

SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR DO MÉDIO PARNAÍBA LTDA – SESMEP
FACULDADE DO MÉDIO PARNAÍBA – FAMEP
INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO COMENIU – ISEC
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL

ANA CLÁUDIA DOS SANTOS FERREIRA

**SAÚDE DA MULHER E DSTs: UM ESTUDO SOBRE A PREVENÇÃO NA
POLÍTICA DE SAÚDE NO CENTRO DE SAÚDE DR. MANOEL AYRES NETO**

TERESINA

2018

ANA CLÁUDIA DOS SANTOS FERREIRA

**SAÚDE DA MULHER E DSTs: UM ESTUDO SOBRE A PREVENÇÃO NA
POLÍTICA DE SAÚDE NO CENTRO DE SAÚDE DR. MANOEL AYRES NETO**

Relatório de pesquisa apresentado ao curso de Bacharelado em Serviço Social da Faculdade do Médio Parnaíba – FAMEP, como requisito parcial de avaliação. Orientada pela Prof. Esp. Denise Figueiredo da Costa

Aprovada em __/__/____

BANCA EXAMINADORA

Denise Figueiredo Costa

(Orientadora Profa.)

Jairane Escócia Silva Aquino

(Examinador^a Convidado)

Maria Olintete Barros dos Santos Segunda

(Examinador^a Convidado)

TERESINA
2018

*“Menor que meu sonho não posso ser.”
Lindolf Bell*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me fortalecido ao ponto de superar as dificuldades e também por toda saúde que me deu, e que permitiu alcançar esta etapa de quatro anos de tão importante na minha vida.

Aos professores, eu agradeço a orientação incansável, o empenho e a confiança que ajudaram a tornar possível este sonho tão especial.

A minha família, que estiveram uma grande confiança em mim, especial a minha querida filha, que Deus me deu durante essa caminhada e meu esposo por ter me ajudado a chegar até aqui, e a minha grande amiga que conquistei, durante esses quatro anos juntos e todos que sempre estiveram ao meu lado nessa caminhada.

RESUMO

O presente trabalho tem como tema Saúde da mulher e DSTs: um estudo sobre a prevenção na política de saúde no centro de saúde Dr. Manoel Ayres Neto. O estudo tem como objetivo geral analisar a atenção dada à saúde da mulher, pensada aqui não somente na perspectiva biológica, indo além, para compreender o sujeito mulher diante desse mundo globalizado e suas relações interpessoais e também tendo como objetivos específicos, estabelecer conceitos sobre a saúde, compreender o processo da saúde da mulher, em sua especificidade, apontar políticas de saúde e apresentar as principais doenças sexualmente transmissíveis. Assim, o presente trabalho justifica-se à medida que ao colocar a promoção da saúde da mulher dentro do contexto das relações de poder existente na sociedade, percebe-se que a desigualdade entre homens e mulher resulta num impacto muito grande nas condições de promoção de saúde, e que por isso, essa questão de gênero deve ser crucial na elaboração de políticas públicas de saúde. O trabalho enveredou sob o viés da pesquisa bibliográfica, destacando os materiais produzidos pelos seguintes autores (as): Scliar (2007), Carvalho (2013), Bravo (2001), Travassos (2011), Garcia (2013), entre outros. Para a totalidade do trabalho, utilizou-se também de pesquisa de campo, que tem como corpus um enfermeiro e um paciente do Centro de Saúde Dr. Manoel Ayres Neto, localizado no bairro Santa Maria da Codipi em Teresina (PI), ocorrida no dia 29 de outubro 2017. Com base nas análises, urge o redirecionamento das práticas em saúde da mulher de modo que sejam dadas respostas ágeis e mais resolutivas segundo os princípios da política de atenção integral à saúde da mulher. Com isso, aprendemos que as doenças que afetam milhões de pessoas no mundo todo, podem e devem ser cuidadas, e que é de extrema importância aprender sobre seus sintomas, para uma identificação rápida, sobre os modos de transmissão e prevenção, a fim de evitar a contaminação e as graves consequências causadas pelas infecções.

Palavras-chave: Doenças sexualmente transmissíveis. Saúde da mulher. Assistência à saúde.

ABSTRACT

The present work has the theme Women's Health and STDs: a study on prevention in health policy in the health center Dr. Manoel Ayres Neto. The general objective of this study is to analyze the attention paid to women's health, not only from the biological perspective, but also to understand the subject in the face of this globalized world and its interpersonal relationships. health, to understand the health process of women in their specificity, to point out health policies and to present the main sexually transmitted diseases. Thus, the present study is justified by the fact that, by placing the promotion of women's health within the context of the existing power relations in society, it is perceived that inequality between men and women results in a very large impact on the conditions for promoting health, and that therefore, this gender issue must be crucial in the elaboration of public health policies. The work was carried out under the bias of the bibliographical research, highlighting the materials produced by the following authors: Scliar (2007), Carvalho (2013), Bravo (2001), Travassos (2011) and Garcia (2013). For the totality of the study, a field research was also carried out, which has as corpus a nurse and a patient from the Dr. Manoel Ayres Neto Health Center, located in the Santa Maria da Codipi neighborhood of Teresina (PI) October 29, 2017. Based on the analyzes, it is urgent to redirect the practices in women's health so that agile and more resolute answers are given according to the principles of the policy of integral attention to women's health. By doing this, we learn that diseases that affect millions of people around the world can and should be cared for, and that it is of the utmost importance to learn about their symptoms, for a quick identification, about modes of transmission and prevention, in order to avoid the contamination and the serious consequences caused by the infections.

Keywords: Sexually transmitted diseases. Women's health. Health care.

LISTA DE SIGLAS

- SUS - Sistema Único de Saúde
- CAPS - Caixas de Aposentadoria e Pensões
- IAPS - Institutos de Aposentadorias e Pensões
- SESP - Serviço Especial de Saúde Pública
- CEBES - Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
- PAISM - Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
- DSTs - Doenças Sexualmente Transmissíveis
- ESF - Estratégia de Saúde da Família
- UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 9 |
| 2. SAÚDE NO BRASIL: IMPLICAÇÕES CONCEITUAIS, HISTÓRICO E COMPOSIÇÃO..... | 12 |
| 2.1 HISTÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL: UM RECORTE PARA O ENTENDIMENTO DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER..... | 12 |
| 2.2 PENSANDO A SAÚDE DA MULHER NO BRASIL: ATENÇÃO INTEGRAL E PROMOÇÃO À SAÚDE DA MULHER..... | 22 |
| 2.2.1 PROGRAMA SAÚDE DA MULHER NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA..... | 31 |
| 3. METODOLOGIA..... | 36 |
| 3.1 ETAPAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO..... | 36 |
| 3.2 TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA..... | 38 |
| 3.3 LOCAL DA PESQUISA..... | 39 |
| 3.4 SUJEITOS DA PESQUISA..... | 39 |
| 4. SAÚDE DA MULHER E DSTs: A REPRESENTAÇÃO DA SAÚDE FEMININA NO CENTRO DE SAÚDE DR. MANOEL AYRES NETO..... | 41 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 54 |
| REFERÊNCIAS..... | 56 |
| APÊNDICES..... | 60 |

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem como tema Saúde da mulher e DSTs: um estudo sobre a prevenção na política de saúde no centro de saúde Dr. Manoel Ayres Neto. Assim, Problematizar a saúde da mulher se faz imprescindível, tendo em vista que a sua vida precisa ser preservada, pois inserida em um contexto de aquisição de Doenças Sexualmente Transmissíveis, o quadro que figura a realidade da saúde feminina apresenta-se sob uma composição assustadora que tem levado à morte de inúmeras mulheres, que poderia ter sua vida e saúde preservadas caso as políticas públicas da área fossem devidamente executadas.

Justifica-se trabalhar sobre a saúde da mulher e DSTs, uma vez que à medida que ao colocar a promoção da saúde da mulher dentro do contexto das relações de poder existente na sociedade, percebe-se que a desigualdade entre homens e mulher resulta num impacto muito grande nas condições de promoção de saúde, e que por isso, essa questão de gênero deve ser crucial na elaboração de políticas públicas de saúde.

Assim, a temática abordada é de extrema relevância social, pois requer um entendimento de que a vida das mulheres precisa ser preservada sob a ótica de que as doenças sexualmente transmissíveis configuram-se como mais uma das formas de cerceamento da liberdade feminina, uma vez que sua transmissão se dá por meio do exercício da sexualidade, muitas vezes sob a configuração do machismo existente nas relações que impede que a mulher se preserve, e resultando em um diagnóstico positivo, venha a passar pelo crivo dos profissionais da área da saúde.

Quando se trata da questão dos cuidados consigo, é sabido que ao longo dos anos a humanidade vem elaborando técnicas que visam reduzir os danos ao corpo provocados por diversos fatores, como genética, alimentação, e outras condições a que são impostos os seres humanos. Logo, a saúde precisa ser pensada como garantia fundamental da existência humana, uma vez que a necessidade da vida se estabelece como primordial. Assim, a mulher precisa ser encarada diante da sua realidade multifacetada, a da jornada tripla: casa, trabalho e família. Como também compreendê-la perante as dificuldades decorrentes da proposição de atualidade: desigualdades sociais, econômicas e culturais, até mesmo de etnia, entre outros fatores.

