma, ele poderá compreender o sentido do seu existir como ser/

sujeito, e indo além dele. O médico deve tomar para si o que sente o outro corpo, pois será desse modo que ele poderá interpretar o sentimento do sujeito/corpo que sofre e busca tratamento para um mal.

O profissional médico, o examinador da intimidade do corpo enquanto substrato de uma doença, deve direcionar seu olhar para além do corpo, retomar a 'anima' que esse corpo abriga e que dialoga para ser compreendida, que sente, que emite juízos contra ou a favor da intervenção do médico que, por sua vez, garantir a autonomia do sujeito/doente.

O corpo grita a sua queixa, mas o médico, a cada dia, torna-se mais surdo esses gritos, mais cego para os seus sinais, mais insensível aos seus odores e outras manifestações.

O corpo emite sinais. Uma marca, uma mancha ou mesmo uma pequena erupção significa muito quando se aprende a ler tais sinais. Para aprender a fazer essa leitura é preciso conhecer, antes, suas determinações, suas etiologias, suas causas primeiras. Nem sempre uma determinação leva a uma doença, mas é preciso levar em conta a sua possibilidade, considerar, num universo de fatos que se correlacionam, a sua emergência a partir dessas correlações. Para Foucault (1992), foi assim que nasceram as primeiras correlações entre causas e efeitos na saúde, através das analogias, das similaridades e das simpatias entre um fato e outro.

Para além da ética e da estética

O retardo, o silêncio nos consultórios, o equívoco perverso do exame normal como ausência de um mal, facilita esse mesmo mal, pois a capacidade de leitura que um exame tem sobre a doença no corpo será sempre menor do que a racionalidade intelectual do profissional da saúde. Este deve ser experimentado e deve desejar ler o que se passa nesse sujeito que apresenta seu corpo, porque o que se passa nesse corpo certamente já tem

uma manifestação em sua 'anima' possível de ser 'lida' quando há interesse por essa leitura e se tenta aprender e apreender a linguagem que o corpo nos oferece. Só assim, será possível compreender/interpretar o 'ser' que habita esse corpo.

Não se pretende, aqui, desprezar ou menosprezar os equipamentos, instrumentos e laboratórios. Trata-se de preservar um conhecimento muito rico, verdadeiro, absolutamente ao alcance de todos os médicos que atendem sujeitos que não conseguem pagar os custos de um aparato médico institucional revolucionário, e até dispensável em muitos casos.

É necessário fazer uso desse conhecimento em benefício dos que adoeceram e não podem, nem devem, pagar pelos altos preços de um diagnóstico. Muitas vezes, os resultados dos exames que utilizam máquinas de alta tecnologia são normais, o que demonstra a desnecessariedade de sua utilização. Isto foi demonstrado em pesquisa apresentada por Kenzler (2001, p. 52), na qual ele aponta cerca de 85 % dos exames solicitados por médicos com resultados negativos, o que significa que os recursos aplicados na execução desses exames foram absolutamente desnecessários e dispensáveis.

A incorporação da tecnologia nos consultórios, hospitais e laboratórios, possibilitou o surgimento de uma nova estética que, por sua vez, deu início a uma nova forma de cuidar: o cuidar mediado pelo equipamento. Essa mediação levou os médicos a transitarem progressivamente do tratamento à observação da lesão, da escuta da pessoa doente à análise dos sintomas, reduzindo o doente a um corpo objeto (MARZANO-PARISOLI, 2004).

O autor observa, ainda:

médico dificilmente se familiariza com um corpo em situação. Ele vê o corpo humano objetivamente, como uma estrutura anatômica complicada e da qual resulta todo um conjunto de fenômenos.

Além dessa outra forma de cuidado, o uso das máquinas examinadoras determinou o modo de inserção do médico no contexto histórico onde vive. Tal contexto, constituído por hospitais e clínicas, não é o mesmo da maioria daqueles que necessitam de seu cuidado. Esse descompasso entre médicos e doentes, entre realidades diversas, acaba gerando equívocos na avaliação do problema a ser resolvido, com possibilidade de consequências negativas para o sujeito doente. O contexto real é revelado no ambiente natural e cultural no qual o ser se manifesta e comunica a sua existência no cotidiano. Essa existência se dá não somente como corpo portador de uma 'anima', mas como corpo que gera interações objetivas e subjetivas, ou seja, ser/sujeito.

É preciso, antes de tudo, obedecer a um princípio que a tecnologia médica (aqui entendida como todo o aparato utilizado pela medicina no seu exercício) muitas vezes dispensa, mas que se faz absolutamente necessário no nosso cotidiano: a Ética. Mas não apenas aquela ética decantada pela corporação médica, e sim aquela que deve permear qualquer relação entre seres humanos, médicos ou não: a ética da sociedade.

A percepção que a maioria dos médicos têm a respeito da Saúde decorre de um olhar centrado na doença, que só é percebida por meio do resultado de um exame, e não mais através da propedêutica, que traça caminhos, delimita espaços de atuação, assegura o respeito e adequa as intervenções. Assim, o objeto de estudo da Medicina passou a ser a doença enquanto fato mórbido definido, tornado-se um obstáculo epistemológico que não permite a compreensão do processo saúde-doença, que, por sua vez, tem um significado muito mais abrangente, incorporando os antecedentes e o estilo de vida do ser que adocece. Esse processo incorpora miríades de fatores e conjunções de toda a natureza.

A não percepção disso possibilitou que se tornasse senso comum o fato de que o importante é o saber sobre a doença e não sobre a Saúde, reduzindo o viver saudável

ao simples fato de não se ter encontrado uma doença no corpo ou, o que é pior, aquilo que se obtém após o tratamento médico.

Ao não assumir uma prática de viver saudável, instrumentalizada pelo cuidado, o profissional médico não estará inserido no contexto histórico e na realidade natural e cultural das comunidades onde exercerá sua atividade. Ele se alienará, e se isolará da realidade ao criar um universo próprio para exercer a sua prática.

Esse modelo tem dado forma a um profissional solitário não por opção, mas por (de)formação decorrente de uma construção ideológica - um corpo de idéias - que determina uma dificuldade de participação em equipes de Saúde.

Segundo Marcuse (1968) em 'Ideologia da Sociedade Industrial', a questão da unidimensionalidade das sociedades contemporâneas é dada pela percepção da realidade vista exclusivamente pela ótica da produção/consumo, e é nessa visão que o saber médico se situa quando se constitui em um profissional unidimensional.

Uma última olhada

Nos dias de hoje, o corpo se manifesta cada vez mais de forma ostensiva, mostrando-se um objeto de sedução, de consumo, uma vitrina que oferece os últimos lançamentos da moda. Utiliza, também, essa sedução para atrair outros corpos e compor um narcisismo coletivo, como diz Maffesoli (1999). Cada signo apresentado pelo corpo gera um simbolismo generalizado "num movimento de ações/retroações, reconheço um signo reconhecendo com outros, e assim reconheço o que me une a outros" (MAFFESOLI, 1999).

Oferecendo-se como espetáculo, o corpo demonstra a sua inserção em outro corpo (o social), desta vez, para refletir a sua condição, para afirmar-se e fortalecer o grupo ao qual pertence (MAFFESOLI, 1999).

O culto ao corpo tornou-se quase uma religião, embora sua intenção não seja relacionar-se com suas origens, mas exercer um modismo instaurado em função de necessidades criadas artificialmente para dar vazão ao consumismo, que nada mais é do que uma manifestação exacerbada do Capitalismo tardio. As cirurgias plásticas que reconstróem silhuetas, o implante de próteses de silicone e outras tantas formas de 'pavonear', como diz Maffesoli (1999), refletem uma necessidade de comunicação de tal corpo. É como se houvesse uma carência de alguma coisa, ainda que as comunicações nunca estivessem tão presentes como hoje em dia.

Por que será que isto acontece? Fica aqui registrada uma questão para futuras reflexões.

REFERÊNCIAS

CUNHA, A.G. *Dicionário etimológico da língua portuguesa*. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1997.

ESTEVES, J.P. *Niklas Luhmann, uma apresentação*. Disponível em <http://ubista.ubi.pt/~comum/esteves-pissarra-luhmann.html>. Acesso em: 11 fev. de 2005.

FALCONI FILHO, A. *Floraís de Bach*. Disponível em: www.acessa.com/viver/arquivo/ser_holistico/2004/04/22-floraís/. Acesso em: 14 abr. de 2005.

FOUCAULT, M. *As palavras e as coisas*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

KENZLER, W. A medicina doente. *Super interessante*, n. 5, p. 48-55, mai. 2001.

LUPASCO, S. *O homem e as suas três éticas*. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.

MAFFESOLI, M. *No fundo das aparências*. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

MARCUSE, H. *Ideologia da sociedade industrial*. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MARZANO-PARISOLI, M.M. *Pensar o corpo*. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

MATURANA, H.R.; VARELA, F.G. *De máquinas e seres vivos – autopoiese – a organização do vivo*. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

MERLEAU-PONTY, M. *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard, 1993.

MORAES, M.C. *Pensamento eco-sistêmico: educação, aprendizagem e cidadania no século XXI*. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

MORIN, E. *O método 6: ética*. Porto Alegre: Sulina, 2005.

_____. *O método 5: a humanidade da humanidade, a identidade humana*. Porto Alegre: Sulina, 2002.

_____. *O método 4: as idéias, habitat, vida, costumes, organização*. Porto Alegre: Sulina, 1998

NEVES, C.E.B.; SAMIOS, E.M.B. (Org.). *Niklas Luhmann: a nova teoria dos sistemas*. Porto Alegre: UFRGS/Goethe Institut/ICBA, 1997.

NICOLESCU, B. *O manifesto da transdisciplinaridade*. 2. ed. São Paulo: TRIOM, 1999.

RODRIGUES, J.C. *O corpo na história*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

Recebido: Maio/2005
Aprovado: Agosto/2006

La política social sin política*

The social politics without politics

Eduardo S. Bustelo¹

¹ Director de la Maestría en Política y Planificación Social; Facultad de Ciencias Políticas Sociales; Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina; legislador en la Provincia de San Juan. cebustelo@uolsinectis.com.ar

*“Ellos saben muy bien lo que hacen,
pero aún así, lo hacen”*

Peter Sloterdijk, Crítica de la razón cínica

Intento, en este trabajo, levantar algunos puntos centrales en la discusión sobre diferentes modelos de ‘política’ social en América Latina. En especial, hay una tensión entre dos modelos: el modelo al que denomino ‘histórico’ y el modelo neoliberal. En la realidad, estos modelos no se manifiestan en estado puro y existe una multiplicidad de aplicaciones. Predominan programas sociales especialmente centrados en combatir la pobreza y la indigencia. Su punto más relevante es el gerenciamiento de los mismos para lograr más eficiencia, más eficacia y transparencia.

En este contexto, mi argumento principal es que, en América Latina, estamos implementando programas sociales y no una política social. Una política social es tal, cuando su objetivo medular pasa por cambiar la distribución del ingreso y la riqueza, que es el problema crucial que deben afrontar los países de la Región. Esto supone cambiar un sistema de dominación sobre el que se arraigan relaciones sociales opresivas. Y ese objetivo histórico largamente postergado debe enfrentarse desde la política y no meramente con ‘la gestión eficiente’ de programas sociales. Y aunque estos programas impliquen significativas asignaciones presupuestarias y alcancen con un impacto positivo a la mayoría de la población que hoy sobrevive en la pobreza y la indigencia, ellos no logran ser un atenuante para abandonar la lucha por conseguir sociedades más igualitarias.

* Trabajo presentado al Encuentro Internacional Políticas Sociales e Institucionalidad Pública; organizado por la Universidad Andina Simón Bolívar. Quito, Ecuador. 28 al 30 de abril de 2008.

EL MODELO HISTÓRICO DE POLÍTICA SOCIAL

Para desarrollar mis argumentos, empezaré por tomar como punto de partida el origen de la política social. Esta tuvo un largo desarrollo, pero su configuración moderna va a cristalizarse después de la 2da. Guerra Mundial.¹ En ese momento, se trataba de construir una ‘nueva’ sociedad en los países europeos que venían de un extendido proceso en donde se fueron concretando los principios que originaron el Estado de Bienestar. Dichos principios fueron el resultado de significativas luchas sociales, sobre todo a partir de la Revolución Industrial. En un contexto en donde las economías habían sido desbastadas por la guerra, se planteaba primero una re-construcción a partir de un ‘proyecto nacional’, cuyo eje central se anclaba en la perspectiva de edificar una sociedad basada en una solidaridad intraclases e interclases. Por eso y en segundo lugar, la política social nació y continúa asociada a la idea de ‘construcción de sociedad’ y de una sociedad basada fundamentalmente en formas más igualitarias de organización. Por supuesto que esto debía ser compatible con la libertad, pero con una ‘libertad positiva’, en el sentido que integraba a los individuos en la posibilidad de construir un proyecto colectivo.

En tercer lugar, otro eje central de este desarrollo era ‘el trabajo’ como el dispositivo más relevante para la inclusión social y el acceso a la ciudadanía. En efecto, la ciudadanía no era sólo pensada como principio de integración política sino principalmente como organización básica unificadora de la vida social, lo que se generaba a través de la denominada ‘cultura del trabajo’. A partir de esa definición como modalidad de existencia, se estructuran los otros elementos relacionados con la productividad, el salario y la protección social. Estos dos últimos eran centrales: se trataba de tener un salario que fundamentase la autonomía vital y moral del ciudadano asociado a un sistema de protección para él y su familia a lo largo de toda la vida. Cuando no se tenía trabajo (por ejemplo por discapacidad), el anterior enfoque se hacía extensible a todas las situaciones vulnerables, independientemente de la capacidad contributiva de las personas, ya que no se trataba de un seguro sino de ‘seguridad social’: la ciudadanía plena se basaba en la universalidad de un sistema solidario de seguridad para todos.

Pero un proyecto nacional basado en el desarrollo de una sociedad más igualitaria adicionaba un cuarto principio que era crucial en la consolidación de la ciudadanía: el ‘acceso universal a la educación’. La educación era la socialización de los individuos en términos de una cultura común, lo que les permitía interpretar su individualidad como individualidad con pertenencia social y concebirse en consecuencia, como partes de un proyecto conjunto.

Finalmente, el quinto principio conductor es que se trataba de hacer avanzar una política social en el contexto de un proyecto colectivo que estaba anclado en el Estado como instrumento redistribuidor del ingreso y la riqueza. La política social entonces buscaba formas más igualitarias de organización, lo que incluía como instrumento central el financiamiento de la misma. Por lo tanto, la política fiscal era tan importante desde el punto de vista de la equidad distributiva como del ‘gasto’ social. En un contexto de universalidad, existía una especie de ‘focalización bidireccional’ sobre los ricos y sobre los más pobres: los ricos pagaban más y recibían menos y los pobres pagaban menos y recibían más. Se intentaba, de ese modo, aproximarse al viejo apotegma que establecía: ‘de cada uno según sus recursos y a cada uno según sus necesidades’.²

¹ Para una exposición mas detallada de los distintos modelos de política social en donde trato el tema de la ciudadanía emancipada, consúltese Bustelo, E. (1998).

² Debo aclarar que siempre ha existido en este modelo una tensión entre igualdad y las relaciones sociales desiguales, producto de su anclaje en las relaciones de producción del capitalismo. Para la teoría marxista de las clases, no es el modo de distribución sino el modo de producción lo que determina la estructura de clases de la sociedad. En esta perspectiva, las diferencias de clases no son, esencialmente, diferencias de “ingresos”, o diferencias entre ricos y pobres. Dicho de otra manera, las desigualdades en los ingresos y en las fuentes de ingreso no son más que una consecuencia de las relaciones de producción.

No está demás recordar que, la implementación de este modelo de política social al que denomino 'histórico', fue tremendamente exitoso en la consolidación de las sociedades nacionales de Europa, tanto desde el punto de vista político, como del económico y social, lo que se revela, entre otras cosas, en el fortalecimiento de la institucionalidad democrática, en los decisivos niveles de igualdad alcanzados y en el impresionante y continuo avance positivo que tuvieron todos los indicadores sociales.