Diante desse recorte de gênero, ou seja, do entendimento do que se atribui para a mulher, surgiu o interesse em pesquisar sobre como o serviço de saúde é disponível para as mulheres acometidas por alguma Doença Sexualmente Transmissível, tendo em vista que estão inseridas em um contexto social carregado de julgamentos e sob o qual a sexualidade feminina ainda é vista como tabu e com certo preconceito, mediante o julgamento que vai da sociedade, passa pela família até os centros de saúde.

Nesse compasso estabelece-se a seguinte problemática: como se configura a política de saúde para a prevenção da saúde da mulher no Centro de Saúde Dr. Manoel Ayres Neto? Como questões norteadoras têm: O que se entende por saúde da mulher? Porque a prevenção da saúde da mulher se configura socialmente de maneira diferenciada? Qual o contexto entre o acometimento de doenças sexualmente transmissíveis e a mulher?

Nesse interim, o presente estudo tem por objetivo geral: analisar a atenção dada à saúde da mulher, pensada aqui não somente na perspectiva biológica, indo além, para compreender o sujeito mulher diante desse mundo globalizado e suas relações interpessoais. Como objetivos específicos, o presente trabalho busca: estabelecer conceitos sobre a saúde; compreender o processo da saúde da mulher, em sua especificidade; apontar políticas de saúde; e apresentar as principais doenças sexualmente transmissíveis.

Inicialmente, solidificou-se o trabalho sob o viés da pesquisa bibliográfica, realizada em livros, artigos, revistas, jornais, entre outros documentos, com a finalidade de conhecer o tema investigado. Como peças basilares para o entendimento do tema, destacam-se os materiais produzidos pelos seguintes autores (as): Scliar (2007), Alexandre (2013), Carvalho (2013), Bravo (2001), Travassos (2011), Garcia (2013), Fernandes e Narchi (2007), Carrara (1996), Villela e Pinto (2009), Praça, (2013).

Para a totalidade do trabalho, utilizou-se também de pesquisa de campo com a intenção de analisar e dá veracidade às hipóteses levantadas acerca da política de prevenção da saúde da mulher com relação às doenças sexualmente transmissíveis. Para tal, a pesquisa foi desenvolvida no Centro de Saúde Dr. Manoel Ayres Neto, localizado no bairro Santa Maria da Codipi em Teresina (PI), com o enfermeiro e o paciente que frequentam a unidade supracitada.

Quanto à estruturação da presente pesquisa, o trabalho divide-se em cinco capítulos primordiais para a composição do entendimento acerca do tema. Primeiramente, apresentam-se as considerações iniciais acerca da temática, com uma abordagem contextualizada, a motivação, a justificativa, a relevância da pesquisa, a problematização, hipóteses, objetivos e uma breve metodologia, na sessão de Introdução.

Em seguida, parte-se para o capítulo dois, intitulado saúde no Brasil: implicações conceituais, histórico e composição cuja competência é traçar um panorama da concepção de saúde no país, levantando um histórico de acepções, além de inferir competências das políticas públicas da área, relacionando-as sempre com a saúde como garantia constitucional de direitos, ou seja, colocando em discussão a concepção de saúde a partir de uma perspectiva de classe.

Na seção seguinte, o capítulo de Metodologia, tem por intuito caracterizar o percurso dos métodos utilizados, bem como descrever as condições da realização da pesquisa, os sujeitos utilizados para inferir resultados e o local em que foi realizada. Também, busca-se estabelecer a necessidade de utilização de tais métodos como única forma de resposta às hipóteses levantadas.

Ainda como base teórica, segue-se o próximo capítulo, saúde da mulher e DSTs: a representação da saúde feminina no centro de saúde Dr. Manoel Ayres Neto, cuja intenção é dá um enfoque à saúde específica do sujeito feminino, levantando problematizações acerca da relação entre saúde da mulher e sociedade, para isto, sendo necessário localizar o sujeito mulher diante de um modelo social que estipula para ela padrões rígidos, o que acaba por influenciar nos percursos de sua vida, bem como as análises dos dados, dispor-se-ão os elementos resultantes da pesquisa, cujo objetivo é dá veracidade e/ou responder aos objetivos propostos pela problemática levantada. Assim, os dados disponíveis servem como fonte para compreensão mais exemplificativa do problema, uma vez que demonstrados aproximam a teoria da prática.

Por fim, as Considerações finais, na qual serão retomadas as discussões presentes em todo o trabalho, bem como serão feitas assertivas em torno da pesquisa desenvolvida, apontando discussões que sirvam como sugestão para o problema. Além de apontar os caminhos para que se resolva o problema, pretende-se aqui, firmar o trabalho como indicativo para pesquisas dentro das palavras-chaves propostas.

2 SAÚDE NO BRASIL: IMPLICAÇÕES CONCEITUAIS, HISTÓRICO E COMPOSIÇÃO

Este capítulo tratar-se-á de apresentar conceituações acerca do que seja saúde, bem como de um resgate histórico das políticas públicas que concebem o tema no Brasil, desde as primeiras acepções sobre esse direito fundamental até a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), sempre estabelecendo um recorte entre o acesso dos serviços de saúde ao entendimento da saúde como direito que deve ser garantido pelo Estado, visando o estabelecimento da qualidade e manutenção da vida.

2.1 HISTÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL: UM RECORTE PARA UM ENTENDIMENTO DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

O conceito de saúde tem evoluído ao longo dos anos. Por muito tempo foi associado, somente, ao fato de não ter doenças, assim ele era sinônimo de bem-estar físico, mental e social. Logo, levando em conta esses fatores, a maioria da população estaria doente em uma das formas, tendo em vista que os problemas emocionais e sociais afetam cada vez mais a população. Para Scliar (2007, p.30):

Saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural, ou seja, saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas, dependerá da época, do lugar, da classe social, dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas.

Na visão do autor citado, ou seja, não se pode entender saúde como um sistema complexo, tendo em vista que ela precisa ser vista pela perspectiva social, já que a vida em sociedade contribui para o bem-estar populacional. Atrelada somente ao conceito da não conformidade biológica, a discussão já vêm ligadas aos hábitos, costumes, cultura, condição social a que são expostos os sujeitos. Assim, saúde passa a ser um conceito subjetivo, tendo em vista que cada indivíduo o concebe de forma elaborada pela sua vivência. Segundo a Conferência Nacional de Saúde (1986, p.4)

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida, a saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

De acordo com a citação, consistindo em um conjunto de fatores, a noção de saúde precisou ser reinventada para atender às necessidades mutáveis da sociedade. Logo, saúde implica em desenvolvimento da qualidade de vida, e para isso precisa cobrar medidas políticas de assistência por parte dos governantes. Portanto, constituída como uma das garantias básicas dada ao cidadão, a saúde é garantia do estado e sua ideia é a promoção da vida. Porém é preciso compreender que assim como os seres humanos reinventam-se constantemente, a saúde vive um intenso processo de transformação e adequação de sua estrutura para o atendimento da população.

Ainda conforme o autor, esse planejamento é feito por órgãos competentes, criados pelo governo, e que precisam estar cientes de todas as necessidades que envolvem a oferta desse serviço, para que ele seja de qualidade e venha propor uma melhoria na vida das pessoas. Diante desse pensamento, é preciso saber que a evolução do serviço é seguida de um contexto histórico, ao qual cabem fatores que ilustram sua evolução ao longo do tempo.

Assim, no entendimento do autor, a medicina social formulada na Europa, em especial em países como a Alemanha, França e Inglaterra, foi obrigando ao Estado a garantia do serviço de saúde à população, principalmente voltada à saúde dos trabalhadores, como uma forma de não deixar que o processo de industrialização diminuísse seu ritmo.

Para o autor, ligada às conquistas sociais adquiridas pela classe trabalhadora, visando a manutenção da ordem capitalista, o Estado passa a interferir nesse processo na tentativa de elaborar políticas públicas para a saúde. Consoante Carvalho (2013), os séculos antecessores – em especial no século XVIII (via-se a assistência médica como filantropismo) e século XIX (o qual se começou a delinear a assistência à saúde, como por exemplo: o registro profissional) – foram primordiais no estabelecimento da garantia de saúde. Conforme Carvalho (2013, p.17);

A história dos cuidados com saúde do brasileiro passa necessariamente pela filantropia religiosa, a caridade, as pessoas eram atendidas pelas instituições filantrópicas, paralelamente a isso, o estado trazia algumas ações de saúde diante de epidemias como ações de vacinação ou de saneamento básico assim ocorreram no final do século XIV e início do XX.

Para Carvalho (2013), no Brasil, os anos finais do século XIX são importantíssimos na constituição da saúde como direito. Já nos anos 20, apresentaram-se alguns fatores que colaboraram com a ideia, como por exemplo: a Reforma Carlos Chagas, cujo sinaliza para o atendimento à saúde de maneira mais ampla; as medidas de higiene; e o esqueleto de um sistema previdenciário arcaico, que oferecia benefícios em forma de assistência médica.

Convém mencionar que dentre as medidas que mais impulsionaram para colocar em debate questões relacionadas à saúde dos trabalhadores foi a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPS), em 1923, conhecida até hoje como lei Elói Chaves, considerada um marco histórico da previdência social no país, baseando-se num modelo bem próximo do que vigora atualmente. Através desta lei, foi possível às organizações da classe trabalhadora reunirem-se por meio de seus institutos representativos, forçando um modelo de previdência, a fim de amparar-lhes.

Impulsionados pelo início das lutas trabalhistas, na década de 30, impulsionada por profundas transformações na sociedade brasileira, pelos protestos dos trabalhos, industrialização, e a reorganização do Estado, surgem as primeiras políticas públicas de saúde. Segundo Bravo (2001, p.91);

A conjuntura de 30, com suas características econômicas e políticas possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais de forma orgânica e sistemática. As questões sociais em geral e as de saúde em particular, já colocadas na década de 20, precisavam ser enfrentadas de forma sofisticada.

Dessa forma, essas questões ansiavam remodelar-se para ações políticas, amparadas pela intervenção do Estado e o surgimento de locais adequados que pudessem beneficiar os trabalhadores da zona urbana, tendo em vista a importância destes para o setor econômico e a garantia da estabilidade financeira do país. O

crescimento exagerado da urbanização e do número de trabalhadores foi concomitante à péssimas condições de higiene, saúde e habitação.

Assim, a medida do governo tomada à época era voltada sob duas óticas: saúde pública (pensada somente nas garantias de condições sanitárias, e quase que em sua totalidade, colocando a zona urbana em detrimento da rural) e medicina previdenciária (pensando exclusivamente na manutenção da saúde do trabalhador para não prejudicar o andamento da economia). O que para Bravo (2001, p.91 *apud* Braga e Paula (1986)) entre as décadas de 1930 a 1940 as principais medidas para a saúde pública foram:

- Ênfase nas campanhas sanitárias;
- Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde;
- Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades;
- Criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller – de origem norte-americana);
- Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública.

Dessa maneira, os protestos dos trabalhadores foram importantíssimos para definir os rumos da saúde pública no país. Como medida de diminuir a tensão entre trabalhadores e governo, ainda na década de 30, foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), cuja função era dá garantias previdenciárias aos trabalhadores. A criação desses institutos serviu para demarcar a diferença entre previdência e assistencial social, que até então não havia sido feita.

Assim, conforme o autor, nos anos seguintes, compreendidos entre 1945 a 1960, o rascunho de uma política de saúde brasileira, iniciado nos anos 30, passa a ser executado. Nesse período, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) durante a Segunda Guerra Mundial. No final da década de 40, a elaboração do Plano Salte (com investimentos destinados as áreas da saúde, alimentação, transporte e energia) propôs previsão de investimentos.

Ainda nas palavras do autor, diante disso o quadro da saúde da população, compreendido nos anos de 45 a 64 não conseguiu conter as doenças advindas de infecção e parasitoses, menos ainda as taxas elevadas de morbidade e mortalidade infantil, e mortalidade geral.

Nos anos 50, a saúde privada já delineava a exploração do serviço para fins lucrativos, e abria as portas para as empresas do ramo. O empresariado do ramo pressionava o Estado para o financiamento do serviço de forma organizada com fins para a privatização. Porém até 1964, o serviço ficou prioritariamente a cargo dos institutos previdenciários sob o controle do Estado. Conforme Travassos *et al* (2011, p.4);

O sistema de saúde brasileiro é constituído por uma variedade de organizações públicas e privadas estabelecidas em diferentes períodos históricos no início do século XX, campanhas realizadas sob moldes quase militares implementaram atividades de saúde pública, a natureza autoritária dessas campanhas gerou oposição de parte da população política e líderes militares.

Em conformidade com o autor, os anos de 1964 são o marco do aproveitamento da saúde pelo capital privado no Brasil. Nesse período o país passava pela instauração do regime militar, e representou a entrega do serviço de saúde público para o setor privado.

As campanhas realizadas seguindo o regime militar transformaram o sistema de saúde em algo rígido e seletivo dificultando o atendimento da população gerando desconforto e subsidiando atritos entre os componentes militares e os indivíduos que se encontraram no epicentro do conflito.

Partindo do pressuposto vigente na época da ditadura de que tudo o que envolvia a participação social era sinônimo de subversão e desordem, as questões sociais eram tratadas com rigidez por parte do regime, que discutia a privatização da saúde no país. Na visão de Bravo (2001, p.93);

A ditadura significou, para a totalidade da sociedade brasileira, a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que modelou um país novo. Os grandes problemas estruturais não foram resolvidos, mas aprofundados, tornando-se mais complexos e com uma dimensão ampla e dramática.

Ou seja, aproveitando-se do contexto da ditadura, o Estado, baseado no binômio repressão-assistência, burocratiza a máquina pública a fim de exercer um

poder opressor sobre a sociedade, na tentativa de apaziguar os entraves sociais advindos da ditadura, legitimar o regime, e angariar fundos.

Um exemplo disso foi a unificação da Previdência Social em 1966, que visava ao aumento da intervenção do Estado na sociedade e a eliminação da influência dos trabalhadores na política, pois sem gerir a previdência, cabia-lhes somente o papel de financiar. Ou seja, a gestão da saúde na época, serviu como mais um instrumento do Estado a fim de desmobilizar a classe trabalhadora.

Nesse compasso, a saúde, burocratiza e servindo como instrumento de lucro, teve que procurar renovar-se tecnologicamente, influenciada, principalmente, pelo contexto norte-americano. Proporcionalmente a saúde pública, garantida pelo Estado, declinou, e a saúde previdenciária, cresceu.

Segundo Bravo (2001, p.94 *apud* Oliveira e Teixeira Fleury, 1986, p.207), ocorreu as extensões previdenciárias para que pudessem englobar por completo a população urbana e gradativamente pós 1973, os trabalhadores da zona rural, o destaque na prática médica curativa especializada, a criação do complexo medico-industrial e a organização da prática médica seguindo capitalista em expansão no Brasil.

Desse modo, as opressões de poder realizadas pelo regime não conseguiram um diálogo com a sociedade civil. Assim, ao longo do tempo, mais especificamente de dez anos, precisou repensar suas ações, elaborando novos métodos que pudessem dá legitimidade à burguesia e suas atividades políticas, econômicas e sociais.

Conforme o autor, dos anos de 1974 a 1979, com o intuito de diminuir as tensões sociais, a política nacional de saúde enfrentou a dualidade entre a oferta do serviço público e o atendimento de interesses do capital privado. Não conseguindo reverter o quadro de entrega da saúde ao capital privado, o Estado tentou minimizar o quadro de desmonte do sistema de saúde do país, o que não efetivado.

Assim, o início dos anos 80, se deu com um sistema de saúde cheio de contradições. Nessa época, a sociedade brasileira viveu períodos difíceis, ao tempo que experimentava os primeiros ares de democracia teve que lidar com uma crise econômica devastadora, cuja influência se deu no pouco ou quase nenhum retorno, por meio das garantias básicas constitucionais.

Ainda conforme o pensamento do autor, a saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da

população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate dentro da sociedade civil. Desse modo, a saúde desvinculou-se do campo dos debates técnicos para encarar-se dentro da esfera política, resultante da pressão exercida, principalmente, por profissionais da saúde, amparados pelos seus respectivos conselhos e órgãos, que exigiam melhora na saúde e nas questões trabalhistas que influenciavam nessa garantia; pelo movimento sanitário, difundido suas ideias através do Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES); os partidos políticos de oposição, movimentos sociais; e a sociedade civil organizada.

Para ele, as principais reivindicações eram tiradas de debates propostos por esses sujeitos, tais como: a universalização do acesso à saúde; a saúde como dever do Estado e um direito social; a reorganização do sistema de saúde brasileiro, com um novo foco para a saúde individual e coletiva; a descentralização e financiamento, para as esferas do município e do estado; e a criação de um novo modelo de gestão que incluíssem novos órgãos como os Conselhos de Saúde.

Seguindo o pensamento do autor supracitado, na década de 80, mais precisamente no ano de 1986, ocorre a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, que se constitui como um marco para a discussão da saúde no país, pois problematizou a relação entre saúde e sociedade, englobando diversos setores da sociedade civil e movimentos populares, propondo a reestruturação do Sistema Único, mas a Reforma Sanitária.

Desse modo, acredita o autor, a efervescência desse período forçou o ponto alto dos anos 80, com a promulgação da Constituição Federal que representou grande avanço na garantia dos direitos fundamentais, buscando a correção de falhas históricas sociais, primando pela universalização dos direitos básicos.

Continuando o seu pensamento, o autor acredita que nessa esfera, o direito à oferta do serviço de saúde foi objeto de briga de dois grupos: de um lado o setor privado (representado pelas Federações dos hospitais privados e da indústria farmacêutica) e os movimentos populares (representados pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte).