Este paradigma histórico de política social nunca se concretó plenamente en América Latina, pero siempre quedó en el imaginario político. Sólo se implementó, aunque con un alcance muy parcial, en los sectores de educación y salud, ambos con acceso gratuito y universal. Esto sólo ya tuvo un significativo impacto distributivo. En América Latina, podemos afirmar que algunos principios básicos de la ciudadanía política se han podido realizar gracias a la educación básica universal que, como vimos, es una propuesta central del modelo histórico. Con efecto, si hoy nuestras democracias subsisten, ello puede ser explicado en gran parte por el sistema de educación universal que, pese a muchas vicisitudes, hoy subsiste en América Latina. Y aunque estamos lejos de haber logrado la universalidad de los servicios sociales básicos y de una fiscalidad progresiva que los financie, aún persiste la idea de la construcción de una sociedad más igualitaria mediante la prestación de servicios públicos estatales accesibles a toda la sociedad.

LA AMBIVALENCIA DE LA 'POLÍTICA' SOCIAL

En el presente, si uno tuviera que analizar los modelos de política social en implementación en América Latina, se hace evidente que hay una cierta tensión entre dos modelos rivales: por un lado, el modelo 'social histórico' que describí, con centralidad redistributiva inspirado en el Estado de Bienestar y con énfasis en servicios universales; por otro lado, el modelo neoliberal en donde la política social es secundaria y marginal, siendo prioritarios los mecanismos de mercado, los programas focalizados en la pobreza y el rol preponderante de la sociedad civil. Ciertamente estos modelos no se manifiestan en estado puro y existe una multiplicidad de aplicaciones. Hay una elevada dosis de eclecticismo que obedece a las circunstancias históricas y particularidades específicas de los diferentes países. Es lo que se denomina el *welfare mix*. Es por esta mezcla que la 'política social' se impregna de un discurso de carácter ambivalente en donde conceptos y recomendaciones son tomados de ambos lados. Pero ese préstamo conceptual no es gratuito. Como su resultado, se están implementando programas sociales de gran envergadura para combatir la pobreza y la indigencia en sus múltiples dimensiones. Mientras tanto, América Latina continúa siendo la Región del mundo con mayor desigualdad.

Tuvimos en los 90, en toda la Región, una aplicación generalizada del enfoque neoliberal. No pretendo abundar en las críticas y las consecuencias negativas suficientemente documentadas que ha dejado la implementación de programas sociales fundamentados en esta visión. Pero aún cuando estamos superando este enfoque, debemos decir que el neo-liberalismo dejó sus huellas. Así por ejemplo, si uno tuviera que analizar las prioridades y preocupaciones presentes de la política social, ellas pasarían ciertamente por una discusión sobre los programas más efectivos para combatir la pobreza y la indigencia, con una clara predominancia de acciones emergenciales. Y la efectividad de

tales programas es subsumida en el análisis económico, que estima relaciones costo/beneficio y cálculos de retorno, ya sea sobre el capital humano o el capital social. Se ha abandonado la política de la igualdad o se espera que ella llegue en un tiempo posterior como resultado automático de la política económica y los programas sociales que se implementen, especialmente los destinados a combatir la pobreza y la indigencia (Recuadro 1).

Y paralelamente a la estructura vigente de servicios universales de educación y salud, ha emergido una mercantilización que ha dualizado las prestaciones en donde los servicios públicos quedan para los pobres y los privados para los ricos que pueden financiarlos. Parece que esta combinación dual más la focalización de los programas sociales en la pobreza o en acciones emergenciales no han sido conducentes a disminuir la desigualdad que desgarrar las relaciones sociales en la Región. Y aunque la pobreza y la indigencia hayan disminuido en varios países, América Latina sigue mostrando los niveles de desigualdad social más altos del mundo.

SOBREVIVENCIAS DISCURSIVAS

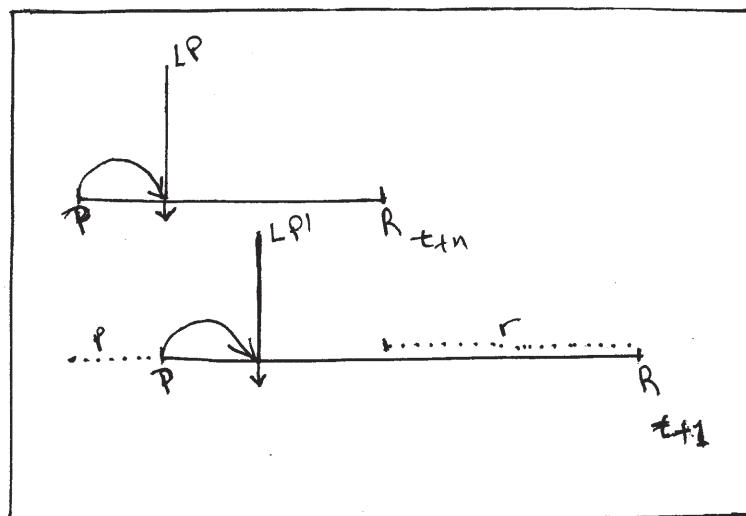
Continuando con el punto anterior creo que, pese a declaraciones en contrario y a un discurso que pregona una supuesta 'política social' como una política orientada hacia la igualdad social, hay algunas convicciones muy arraigadas y que sobreviven en los centros decisorios de alto nivel de la programación social, aunque frecuentemente no sean explicitadas. Entre ellas se destacan:

La pobreza es coyuntural

Una muy importante presunción, bastante elemental, es que se cree que en el capitalismo la pobreza es sólo un problema circunstancial. La pobreza es algo coyuntural, generalmente asociada al ciclo económico y por lo tanto, hay que focalizar los recursos sobre los pobres e indigentes, evitando deslizamientos del gasto social hacia los sectores medios o altos que pueden autofinanciarse. Mientras tanto, cuando se recupere o se acelere el crecimiento económico, la pobreza disminuirá y, a largo plazo, el sistema educativo – asumiendo la igualdad de oportunidades – generará una sociedad más igualitaria a través de la movilidad social ascendente. Mayor educación potencia, a su vez, las posibilidades de empleo productivo y acomoda los ingresos hacia arriba. La propuesta cierra con una consistencia macroeconómica: mayor educación significa también mayor valor agregado, lo que redundará en mayores ventajas competitivas lo que, a su vez, garantizaría una modalidad exitosa de integrarse al proceso de la economía.

Asimismo, la educación tiene otros efectos benéficos, particularmente en la política, de ahí la vieja consigna de educar al soberano cuyo producto es constituir un ciudadano racional y previsible. La educación incluye socialmente y políticamente en la ciudadanía que está concebida como el acceso a una racionalidad controlada. En el ámbito de la razón, el consenso se torna viable y todo se hace más 'gobernable' para el statu quo opresor. Aquí entra el análisis institucional que pregona la calidad de las instituciones en base al funcionamiento eficiente de las mismas y principalmente con transparencia. Cuando funcionan las instituciones y su 'legalidad' asociada, se reduce la política, que es la práctica sistemática de la distorsión.

RECUADRO 1 – Igualdad y política social



En la recta superior, pondríamos a los pobres P en una punta y a los ricos R en la otra punta de la distribución. Por algún método legítimo, podríamos definir una línea de pobreza LP que interseca la recta PR. Según el enfoque hegemónico de la política social, se trataría de concentrar todos los esfuerzos en una punta de la distribución y luchar sólo contra la pobreza. Así, se trataría de llevar a todos los pobres P encima de la línea de pobreza LP.

Pero las cosas no son tan simples. Como las relaciones sociales no son estáticas sino dinámicas y, asumiendo un proceso de crecimiento económico, podríamos tener en un tiempo $t + 1$ otra recta PR desplazada hacia la derecha y nuevamente tendríamos la relación pobres y ricos. La pobreza, como lo explicó desde el inicio Walter Runciman, en su conocido libro *The Relative Deprivation*, es un concepto relativo. Y si la pobreza es un concepto relativo, podríamos definir una segunda línea de pobreza LP'. Nuevamente el ejercicio de la política social consistiría en llevar a los pobres al punto de intersección entre la línea LP' y la recta PR ($t + 1$). Ahora si analizamos en el gráfico el 'progreso' social, veríamos en las líneas punteadas que los pobres avanzaron mucho menos que los ricos ($p < r$). Esto refleja que en el crecimiento económico capitalista, los ricos se vuelven más ricos y los pobres 'relativamente' más pobres. Y si el proceso fuera inverso, la relación tampoco se alteraría como lo demuestra la experiencia histórica: en las depresiones económicas, los ricos 'sufren' mucho menos que los pobres. Y ya sabemos que los pobres pagan desproporcionadamente los costos de los ajustes económicos en América Latina.

Ahora bien, en qué consistiría la igualdad en la simpleza del gráfico que presentamos. ¿Consistiría, nuevamente, en ir a una tercera línea de pobreza y sucesivamente, quizás, a una cuarta línea de pobreza? ¡No! La igualdad consiste, como dije, en alcanzar cierta simetría en la distribución de todos los recursos de una sociedad particular. Y esto quiere decir, esencialmente que los Ricos R deben retroceder en la recta PR a un punto que debería ubicarse entre el punto de intersección de la línea LP' con la recta PR y el punto máximo de riqueza R. Ese 'retroceso' debería ser en una proporción mayor que el 'avance' de los más pobres ($r > p$), pues sólo así habría redistribución del ingreso y la riqueza.

La relación entre el ciudadano y el Estado se reduce a la dimensión económica y es equivalente a un contrato privado: se pagan los impuestos y se reciben servicios correlativos por el precio que equivale al nivel de impuestos. La ciudadanía es principalmente individual sin pertenencia social: no hay derechos sociales si no son validados como derechos individuales.

La dependencia asistencial del Estado

Otra argumentación frecuente es que, para evitar la dependencia asistencial del Estado, se propone ahora que el rol principal del mismo es ayudar a que 'te ayudes a ti mismo'. Se esparce la consigna conservadora de 'no dar el pescado sino enseñar a pescar' de modo de centrar en el pobre la responsabilidad moral de su pobreza. Para ello, lo

más importante es el desarrollo de las capacidades de los individuos. Aquí el rol prevaleciente es el de la capacitación de modo de potenciar las habilidades y fortalecer la autoestima. Entra aquí la idea de ‘empoderamiento’, proceso por el que supuestamente crecería como efecto del saber, el poder de los individuos y comunidades ‘contra’ el Estado.

Obviamente, debemos distinguir esta versión simplista de la propuesta original y más sustantiva de Amartya Sen.³ Se trata, en el caso que analizo, de un enfoque individualista vulgar que supone que una persona puede ser homologada al concepto de capital y que, al invertir en su propio desarrollo a través de la capacitación, obtiene mayor ‘valor agregado’ y puede liberarse de la ‘dependencia’ del Estado, bastándose a sí mismo. Como se ve, la moralidad se invierte. Lo inmoral es depender del Estado y de los programas sociales; lo moral es bastarse por sí mismo. Es una ‘moralidad’ cuyo objetivo es hacer pecaminoso el gasto público. La capacidad hace referencia al conjunto de potencialidades que una persona tiene que la lleva a su bienestar, y esto es una función de su utilidad personal. La capacidad es entonces un proyecto personal y nada tiene que ver con capacitar en ciudadanía con pertenencia social. La solidaridad social que define las personas como copartícipes de un proyecto colectivo o como integrados a un conjunto en donde se trata de alcanzar el bien para todos está ausente o más que ausencia, se trata de una propuesta insolidaria.

En un contexto como el descrito, no es ni extraño ni sorprendente que los programas ‘pro-pobres’ estén privilegiando como forma más difundida las transferencias monetarias directas para satisfacer un mínimo de consumo. Peor aún, estas transferencias están usualmente sujetas a condicionalidades. Bajo la idea de la ‘libertad’ del beneficiario, queda en suspenso la universalidad de la prestación de servicios estatales directos, particularmente en educación y salud, y resultan definitivamente disociadas las responsabilidades del Estado con respecto al desarrollo de la ciudadanía.⁴

El rol de la sociedad civil

Como vimos en el enfoque histórico de la política social, esta era pensada como un proyecto colectivo, como un proyecto para realizar la ‘buena sociedad’, lo que coincidía con una sociedad más justa. Eso se conseguía a través del Estado, que era sostenido por un pacto implícito entre trabajadores y empresarios. Más en el fondo, se trataba, como dije, de un proyecto nacional que implicaba una solidaridad, como dijimos, interclases e intraclases. Así, la ciudadanía era un status de pertenencia a una sociedad en todos sus términos. Aunque distinta y separada del Estado, no se pensaba en una sociedad civil autónoma del Estado, pues lo civil coincidía con lo público. Ahora en cambio, tenemos una ciudadanía fragmentada. Expliquémoslo.

Una de las modalidades a través de las cuales se ha expandido la ‘disolución’ de la sociedad moderna, pensada como proyecto colectivo la creciente emergencia del tema de las identidades sociales, los sujetos y los nuevos ‘actores’ sociales, lo que está directamente relacionado al proceso de ‘individuación’ y los derechos subjetivos.

No se trata de la re-emergencia de las tradicionales luchas indígenas, campesinas, estudiantiles y obreras en América Latina, pues esas luchas tuvieron un anclaje principalmente socioeconómico y expresaban más bien una dinámica de lucha contra un sistema de dominación. Por el contrario, estos nuevos ‘actores’ basan su constitución fundamentalmente a nivel de la cultura y su política es la diferencia.

³ Consúltense el excelente trabajo de Vizard, P. (2005).

⁴ A esto lo llamaba Milton Friedman impuesto negativo.

A partir de la conformación del sujeto en la cultura moderna y la caída de la idea de proyectos colectivos, comienza a emerger una visión ‘psicologista’ de lo social, como proyección del ‘yo’ a los ámbitos grupales, como búsqueda de identidades ahora ‘sociales’, y como definición en la cultura de derechos subjetivos.⁵ Surgen así, los derechos sociales particularizados: los derechos de la mujer, de los niños, de los discapacitados, de los homosexuales, de los indígenas, etc. Estos representan expansiones de la identidad individual, como una extensión del ‘yo’ a grupos afines. Ya no existe una ciudadanía de derechos en el contexto de una pertenencia común, sino una ciudadanía ‘diferenciada’ que respeta la identidad individual y la proyecta en afinidades particulares. La sociedad ya no es un continuo, ni puede invocarse una centralidad ni un punto unitario que la convoque. La sociedad se constituye sólo como adición o es una categoría estadística como población.

Esta visión que tiene su origen en la lucha contra las discriminaciones en la cultura, principalmente en los países desarrollados, va a tener un rol muy importante en el discurso neo-liberal en la medida en que la política social ya no se define por su dimensión redistributiva como un punto crucial ante la concentración capitalista de los procesos de producción material sino que ahora, traslada su ámbito a la cultura y su finalidad básica es el reconocimiento de identidades.⁶ En general, ya este sólo desplazamiento es favorable al sistema de dominación imperante con graves consecuencias institucionales. Esto está demostrado en la práctica, ya que la propuesta de relación entre Estado-Sociedad Civil subyacente en este razonamiento ha sido funcional a la reducción de los roles del Estado, y su delegación al mercado, cuando hay rentabilidad, o al denominado ‘tercer sector’ cuando la tarea es ‘asistir’ a los pobres. La política social ahora ‘se privatiza’ en el mercado rentable de servicios o en el voluntariado asistencial, en la medida en que ámbitos específicos de lo que eran responsabilidades públicas son ahora espacios institucionales de apropiación de grupos identitarios o de asociaciones volcadas al trabajo con los pobres y vulnerables.

¿Un neo-humanismo de supermillonarios?

Aunque el tema de la ‘nueva’ filantropía no sea un objetivo directamente relacionado a este trabajo, que está centrado sobre la política social como política pública, no puedo dejar de referirme a él debido a la escala, significación y aceptación del mismo. Es que, en esta etapa de super acumulación capitalista, el orden hegemónico busca continuamente nuevas bases de legitimación. Y ahora lo hace de un modo desembozado a través de la ‘política social’.

Asistimos en este caso a una privatización de la política social a través de un ‘neo-humanismo’ de millonarios. Estos supermillonarios que en el año 2005 eran 691 personas en todo el mundo, según un listado de la Revista Fortune, se presentan como pragmáticos y creativos (Recuadro 2). Para ellos, no hay relaciones de dominación; hay sólo problemas concretos que enfrentar: la pobreza en África, particularmente la pobreza infantil, el SIDA, la situación de las mujeres musulmanas, etc. Las soluciones que prefieren y se propagandizan están basadas en tecnologías sociales

⁵ DUBET; MARTUCELLI (2000, pag.79): Según estos autores, los actores no se identifican solamente por sus pertenencias e intereses sino porque la vida social propone ahora varias representaciones de la subjetividad. Las personas se definen también “por su creatividad, su autonomía, su libertad, por todo lo que, paradójicamente, se presenta como no-social”.

⁶ La discusión sobre el tema de las identidades es muy profunda. Aquí, intento referirme brevemente al problema de las políticas de reconocimiento y las políticas distributivas. Judith Butler (2000) ha planteado muy bien y equilibradamente esta polémica sobre la materialidad de los procesos y la cultura. Nancy Fraser (2000) responde con otros sugerentes argumentos. Sobre el tema del multiculturalismo y del pluralismo, hay también una abundante literatura reactiva. Giovanni Sartori (2001) señala que el multiculturalismo no es la afirmación sino la negación del pluralismo. A su vez, Eric Hobsbawm (2000) afirma su preocupación por el tema de las intolerancias y la violencia que un mal planteamiento del multiculturalismo y la etnicidad pueden y frecuentemente inspiran.

RECUADRO 2 – Los supermillonarios

Un excelente artículo que describe a los nuevos supermillonarios y sus modos de actuación se titula *The Business of Giving*, en *The Economist* (print edition) del 26 de febrero del 2006. Allí aparecen figuras conocidas como Bill Gates de Microsoft, Pierre Omidyar fundador de eBay, Sergey Brin y Larry Page fundadores de Google, Gordon Moore co-fundador de Intel, Roman Abramovich dueño del Club de Football Chelsea, etc. También se mencionan otros paradigmáticos personajes como George Soros y el nuevo megadonador Warren Buffet. Conocidos músicos como Bono y artistas como Angelina Jolie forman parte del ‘acompañamiento’ del negocio de donar. El artículo menciona que una cena exclusiva para recolectar fondos sólo abierta para 10 donadores de alta gama puede costar U\$S1 millón! El monto de los recursos que manejan es determinante. Así por ejemplo, la Fundación Bill and Melinda Gates maneja un fondo de U\$S 31 billones en comparación, por ejemplo, con Unicef que solo opera U\$S 2,0 billón. El artículo también describe las prácticas financieras poco transparentes de las fundaciones que prohíjan, el nombramiento de familiares, la convivencia con personajes políticos de baja moralidad y las actividades que realizan a través de las exenciones impositivas que frecuentemente no tienen que ver con la ayuda a los pobres sino para autopromocionarse.

simples, de bajo costo y de una efectividad comprobada en el corto plazo. Por eso su predilección por las vacunas. Son afectos a participar en las crisis humanitarias como las que se desencadenan en las catástrofes naturales, como los sunamis, pues esos ‘desastres’ en principio no los involucran. Allí se muestran públicamente comprometidos y generosos. Y sobre todo esto porque las acciones humanitarias que les apoyan, requieren poco financiamiento, pero alcanzan gran escala.

El ‘packaging’ comunicacional parte de presentarlos como si quisieran cambiar el mundo y no hacer dinero. Ocultan lo obvio: que una cosa está directamente relacionada con la otra puesto que, para dar con una mano se debe primero recoger con la otra; primero gana mucho dinero y después distribuyo.

Lo que aquí principalmente se esconde es que en ese ‘ganar dinero’ surgen la mayoría de los problemas que posteriormente se pretende solucionar. En realidad, ellos forman parte del problema, dudosamente de su superación. Afirman que la sociedad fue muy buena con ellos y por lo tanto, desean devolver parte de lo que la comunidad les otorgó. No es que ellos extrajeron algo en exceso de la sociedad sino que la sociedad en su bondad se los brindó. Es como si en el capitalismo lo que es un exceso se constituye en una oportunidad para hacer el bien. Argumentan siguiendo los consejos de Michael Porter, de la Harvard Business School que, para resolver un problema social, se precisa primero demostrar competencias y efectividad en la gestión privada. Por ello argumentan que, parte del problema de la intransparencia de las políticas públicas estatales es que no están en manos de gente con experiencia en la gestión privada.

Pero: ¿porqué cuestionar iniciativas tan ‘loables’ y que tienen un efecto benéfico concreto sobre los pobres e indigentes? Por ejemplo: ¿por qué poner en duda la enorme inversión que realiza la Fundación Bill y Melinda Gates en investigaciones para desarrollar una vacuna contra el SIDA o para mejorar la calidad educativa? Es que, esa ‘realidad’ debe ser completada. Como dije, lo que se da con una mano tiene que ver con lo que se acapara con la otra y con los ‘modos’ de recolección de fondos. Es que a los enormes problemas y dramáticas injusticias que crea una modalidad de acumulación, se los pretende paliar con una ‘ayuda’ que se propagan-diza y da prestigio. Detrás de Bill Gates está no tan solamente el ‘héroe’ capitalista que comienza con pura creatividad una empresa desde un humilde garaje, hasta convertirse en el hombre más rico del mundo, sino también la imagen de un empresario voraz e inescrupuloso, que compra o destruye sus competidores con el propósito de crear un gigante monopolio, que evade leyes y cuya empresa tiene pendientes importantes juicios en varios países del mundo. O, tomando el caso de Soros: ¿no representa la explotación especulativa y

financiera más desprejuiciada? O es que la ‘ayuda’ social en definitiva ¿es independiente de donde se genera el dinero? Aún más: la ‘ayuda’ humanitaria ¿‘lava’ o ‘santifica’ el origen del dinero acumulado?

La gestión

Ahora si hay un discurso hegemónico ampliamente expandido y que concita creciente aceptación es el discurso ‘gestionario’ de la política social.⁷

La aplicación del enfoque neoliberal presupone una teoría de limitación de la soberanía expresada en la constitución del Estado. Desde Montesquieu, se planteó la división del poder de modo que el poder controlase el poder. Ese control tiene como base la garantía de respeto a los derechos individuales que son anteriores a la constitución del Estado. Pero no se trata sólo de garantizar derechos frente al Estado. No se trata meramente de un estado mínimo lo que implica el *laissez faire*. Mas allá del ‘dejar hacer’, lo que se propone es un rol activo que implica que el Estado debe dar más libertad para que los agentes económicos sean más libres. El neo-liberalismo produce libertad y la fabrica a cada instante para dar estímulos al mercado, mediante una intervención solapada. Como ha explicado Foucault (2007), la libertad es también un modo de regulación política. O sea, el Estado debe intervenir para no intervenir.

Pero también se trata de que el Estado no gane poder. Entonces, hay que buscar una limitación interna en el propio Estado que inhiba desde adentro su capacidad operativa. Un Estado que se gobierna a sí mismo a través de sus propios límites. Y el dispositivo para instaurar esa auto-limitación, esa inhibición para gobernar es la gerencia.

La gerencia es como el nuevo ‘espíritu del capitalismo’ en el sentido de Weber: es el instrumento en términos de los cuales en el presente el capitalismo logra su legitimación (BOLTANSKY; CHIAPELLO, 2002). Así, la gerencia es una lógica que debe primar en todas las actividades humanas (Recuadro 3). El punto crucial es que la gerencia plantea una serie de dispositivos y técnicas que implican la negación de la política. Lo serio, lo racional, lo eficiente, lo práctico es estar alejado de la política.

Las técnicas de gestión que pueden ser múltiples se basan en modelos de optimización. La forma clásica es hacerlo a través de funciones de producción en donde lo que se optimiza es la relación costo/beneficio. La eficiencia coincide con el punto de mayor optimización. Aquí, la reducción de costos es fundamental, ya que se trata de inhibir el principal instrumento de la política social para la corrección de las desigualdades que es la política fiscal.

El dispositivo conceptual mayor es la Gestión por Objetivos (MBO, Management by Objectives). Este funciona como una modalidad de analizar e identificar la ruta más rápida y, por supuesto, menos costosa para lograr un objetivo. Esto supone un ejercicio de evaluación ex ante y ex post para identificar el modo más eficaz de lograr un objetivo a través de un programa. Consecuentemente, también presupone el diseño de sistemas de información y seguimiento (MIS, Management and Information Systems) para ir ‘controlando la ruta’. La eficacia de una gestión equivale, casualmente, al logro concreto de un objetivo propuesto, siguiendo una ruta en la que continuamente se

⁷ No deseo entrar en una descripción detallada de los innumerables trabajos, abundante bibliografía, seminarios y conferencias dedicados al tema. A modo de ilustración, cito como ejemplo la próxima conferencia de la CLAD, del 4 al 7 de noviembre de 2008, en Bs.Ars., que tiene una agenda que claramente revela las prioridades de este enfoque: 1.- Innovaciones conceptuales y mejores prácticas para promover la calidad y excelencia en la gestión pública 2.- Estrategias y reforma político-institucionales para incrementar la capacidad de gobierno en democracia 3.- Formación de liderazgo y de las capacidades 4.- Directivas para el fortalecimiento institucional en el ámbito público 5.- Empleo público y profesionalización de la función pública para la promoción del desarrollo 6.- Los desafíos del gobierno electrónico para universalizar la ciudadanía digital 7.- Coordinación intergubernamental de políticas públicas y compensación de los desequilibrios territoriales 8.- La Gestión para Resultados de Desarrollo (GpRD): ¿cómo avanzar en Iberoamérica?. La mayoría de estos temas son similares a los que proponen los manuales de gestión privada (management & marketing) que pueden verse en los estantes repletos de las librerías comerciales.

RECUADRO 3 – La iglesia y la gestión

La expansión del concepto de gestión abarca desde la vida personal hasta todas las actividades: se gestiona, por supuesto, la empresa pero también la universidad, las ONGs, los clubes, los partidos políticos, el poder judicial y, en general, todas las asociaciones humanas, pues vivimos en el capitalismo. Y, por supuesto, no podía faltar la Iglesia Católica. Tomemos por ejemplo, un informe de Frederick W. Gluck (Ex Gerente y Director de la Consultora McKinsey & Co. y Presidente del Directorio de The Bachtel Group) sobre la Crisis de la Iglesia en los EEUU. El informe se hace sobre los recursos humanos, la gestión general y el posicionamiento en el mercado (se sobreentiende que es sobre el mercado de fieles). Veamos qué problemas identifica respecto a los recursos humanos: recursos añosos y envejecimiento rápido de la fuerza laboral y drástica disminución de la capacidad de reclutamiento, puesto que la Iglesia ya no es la primera opción de los mejores y los más brillantes. En relación al management, es muy divertido, pues afirma que la Iglesia de los EEUU es subsidiaria de una 'gran empresa' en un país extranjero (léase el Vaticano) con un cuerpo directivo 'históricamente comprometido a resistir al cambio y mantener el statu quo'. También apunta que los costos de la Iglesia están aumentando mucho, puesto que ya no atrae 'mano de obra preparada y barata'. Entre las recomendaciones, no faltan los consejos 'clásicos': definir e implementar un programa integral de medición del desempeño y el desarrollo gerencial, recortes drásticos en costo y personal, venta y cierre de operaciones no rentables, asegurar la rendición de cuentas y 'la transparencia', etc. Finalmente, recomienda comunicar al Papa y a la curia romana la absoluta necesidad de adoptar métodos de gestión modernos en la Iglesia. ¡Imperdible!

Fuente: Revista CRITERIO. Buenos, Aires Argentina. Año LXXVII. Mayo 2004. n. 2293. p. 248 - 251.

corrigen los 'desvíos'. El objetivo es 'controlar' sistemáticamente la calidad y la eficacia de una gestión. La gestión por objetivos permite también diseccionar la 'política' social en programas, asumiendo objetivos autónomos que facilitan su continuo peritaje. La articulación de todos los programas se produce a través de 'la metáfora de la red'.

Un punto central es la transparencia: por eso es casi obligatorio publicar la lista de 'beneficiarios' de los programas y crear sistemas de información, para evitar que los necesitados se 'aprovechen' y reciban más de un subsidio. El objetivo es controlar el clientelismo político y evitar la 'trampa de la pobreza'.⁸

Los gobiernos latinoamericanos son literalmente bombardeados por recomendaciones tanto de los países desarrollados como particularmente de los organismos multilaterales de financiamiento acerca de cómo gestionar programas. Aquí, se unen las tradicionales técnicas presupuestarias con los programas a través del presupuesto por programas.

En este contexto, la política se encuentra 'externalizada', pues la gerencia es la aplicación imparcial de reglas y de procedimientos para el buen gobierno. A tal punto la gerencia es tan importante, que la política social se ha convertido en la gestión de la política social. En otras palabras, la política social se vuelve sobre ella misma para continuamente controlarse, para ser más transparente, para poder presentar resultados. La política social se ha transformado en una 'política social sin política'.

Digamos que nadie podría oponerse a la transparencia, a las buenas prácticas y a los buenos resultados. Todos tratamos de obtener más por menos. El punto es que esos logros, en el contexto de una política social cuyo objetivo mayor es la igualdad, deben funcionar como modos de transformar la realidad. Y en esa opción no se puede renunciar a la política y a la politización de los resultados. En una visión comprometida con mayores logros de igualdad social, lo eficiente y efectivo es la política que inventa, crea, produce y conduce hacia la transformación de un sistema de dominación que sustenta relaciones sociales de dominación. La gestión en cambio, es intrínsecamente antipolítica al proponer un enfoque técnico que deja por fuera las causas que sostienen el sistema de dominación. La desigualdad social queda soslayada. La gerencia es, sobre todo, un enfoque formalizado de relaciones de optimización entre va-

⁸ Recordemos que en modelo "histórico" de política social revelar el nombre de los que reciben asistencia social es develar públicamente su carácter de pobre y por lo tanto, la lista de beneficiarios sería discriminatoria y estigmatizante. La "trampa de la pobreza" (poverty trap) se produce cuando una persona desempleada titular de varios subsidios que recibe por desempleo, no acepta una propuesta de empleo puesto que el salario que recibiría sería menor a la suma de subsidios que obtiene como desempleado.

riables. Se presupone objetiva y políticamente neutra y, al renunciar a la política, intenta evitar entrar en las luchas para quebrar un orden de dominación. En la visión gerencial, la política es peligrosísima, puesto que puede ‘desatar’ al Estado y llevar a que el gobierno sea más gobierno. Y esto es lo que se intenta reprimir.

Por eso, la ‘política’ social gerencial debe renunciar a la política casualmente porque la política es esencialmente el instrumento que tienen los humanos para transformar un orden injusto.

Es importante por último, develar en la propuesta gerencial su carácter ideológico. Marx, en *El Capital*, ha afirmado el carácter de representación distorsionada de la ideología al afirmar: ‘ellos no saben lo que hacen, pero lo hacen’. Al decir que ‘no saben’ recalca el carácter de falsa conciencia. Pero Slavoj Žižek aclara correctamente el carácter cínico y paradójico de la ideología, que no es una falsa conciencia: las personas que la implementan saben sobre su falsedad y hay un interés oculto atrás de su aparente neutralidad. Por eso cita a Sloterdijk, quien invierte a Marx afirmando: “ellos saben muy bien lo que hacen, pero aún así, lo hacen” (ŽIŽEK, 2003, p. 57).

Igualdad y hegemonía

Ahora bien, una cosa es luchar contra la pobreza e incluso luchar para erradicar la pobreza y otra cosa muy distinta es cambiar una relación de dominación para instalar una distribución más justa de la riqueza y el ingreso, como ha sido el propósito histórico de la política social.

Se trata de cambiar un orden injusto por otro más justo, lo que implica cambiar un orden de distribución material de la riqueza y del poder. Riqueza y poder es una relación incuestionada. Así, afirmo que es en la economía donde está el fundamento de un sistema de dominación hegemónico. Lo que pasa es que cambiar una distribución del ingreso y la riqueza, y su correlativo sistema de poder sobre el que se sustenta un sistema de dominación, no es un problema económico sino una cuestión política.