Assim, a Constituição atende em grande parte aos interesses populares em detrimento do setor privado e pouco mexe na situação da indústria farmacêutica. Segundo Bravo (2001, p.97 *apud* TEIXEIRA, 1989, p.50-51) o direito universal a saúde, as atividades e Serviços de Saúde passaram a ser enquadrados como

pontos de relevância pública, a constituição do Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada e a proibição da comercialização de sangue e seus derivados, foram algumas das principais mudanças no setor da saúde no país.

Ou seja, na visão do autor acima citado, a saúde na década de 80 é resultante de uma politização da saúde, a alteração da constituição e a exigência de mudança nas práticas das organizações que prestam o serviço à população.

Com o desafio de colocar em prática a Reforma Sanitária, iniciaram-se os anos 90 com a ideia de conseguir tais avanços mediante as lutas democráticas até então em atividade no país. Porém, os anos 90 caracterizam-se pela influência do projeto Neoliberal econômico, o que de certa forma altera o papel do Estado. Logo, nas ideias de Bravo (2001) desenha-se um ataque do capital privado ao desmonte da saúde pública. Exemplo disso foi a Reforma Constitucional que garantia somente a previdência, mas não a seguridade social à população.

Visando contribuir com o capital privado, o Estado passa, em seu plano diretor, a admitir o esgotamento de estratégias de manutenção dos órgãos de saúde, opta por uma política de burocratização de suas instituições, descentraliza ações e reduz custos e a produtividade. Ou seja, o Estado se ausenta da responsabilidade do desenvolvimento social para apenas regular os serviços, transferindo deveres para o setor privado. Esse processo deu-se através da elaboração do Plano Diretor, que significava a passagem da responsabilidade Estatal para empresas não estatais que exercessem funções públicas, visando as regras do mercado. Conforme Bravo (2001, p.100)

A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação.

Dessa forma, a ideia popular construída na década de 80 acerca da saúde passa cada vez mais despercebida ou negaceada. A saúde agora se vincula ao mercado, mantém-se por meio de parcerias e cabe à população custear. A refilantropização é outra constante e constitui-se como uma forma de reduzir custos, passando à terceirados a funções de profissionais que deveriam ser exclusivos. Diante dessa realidade o Sistema Único de Saúde (SUS) tem muito de seus

princípios básicos descumpridos, e boa parte disso se deve à omissão do governo na fiscalização de sua efetividade.

Na visão de Bravo (2001), alguns fatores impossibilitaram o avanço do SUS, enquanto política pública de saúde, tais como: o não exercício do princípio da equidade na distribuição de recursos públicos; e a não unificação dos serviços de prevenção e atenção curativa, desrespeitando o princípio da integralidade, como pode ser percebido pela ideia de separar o SUS em hospitalar e básico. Outro fator é a remuneração por produção, constatada como um gasto desnecessário de dinheiro público em comparação com outros países. Portanto, instala-se outra dualidade: o projeto de reforma sanitária, inflamado na década de 80 e presente na Constituição de 88, cuja responsabilidade de assegurar a saúde é do Estado. Sobre isso, a Constituição Federal brasileira (Brasil, 1988, seção II, art. 196) menciona que;

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Logo, conforme esse documento, é possível compreender que o projeto neoliberal, instalado na década de 90, que preconiza o capital privado, cuja política é pautada pelo mercado.

Algumas leis, como a de nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, são importantíssimas para a compreensão das funcionalidades do sistema. Essa lei reafirma a saúde como direito e dever do Estado, que se caracteriza pela formulação de políticas que garantem acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. Além disso, descreve suas competências e atribuições administrativas e financeiras. Segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2011);

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social.

Na visão do documento, levando em consideração o contexto brasileiro, o SUS se situa, pelo menos em princípio, numa tentativa de garantir a saúde da população, diferentemente dos projetos anteriores da área implantados.

Ainda segundo o referente, a efetivação do sistema necessita de três esferas: a União, o Distrito Federal e os municípios. Entende-se que essa garantia da implantação do atendimento popularizado à saúde é dever do Estado, portanto, exige que os mais variados níveis de poder estejam integrado no exercício da saúde.

É preciso reiterar que o grande marco para o estabelecimento do SUS ampara-se na Constituição de 1988, conhecida como “constituição cidadã”, cuja pretensão prioritária era a definição de uma política de Estado que contemplasse a garantia da saúde pública. Assim, o conceito passa a ter uma amplitude, pois passa a ser entendido como uma reunião de fatores, que englobam os direitos fundamentais também previstos em lei, tais como moradia, lazer, emprego, etc. Nesse compasso, o SUS baseia-se nos seguintes princípios, conforme a LEI Nº 8.080, (Brasil, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990);

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; [...]
- XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013.

Ou seja, conforme esse documento, a ideia inicial em torno do SUS pretendia-se à execução de um modelo de saúde que atendesse minimamente às necessidades da população, intentando colocar em prática o bem-estar social desejado pela população. Assim, os princípios que regem a lei pretendem facilitar o acesso à saúde, garantindo-lhe status de direito fundamental básico, numa tentativa inicial de popularização da saúde.

2.2 PENSANDO A SAÚDE DA MULHER NO BRASIL: ATENÇÃO INTEGRAL E PROMOÇÃO À SAÚDE DA MULHER

A política de saúde da mulher é criada com o objetivo de serem desenvolvidos ações e projetos que busquem a melhoria e a garantia de direito à saúde, conforme for a necessidade de cada uma, sendo de responsabilidade do governo criar, desenvolver e dar o suporte necessário para que de fato essas ações dentro desta política sejam realizadas beneficiando de fato o alvo da política, que são as mulheres. Assim, Garcia (2013, p.7) explica como se dava a saúde da mulher nas décadas passadas:

A saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às questões relacionadas à gestação e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares.

O autor levanta que nos anos 50, as atividades de saúde da mulher, influenciadas pelo conceito de Bem-estar, advindo dos países europeus, reduziam-se a tratar a saúde da mulher com o intuito de torna-las mães e ajuda-las na criação dos filhos, ensinando-lhes medidas de combate à desnutrição e planejamento familiar.

Já nos anos 70, o autor acredita que com a Conferência do Ano Internacional da Mulher e o Plano da Década da Mulher passaram-se a pautar a figura da mulher com a perspectiva de igualdade, objetivando desenvolver a política e economicamente, com vistas a reduzir a desigualdade. Nessa década, mais precisamente no ano de 1975 são criados os programas de aleitamento materno

juntamente com os cuidados sobre concepção, pré-natal, parto e puerpério, porém não eram desenvolvidas ações que pudesse orientar as mulheres de forma prática.

Na década de 80, impulsionada pelo movimento feminista, houve diversas discussões e críticas aos programas existentes no sistema de saúde, uma vez que a mulher só tinha os cuidados devidos no período que antecedia / sucedia a gravidez. Assim, com forte pressão desses grupos, outras atividades menosprezadas de saúde da mulher foram inseridas numa agenda política nacional. Sobre isso, Garcia (2013, p.7) afirma que:

Nesse sentido, o Ministério da Saúde cria, em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, especialmente, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para escolha de prioridades neste campo.

Ou seja, entende-se que esse programa, PAISM, realizava ações educativas preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, indo desde a assistência ginecológica básica, às ações voltadas para planejamento familiar, obstetrícias e doenças da mulher. Sobre isso, o Ministério da Saúde (Brasil, 2011) propõe três princípios básicos que norteiam a saúde da mulher no Brasil: a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, ressaltando todas as condições necessárias para o seu atendimento; a redução da taxa de morbidade e mortalidade da mulher no país e a ampliação qualificação e humanização à saúde feminina no Sistema Único de Saúde.

Na visão do órgão supracitado, muitos fatores têm contribuído para que a saúde volte sua atenção para a mulher, o primeiro deles levantado foi a sua maior participação no sistema de saúde; o segundo é compor maior parcela da população.

Direito fundamental garantido pela Constituição, a saúde é primordial para a manutenção da vida, tendo em vista que os processos não saudáveis prejudicam o andamento da vida cotidiana e podem inclusive causar alterações estruturais na evolução da humanidade.

Para o autor, precisa-se ter em mente que ainda que garantida pelo Estado, a aplicação desse serviço não atende a toda a população de maneira igualitária. Assim, as políticas sociais são de certa forma ineficaz perante uma sociedade que apresenta cada vez mais problemas, e que é exposta a um ritmo de vida que exige

mais ainda do funcionamento do corpo e da mente. Essas medidas, garantidas por constituição fazem-se cada vez mais urgentes nas sociedades como um todo.

Assim, urge a necessidade de adaptação entre as pessoas cujo o sistema precisa amparar diante de sua realidade. Logo, para garantir tal efeito, é preciso se valer do atendimento integral.

Para Reis e Andrade (2008) um atendimento integral consiste numa série de medidas preventivas que visem benefícios aos assistidos. Para que seja exercido precisa de um planejamento a fim de integrar os diversos serviços necessários, de maneira que seu acesso seja fácil e menos burocratizado possível, pois promove a qualidade de vida da população.

Assim, de acordo com o Ministério da Saúde, o atendimento constitui-se como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Logo, pensar em garantir a saúde da mulher implica numa série de fatores que não podem ser descartados, como as questões biológicas até as questões sociais, de gênero e culturais em que estão inseridas, também são importantes levantar critérios de raça, classe e faixa etária.

Conforme salientam Frigo e Braz (2010, p.2), é imprescindível que se entenda que “o atendimento em Saúde da Mulher exige do profissional uma atenção especial que ultrapassa o limite da especificidade, passando por um olhar mais integral, com ênfase na prevenção dos agravos e na promoção da saúde integral da mulher”.

Assim, firma-se o entendimento de que a saúde da mulher precisa ser planejada em cima de demandas específicas, que não podem ser descartadas, precisando ser compreendidas diante de um contexto, que muitas vezes as leva à situações de risco e de desagravo com a vida.

É preciso entender a mulher em seu contexto socioeconômico e cultural, porque elas estão inseridas em um contexto de desigualdade, acabam sendo mais abatidas a condições de vida precárias do que os homens. Essas condições são fundamentais para entender o processo de viver-adoecer-morrer das mulheres, sobre elas Fernandes e Narchi, (2007, p.25) creem que:

Ao ocupar lugares de subalternidade, desprivilegiadas nas esferas de poder, elas acabam vivendo em condições extremamente precárias de vida e de trabalho, com sérias implicações no processo saúde-doença. Por se encontrar com mais frequência em situação de pobreza, trabalhar mais horas e gastar pelo menos a metade do tempo.

de que dispõem com atividades não-remuneradas, elas ficam mais vulneráveis e resta-lhes pouco tempo para o cuidado consigo mesma.

Os pensamentos dos autores podem ser confirmados, quando em dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2004) comparando a taxa de mortalidade entre homens e mulheres, verifica-se que nos homens a morte é mais presente nas faixas etárias mais jovens; e nas mulheres esse percentual é maior na terceira idade. Além disso, as doenças do aparelho circulatório são as maiores responsáveis pela morte de mulheres.

Assim de acordo com Laurenti et al., (2004) as dez doenças mais comuns são: acidente vascular cerebral, aids, homicídios, câncer de mama, acidente de transporte, neoplasia de órgão digestivos, doenças hipertensivas, doença isquêmica do coração, diabetes e câncer do colo do útero. Tendo em vista esses dados, o Ministério da Saúde (Brasil, 2004), em sua Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, levanta alguns fatores cruciais que levam mais a morte de mulheres e/ou determinam condições de saúde específicas.

A Mortalidade Materna (Brasil, 2004, p.26), para o órgão, esse item é crucial para avaliar as condições de saúde da população, pois taxas elevadas nessa esfera denunciam “precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente, e, sobretudo, dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade”.

Em seguida, a Precariedade da Atenção obstétrica, tem levantado bastante preocupação, pois os dados obtidos pelo ministério têm revelado que há um descaso quanto à assistência ao parto no Brasil, principalmente, ao pré-natal e ao puerpério. Segundo o órgão, “apesar do aumento do número de consultas de pré-natal, a qualidade dessa assistência é precária, o que pode ser atestado pela alta incidência de sífilis congênita” (Brasil, 2004, p.28), por exemplo. Além dos dados demonstrarem que o puerpério não tem sido desenvolvido conforme o esperado, pois.

A grande maioria das mulheres retorna ao serviço de saúde no primeiro mês após o parto. Entretanto, sua principal preocupação, assim como o dos profissionais de saúde, é com a avaliação e vacinação do recém-nascido (Ministério da Saúde, 2004, p.29).

Segue-se o Abortamento em condições de risco, tratado, por razões religiosas e morais, a mulher que pratica aborto ainda é bastante criminalizada no país. Esse fator leva centenas de mulheres a intervenções ilegais, na maioria das vezes sem condições mínimas para procedimentos cirúrgicos. Assim, para o Ministério da Saúde (Brasil, 2004, p.31), como existem poucas medidas para evitar que se repita, é “realizado em condições inseguras figura entre as principais causas de morte materna e é causa de discriminação e violência institucional contra as mulheres nos serviços de saúde”.

Como também a Precariedade da Assistência em Anticoncepção, bastante deficiente, a promoção da anticoncepção no país não tem avançado em dados quantitativos, pois ainda que a expectativa de filhos por família tenha diminuído não há um planejamento específico para determinadas faixas etárias e classes sociais, além de restrição a uma educação somente visando a mulher, colocando-a como responsável única e exclusiva pelo planejamento familiar. De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2004, p.33),

[...] problemas, controle de qualidade, aquisição e logística de distribuição dos insumos, manutenção da continuidade da oferta de métodos anticoncepcionais e capacitação de gestores, de gerentes e de profissionais de saúde. Isso tem resultado numa atenção precária e excludente, ou até inexistente em algumas localidades, com maior prejuízo para as mulheres oriundas das camadas mais pobres e das áreas rurais.

Assim, de acordo com a citação acima, as dificuldades que o sistema de saúde enfrenta e conseqüentemente o público feminino é originária de uma série de ações que estão embasadas nas camadas sociais como um reflexo da segregação que os sujeitos são acometidos.

Algumas doenças, alerta o Ministério da Saúde (Brasil, 2004) como DST/HIV/Aids também povoam o universo feminino, contribuindo para a mortalidade de mulher, logo, as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) precisam ter sua discussão levantada de forma frequente e educativa entre a população. Além de

prejudicarem de forma grave a saúde das mulheres, são considerado fator de perigo na transmissão do vírus da AIDS, o HIV.

Ainda conforme o órgão mencionado, nas mulheres, essas doenças são responsáveis por uma série de complicações de saúde e na vida social, afetiva, familiar. Na saúde, são responsáveis por doenças que vão resultar desde um desconforto à infertilidade ou morte. Para ela, cada uma dessas doenças tem características próprias, requer estratégia específica de prevenção, diagnóstico e tratamento, e acometem mais as mulheres porque na maioria das vezes não possuem sintomas e passam despercebidos. Além do fato de estarem mais expostas aos constrangimentos causados durante o exercício da sexualidade, o que dificulta o acesso à proteção.

Sobre isto Carrara (1996) acredita que as ações de controle das doenças sexualmente transmissíveis, são voltadas com maior enfoque para a AIDS e o HIV, o que talvez não seja a assertiva mais certa a ser tomada. Além disso, as estratégias são pautadas na perspectiva da doença mencionada anteriormente, deixando de lado as estratégias para coibir outras doenças. Como exemplo ele cita o tratamento dado à sífilis, muitas vezes deixado de lado em detrimento do HIV e que as vezes surge com frequência bem maior na sociedade.

Em conformidade com o pensamento de Carrara (1996), cabe ressaltar, que ter a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis reconhecidas com tratamento e diagnóstico pelo Sistema Único de Saúde são uma vitória, mediante o preconceito arraigado na sociedade, que associa essas doenças à uma prática sexual desregrada e à prostituição, provocando preconceitos de diversas ordens que coíbem a participação de mulheres em consultórios ou as expõem a situações constrangedoras. Assim a questão do exercício da sexualidade é um fator determinante quando se trata desse assunto, sendo exercida uma violência simbólica durante esse processo. Logo, o mais importante é a saúde sexual e não a atenção somente à transmissão dessas doenças.

Logo, a ideia de saúde sexual é ligada a um exercício livre e seguro da sexualidade, sem colocar em risco a saúde. Assim, a atenção a doenças desse tipo exige a prevenção, diagnóstico e tratamento, além de um aconselhamento e de informações que garantam a seguridade no direito do exercício da sexualidade.

Para que isso se faça necessário, diz o autor, é preciso que haja um acesso efetivo e democrático acesso aos serviços de saúde. Isso exige ações que vão

desde processos de trabalho, quantificação de dados, competências e habilidades profissionais adequadas ao problema, ações educativas que se estendam fora do ambiente hospitalar, mudança de mentalidade, discussão sobre tabus que atrapalhem na segurança da sexualidade.

Segundo Carrara (1996), acredita-se que a saúde sexual é estritamente relacionada a um estabelecimento de uma segurança que permita o usufruto da vida com o máximo de saúde e segurança possíveis. Assim, a saúde da mulher extrapola o problema com as Doenças Sexualmente Transmissíveis e vira um problema de saúde pública. Nesse compasso, o direito a saúde também faz parte dos direitos sexuais, na medida em que assegura a liberdade de escolha com os instrumentos adequados para desfrutá-la.

O fato de as mulheres estarem em situação econômica e financeira pior, as deixa mais vulneráveis as DSTs, e para isto é preciso adotar medidas que visem prevenir, diminuir e dá acessibilidade de tratamento para esse tipo de doença. Segundo Villela e Pinto (2009, p.160);

- Os serviços de saúde reprodutiva devem estar prontos para oferecer prevenção, diagnóstico e tratamento para as DST e para as demais infecções do trato genital, se possível em nível da atenção primária à saúde;
- Informação, educação e aconselhamento para um comportamento sexual responsável e prevenção das DST devem fazer parte de todo serviço de saúde sexual e reprodutiva; e
- Meios eficazes de prevenção (condoms) devem ser amplamente promovidos e distribuídos.