Conecto ahora con el punto que hice sobre la fragmentación de la sociedad civil. Es cierto que los actores y movimientos sociales actúan, como vimos, sobre una lógica particularista, de demandas relacionadas a sus problemas, de luchas por obtener ventajas o defender sus reivindicaciones. Actúan sobre una lógica de diferencias en términos de Laclau (2005). El punto es que esa modalidad de acción y lucha social, esa forma de demandar fragmentada es funcional a una política social cuyo destino es moldear las relaciones sociales para hacerlas funcionales a su propia dominación. Aquí también incluyo el denominado enfoque de derechos en la medida en que éste se reduzca a demandar su cumplimiento sobre bases individuales y/o particulares. Ese modo de lucha o de demandar, ha conducido a que la política social se transforme en políticas de reconocimiento contra las discriminaciones en la cultura y no a una política para transformar las relaciones de dominación.

No se puede negar la materialidad que define las relaciones de producción y las modalidades de acumulación del orden capitalista. Pero tampoco podrían negarse las luchas contra la discriminación y otras formas de conflictividad social. Teniendo en cuenta estas dos dimensiones, lo que cabría realizar para transformar el orden de dominación existente, sería articularlas en una modalidad en donde se plantee no una unidad definitiva sino el desarrollo de una contra hegemonía dinámica. En otras palabras: no se trata en cuestiones tácticas y estratégicas de obtener una unidad de operación política congelada, una unidad definitiva y estática sino aceptar el dinamismo de las luchas por la diferencia acopladas a la batalla mayor por una justa distribución del ingreso y la riqueza. Esto implicaría que, sobre

la lógica de las diferencias, operase una articulación basada en una lógica de equivalencias. Espacio de unidad y convergencia en un contexto heterogéneo. Esta creación de cadenas de equivalencias supone la creación de alianzas, la articulación de intereses y la fundación de solidaridades entre grupos y actores diversos. Esto es una ‘nueva’ hegemonía o una contra hegemonía para generar un sentido común, base de un proyecto colectivo. Gran parte de las luchas por la generación de un sentido común, asociado a la construcción de una nueva hegemonía, pasa por el espacio cultural y especialmente mediático.

Lo anterior, es una construcción esencialmente política en donde nuevamente se reconciliaría la política social con la política. Como afirma Laclau:

tenemos dos formas de construcción de lo social: o bien mediante la afirmación de la particularidad –en nuestro caso, un particularismo de las demandas –, cuyos únicos lazos con otras particularidades son de una naturaleza diferencial (como hemos visto, sin términos positivos, sólo diferencias), o bien mediante una claudicación parcial de la particularidad, destacando lo que todas las particularidades tienen en común. La segunda manera de construcción de lo social implica el trazado de una frontera antagónica; la primera no. (p. 103-104).

Como se desprende de esta acertada puntualización, la contra hegemonía supone un antagonismo contra la hegemonía del orden de dominación opresor, que se basa prioritariamente en una articulación política de equivalencias. Pero aquí voy más allá de Laclau y afirmo que la base de la construcción de la equivalencia es el carácter de ser ‘oprimido’. La lucha es del oprimido por emanciparse, aceptando que las formas de la opresión son diferentes. De este modo, la política social recuperaría su tradición de lucha, de lucha por los derechos sociales, de lucha por la igualdad. Esto es la política social volvería a recuperar su carácter político.

Recalco la importancia de la política, pues hay algunos autores como Negri y Hardt (2002) (y algunos sectores que invocan el progresismo) que postulan una inmanencia por la cual todo oprimido mecánicamente lucha contra el opresor de modo que las demandas se procesan automáticamente agregándose en la multitud. Si entonces la construcción y desarrollo de una contra hegemonía se genera espontáneamente, no hay necesidad la política. Esto es ficcional, pues es como pensar que un cambio social se produce sin direccionalidad, sin sujeto y sin voluntad. Donde hay automatismo, donde hay auto articulación, es como la superstición de ‘una mano invisible’. Especialmente contra esa conceptualización es que reivindico la política. Y aquí vuelvo a coincidir con Laclau, para quien el sujeto de esa articulación política es el pueblo. El pueblo es, entonces, una categoría política y no una categoría analítica o un dato de la realidad social.

El Estado como movimiento social

Tratar el rol del Estado en el contexto tradicional de diferenciarlo de la Sociedad Civil y sus debates conexos no son el objetivo de este trabajo.⁹ Sin embargo, es apropiado plantear en el contexto de mis afirmaciones, la relación entre el Estado y el poder, como soporte de una estructura de dominación.

Por dominación, me refiero no al dominio macizo de unos sobre otros sino a múltiples formas de sometimientos

⁹ Este tema lo he tratado en varios trabajos anteriores. Véase por ejemplo, El Recreo de la Infancia (paginas 168 a 177) y El Abrazo en De otra Manera (2000). Sugiero también consultar el capítulo V de Boaventura de Souza Santos (2005b).

que se producen y funcionan dentro del cuerpo social, como lo explica Foucault (2000, p.36). El poder debe ser analizado no en términos Hobbesianos sino a partir de las técnicas y tácticas de dominación.

Ahora bien, en sociedades como en América Latina, en donde la riqueza y el ingreso están concentrados, el poder es su expresión correlativa y la dominación su resultado. Y ese poder está hoy en la economía y en el sector privado, y esto ha sido potenciado por la expansión de la economía al sistema mundo.

Así planteado, no puede explicarse ni entenderse el Estado como autónomo de la materialidad de la economía, ni como institucionalidad neutra. El Estado no es una entidad abstracta sino que es ‘un espacio de lucha’ en donde se puede configurar el sentido y la direccionalidad de las políticas públicas. Lo que generalmente, sucede, es que el Estado es ‘ocupado’ por un gobierno circunstancial y está permanentemente acosado por los intereses económicos del mercado y por los medios de comunicación masiva que instituyen la narración hegemónica de su ineficacia, de su corrupción, de su carácter despótico, etc. (el ‘templo de Satán’, como decía Dostoievski). Al mismo tiempo, puede constatarse que el Estado está crecientemente limitado en su accionar por los intereses extraterritoriales y tiene, en consecuencia, una institucionalidad muy frágil, sobre todo por el poder efectivo de la combinación resultante de los intereses relacionados al poder económico interno, asociado al mercado mundo. El Estado entonces, ciertamente, no representa el poder ni es el recinto del poder y las luchas sociales en este caso, deben trascenderlo.

Pero el Estado sí puede ser origen de instancias a través de las cuales sea posible constituir una articulación contra hegemónica que produzca un cambio sustantivo. El Estado puede configurar una posición positiva de separación del poder hegemónico –externo e interno– y, al mismo tiempo, emprender la articulación entre las lógicas de la diferencia y la de la equivalencia, y construir un poder político contra hegemónico. El Estado es entonces, principalmente un espacio de lucha política, que puede ser movilizadado contra el poder hegemónico.

Boaventura de Souza Santos ha desarrollado una idea muy interesante sobre el Estado como novísimo movimiento social (SOUZA SANTOS, 2005^a). Ubica al Estado como articulador de la sociedad civil y los movimientos sociales, con la política y la economía. A su vez, propone superar la visión del Estado como portador del interés general para representar un interés sectorial. Este interés sectorial se define como la lucha por democratizar tanto el poder metaregulador del Estado, como de los agentes no estatales de la regulación. Su punto de vista, si bien es innovador, creo que es insuficiente, puesto que el Estado no tiene ningún poder ‘metaregulador’ por encima del poder de la economía y del mercado. El Estado no representa, en el presente, el punto político central de una institucionalidad necesariamente opresora. En todo caso, como afirmé, el Estado es un espacio de lucha política a la que no se puede renunciar.¹⁰ Luchar por conquistar el Estado no equivale a acceder al poder.

Ahora, lo que es verdaderamente significativo en esta hipótesis del Estado como movimiento social es que, en realidad, se trata de un movimiento ‘político’ y social, lo que implica reconocer que desde el espacio estatal, se pueden desencadenar, formar y hegemonizar coaliciones para antagonizar con un orden opresor.¹¹ Así planteado, el Estado no es un instrumento de la burguesía contra las clases oprimidas sino que, particularmente en el contexto de nuestras sociedades latinoamericanas, constituye un lugar privilegiado donde se pueden invocar los derechos civiles, políticos y sociales en su modalidad de servicios públicos universales, en el contexto de una política social redistributiva y contra hegemónica.

¹⁰ Explica Poulantzas (1979, p. 178) “que el Estado no es una cosa o una entidad de esencia instrumental intrínseca, que posea un poder-magnitud conmensurable, sino que remite a las relaciones de clases y de fuerzas sociales[...]Es un lugar y un centro de ejercicio del poder, pero sin poseer poder propio”

¹¹ Es muy importante aclarar en este punto, que el fascismo se ha convertido en nuestros tiempos en un régimen social más que en un régimen político.

CONCLUSION

Comienzo, como es costumbre en este campo, esclareciendo lo que uno no quiso decir ni mucho menos postular.

Nadie podría oponerse a administrar bien los programas sociales, ni mucho menos a declarar la impertinencia de muchas discusiones y propuestas que están hoy en agenda. Igualmente, no podría justificarse que enormes asignaciones presupuestarias y preciosos recursos se malogren y dilapiden, y no lleguen a quienes más los necesitan. En muchos casos y, pese a incesantes esfuerzos... dramáticamente, ni siquiera esto se logra. Tampoco podría banalizarse el descenso de la pobreza y la indigencia en la mayoría de los países de la Región. Admitamos, sin embargo, que hace años que los encuentros de los practicantes y académicos de la política social frecuentemente se ‘pisan la cola’, repitiendo una agenda de discusión sistemáticamente recurrente.

Afirmo que nunca serán suficientes el análisis, la reflexión, la programación participativa, la evaluación de casos particulares, el intercambio de experiencias y la educación en sus múltiples manifestaciones. En todas las áreas involucradas en la política social: educación, salud, vivienda, seguridad social, financiamiento, etc. es imprescindible avanzar para superar limitaciones y desafíos de todo orden. No defendiendo ningún tipo de burocratización, aquí se aplica aquello de que lo que abunda no daña.

Del mismo modo: nadie podría estar en contra de acciones emergenciales de asistencia social, cuyo carácter humanitario justifica su carácter impostergable. Con la aclaración también de que gran parte de las denominadas ‘emergencias’ podrían haber sido previstas.

Deseo esclarecer la importancia del ‘enfoque de derechos’ con todas sus implicancias. Si hay algo positivo en los derechos humanos, desde su instauración en los sucesos revolucionarios de 1789, es que han habilitado, aún con sus serias limitaciones ‘normativas’, luchas por la conquista de innumerables derechos, y han posibilitado la defensa de millones de vidas humanas. Además en América Latina, las luchas y los movimientos por los derechos humanos han tenido y tienen una importancia crucial en el combate contra regímenes dictatoriales feroces y diversas formas de despotismo, rescatando los derechos políticos. Y nadie tendría condiciones de contradecir que la lucha por estos derechos desembocó en la conquista de la democracia y, lo más importante, es que aún hoy constituyen la posibilidad más concreta de su profundización política.

Pero cuando hablamos de igualdad social, el problema es diferente. Aquí nos enfrentamos ante un sistema de dominación que debe ser superado, si es que se quiere avanzar en la construcción de sociedades más justas. Y, como dato inquestionado, debe insistirse que aquí no hay avances: América Latina es la región más desigual del mundo y nuestros sistemas fiscales son los más regresivos. Pero para reducir la desigualdad en la distribución de la riqueza y el ingreso, se requiere/necesita de la política.

Así, por ‘la razón política’, se requiere que todos los temas relacionados a la programación social en todos los sectores sociales sean reformateados, en función de crear una articulación política contra la hegemonía de un orden opresor. Es por ello que la idea de una ‘política’ social sin política debe llegar a su fin.

Pero hay muchas asechanzas, como: la importancia de la política implica su negación en la antipolítica. Como señala Roberto Esposito “La antipolítica no es lo contrario de la política sino simplemente su imagen invertida: una manera de hacer política contraponiéndose exactamente a ella”. Y continúa:

En la constitución política de toda antipolítica, lo que cuenta en definitivo no son los contenidos, los valores, los ideales que ella entiende defender – atacando a la política o a las políticas que parecen oponérseles – sino a la ‘forma’ polémica generadora de conflictos, implícita en su propio prefijo: un ‘anti’ que desde su comienzo debe ser entendido en el sentido fuerte de ‘contra’ (Esposito, 2006, p.12).

Una enorme variedad de dispositivos antipolíticos están en implementación: una sistemática campaña de presentación de la práctica política asociada a la mentira, una continua crítica a la ineficiencia estatal, a la que se denuncia tanto por su presencia como por su ausencia y una descalificación constante de los partidos políticos y de los órganos de la democracia representativa. Por otro lado, el opuesto: la exaltación de lo privado, de la ‘responsabilidad social’ de las empresas, de los ‘ejemplos heroicos’ de solidaridades incuestionadas, la ponderación de la sociedad civil como el ámbito de las virtudes cívicas y la disponibilidad de técnicas gerenciales y de marketing para hacer eficiente el gasto social ahora llamado ‘inversión’. Todo esto acompañado en el ámbito de la ‘cultura’ mediática, que escenifica la política como una práctica degradada y objeto de ironía y constante burla. Obviamente, está claro el resultado: el ciudadano desinteresado, apático, pasivo, dedicado a su familia y reducido al ámbito de lo privado. Nada es inocente: detrás de esa construcción hay poderes que la promueven y la financian porque tienen la evidencia de que una vez deslegitimada la política, amplían el ámbito de su accionar oculto para avanzar en la consolidación de sus intereses hegemónicos.¹⁴

Por eso, la política social necesita ser política para poder trabajar con un sentido transformativo nuestras sociedades y liberarlas de un orden económico opresor. Construir la igualdad no es una cuestión técnica, ni de generación de liderazgo, ni de gerencia eficiente sino una construcción contra hegemónica que implica relaciones de antagonismo. Y, para ello, la política social debe recuperar definitivamente su aguijón político.

REFERENCIAS

BOLTANSKY, L.; CHIAPELLO, E. *El nuevo espíritu del capitalismo*. Madrid, España: Akal Ediciones, 2002.

BUSTELO, E.S. *El recreo de la infancia*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores, 2007.

_____. *Pela mao de Alice*. Sao Pablo, Brazil: Editora Cortez, 2005B.

_____. *De otra manera*. Ensayos sobre Política Social y Equidad. Rosario, Argentina: Homo Sapiens, 2000.

_____. El Marxismo y lo meramente cultural. *New Left Review*, España, Ediciones Akal, n. 2, 2000.

_____. Expansión de la Ciudadanía y Construcción Democrática. En: BUSTELO, E.S.; MINUJÍN, A. (Comp.). *Todos entran*. Bogotá. Colombia: Unicef/Editorial Santillana, 1998.

DUBET, F.; MARTUCCELLI, D. *¿En qué sociedad vivimos?.* Buenos Aires: Ediciones Losada, 2000.

¹⁴ Es interesante leer, aún cuando estoy en muchos puntos en desacuerdo, las tesis de Rosanvallon, P. (2007).

- ESPOSITO, R. *Categorías de lo impolítico*. Buenos Aires, Argentina: Katz editores, 2006.
- FOUCAULT, M. *El nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: FCE, 2007.
- _____. *Defender la sociedad*. Buenos Aires: FCE, 2000.
- FRASER, N. Heteroxesismo, falta de reconocimiento y capitalismo. *New Left Review*, España, Ediciones Akal, n. 2, 2000.
- HARDT, M.; NEGRI, A. *Imperio*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 2002.
- HOBBSAWM, E. La Izquierda y la política de Identidad. *New Left Review*, España, Ediciones Akal, n. 0, 2000.
- LACLAU, E. *La razón populista*. Buenos Aires: FCE, 2005.
- POULANTZAS, N. *Estado, poder y socialismo*. México: Siglo XXI editores, 1979.
- ROSANVALLON, P. *La contrademocracia: la política en la era de la desconfianza*. Buenos Aires: Manantial, 2007.
- SARTORI, G. *La sociedad multiétnica: pluralismo, multiculturalismo y extranjeros*. Madrid: Taurus, 2001.
- SOUZA SANTOS, B. *Reinventar la democracia, reinventar el Estado*. Buenos Aires, Argentina: Flacso Libros, 2005A.
- VIZARD, P. *The contributions of professor Amartya Sen in the field of human rights*. Centre for the Analysis of Social Exclusion. London School of Economics. London, UK: Case paper 91, 2005.
- ZIZEK, S. *El sublime objeto de la ideología*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2003.

Recibido: Junho/2008

Aprovado: Julho/2008

Mulher e medicina *

Women and medicine

Giovanni Berlinguer

A discussão sobre o aborto, que atinge profundamente a ética das relações homem-mulher, as responsabilidades individuais e coletivas, as aplicações sociais da ciência, fêz com que a medicina retomasse uma posição frente às “questões femininas”. Sacudiu a imagem estereotipada da medicina benéfica e objetiva e forneceu novos dados e novas interpretações.

Antes de tudo, qual é a influência exercida pelos médicos no debate político sobre o aborto? Na França, como vimos, as associações profissionais foram protagonistas de enérgicas campanhas propagandistas contra a legislação. Derrotados pelo voto do Parlamento, procuram agora a desforra, dificultando a ação da lei. Já na Itália, por hora, as coisas não tomaram o mesmo rumo, apesar de algumas tentativas de desencadear uma mobilização similar. Há ainda, todavia, o risco de que isso ocorra no debate em curso, e nos artigos da lei em preparação se cometam dois erros opostos: o primeiro de atribuir aos médicos uma excessiva responsabilidade julgadora e o segundo de furtar a eles tarefas profissionais que reclamam uma precisa qualificação científica. A insistência da Democracia Cristã, segundo a qual cada caso de aborto seja avaliado por um colégio de médicos com funções julgadoras, e a proposta do Movimento de Libertação da Mulher (MLD) de que o aborto seja não somente livre e generalizado, mas consumado pela própria mulher, representam os exemplos opostos dos tais erros de orientação.

As razões táticas, baseadas na inoportunidade de estimular o alinhamento de toda uma categoria profissional (forte nas suas influências e decisiva na aplicação da lei) contra a modificação das leis fascistas sobre o aborto, todavia são secundárias a despeito de considerações mais amplas sobre a relação entre a mulher, o próprio corpo e medicina moderna.

* Texto extraído de BERLINGUER, G. A mulher e a saúde. São Paulo: GEM/CEBES, 1980. Jornalivro-Série: Cadernos da Mulher. Volume I. Publicado primeiramente em *Mulher e Política*, novembro de 1975.

No opúsculo do MLD: “Aborto, façamos nós mesmas” (ed. Napoleone, Roma, 1975, pág. 128), encontram-se duas considerações válidas. A primeira é a resposta à pergunta “que papel representou a medicina na história da nossa opressão? A pergunta forneceu ao poder interpretações cômodas, álibis autorizados, avalizou ideologias repressivas e racistas em relação à mulher”. As teorias biológicas e psicológicas sobre a inferioridade feminina encontraram nela a sua confirmação. A segunda é a afirmação de que “a medicina para as mulheres, a informação sexual sobre/para a mulher, a busca dos anticoncepcionais masculinos e femininos, a assistência sanitária para os partos nos hospitais, e acima disto, tudo que é feito para proteger a mulher são qualitativa e quantitativamente inadequados e insuficientes, quando não, inexistentes; o papel do médico é extremamente valorizado, ainda hoje é fonte de prestígio e poder...” Acrescenta-se a isto que a afirmação do médico é “antes de tudo privada, aos olhos de uma pessoa de bom senso, de qualquer base científica séria”.

Esse ponto é para ser discutido. Há na medicina moderna a freqüente atuação da pseudociência, especulação e charlatanice. As mulheres têm razão em se lamentar; pode-se recordar que no século passado, quando se começou a fazer partos em hospitais, os obstetras levavam de mãe a mãe, nos leitos, os micróbios da infecção puerperal, provocando verdadeiras hecatombes. Sucessivamente, porém, a mulher obteve da Ciência Médica e da Organização Sanitária Pública, mais benefícios: a gravidez, parto e puerpério raramente representavam um perigo, pois eram, ao invés, muito freqüentes quando as mulheres viviam isoladamente estas experiências. Em outras esferas da patologia, obtiveram vantagens: entre os tumores, por exemplo, aqueles do útero podem ser objetos de diagnósticos precoces e de uma sistemática intervenção preventiva. No conjunto, a duração média da vida feminina era, no passado, de cinco a dez anos menor que a masculina, e hoje, entretanto, é superior. Ainda que ela não seja uma vida plena, mas limitada e em muitos aspectos coagida, é inegável o progresso conquistado, e é um progresso devido às descobertas científicas, à sua parcial socialização, obtida graças às lutas dos trabalhadores e aos movimentos de emancipação (incluindo o movimento feminino).

Mas hoje se quer retroceder? Isto parece o sentido do slogan “façamos nós o aborto”. É verdade que esta tendência nasce sobre bases objetivas de um isolamento da mulher, quando se defronta com a maternidade não desejada. A lei considera o aborto um grave delito; a relação social homem-mulher deixa a desejar em relação a isto; e a medicina deixa campo livre às práticas empíricas. Mas o caminho a ser seguido não é, por certo, o de acentuar este isolamento, mas sim de rompê-lo. O caminho a ser seguido não é o de revalorizar a medicina primitiva (o opúsculo do MLD se abre com a exaltação às curandeiras, às mulheres farmacêuticas que “cultivavam ervas medicinais e trocavam entre si os segredos do seu uso”, das parteiras que “andavam de casa em casa, de aldeia em aldeia”), mas de abrir às mulheres a participação da medicina científica e na Organização Sanitária Pública.

Não há referência apenas ao risco que corre a mulher nas práticas abortivas, apartada da assistência adequada, apesar do método Karman. Quando se fala sobre as complicações “apenas em 2% dos casos (!), quando se aconselha a fazer sucções intra-uterinas, utilizando “bombas de bicicleta” ou quando se recomenda, sem controle médico, medicamentos de delicado uso e dosagem (como a atropina, methergin e hidrocortisona), dever-se-ia dar o aconselhamento com cautela. Refere-se, sobretudo, ao objetivo (muito justo ao qual se propõe o MLD): o conhecimento, controle, valorização do próprio corpo, que não pode ser obtido somente pela via self-help (—) (auto-assistência) ou pela “autogestão”.

A reconquista do corpo e o desenvolvimento, não apenas político-cultural, mas também físico-psíquico de todos os homens, são objetivos (nem sempre suficientemente perseguidos) da nossa luta. As experiências mais positivas

foram concluídas na Itália nestes últimos anos, pela classe operária: milhões de trabalhadores aprenderam a conhecer as doenças de seu ofício, a exigir modificações ambientais e organizativas nas fábricas, e a obrigar os médicos e instituições públicas a participar desta atividade.

Conquistaram, desta forma, alguns elementos de consciência científica de massa e (oferecendo novos espaços de qualificação e profissionalização à categoria) redimensionaram o poder dos médicos. Se há um limite neste movimento, ele próprio está reforçado em uma excessiva tendência ao subjetivismo e à “autogestão” por parte do sindicato e da organização empresarial. Mas, por parte dos trabalhadores não há vontade de afirmar “a saúde é minha, eu a controlo como quiser”: Particularmente, no último período, multiplicaram-se as pressões e formas de colaboração em relação às entidades locais, às instituições científicas, às universidades, aos profissionais da saúde. Por que as mulheres devem andar por outros caminhos ou mesmo retroceder? Por que separar o corpo da psique, o indivíduo da coletividade, a mulher da sociedade?

Corpo e saúde*

Body and Health

Giovanni Berlinguer

A politicidade do privado e, portanto, também da sexualidade, de uma norma moral, que tradicionalmente nega à mulher o direito ao sexo (visto como pecado e culpa, consentido apenas quando da reprodução) e lhe impôs a maternidade não só como tarefa prioritária, mas como único destino socialmente apreciável (o todo mimetizado e arrastado atrás de uma exaltação visceral e sagrada da mãe, porque mãe-sem-sexo, virgem e mãe, senhora). O uso que a história patriarcal fez, assim, da função reprodutiva, portanto, dos órgãos genitais femininos, do corpo feminino, da mulher em suma, tornando-a objeto e não mais sujeito de uma ação intimamente ligada à sua pessoa física e psíquica, alienando-a da sua própria carne. A superação de todos os tabus que impedem o conhecimento e a liberdade da própria carne e do próprio sexo é um indispensável pressuposto da total maturação e responsabilidade que a 'liberação' da mulher comporta. Todos estes temas suscitados e propostos pelo feminismo, inevitavelmente, abriram o processo contra a 'Medicina dos machos' que, como todos os outros ângulos da cultura e da ciência, fundamentam-se na imagem e no papel femininos estabelecidos pela tradição.

São temas com os quais o Partido Comunista (PC), que sempre empenhado na luta pelas condições de saúde da mulher no mundo do trabalho e maternidade e julgando-a e defendida como problema social em relação à situação ocupacional feminina, passou a se preocupar apenas recentemente. Em quais termos? Com que opções e orientações políticas?

Responde a estas questões Giovanni Berlinguer.

* Entrevista realizada por Carla Ravióli para o livro "A questão feminina – Entrevista com PCI". Bompiani, 1976.

Texto extraído de BERLINGUER, G. A mulher e a saúde. São Paulo: GEM/CEBES, 1980. Jornalivo-Série: Cadernos da Mulher. Volume I.

P: O capítulo 'mulher e saúde' é vastíssimo. A ele pertencem todos os temas tradicionalmente presentes na política do Partido Comunista Italiano (PCI), tais como: a proteção da trabalhadora-mãe, a defesa das operárias da nocividade dos ambientes de trabalho e temas similares. Mas no seu campo de ação estão presentes problemas emersos de um debate mais recente, como os que tratam da contracepção e aborto, que de fato ultrapassaram uma simples ação sanitária para atingir as raízes mais profundas da relação homem-mulher e recolocar em discussão a total imposição ideológica relativa à maternidade e à sexualidade feminina. Sobre estes últimos, particularmente, parece-me útil centralizar o nosso discurso...

R: De acordo. São temas, é bom que se diga antes de tudo, aos quais nos acercamos com certo retardamento. Por diversas razões, a primeira das quais é de ordem histórica. Nós somos descendentes do primeiro movimento operário italiano que encontrou no pensamento positivista a sua base ideológica e que – ainda que não se furtasse de promover iniciativas em favor das trabalhadoras – conservou acima de tudo uma atitude hostil nos confrontos quanto à introdução da mulher no mundo produtivo. O Partido Comunista, em uma primeira fase de sua vida, encontrou-se no dever de conduzir uma grande batalha, de um tipo verdadeiramente cultural, com a finalidade de desalojar estas posições ainda largamente difundidas e a obter para a mulher o reconhecimento, o direito de ser produtora além de reprodutora. Uma batalha que teve, apesar de tudo, resultados muito apreciáveis (a legislação italiana relativa à mulher trabalhadora é uma das mais avançadas), mas que, de qualquer modo, induziu também a uma deformação, ou melhor, a uma limitação na nossa linha política: batíamo-nos pelo direito da mulher ao trabalho e pela melhoria de suas condições de trabalho, mas nos omitíamos de nos ocupar dela como pessoa compreendida na sua totalidade. No início dos anos 1960, registrou-se uma primeira ampliação desta perspectiva, por exemplo, com as providências a respeito de creches e, um pouco mais adiante, com a solução de toda a problemática inerente à gestação, ao parto e à Medicina perinatal. Mas só recentemente, impôs-se em nosso partido uma linha capaz de se defrontar com o problema feminino na sua totalidade, de impor a luta pelos direitos da mulher em cada campo e por uma radical transformação da sua existência.

P: É uma análise de que compartilho totalmente. Mas, como certas pessoas que diziam as mesmas coisas há alguns anos, foram acusadas por vocês de uma ação gratuita anti-PCI?

R: Nós nos defendíamos das críticas que vinham de fora, mas, posteriormente, tivemos o mérito de reavaliar e mesmo de assimilar o quanto de positivo encontrásemos.

P: Você quer dizer que as razões de sua tardia aproximação a certos problemas são diversos?

R: Sim, no confronto de temas como a renovação das leis fascistas sobre o aborto, que não são apenas temas de costume, mas religiosamente políticos, as nossas posições foram ditadas também por uma série de razões táticas, de relações interpartidárias, e assim por diante, que a meu ver é bastante válido. Um exemplo: seria um erro, na época do *referendum* sobre o divórcio, fazerem-se propostas políticas imediatistas para resolver ao mesmo tempo também a questão do aborto ou o conjunto das relações Estado-Igreja. Isto teria confundido as idéias e prejudicando a vitória. Mas erramos em não realizar ao menos um trabalho de informação, preparação cultural, pesquisas que atingissem profundamente o costume, que se constituísse um antecedente ideal de uma ação política. Trata-se de uma falha de iniciativa que devemos reconhecer e corrigir. Mas o fato é que na política de nosso partido prevalece há muito tempo uma concepção restritiva do marxismo, uma visão essencialmente economista, que negligenciava um dos dois momentos fundamentais da história e da existência humana, claramente evidenciados por Marx e Engels, isto é, as

relações de produção e as relações da reprodução, prestando uma atenção quase exclusiva às primeiras, e superficial e freqüentemente distorcida à segunda, que são fundamentais na evolução da sociedade e do pensamento.

P: Uma autocrítica deste tipo me parece o ponto de partida ideal para se discutir os problemas mais importantes do qual falávamos. Então a maternidade: esta função que ao longo da história foi atribuída às mulheres como sua tarefa 'primária', aliás, como sua única expressão social de importância, ou ainda como seu único destino possível, de fato fornecendo um alibi biológico à sua exclusão da vida social, pública, política. Romper o antigo 'gueto' feminino, restituir à mulher todos os seus direitos de pessoa e cidadã, significa, portanto, necessariamente, redimensionar a exaltação visceral, retórica extorsiva que sempre cercou a mãe. Ora, não me parece que o PCI esteja empenhado quanto a este problema. Ao contrário, tem-se preocupado insistentemente com a importância da maternidade...

R: Por que a maternidade a você não parece importante?

P: Claro que é importante do ponto de vista social, como individual. Eu falo do 'visceralismo', da retórica, que me agradaria bastante ver agredida na sua política de esquerda. Falo de todos os santuários erigidos à maternidade, que sempre foi um instrumento de condicionamento psicológico da mulher, a sua própria marginalização.

R: Estamos falando então de 'mitos' da maternidade e não de maternidade?

P: Mito, sim, de acordo.

R: Porque a maternidade é, antes de tudo, uma função biológica essencial, necessária à continuidade da espécie e tem, portanto, uma função social de uma importância fundamental para as relações humanas: uma função que de um lado comporta, para a mulher, empenho e sacrifício e de outro, significa para ela uma experiência muito rica, e que, exatamente por isso, como afirmamos, exige a sua total consciência de participação e decisão. Introduzir espermatozoides no ventre de uma mulher sem que ela saiba ou queira, para que gere um número 'x' de filhos no decorrer de sua vida, é algo que nós condenamos de uma forma decisiva.

P: Mas é exatamente isto que ocorre à maioria das mulheres. Porque esta 'missão feminina', exaltada, idealizada, sacralizada, que é a condição de toda educação da mulher, na realidade, e de privilégio se transforma em castigo; é por demais freqüentemente rápida e não escolhida, é por demais freqüentemente vivida em total solidão física e psicológica, como uma inevitável renúncia a qualquer outro exemplo, como cansaço extenuante e responsabilidade total, agravado pela falta de assistência e insuficiência sanitária e assim por diante, com uma contradição clamorosa entre o mito e a realidade, que descarta totalmente os aspectos fundamentais da mulher, do seu esgotamento físico, biológico, psicológico. Tudo isto foi duramente denunciado pelo feminismo, mas não me parece que o PCI tenha feito alguma coisa similar.