Na visão dos autores citados, algumas questões precisam ser levantadas, algumas em especial: as causas e consequências do acometimento dessas doenças; as formas de prevenção; a garantia de que elas serão atendidas com os devidos cuidados nos postos de saúde; e o que o SUS prevê para elas nessas condições.

Para os autores, existe uma característica fundamental no entendimento das doenças que acometem homens e mulheres, porque, historicamente, e por questões que envolvem os papéis de gênero e o machismo, acabam distanciando os homens dos cuidados específicos para a sua saúde. Logo, os dados relativos a doenças dessa tipologia contemplam mais as mulheres, pois essas têm o hábito de cuidar da sua saúde.

Conforme Villela e Pinto (2009), as causas que levam as mulheres a adquirirem essas doenças, também estão ligadas a questões culturais e de práticas sociais fundamentadas na anulação do desejo sexual feminino, em detrimento do homem, pois boa parte das mulheres não é instruída de práticas sexuais por parte de suas famílias; além de serem pressionadas pelos parceiros ao não uso da camisinha ou de métodos, como uma garantia de prazer ao parceiro e/ou a necessidade de estipular a posse do corpo, tendo em vista que o homem, desconhecendo uma DST silenciosa, repassa a companheira; como também, das doenças que se disseminam pela facilidade biológica das mulheres na contração destes males, como o uso compartilhado de roupas, banheiros e utensílios individuais.

Em conformidade com o pensamento de autores como Villela e Pinto (2009) e Carrara (1996), as consequências das mulheres que convivem com essas doenças específicas do exercício da sexualidade são temerosas, tendo em vista que as barreiras são diversas: a acusação do parceiro sexual, que na maioria das vezes se recusa a assumir que contaminou a mulher; o desprezo familiar, pois, baseados em questões morais e religiosas, acreditam que as doenças sexualmente transmissíveis vem como uma forma de punição à mulher pelo prazer sexual; a falta de estrutura econômica e psicológica para amparar a mulher diante desse problemas; e a carência das instituições de saúde que deveriam garantir as condições de tratamento.

Com isso seguindo a linha de pensamento de Villela e Pinto (2006), acredita-se que quanto à prevenção, entende-se que, para as doenças sexualmente transmissíveis se faz necessária a utilização correta dos métodos contraceptivos, como a camisinha, em todos os tipos de relações sexuais. Algumas medidas são necessárias, como não compartilhar agulhas e seringas, certificar-se acerca do material de manicure, etc.

Outra forma de prevenção para mulheres, segundo os autores mencionados no parágrafo anterior, é a realização dos exames de prevenção, conhecidos como Papanicolau; e estímulos à vacinação contra o vírus do HPV, que já faz parte do calendário anual de vacinação, prevenindo doenças futuras com o câncer de colo do útero. Garantida pelo SUS, a vacina tem sido destinada, a meninas de 09 a 13 anos, dividida em duas doses, com intervalo de 6 meses, já para as mulheres que convivem com o HIV, são três doses.

A partir do diagnóstico da doença, o médico indicará tratamento específico para o tipo de DST contraída, e a paciente deverá seguir à risca algumas recomendações. Algumas das doenças sexualmente transmissíveis mais comuns, conforme Praça (2013, p.190);

AIDS (Vírus)
Cancro mole (Conhecida como cavalo bacteriano)
Clamídia e Gonorreia (bactérias)
Condiloma acuminado (HPV-Viral)
Doença inflamatória pélvica (bactérias)
Donovanose (bactérias)
Herpes – Herpes genital (Vírus)
Infecção pelo T – Linfotrófico humano (Vírus)
Sífilis (bactéria)
Tricomaniase (protozoário)
Hepatite B

Na visão da autora, lidar com o diagnóstico da doença é apenas uma das dificuldades das mulheres quando se trata do assunto. Esse diagnóstico consiste como um segredo, pois a moral das mulheres sempre é colocada em discussão quando surgem casos como esse. Além dos fatores já citados, como o desprezo familiar e a falta de estrutura financeira e psicológica, a mulher precisa lidar com o julgamento do machismo dentro das instituições que deveriam ser sua salvaguarda, como as unidades de saúde.

Para a autora, muitos profissionais, homens e mulheres, conduzidos pelas práticas machistas sociais acabam reproduzindo o jugo social dentro do ambiente de trabalho, passando, então, a julgar as mulheres pela ligação de sua condição de saúde ao exercício de sua sexualidade. Portanto, os espaços de saúde tornam-se microcosmos das relações em sociedade.

Conforme a Lei nº 8080 de 1990 (Brasil, 1990) a política atual de saúde da mulher, estipulada pela Lei prevê diversas medidas:

- Atendimento à todas as mulheres, em todos os ciclos de vida, das mais diversas faixas etárias e na perspectiva de seus grupos oriundos (urbano, rural, orientação, presidiárias);
- Deve ser executada na perspectiva de gênero;
- Deve atender a todas as demandas;
- Deve garantir proteger, promover e dá assistência à mulher;
- Deve ser democrático com todas as mulheres;

- Deve basear-se na perspectiva da humanização, tendo o quadro de profissionais o entendimento das questões de gênero que acometem as mulheres;
- Deve levar em conta as particularidades de cada região

Ou seja, mediante a lei analisada, é imprescindível que a política que pensa a saúde da mulher, contemple-a diante dessa realidade, a do contexto social, no qual a mulher ainda é, cotidianamente, julgada por suas ações.

Outro item, a Violência doméstica e sexual, além de representar um indicador social da necessidade da saúde da mulher ter perspectivas diferenciadas devidas o recorte de gênero, revela que existe uma demanda a ser resolvida nos centros de saúde, pois muitas vezes, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2004 p.38).

Dentre as mulheres agredidas, foram relatados problemas de saúde: dores ou desconforto severo, problemas de concentração e tontura. Nesse grupo também foi mais comum a tentativa de suicídio e maior frequência do uso do álcool.

Além desses, é possível exercer um diagnóstico ao avaliar a Saúde das mulheres adolescentes, da Mulher no Climatério / Menopausa, Mental e de Gênero, Doenças Crônico-Degenerativas e Câncer Ginecológico, como os vieses de Saúde das mulheres lésbicas, negras, indígenas, residentes e trabalhadoras na Área Rural e em situação de prisão.

2.2.1 PROGRAMA SAÚDE DA MULHER NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Criada na década de 90, mais precisamente em 1994, esse programa, cujos princípios norteadores são os mesmos do SUS, objetiva por uma reorganização da prática da saúde, levando em consideração novos modelos de família que não mais aqueles concebidos como tradicionais. Conforme Baumguertner e Cruz (2013, p.170);

Com o objetivo de substituir ou converter o modelo tradicional de assistência à saúde, historicamente caracterizado como atendimento de demanda espontânea, eminentemente curativo, um hospital egocêntrico, de alto custo e sem instituir vínculos de cooperação e co-responsabilidade.

Para que o programa funcione ele necessita da intervenção de uma equipe multidisciplinar, que fornece assistência contínua às comunidades, detectando problemas e procurando oferecer desde à prevenção à recuperação da saúde.

Seguindo uma ação dinâmica, que não fomentasse a segregação entre classes, enfatizando o objetivo que seria o atendimento especializado ao público, promovendo uma unificação e resolução dos problemas apresentados pela comunidade que esteja sendo atendida. Para Baumguertner e Cruz (2013, p.169);

Essa estratégia propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para sua relação com a comunidade, assumindo compromisso de prestar assistência universal, integral, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população na unidade de saúde e no domicílio, de acordo com as suas necessidades reais e identificando os fatores de risco aos quais estão expostos.

Assim, a adoção de novas estratégias afeta muito mais as mulheres, primeiro, porque são as maiores usuárias do sistema de saúde pública e depois porque um novo conceito de se ver família, afeta diretamente num novo recorte de gênero.

A mulher, assumindo um novo posto familiar, que rompia com os velhos padrões vigentes, confrontando o patriarcalismo, não deixando o seio familiar, mas assumindo o posto de liderança, antes assumida pelo o homem, passa a ter um destaque maior em diversos campos sociais, entre eles, o da saúde. Assim, Baumguertner e Cruz (2013, p.170) acreditam que;

Os profissionais de saúde do ESF devem conhecer as famílias do território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de riscos existentes na comunidade, planejarem um plano e uma programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica.

Sobre isso, as autoras alertam que o programa Saúde da Mulher sofre diariamente com entraves, pois de acordo com Baumguertner e Cruz (2013), “os

problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades do trabalho doméstico, pois saúde envolve diversos aspectos da vida [...]”.