R: O PCI sempre disse que a maternidade deve ser sustentada e defendida por toda a sociedade, que não deve ser mantida como um fato privativo da mulher e nem deve pesar completamente sobre os seus ombros. A mesma coisa se dá em função do direito feminino ao trabalho, à vida ativa e à afirmação da própria personalidade, que sempre foi perseguido por nós como objetivo primeiro.

P: É verdade, mas sem recolocar em discussão a aura sagrada com a qual a cultura patriarcal circundou a função materna, e que, de fato, é um obstáculo inicial e determinante ao direito feminino à vida ativa. Aliás, muito freqüentemente os textos oficiais do PCI, nas conferências, congressos, discursos dos seus maiores expoentes, observam-se em relação à maternidade uma posição de veneração de tipo católica, uma atitude ligada à cultura tradicional, que na Itália é largamente impregnada de catolicismo.

R: Mas observe que as origens negativas são muitas e igualmente laicas. Basta pensar na Revolução Francesa, que reconheceu o direito dos homens, mas negou o das mulheres, mesmo em Rousseau (em *Emílio* há um antifeminismo profundo e visceral, justificado através da maternidade). Quanto aos textos oficiais, discursos, congressos do PCI, há um máximo de respeito pelas tradições católicas, mas nenhuma veneração do católico pela maternidade. Eu creio que no conjunto, nós comunistas, contribuimos muito para modificar a imagem feminina tradicional, ainda que talvez não nos tenhamos empenhado bastante na obra de reestruturação do valor da maternidade da qual você fala e que, assim, da maneira como é dado pela cultura corrente, pode constituir uma cadeia para a mulher. Certamente fizemos muito pouco para evitar a maciça especulação mercantil fundada sobre a maternidade, que sob uma aparente valorização, transforma-a em um canal de indução ao consumo.

P: Mas justamente o consumismo dos inúmeros produtos para a infância funda sua especulação sobre o mito da maternidade de que se falava. Todos os núncios publicitários de gênero transmitem um modelo materno extremamente convencional, carregado de toda mistificante retórica tradicional.

R: Estas distorções estão sendo combatidas com mais eficácia. Mas você falava também da escassa assistência, da situação sanitária deficiente na qual a mãe se encontra. Sobre isto, nós estamos bastante empenhados, obtendo inclusive resultados positivos, como a abolição da Obra Nacional Maternidade e Infância, este monstruoso carroção criado pelo fascismo e consolidado pela Democracia Cristã, que se constituía em um diafragma entre o Estado e as entidades locais, regionais e municipais, e as necessidades sanitárias da mulher. Se todavia, a situação sanitária é ainda bastante deficitária, isto é devido aos governantes italianos, ainda que caiba sempre uma parte da responsabilidade às oposições.

P: O problema da maternidade está diretamente ligado ao da contracepção, particularmente urgente em um país como o nosso, onde as mulheres que usam a pílula, representam um dos percentuais mais baixos do ocidente e, onde os mais modernos meios de controle na natalidade são praticamente ignorados. Já há algum tempo, o PCI parece empenhado em um extenso programa de educação e propaganda neste sentido. Mas entre as massas existe uma tenaz resistência: resistência das próprias mulheres convencidas de que a pílula seja prejudicial ou por uma simples visão conservadora; resistência ainda mais dura é a dos homens, induzidos por falsos mitos e valores de que se sentem diminuídos na sua capacidade viril, quando praticam uma relação com uma mulher que não esteja em condições de conceber. Como vocês pensam em superar estes obstáculos?

R: Existem duas estruturas públicas já operantes no interior do corpo social que são usadas com este fim: uma escolar e a outra sanitária. Na Itália, temos 130.000 médicos e o dobro de enfermeiras e outros profissionais da saúde. São eles que estão em contato com a população feminina interessada, que devem ser informados destes problemas (além de cursos específicos que forneçam conhecimentos, indicações e orientações mais qualificadas possíveis, mediante folhetos publicitários de casas farmacêuticas como ocorre hoje), que devem se encarregar de desmitificar os meios anticoncepcionais, ou melhor, de controle de natalidade, que não deve ser entendido apenas como de limitação; porque existe também o problema inverso de quem quer filhos e não pode ter. São eles que devem se encarregar de desacreditar o medo, os prejuízos, as resistências. Temos ainda a escola: nós afirmamos que este tema, como tudo que esteja relacionado à sexualidade, seja uma questão de educação a ser encarada desde a infância. Desta forma, avançamos a nossa proposta de lei pela educação sexual nas escolas.

P: De acordo, mas a escola e a rede sanitária me parecem dois instrumentos que agirão a longo prazo. Para a escola, uma vez aprovada a lei, é preciso estar bastante atento na observância dos resultados. E em relação aos médi-

cos, são ainda muitos os que hoje se recusam a prescrever contraceptivos; e por outro lado, a relação entre paciente e médico nos convênios é tão apressada e superficial que as mulheres, freqüentemente condicionadas por temores ou vergonha, não encontram coragem de pedir conselhos ou prescrições quanto ao controle da natalidade. Tudo isto foi confirmado, de uma forma clamorosa, por uma recente pesquisa feita pela União de Mulheres Italianas (UDI) sobre este tema. Quanto tempo será necessário para que este estado de coisas mude?

R: Seja qual for o tempo que se necessite, é preciso começar agora; não é uma tarefa que possamos renunciar. É certo que é necessária toda uma requalificação do pessoal sanitário, que a própria reforma prevê e as Regiões devem providenciar. Quando eu era estudante de Medicina, o problema da sexualidade, em todos os seus aspectos, não era visto de forma satisfatória; só o parto era tema de estudo, tudo que o precedia era ignorado. O fato é que toda a Medicina era concebida como curativa e não como prevenção, como planificação da saúde e de uma realidade social visível. Espero que os programas universitários estejam mudados. De qualquer forma, é necessário preparar os médicos quanto a esta imprescindível exigência da sociedade moderna, isto é, a uma programação racional da natalidade. E eles mesmos devem se sentir neste dever. Os médicos assumiram uma posição negativa em relação à sua responsabilidade na decisão em caso de aborto. Agora é interesse deles difundir ao máximo o uso de contraceptivos. Não podemos permitir que os médicos esvaziem completamente o sentido de um problema como este, que os toca diretamente. O próprio Ministério da Saúde deveria intervir neste caso.

P: Seja como for, o tempo será longo. Você não crê que o PCI, com a sua eficiente organização, poderia ser um instrumento válido de sensibilização neste sentido?

R: Certo, alguma coisa já está sendo feita. O livro-texto de nosso seminário sobre 'sexo e sociedade' foi bastante difundido, lido e debatido nas sessões, mediante cursos especiais. Já é o primeiro passo para orientar e informar os nossos militantes.

P: Mas, talvez os seus quadros, ao nível de cada militante, poderiam se encarregar de difundir estas temáticas para fora do partido, em casa, no trabalho, nas reuniões sociais...

R: Os comunistas são quase dois milhões e falam a mesma língua: quando assimilam uma opinião, tornam-na sua, e conseguem transmiti-la a grande parte da população. De qualquer forma, nós somos relutantes em intervir diretamente na realidade externa.

P: Mas não sei o quanto se deva considerar externa uma realidade na qual o PCI está inserido e que já não ignora estes problemas, mas é madura para conhecê-los a fundo e para encontrar a solução mais correta...

R: Não é externa, de acordo: é influenciada pelo PCI, que por sua vez, o influencia. Não somos uma seita e jamais o fomos.

P: O problema da contracepção arrasta consigo, fatalmente, o problema do aborto, que ainda infelizmente, como é notório, é, na Itália, o meio mais difundido para o controle da natalidade. Não me parece o momento de reviver aqui toda a polêmica que se seguiu ao atormentado projeto sobre a Lei Relativa. Mas uma coisa me pareceu incompreensível, em aberta contradição com a linha do PCI, que apesar dos limites e da cautela, perseguiu sempre o objetivo da emancipação feminina: o fato de que, na sua proposta, fosse confiada ao médico a decisão final, 'aborto, sim', 'aborto, não', negando à mulher o direito de decidir, em primeiro lugar, sobre algo que a atinge íntima e profundamente; um fato que na prática significa aceitar, reforçar e, de qualquer modo, legitimar, ainda uma vez, a histórica dependência feminina, e que do ponto de vista psicológico significa não ajudar a mulher na sua luta por

amadurecer, por tornar-se autônoma, mas ao contrário, refreá-la no seu impulso libertador, propondo novamente a mesma relação hierárquica com a autoridade, além do que, de uma autoridade masculina, tendo em vista a sua grande maioria entre os médicos.

R: As propostas do PCI sobre o aborto nunca tenderam a excluir a mulher da decisão...

P: De fato, porém a excluíram...

R: Posteriormente, na medida em que amadurecia a consciência feminina e que se criticavam as primeiras formulações ('a comissão médica'), o PCI reconheceu que deveria ser dado maior espaço à autodeterminação da mulher. O PCI mostrou, portanto, uma flexibilidade política, uma capacidade de compreender toda exigência justa, sem, porém, aceitar que o embrião fosse considerado, como alguns queriam, parte exclusiva do corpo feminino. E, por outro lado, contesto que uma lei deva ser vista como uma afirmação desta ou daquela ideologia, elevando-se a um princípio filosófico.

P: É, um pouco sim, as leis são sempre expressões da ideologia corrente, e também instrumento de sua conservação, pouco ou muito, incidem sempre sobre a realidade social.

R: E depois se fala do médico como se fosse um elemento não modificável. Mas a sociedade está mudando, o médico hoje, na maior parte dos casos, é um homem, mas na passagem de uma geração poderia acontecer aquilo que aconteceu na União Soviética, onde 80% dos médicos são mulheres. Neste caso, a relação com o paciente seria diferente.

P: Seria sempre, de qualquer forma, uma autoridade que decide no lugar da protagonista, isto é, no lugar da mulher que deseja abortar.

R: Mas também a relação médico-paciente pode e deve mudar, não ser mais uma relação autoritária. Hoje, o médico já está perdendo a sua conotação de classe 'superior', que é o primeiro elemento de afastamento do paciente e a massa dos cidadãos, por sua vez, está sempre menos disposta a suportar o autoritarismo.

P: Mas a lei deve se tornar ativa agora, não em uma sociedade futura e melhor.

R: Em suma, eu não julgo que o médico possa ser excluído de uma decisão relativa a uma ação que é essencialmente sanitária.

P: Ninguém contestou o direito, aliás, o dever do médico de se opor a uma intervenção quando haja contra-indicações sanitárias.

R: Não, esta, de fato, é a tendência. O mesmo pode acontecer na fábrica. Até há bem pouco tempo, era o médico que decidia se o operário tinha condições de trabalhar ou não, direito ao 'amparo social' ou não, em suma, decidia tudo; o operário era verdadeiramente uma 'coisa' nas mãos dos profissionais de saúde. Quando a classe operária compreendeu que o médico poderia ser instrumento do patrão, tomou em suas mãos, para si, a tutela da própria saúde; surgiram algumas tendências nos conselhos de fábrica em excluir os médicos e os serviços sanitários públicos de sua função; em seguida, trabalhou-se, ao invés, para integrá-los ao novo sistema de proteção sanitária, no qual os trabalhadores deveriam ter a palavra decisiva, pois se tratava da sua saúde, se bem que técnica, a ciência e o Estado devem estar presentes e pesar positivamente. Devemos superar cada barreira que nos impõe este horrível e opressivo papel da Medicina; devemos instaurar uma relação de participação entre a Medicina e o mundo do trabalho, mas não devemos esvaziar o valor da Medicina, recusando o patrimônio cultural e técnico, que é um valor fundamental para a sociedade. A hegemonia operária deve ser entendida como capacidade de controle das estruturas sanitárias, não como seu substitutivo.

P: De acordo, mas me desculpe, isto me parece um assunto pouco diferente daquele que nós estávamos desenvolvendo, um assunto que não se refere às práticas do self-help nem a similares, e sobre o qual falaremos mais tarde. Estávamos discutindo sobre o direito da mulher decidir, ela mesma, sobre o fato que não só a atinge diretamente, mas que acontece nela, dentro dela, na sua carne, e do qual é ela quem sofre todas as consequências, seja quando o aborto é feito ou não. Por que diabos não deve ser ela a decidir e sim o médico, isto é, um cidadão que perante a Constituição tem os mesmos direitos e deveres, se prescindindo do papel de 'técnico'? Mas o PCI de que lado está, do lado da mulher e da sua liberdade ou não? Se está do lado da mulher, deve se empenhar para que a sociedade, que é toda estruturada segundo princípios patriarcais, isto é, substancialmente inimiga de uma mulher plenamente responsável de si mesma, modifique-se em seu favor.

R: Em suma, o nosso partido se colocou diante do problema desta lei, tomando como base três fatores: 1) a legalidade do aborto, assim como já foi determinado pela famosa sentença da Corte Constitucional, isto é, limitada por um certo casuísmo; 2) a natureza sanitária do aborto, que não pode prescindir da colaboração e da responsabilidade do médico; 3) a realidade política na qual vivemos e em relação à qual deveríamos elaborar uma lei que tivesse a possibilidade de ser aprovada. Nós respeitamos o pluralismo ideológico e não o queremos, ou melhor, não podemos impor a nossa ideologia a toda uma sociedade. É neste quadro que poderíamos ter mais eficazmente valorizada a personalidade da mulher, por meio de leis sobre o aborto que tenham maior consenso. Neste sentido, os trabalhos parlamentares representaram uma aproximação positiva das posições sobre o assunto.

P: Creio que todos conheçam a extrema dificuldade de se legislar sobre uma matéria do gênero em um quadro político como o italiano. Por isso, a posição do PCI parece perfeitamente legítima, caso a lei, assim como foi formulada pelo Comitê Restrito, fosse produto de um inevitável compromisso com os outros partidos políticos. Mas o fato é que os mais qualificados representantes do partido falaram sobre ela como uma boa lei. E por outro lado, não desagradaria, se pelo menos de início prevendo a necessidade de um redimensionamento, de um compromisso, o PCI tivesse feito uma proposta coerente com as próprias posições doutrinárias.

R: Nós procuramos propor uma lei que tivesse reais condições de passar. Mas dissemos também: se alguém tiver uma proposta melhor, que a faça. E não tivemos nenhuma dificuldade para nos orientarmos em direção à autodeterminação da mulher.

P: Mesmo com a fúria de pressões, estímulos, demonstrações feministas de protesto...

R: Mesmo dentro do partido houve muitas discussões: as mulheres, particularmente, fizeram pressão para que se corrigissem as colocações iniciais. E isso foi feito. E me parece uma prova de democracia. Não esqueçamos, por outro lado, que a liberdade total, assim como querem algumas feministas, significa condenar a mulher ao isolamento. Nós não queremos que a mulher esteja só em um momento que é sempre traumatizante.

P: Desculpe-me, mas a mim isto parece um sofisma: para não deixá-la só. Vocês a colocam nas mãos de um médico, que diz se ela pode abortar ou não, se ela deve ou não ter o filho que não deseja?

R: Mas não são estes os termos do assunto, nós queremos que diante do aborto, assim como diante de todo o processo da reprodução, da maternidade, da assistência à infância, etc, a mulher assuma, como o operário, uma força hegemônica, não no sentido dela gerir a organização sanitária, mas de participar, de controlá-la, de fazer-se agente de uma mudança que deve traduzir a participação de todos em uma luta coletiva, para transformar, ao mesmo tempo,

os técnicos, o Estado, a própria mulher. Se faltar este processo de participação coletiva, de socialização, com o fito de aperfeiçoar a organização sanitária, a mulher está só.

P: Os consultórios, que deveriam entrar o quanto antes em funcionamento, deveriam agir como instrumentos fundamentais neste sentido, não só como centros de educação à sexualidade, à contracepção, à maternidade conduzida corretamente do ponto de vista sanitário, mas como um instrumento de socialidade, participação coletiva. A lei, por outro lado, foi formulada de uma maneira extremamente pobre. O que você pensa disto?

R: O aspecto mais negativo da lei é, a meu ver, o fato de que previam financiamentos também para os consultórios privados. Não que com isto eu conteste as instituições do gênero, o direito de existir e agir; existe em nosso país, e deve continuar a existir, a liberdade de organizar e administrar aquilo que quiser. O que eu não aprovo é que o dinheiro público, destinado a uma rede assistencial do tipo social, organizada segundo princípios homogêneos, sirva para financiar entidades privadas, não importa se religiosas ou leigas.

P: O risco é de que, dada a pouca eficiência da nossa administração pública, os particulares tenham a parte do leão...

R: Sim, mas infelizmente não há nada a se fazer. Esta foi a condição *sine qua non* para a aprovação da lei, do contrário a lei não teria passado.

P: A aplicação da lei é confiada às Regiões. Podemos prever, portanto, que os resultados serão bastante diversos. Quais são as diretrizes do PCI para uma gestão positiva?

R: Deve ser uma gestão democrática, que agregue todos os técnicos, médicos obstetras, psicólogos, assistentes sociais, etc, e ainda vários representantes da população, que comprometa numa vasta luta 'cultural', capaz de incidir profundamente na realidade social.

P: Você sabe que a propósito dos consultórios, há uma série de posições por parte de organizações femininas de todo tipo, da UDI ao MLD e à GRAC. E todas concordam em reclamar uma presença majoritária de mulheres no âmbito dos organismos administrativos. Teme-se que, segundo as relações institucionalizadas de hierarquia entre a autoridade e a base, entre o homem e a mulher, a massa dos usuários esteja arriscada a sofrer a decisão de outros.

R: Este perigo existe e devemos nos empenhar para evitá-lo. É certo que um peso determinante das mulheres na administração pode representar uma garantia. Mas as mulheres devem ter um peso sempre maior, também, na administração de todos os serviços que estão sobre os ombros do consultório, nas unidades sanitárias locais, organizações sindicais, os partidos políticos, conselhos escolares, porque também a escola deve ser um centro de educação sexual dos próprios pais, e de preparação à maternidade e à paternidade; não basta uma presença majoritária feminina em algumas instituições, se estas são esmagadas pelo conjunto das organizações do Estado.

P: Mas o consultório, enquanto instituição nascente, ainda não definida, pode, talvez, com uma maior facilidade, estruturar-se com uma fisionomia diversa das outras já em funcionamento, uma fisionomia não 'machista'. Pode ser, em suma, um primeiro passo, uma maneira de iniciar, não?

R: Sim, podemos começar de várias formas e o consultório é uma delas. Mas a meu ver, um outro meio viável para modificar todos os serviços sanitários nas relações com a mulher, consiste em uma maciça presença feminina nas categorias médicas, paramédicas e de enfermagem. Infelizmente, até o momento, pouco se fez para orientar as mulheres para estas funções socialmente úteis e altamente qualificadas. Mesmo por parte do movimento operário, como de nosso próprio partido não foi feita uma pressão suficiente.

P: As organizações feministas reclamam também que os consultórios sejam um pólo de agregação e socialização para a massa feminina, sobretudo para as domésticas, determinando assim o encontro e o confronto. Para este fim, sugerem que cada consultório seja dotado de uma sala de reuniões em que as usuárias possam discutir seus problemas, e mesmo os problemas da realidade social na qual vivem: fábrica, escola, serviços, e assim por diante.

R: Não há dúvida de que o consultório pode e deve se tornar um instrumento de emancipação da mulher, de encontro e solidariedade entre as mulheres do bairro, mas, atenção, não pode se tornar um gueto feminino. E, por caridade, não façamos confusões: para discutir os problemas da fábrica, existem os conselhos de fábrica; para discutir os problemas da escola, existem os conselhos escolares; para discutir a falta de serviços, existem os comitês de bairro. As mulheres devem ser levadas a participar ativamente de todos estes organismos de base e não, simplesmente, alienar-se entre mulheres em um consultório.

P: Mas, resta o fato de que a massa feminina está ausente dos conselhos de fábrica, bairro, etc, e que, quando participam, raramente fazem de modo ativo, condicionadas como são pela sua tradicional exclusão da vida pública. Os grupos feministas (fechados aos homens), as práticas de autoconsciência nasceram destas exigências e tiveram uma função muito útil. Uma função que o consultório poderia absorver para aquelas que não foram ainda evoluídas pelo impulso de emancipação e libertação.

R: Porque se trata de emancipação verdadeira, de solicitação à participação ativa, de abertura para a sociedade, e não de fechamento. E sobretudo, porque não se pretende praticar aborto nos consultórios e nunca através da prática do self-help. O aborto é uma intervenção sanitária, que deve ser praticada em uma estrutura sanitária adequadamente aparelhada e apenas por médico especializado. A Medicina existe; refutá-la, regredir a práticas primitivas e privar-se de toda segurança profilática é insensato. A Medicina melhora e indubitavelmente modifica a sua organização e sua relação com a mulher, mas isto não será obtido com self-help e similares.

P: Não se deve, porém, esquecer que estas práticas e todo o diálogo feminista sobre ‘reapropriar-se da Medicina’, ‘recusar a Medicina dos machos’, etc, malgrado a formulação esquemática e extremista, freqüentemente rude, não se nascem do nada, ao contrário, tem razões bem precisas, às quais você talvez se refira quando fala de uma ‘Medicina opressiva para as mulheres’.

R: Certo, repito: a Medicina é opressiva para as mulheres. Antes de tudo porque o médico e a mulher, como de resto, entre médico e o paciente em geral, existe uma relação mercantil: o paciente é para um médico um objetivo de exploração, e freqüentemente de extorsão, e principalmente para a mulher; basta pensar no ignóbil mercado de abortos clandestinos. Depois, temos a relação clássica, que não depende só do fato de que o médico seja de uma origem mais ou menos burguesa, mas também do ‘saber’ que o médico detém e que faz dele um agente autoritário, e isto, no geral, pesa mais no confronto com a mulher, via de regra, mais limitada que o homem ao acesso à escola, aos estudos superiores, às profissões qualificadas. Por isso, um exemplo, no momento em que o médico veste o seu avental branco, sente-se no direito de usar ‘você’ para o tratamento com as mulheres, quando em outro contexto ele usaria ‘senhora’. Mas tudo isto, insisto, não justifica o absurdo propósito de se substituir a Medicina.

P: Mas a Medicina é opressiva para as mulheres ainda sob um ponto de vista que se une ao tema feminista de ‘reapropriação do próprio corpo’. A mulher, de fato, durante a história da sociedade patriarcal, foi de alguma despropriada de seu corpo e em particular de seus órgãos genitais, usados pelo macho, seja como instrumento de reprodução, seja como objeto de prazer; prazer este que é negado a ela, como algo inconveniente e pecaminoso,

segundo a moral tradicional. A partir do momento em que a mulher se rebela contra este tipo de relação, é natural, e a meu ver muito importante, que se aperceba do mesmo uso objetual que o próprio médico faz do corpo feminino e dos seus órgãos, que se recuse a estar alheia aos auto-exames ou intervenções que o médico faça sobre ela: a consciência do próprio corpo é o primeiro passo para uma reaproximação intelectual e psicológica. Este é o significado do auto-exame e do self-help. Ao mesmo tempo que é ruptura de um tabu, é superação de uma educação que atribui ao órgão genital feminino algo sujo e vergonhoso, que deve ser visto ou tocado, deve ser negado, em suma, ignorado totalmente. Alguma coisa que só o marido, companheiro da relação erótica, e um ginecologista têm direito de conhecer.

R: Não nego de fato que esta reaproximação do corpo seja uma tendência positiva, que por outro lado se manifesta também em outros campos. Os trabalhadores, primeiro lutam pela sua integridade psicofísica, para recuperar o valor da própria corporeidade lesada pela exploração; os jovens necessitam de praticar esportes, movimentar os próprios membros paralisados pela sedentariedade; e os deficientes expõem o uso máximo de suas faculdades físicas, ainda que de forma reduzida. É justo então que as mulheres conheçam e valorizem o próprio corpo, mas devem fazer isto sozinhas? Não, nem de ponto de vista sexual nem do sanitário. Isto me parece auspicioso como fenômeno de massa.

P: Não, desculpe-me, a alienação do corpo de operários, os seus braços vendidos como mercadoria ao 'capital' é algo bastante diferente da alienação do corpo feminino, que antes de tudo é muito mais antiga e remonta às mais longínquas recordações da história, recordações estas com raízes profundíssimas na cultura, determinando uma depreciação, um afastamento, como dizia, do órgão sexual feminino, que a prática psicanalítica observa, freqüentemente, na mulher vergonha de possuir um órgão que faz dela uma mulher, pertencente àquela metade da humanidade que há milênios é privada do poder, sujeita à outra metade. Trata-se de recuperar esta verdadeira mutilação que, num plano simbólico, a mulher sofreu no âmbito da sociedade patriarcal, e que corresponde a uma efetiva mutilação social: a recuperação depende apenas de mulher.

R: A alienação do corpo do trabalhador é igualmente bastante antiga. No passado, aliás, era total: a vida do escravo, por exemplo, pertencia ao patrão. Hoje, pelo menos em princípio, o operário vende a sua capacidade de trabalho e foram muitas e longas lutas para se atingir este resultado. E mesmo a passagem sucessiva para a liberdade corporal que o trabalho emancipado deveria garantir é muito contrastante. Lutas e processos culturais, ou seja, um verdadeiro conhecimento sobre o corpo significa também uma aquisição do saber científico da anatomia, fisiologia, patologia, aquisições que estão em contínuo desenvolvimento.

P: De fato, isto também foi previsto pelas feministas.

R: E depois, trata-se de distinguir: uma coisa é o conhecimento, e neste caso os consultórios podem desenvolver um papel relevante; uma outra coisa é o aborto, que é uma operação cirúrgica e delicada. O aborto, repito, deve absolutamente ser praticado por um especialista e em um ambiente adequadamente aparelhado.

P: Parece que o método Karman torna a intervenção bem mais simples, praticável mesmo por paramédicos...

R: Não sou especialista em Ginecologia, não estou, portanto, em condições de avaliar as vantagens ou os riscos deste método. Embora acredite que o consultório deva ter uma outra função.

P: Os grupos que reclamam a possibilidade de praticar o aborto nos consultórios apontam, ainda, outras razões. É notório que a organização hospitalar italiana é gravemente carente, que nem ao menos para os partos há espaço suficiente. Ainda assim, são raros os casos de uma parturiente morta após ter procurado inutilmente um leito de

hospital. Agora, se diz, que nestes hospitais apinhados de pessoas, funcionando precariamente é que se realizará a maioria dos abortos? O que se pode esperar de bom?

R: É verdade que o sistema hospitalar italiano é tudo, menos satisfatório, sobretudo no Sul, mais pela organização deficiente, pela falta de prevenções e flexibilidade interna, pela inexistência de assistência domiciliar etc, do que pela escassez de leitos vagos. E sobre esta má organização que é preciso agir. E depois, temos à disposição, na Itália, uma rede ambulatorial bastante extensa, e um aborto pode perfeitamente ser praticado em uma policlínica aparelhada para serviços de base (anestesia, transfusões etc.) que venham a ser necessários.

P: Uma outra razão para que o aborto seja feito em consultório é de ordem diversa: o tema 'aborto' tinha e tem uma grande capacidade de mobilização para uma luta de libertação feminina, e o consultório, compreendido como centro abortivo, poderia ser também um pólo de agregação a sensibilização de mulheres, que de outra forma dificilmente seriam atingidas.

R: Mas pense no caso de se fazer um aborto seguido de morte; isto significaria a falência do consultório no momento em que ele se deveria impor; haveria uma desconfiança, uma recusa por parte das mulheres. Por que correr este risco? E ainda, praticar abortos em consultórios significaria retalhar para todos os problemas femininos, uma pequena e deficiente rede de serviços autogeridos pelas mulheres, ao invés de usar estes novos organismos para uma transformação radical e conjunta dos serviços sanitários ou de usar este impulso feminino, do qual o consultório pode representar um centro propulsor, para uma proteção global à saúde da mulher, que envolva não só o aborto e a maternidade, mas também todos os problemas sanitários das trabalhadoras, donas de casa, moças, e toda a respectiva profilaxia. Por que não valorizar e ampliar um organização já existente, se bem que ainda inadequada e mal utilizada, para criar uma rede paralela, que inevitavelmente seria de segunda ordem, no plano científico, funcional, assistencial?

P: Há ainda um aspecto do problema sanitário feminino que eu gostaria de discutir com você. A neurose, como você por certo já sabe, é hoje uma das mais difundidas doenças femininas, a qual é somada toda uma série de distúrbios somáticos. Para dar um exemplo, uma recente pesquisa, realizada na França sobre a saúde da mulher, verificou a presença de muitos, pequenos e aparentemente inexplicáveis distúrbios (cansaço, etc.) em mulheres clinicamente sãs, portanto, claramente originados de um estado de conflito psíquico, difundido principalmente entre as donas de casa de classe social média ou baixa. Não me parece que o PCI tenha se preocupado com este fenômeno, ou eu me engano?

R: É preciso observar, antes de tudo, que nenhuma estatística sobre neurose é cientificamente plausível, e nem se presta a exames corporativos. Diversos são os critérios usados pelo médico para diagnosticar a doença, e diversas são as avaliações subjetivas do fenômeno. Embora seja verdade que as neuroses sejam bastante freqüentes entre as operárias e entre as donas de casa: entre as primeiras, é devido a pressão exercida pelos vários papéis e incumbências; entre as segundas, justamente pela falta de cada 'papel'.

P: Eu creio na existência de estatísticas, segundo as quais (para aqueles que estejam de acordo) seria muito mais elevado o número de donas de casa que sofrem de neurose que de operárias. E por outro lado, as 'neuroses da dona de casa' são fenômenos há muito tempo e largamente discutidos. Mas de qualquer forma, dona de casa ou trabalhadora, que seja, hoje, a mulher está inevitavelmente neurotizada: é o contraste entre a educação recebida e o 'impulso liberatório' que a torna ansiosa e insegura; é a culpabilidade que segue a transgressão de norma vigente, a recusa do modelo passado; é a insatisfação e a sensação de inutilidade ou de subvalorização da 'dona de casa à força'; é para

todas, uma dilacerante crise de identidade, a fatigante procura de um novo 'eu'. De tudo isto, parece-me que o PCI, como em geral toda a esquerda política, tenha-se descuidado.

R: Hoje, porém, existem muito mais mulheres que no passado, que encontram uma identidade própria na vida política, social, cultural. Basta pensarmos no número, se bem que ainda insuficiente, de mulheres eleitas em organismos democráticos, da escola à municipalidade, ou ao número de mulheres instruídas ou médicas. O que decaiu, ao invés, foi a presença feminina na produção agrícola ou industrial. É verdade, porém, que as dificuldades femininas são muito complexas. E é verdade também, em parte, pelo menos, o que você disse: não estudamos ou analisamos a fundo a psicopatologia das condições da mulher na sociedade capitalista, nós nos ocupamos sobretudo da patologia do trabalho feminino e nos descuidamos da patologia do 'não trabalho'. Intervimos repetidamente e em vários níveis sobre os danos que o trabalho provoca à saúde da mulher, especificamente do ponto de vista da maternidade, e obtivemos resultados notáveis, se bem que não suficientes (o número ainda elevado dos chamados 'abortos brancos' prova que ainda há muita coisa a ser feita). Não agimos, ao invés, sobre os danos provocados pela exclusão do trabalho, pela desocupação forçada ou por aquela forma de trabalho atípico, que é o trabalho doméstico, isto é, problemas psíquicos e somáticos originados pelo abuso de psicotrópicos, do álcool à toxicomania da natureza variada. É verdade, mas também é verdade que é muito difícil intervir por meio de uma prevenção de caráter sanitário neste campo, no qual não existe um remédio profilático, como não existe para a patologia do trabalho. Aqui não se trata de reduzir a concentração de substâncias tóxicas do ambiente, de modificar horários e de desacelerar ritmos. A profilaxia fundamental dos aspectos patogênicos do trabalho da dona de casa é a sua inserção em uma atividade extradoméstica e, portanto, a luta não é apenas para melhorar ao máximo a condição do trabalho feminino, mas, sobretudo, para derrotar a maior dificuldade que a mulher encontra na procura de um emprego. Por exemplo, uma destas razões é o custo do trabalho feminino, que é notadamente mais elevado que o masculino, seja pelo afastamento por motivo de maternidade, seja quando é devido a doenças dos filhos. Este 'nó' é resolvido, antes de tudo, incrementando os serviços sociais ao máximo possível, até a completa socialização do trabalho familiar e doméstico que a comunidade atribui inteiramente à mulher. Depois fiscalizando alguns ônus sociais do trabalho feminino e, ainda, introduzindo uma série de normas que permitam também ao pai se ausentar em caso de doença dos filhos. Por que um pai não pode acudir um filho doente? Há toda uma elaboração em curso sobre estes temas, por parte dos sindicatos, que poderão obter resultados muito interessantes. Mas, além das reivindicações sociais, devemos agir no âmbito, só aparentemente restrito, das relações familiares. Devemos combater a hostilidade por parte dos homens para com o trabalho feminino e encorajar a participação masculina no trabalho doméstico, que será reduzido com a expansão dos serviços sociais.