Logo, a finalidade do programa é oportunizar às mulheres, meios educativos e preventivos que possam oportunizar uma humanização e uma melhor qualidade de vida, fazendo com que a própria mulher se veja como sujeito merecedor do cuidado consigo mesma e da prevenção para manutenção da sua vida.

De acordo com Gerck (2013), a saúde da mulher é de grande importância sendo prioridade dos programas de saúde. Esse direito foi adquirido como resultado das lutas de mulheres pelo seu reconhecimento como ser humano que necessitam de cuidados próprios para si, exigindo do governo políticas que atendessem as suas necessidades e a participação das mesmas em ações destinadas a saúde. Mamede et al (2013, p.97) afirma que:

As políticas públicas de atenção à saúde da mulher no Brasil, até o surgimento do programa de assistência integral à saúde da mulher (PAISM), traduziram-se na preocupação com o grupo materno-infantil, sendo que o traço central estava em intervir sobre os corpos das mulheres mães, de maneira a assegurar que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades da reprodução social.

Na visão do autor, as primeiras políticas de atenção à mulher foram pensadas como formas de controlar a reprodução delas e não de lhes garantir saúde, tendo em vista que o Estado sempre exerceu uma relação de poder sobre o corpo feminino.

Pensando nisso, a Estratégia Saúde da Família preconiza o planejamento familiar, como um direito que toda mulher tem de decidir sobre sua prole. Para tal, são recomendados alguns métodos contraceptivos, tais como apresentam Baumguertner e Cruz (2013, p.172):

Métodos comportamentais (Billings, Tabela, Temperatura e Sintotérmico); métodos de barreira (Camisinha feminina e masculina, Diafragma e Espermaticida); dispositivo intra-uterino (DIU); anticoncepcionais hormonais orais (pílulas) e injetáveis; métodos cirúrgicos (laqueadura e vasectomia).

Reforça que o objetivo da política de saúde da mulher é apresentar e desenvolver ações, programas e projetos que se destinem a prevenção e cuidado

com a saúde das mulheres, mas também que sejam destinados os meios para que estas ações sejam desenvolvidas para aqueles que além de preocuparem-se e cuidarem de si próprias, cuidam dos outros também. Segundo Gerk et al (2013, p.110)

A assistência à saúde da mulher brasileira tem sido uma das prioridades dos programas de saúde do país. A preocupação com essa parcela da população teve seu impulso, principalmente, a partir da mobilização das próprias mulheres, por meio dos movimentos feministas, que passaram a reivindicar uma democratização das decisões governamentais, com ampliação das discussões e participação mais ativa nos processos decisórios pertinentes à saúde.

Na visão do autor, impulsionadas pelo movimento feminista, as mulheres passaram a reivindicar seus direitos, a exigir o direito à saúde para que pudessem planejar sua própria vida. Estudos comprovam que a mulher tem apresentado maior longevidade comparada a vida dos homens. Fernandes e Narchi (2007) alertam que esse fenômeno é mundial, o que não seria diferente da realidade brasileira. Muitos fatores contribuem para isso: o fato de optarem por cuidados médicos mais do que os homens, a violência urbana que assola muito mais aos homens do que às mulheres, dentre outros fatores como a guerra, por exemplo.

Outra medida desenvolvida pela estratégia é a Prevenção do Câncer de Colo de Útero, uma das doenças que mais mata mulheres e o terceiro tipo de câncer mais comum. Assim, além de incentivar a adoção de hábitos saudáveis, é preciso oportunizar o acesso fácil ao Papanicolau, exame de baixo custo e que demanda de pouca estrutura, que pode detectar casos do tipo em questão.

Quanto a Prevenção do Câncer de Mama, o tipo mais frequente entre as mulheres, é preciso popularizar o acesso as mamografias e ao autoexame. Assim, conforme Baumguertner e Cruz (2013, p.175)

a Unidade Básica de Saúde deve estar organizada para receber e realizar o exame clínico das mamas das mulheres, solicitar exames mamográficos nas mulheres com situação de risco, receber resultados e encaminhar aquelas cujo resultado mamográfico ou cujo exame clínico indiquem necessidade de maior investigação.

Outra medida de extrema importância é a Assistência Pré-natal e Puerpério, que precisa ser humanizada e de qualidade, viabilizando ações para prevenir e promover a saúde, além de oferecer diagnóstico e tratamento. Segundo Baumguertner e Cruz (2013, p.176);

Os serviços e os profissionais de saúde devem acolher a mulher e o recém-nascido com dignidade, dando a eles todos os seus direitos. O acolhimento, aspecto essencial da política de humanização, implica a recepção da mulher, desde sua chegada na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário.

Isso implica em vê a maternidade como um processo que requer uma atenção maior por parte dos profissionais de saúde, tendo em vista ser um momento decisivo para a vida e para a saúde da mulher.

Com isso, durante esse capítulo, podemos perceber com o panorama histórico, as mudanças ocorridas no quadro de saúde do país suas implicações conceituais e transformações foram elencadas, dando ênfase ao público feminino, apontando assim as dificuldades e conquistas desse meio até o seu atual estado de atuação.

Assim, para o desenvolvimento da pesquisa, foram utilizados alguns tipos de pesquisas com os sujeitos que frequentam o posto de saúde Dr. Manoel Ayres Neto. Os dados e o trabalho realizado no local estão devidamente descritos no capítulo seguinte.

3 METODOLOGIA

Refletindo sobre a necessidade da prevenção em relação às doenças sexualmente transmissíveis durante as relações sexuais, principalmente em mulheres. Essa preocupação com a prevenção nada mais é do que uma forma de expressar o amor ao seu parceiro e à sua própria vida antes de qualquer coisa. Isso evita que o sexo se torne, ao invés de algo prazeroso, fonte de preocupação e de sérios riscos para a saúde dos envolvidos.

Com isso, nesse tópico, é apresentado como a pesquisa fora realizado, com o corpus, os instrumentos para coleta de dados, o ambiente e todo o processo metodológico para que os estudos fossem subsidiados. A pesquisa também está sendo feita através da busca de informações de livros, revistas e artigos que trabalham o conteúdo consistente sobre o assunto que está sendo abordado.

Os métodos utilizados na pesquisa são os instrumentos utilizados para se fazer determinadas afirmações sobre as hipóteses que se levantam em um trabalho científico. Para Cervo e Bervian (2000), o método serve para levantar problemas, hipóteses, desenvolver observações, gravar dados para atender questões, desenrolar explicações, analisar conclusões e prever determinadas situações.

Na visão do autor, a caracterização das pesquisas é necessária para dá autenticidade e para testar as hipóteses levantadas pelo trabalho, tendo em vista que todo estudo se faz por meio de critérios.

A presente pesquisa trata-se de um relato de experiência realizado com um enfermeiro e um paciente do sexo feminino do Centro de Saúde Dr. Manoel Ayres Neto, no bairro Santa Maria da Codipi em Teresina – PI. Assim, o estudo engloba mulheres em idade fértil. A proposta do trabalho com o gênero feminino partiu da necessidade de buscar educação em saúde e prevenção no âmbito de motivar e fortalecer os ensinamentos nas diversas áreas do cuidado com a saúde.

3.1 ETAPAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO

Assim, a escolha pelo critério de pesquisa, ou seja, de como pesquisar para atender aos objetivos do trabalho é o elemento mais importante, pois ele configura a totalidade da pesquisa. Segundo Gil (2002) a escolha do procedimento é o mais importante, e a sua configuração pode se dá por duas formas principais, as fontes documentais (textuais) e aquelas fornecidas pelas pessoas.

Na visão do autor, existem duas formas de tracejar um trabalho: por meio de papel, por procedimento bibliográfico, e por meio das pessoas, a pesquisa de campo; ainda há a intersecção, ou seja, aqueles trabalhos que mesclam os dois procedimentos.

Para o desenvolvimento do estudo foi utilizado a pesquisa bibliográfica, que segundo Gil (2002, p.61) esse tipo de pesquisa é “desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos [...]” ou seja, conforme o pensamento do autor, esse tipo de pesquisa requer um manejo e um conhecimento básico do pesquisador pois exige que ele selecione um material adequado, além de ter em mente que as sessões que compõem um trabalho bibliográfico precisam ser bem planejadas, responder à problemática, atender aos objetivos, fundamentar-se em textos coerentes com a discussão, além de sugerir respostas para o problema proposto.

Também foi utilizada a pesquisa qualitativa que, segundo Oliveira (2011), a pesquisa pode se classificar de diversas maneiras, que atendem à necessidade estipulada pelos objetivos propostos. Assim, a presente pesquisa se baseia em três categorias.

Na visão do autor, a primeira delas, a pesquisa qualitativa, busca compreender as origens e conseqüências da problemática da pesquisa. A segunda se configura como metodologia de pesquisa quantitativa, que diferente da pesquisa qualitativa, este método busca por resultados que possam ser quantificados, pelo meio da coleta de dados sem instrumentos formais e estruturados de uma maneira mais organizada e intuitiva. E por fim, a pesquisa exploratória, que busca constatar algo em um organismo ou em determinado fenômeno de maneira a se familiar com o fenômeno investigado de modo que o próximo passo da pesquisa possa ser mais bem compreendido e com maior precisão.