P: Certo, a superação da condição forçada de casa é nó central do problema. Uma resolução que, todavia, não pode ser prevista para amanhã. E na espera aparece a dificuldade para viver, encontrada pela mulher de hoje. Este seu empenho em se libertar do modelo tradicional de comportamento, enquanto toda a sociedade está a exigir dela a observância do seu antigo papel; esta espécie de dilaceração entre um passado refutado e um futuro ainda não definido...

R: E, para ajudá-la nesta luta, nós fizemos bem pouco, você tem razão. Não nos empenhamos o bastante para modificar os comportamentos, a formação cultural tanto do homem quanto da mulher. Mesmo em nosso partido temos muitos 'revolucionários' nas fábricas e nas seções, mas terríveis conservadores em relação a suas companheiras. Sob este ponto de vista, realmente muita coisa ainda precisa ser feita.

ASSOCIE-SE AO CEBES E RECEBA AS NOSSAS REVISTAS

O CEBES tem duas linhas editoriais. a revista *Saúde em Debate*, que o associado recebe quadrimestralmente em abril, agosto e dezembro, e a *Divulgação em Saúde para Debate*, cuja edição tem caráter temático, sem periodicidade regular.

QUEM SOMOS

Desde a sua criação em 1976 o CEBES tem como centro de seu projeto a luta pela democratização da saúde e da sociedade. Nesses 31 anos, como centro de estudos que aglutina profissionais e estudantes, seu espaço esteve assegurado como produtor de conhecimentos com uma prática política concreta, em movimentos sociais, nas instituições ou no parlamento.

Durante todo esse tempo, e a cada dia mais, o CEBES continua empenhado em fortalecer seu modelo democrático e pluralista de organização; em orientar sua ação para o plano dos movimentos sociais, sem descuidar de intervir nas políticas e nas práticas parlamentares e institucionais; em aprofundar a crítica e a formulação teórica sobre as questões de saúde; e, em contribuir para a consolidação das liberdades políticas e para a constituição de uma sociedade mais justa.

A produção editorial do CEBES é resultado do trabalho coletivo. Estamos certos que continuará assim, graças a seu apoio e participação.

A ficha abaixo é para você tornar-se sócio ou oferecer a um amigo! Basta enviar a taxa de associação (anuidade) de R\$ 150,00 (institucional), R\$ 100 (profissional) ou R\$ 50,00 (estudante) em cheque nominal e cruzado, junto com a ficha devidamente preenchida, em carta registrada, ou solicitar, nos telefones ou e-mail abaixo.

CORRESPONDÊNCIAS DEVEM SER ENVIADAS PARA

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Av. Brasil, 4.036 – Sala 802 – Mangueiras – 21040-361 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Tel.: (21) 3882-9140 e 3882-9141 – Fax.: (21) 2260-3782

Site: www.cebes.org.br / www.saudeemdebate.org.br

E-mail: cebes@cebes.org.br / revista@saudeemdebate.org.br



FICHA DE INSCRIÇÃO (preencher em letra de forma) Valor: R\$ 100,00

Para efetuar depósito: Caixa Econômica Federal – Agência: 1343 C/C: 0375-4 Operação: 003

CNPJ: 48.113.732/0001-14

Pagamento de Anuidade	<input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------------

Nome: _____

Nova Associação	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------

Endereço: _____

Atualização de Endereço	<input type="checkbox"/>
-------------------------	--------------------------

Complemento: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ UF: _____

Tel.: () _____ Fax.: () _____

Cel.: _____ E-mail: _____

Local de Trabalho: _____

Profissão: _____

Data de Inscrição: _____ Assinatura: _____

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

SAÚDE EM DEBATE

Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), voltada para a área de Saúde Pública e Saúde Coletiva, publicada quadrimensalmente em abril, agosto e dezembro, é distribuída a todos os associados em situação regular com a tesouraria do CEBES.

Aceita trabalhos inéditos sob forma de artigos originais, artigos de opinião, artigos de revisão ou de atualização, relatos de casos e resenhas de livros de interesse acadêmico, político e social.

Os textos enviados para publicação são de total e exclusiva responsabilidade dos autores.

É permitida a reprodução total ou parcial dos artigos desde que identificada a fonte e a autoria.

A publicação dos trabalhos está condicionada a pareceres de membros do Conselho Editorial e do quadro de Pareceristas *Ad-Hoc* (através do sistema duplo cego). Eventuais sugestões de modificações da estrutura ou do conteúdo, por parte da Editoria, serão previamente acordadas com os autores. Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois que os trabalhos forem entregues para a composição.

ARTIGOS

Seqüência de Apresentação do Texto

1. Título em português e em inglês. O título deve expressar claramente o conteúdo do artigo.

2. Folha de apresentação com nome completo do(s) autor(es), endereço, e-mail e no rodapé as referências profissionais (contendo filiação institucional e titulação). Quando o artigo for resultado de pesquisa com financiamento, citar a agência financiadora.

3. Resumo em português e inglês (abstract), em que fique clara uma síntese dos propósitos, dos métodos empregados e das principais conclusões do trabalho; descritores (descriptors), mínimo de três e máximo de cinco palavras, não ultrapassando o total de 700 caracteres (aproximadamente 120 palavras). Para os descritores utilizar os apresentados no vocabulário estruturado (DECS), encontrados no endereço <http://decs.bvs.br>. Caso não sejam encontrados descritores disponíveis para a temática do artigo, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

4. Artigo propriamente dito.

a) as marcações de notas de rodapé no corpo do texto, deverão ser sobrescritas. Ex.: Reforma Sanitária¹

b) para as palavras ou trechos do texto que são destacados a critério do autor, utilizar aspas simples. Ex.: 'porta de entrada'.

c) quadros e gráficos deverão ser apresentados, também, em folhas separadas do texto, numerados e titulados corretamente com indicações das unidades em que se expressam os valores e com as fontes correspondentes.

d) os autores citados no corpo do texto deverão estar escritos em caixa baixa (só a primeira letra maiúscula), observando-se a **norma da ABNT NBR 10520: 2001** (disponível em bibliotecas). Ex.: Conforme Mario Testa (2000).

e) as referências bibliográficas no corpo do texto, deverão ser apresentadas entre parênteses em caixa alta seguidas do ano e, se possível, da página. Ex.: (MIRANDA NETTO, 1986; TESTA, 2000, p. 15).

5. Referências Bibliográficas deverão ser apresentadas no final do artigo, observando-se a **norma da ABNT NBR 6023: 2000** (disponível em bibliotecas). Exs.:

CARVALHO, Antonio Ivo. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In.: FLEURY, Sônia Maria Teixeira (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos, 1997. p. 93-112.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo M.; JACOBI, Pedro. Participação popular e gestão de serviços de saúde: um olhar sobre a experiência do município de São Paulo. *Saúde em Debate*, Londrina (PR), n. 38, 1993. p. 90-93.

DEMO, Pedro. *Pobreza política*. São Paulo: Cortez, 1991. 111p.

EXTENSÃO DO TEXTO

O artigo propriamente dito deve conter até 15 laudas. Os artigos que ultrapassarem este total, serão devolvidos aos autores.

Obs.: 1 lauda tem 1.400 caracteres (com espaço), portanto a cada 20 linhas de 70 caracteres resulta em 1 lauda. Na carta de apresentação do artigo, o(s) autor(es) deve(m) mencionar o número de laudas.

RESENHAS

Serão aceitas resenhas de livros de interesse da área de Saúde Pública e Saúde Coletiva, a critério do Conselho Editorial. Devem dar uma noção do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, em até três laudas.

ARTIGOS DE OPINIÃO

Serão aceitos trabalhos referentes a textos publicados na revista ou a assuntos de conjuntura de interesse nacional. Serão publicados a critério do Conselho Editorial. Devem conter até sete laudas.

ENVIO DO ARTIGO

1. Os trabalhos para apreciação do Conselho Editorial devem ser enviados à Secretaria Executiva do CEBES – Av. Brasil, 4036 – sala 802 – CEP: 21040-361 Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ

Tel.: (21) 3882-9140 e 3882-9141

Fax.: (21) 2260-3782.

2. Deverão ser apresentados impressos em 03 vias e em disquete. Aceitaremos textos no programa *Word for Windows*.

3. Os gráficos e/ou tabelas deverão ser apresentadas em arquivo separado, no mesmo disquete.

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

SAÚDE EM DEBATE

Journal of the Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) which focuses on Public Health and Collective Health, publishes every four months: April, August and December, and distributed to all associated individuals up-to-date with CEBES'treasury.

It accepts original studies in the form of original articles, opinion articles, review or update articles, case studies and critical book reviews of academic, political, or social interest.

Texts sent for publishing are responsibility of the authors.

Total or partial reproduction of articles is permitted, as long as both authorship and source are identified.

Publication of articles is subject to approval by the Editorial Advisory Board and *Ad-Hoc* Partners (through a double-blind system). Any suggestion of changes in structure or content, by the editors, will be previously agreed by the authors. No changes or additions can be made after articles are sent to typesetting.

ARTICLES

Text presentation sequence

1. Title in Portuguese and English. Titles must clearly express article content.

2. Cover containing full author(s) name(s), address, Email, and, as footnotes, professional references (including institutional affiliation and titles). When the article is a result of a sponsored research, the sponsoring agency should be mentioned.

3. Abstract in Portuguese and English, containing a summary of purpose, used methods and main work conclusions; descriptors, between three and five words, not more than 700 characters (approximately 120 words). For descriptors use the ones presented in the available structured vocabulary (DECS), which can be found at <http://decs.bvs.br>, in case available descriptors are not found for the article's theme, terms or expressions of known use can be indicated.

4. Article.

a) footnote numbers inserted in the text must be superscripted. E.g.: Sanitary Reform¹

b) for highlighting words or excerpts the author should use simple quotation marks. E.g.: 'entrance'.

c) tables and graphics should also be presented in separate sheets, numbered and correctly named, with indication of the units used and corresponding sources.

d) authors mentioned in the text should be written in lower case (only first letters of each name in capital letters), according to regulation **ABNT NBR 10520: 2001** (available in libraries). E.g.: Mario Testa (2000)

e) bibliographic references in the text shall be presented inside brackets and upper case followed by year and, if applicable, page. E.g.: (MIRANDA NETTO 1986; TESTA, 2000, p. 15).

5. Bibliographic References shall be presented in the end of the article, according to regulation **ABNT NBR 6023: 2000** (available in libraries). E. g.:

CARVALHO, Antonio Ivo. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In.: FLEURY, Sônia Maria Teixeira (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos, 1997. p. 93-112.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo M.; JACOBI, Pedro. Participação popular e gestão de serviços de saúde: um olhar sobre a experiência do município de São Paulo. *Saúde em Debate*, n. 38, 1993. p. 90-93.

DEMO, Pedro. *Pobreza política*. São Paulo: Cortez, 1991. 111p.

TEXT LENGTH

The article itself must have a maximum of 15 pages. Articles that do not comply to this will be returned to authors.

Note: one page has 1,400 characters (including spaces), so every 20 lines of 70 characters each forms one page. In the article presentation letter, the author(s) must state the number of pages.

REVIEWS

Critical reviews of books of interest to Public Health and Collective Health, will be accepted, at the discretion of the Editorial Board. They must discuss book's content, its theoretical postulates and the audience it aims to reach, in up to three pages.

OPINION ARTICLES

Articles about previously published articles in this journal or about national interest issues will be accepted. These will be subject to Editorial Board approval. Must be made up of seven pages maximum.

ARTICLE SUBMISSION

1. Articles should be submitted to the following address for appreciation by the Editorial Board: Secretaria Executiva do CEBES – Av. Brasil, 4036 – sala 802 – CEP: 21040-361 – Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ

Phone: +(55)21 3882-9140 and +(55)21 3882-9141
Fax: +(55) 21 2260-3782.

2. Articles must be submitted in three copies and in diskette. We will accept articles in *Word for Windows* program.

4. Graphics and/or tables must be presented in a separate file, in the same diskette.

TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE

VOLUME 6 | NÚMERO 2 | JULHO 2008 | ISSN 1678-1007

ENSAIO

Desafios da construção de um sistema nacional articulado de educação | *Dermeval Saviani*

ARTIGOS

Educação de qualidade: um dos dilemas fundamentais para a definição das políticas educativas | *Roberto Gerardo Bianchetti*

O arcaico e o moderno no Brasil: variações em torno de uma educação interrompida | *André Bueno*

Valer (vá ler?): formação de trabalhadores sob a ideologia do mercado na universidade corporativa da Vale | *Giovane Saionara Ramos e Aparecida de Fátima Tiradentes dos Santos*

Categoria, teoria, conceito (para dizer o ser em múltiplos sentidos) | *Lílian do Valle*

Construtores de casa e artífices de cidadania: modos cooperativos de trabalhar e viver | *Silvana Mendes Lima e Carlos Minayo Gómez*

Integração ensino-serviços de saúde: o internato rural médico da Universidade Federal de Mato Grosso | *Marco Aurelio Bertúlio das Neves e Maria Angelica Spinelli*

Assédio moral e saúde mental do trabalhador | *Paula Ariane Freire*

RELATO

Uma experiência pedagógica no ensino médio integrado: pesquisando os agentes comunitários de saúde | *Ialê Falleiros Braga e Marcia Cavalcanti Raposo Lopes*

ENTREVISTA

Marcos Cueto

RESENHAS

Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias | *Gustavo Corrêa Matta*

O público e o privado na história da educação brasileira: concepções e práticas educativas | *Marco Antônio Santos*



www.revista.epsjv.fiocruz.br

Trabalho, Educação e Saúde - EPSJV/Fiocruz
Avenida Brasil, 4.365 - Manguinhos
Rio de Janeiro - RJ - CEP 21040-900
tel: (21) 3865-9850 / fax: (21) 2560-8279
e-mail: revtes@fiocruz.br

REVISÃO DE TEXTO,
CAPA, DIAGRAMAÇÃO E
EDITORAÇÃO ELETRÔNICA

Zeppelini Editorial

PROOFREADING
COVER, LAYOUT AND
DESK TOP PUBLISHING

Zeppelini Editorial

IMPRESSÃO E ACABAMENTO

Corbã Editora Artes Gráficas

PRINT AND FINISH

Corbã Editora Artes Gráficas

TIRAGEM

2.000 exemplares

NUMBER OF COPIES

2,000 copies

Esta revista foi impressa no Rio de Janeiro em setembro
de 2008.

Capa em papel cartão supremo 250 gr

Miolo em papel kromma silk 80 gr

This publication was printed in Rio de Janeiro on september,
2008.

Cover in premium card 250 gr

Core in kromma silk 80 gr

Saúde em Debate, Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES – v.1 (out./nov./dez. 1976)
– São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES, 2007.

v. 31; n. 75/76/77; 27,5 cm

Quadrimestral
ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES

CDD 362.1