Para Gil (2002) esse viés possibilita uma maior análise do problema, pois coloca o pesquisador junto ao fenômeno, como se configura na presente pesquisa que para responder ao tema proposto praticou estudo de caso, colocando o pesquisador mediante ao problema.

Quanto à escolha do objeto de estudo, também no presente trabalho o estudo de campo. Nas palavras de Gil (2002, p.53).

Já o estudo de campo procura muito mais o aprofundamento das questões propostas do que a distribuição das características da população segundo determinadas variáveis. Como consequência, o planejamento do estudo de campo apresenta muito maior flexibilidade, podendo ocorrer mesmo que seus objetivos sejam reformulados ao longo da pesquisa.

Na visão do autor, esse tipo de pesquisa preocupa-se muito mais em analisar o fato do que em quantificá-lo, por isso oportuniza uma problematização grande do conteúdo ao qual coloca em foco, por trabalhar mais intimamente com o objeto de estudo e se subsidiar em teias teóricas.

3.2 TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

No presente trabalho, para a pesquisa de campo como instrumento de coleta de dados foi utilizado um questionário pré-elaborado (segue em apêndice), compostas por cinco questões, formuladas com perguntas subjetivas direcionadas a dar respostas à temática em foco. Para Barbosa (2008, p.1) o questionário é um;

Dos procedimentos mais utilizados para obter informações. É uma técnica de custo razoável, apresenta as mesmas questões para todas as pessoas, garante o anonimato e pode conter questões para atender a finalidades específicas de uma pesquisa. Aplicada criteriosamente, esta técnica apresenta elevada confiabilidade. Podem ser desenvolvidos para medir atitudes, opiniões, comportamento, circunstâncias da vida do cidadão, e outras questões. Quanto à aplicação, os questionários fazem uso de materiais simples como lápis, papel, formulários, etc. Podem ser aplicados individualmente ou em grupos, por telefone, ou mesmo pelo correio. Pode incluir questões abertas, fechadas, de múltipla escolha, de resposta numérica, ou do tipo sim ou não.

Conforme o autor, esse instrumento consiste num dos mais relevantes, pois se constitui de baixo custo e alta eficácia. Assim, outra técnica utilizada para coletar

dados a serem utilizados em pesquisas é a entrevista, cujo Cervo e Bervian (2000) definem como uma conversa que só pode ser efetivada mediante um outrem, caracterizado como entrevistado, seguindo um método com a finalidade de requerer informações acerca de um tema.

Já para Gil (2002) essa técnica, muito utilizada no ramo das ciências sociais, tem por intuito obter informações de pessoas que podem dá razoabilidade a determinadas questões, sendo extremamente adequada na coleta de dados quando se quer interpretar as razões para um fenômeno.

Logo, para realização do questionário, é imprescindível por lógica que haja uma entrevista prévia, tendo em vista que tal instrumento só poderá ser respondido por alguém que será arguido. No caso do presente trabalho, os entrevistados serão divididos em dois tipos representativos: enfermeiro, e paciente acometido por DSTs.

Observar consiste em olhar de forma analítica um determinado evento, a fim de ele depreender um resultado ou hipótese. Para Cervo e Bervian (2000, p.27) “observar é aplicar atentamente os sentidos físicos a um amplo objeto, para de ele adquirir um conhecimento claro e preciso”.

Assim, conforme o pensamento do autor, ela se torna imprescindível porque sem ela o estudo seria apenas uma suposição. Nesse sentido, Marconi e Lakatos (1996, p.79) ressaltam que ela ajuda a “[...] identificar e obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento”.

Conforme o pensamento dos autores, a observação possibilita ao pesquisador uma análise mais apurada do fenômeno porque ele está distante do fato, assim, pode analisar com “neutralidade” o caso.

3.3 LOCAL DA PESQUISA

A presente pesquisa foi desenvolvida no centro de saúde Dr. Manoel Ayres Neto. Assim, o referido centro de saúde fica localizado no bairro Santa Maria da Codipi, mais precisamente na Avenida Sérgio Mota S/N, fundado em 17 de agosto de 1999.

A estrutura do posto distribui-se dessa forma: três consultórios, sala de reunião para pacientes e equipe multiprofissional, sala de vacina, farmácia, dois banheiros, sala de curativo e cozinha.

3.4 SUJEITOS DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada com base nos relatos de experiências com um enfermeiro e um paciente do sexo feminino do centro de saúde. Foram feitas cinco perguntas com base no objeto de estudo que teve uma duração em torno de uma hora e cinquenta minutos, abordando os dados pessoais do sujeito, a sua formação e o tempo de trabalho no local, e as atividades realizadas no centro.

A proposta do trabalho com o gênero feminino partiu da necessidade de buscar educação em saúde e prevenção no âmbito de motivar e fortalecer os ensinamentos nas diversas áreas do cuidado com a saúde. Consistindo em duas facetas representativas: o do profissional da saúde (enfermeiro) e a paciente acometida por DST.

A opção por realizar a pesquisa com essa dualidade de sujeitos foi pautada na premissa de que o enfermeiro da área da saúde e o paciente dos serviços, precisam estabelecer uma relação dialógica com base na escuta, no respeito e na valorização das experiências, das histórias de vida e da visão de mundo de cada um e de que a educação em saúde é um processo capaz de desenvolver a reflexão e a consciência crítica das pessoas sobre as causas de seus problemas de saúde.

Também a preocupação com a saúde feminina, partindo das pesquisas alarmantes sobre os altos números de casos de DSTs em mulheres, viabilizando assim, um aprofundamento das causas e consequências dessas enfermidades.

Com isso, a importância de gerar informação é essencial no aperfeiçoamento dos índices que refletem na saúde da população. Por essa razão, é de extrema relevância que equipes de saúde e colaboradores, como voluntários e a própria população assistida sejam interligados em grupos de discussão e debates sobre as DSTs.

No próximo capítulo, será exposto as análises englobando os questionamentos e respostas que ressaltam os objetivos e perguntas da presente pesquisa. Com isso, os dados obtidos viabilizaram as discussões a cerca de um dos principais problemas da atualidade, que afetam diretamente o ser humano, principalmente as mulheres.

4. SAÚDE DA MULHER E DSTs: A REPRESENTAÇÃO DA SAÚDE FEMININA NO CENTRO DE SAÚDE DR. MANOEL AYRES NETO

O cuidado com a saúde busca apreender as necessidades mais atenuantes do ser humano, enfatizando a articulação entre atividades preventivas e assistenciais. As dimensões biológicas permitem construir uma linha de cuidados à saúde da mulher, no contexto em que a grande demanda, a falta de infraestrutura e a escassez de recursos constituem uma realidade a ser enfrentada e superada na perspectiva da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A mulher, como ser social, percorreu uma trajetória de dificuldades decorrentes, principalmente, das condições precárias de vida e de trabalho, discriminação e violência. Da submissão ao patriarcalismo até a liderança de suas próprias escolhas, a mulher travou uma longa batalha. A situação hoje mudou, entretanto, como a mulher conseguiu atuar nos papéis de trabalhadora, mãe, dona de casa e chefe de família, ela esqueceu de se cuidar, aumentando o índice de doenças em sua vida produtiva.

Com isso, segundo o Ministério da Saúde, as doenças do aparelho circulatório correspondem a 36,7% das mortes femininas, seguidas pelas neoplasias 17,6% e doenças do aparelho respiratório 12,6%. Dentre as dez primeiras causas de morte encontradas, podemos citar AIDS, câncer de mama e câncer do colo do útero. Em relação às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), além de provocar danos graves à saúde das mulheres, são consideradas o principal facilitador da transmissão sexual do vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Sabe-se que, segundo Silva&Xavier (2012), entre as mulheres afetadas, a relação heterossexual, consensual, sem proteção e principalmente envolvendo afeto tem sido a maneira mais frequente de transmissão. Para compreender isso, é necessário recorrer ao conceito de vulnerabilidade, que utiliza fatores de diferentes naturezas – individual social e político – para explicar o que tem facilitado a

exposição de mulheres ao HIV. A dependência financeira e emocional em relação ao parceiro, por exemplo, pode representar constrangimento concreto para que as mulheres passem a negociar o uso de camisinha nas relações sexuais com os parceiros, principalmente aqueles que são os provedores. Ressalta-se, ainda, que a prevenção e o controle das DSTs são fundamentais para a promoção da saúde reprodutiva, principalmente entre as mulheres.

Com isso, a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) também explana esses princípios e serve de modelo para tais medidas, que subsidia acessibilidade resolutiva construída a partir das especificidades do ciclo vital feminino, dentro do contexto em que elas são geradas. Devendo ser executada principalmente nas Unidades de Saúde da Família, onde o primeiro contato torna-se crucial para o desenvolvimento do vínculo e empatia, desencadeando na usuária do serviço a responsabilização pelo cuidado de sua saúde.

Procurando analisar como se configura a política de saúde para a prevenção da saúde da mulher no Centro de Saúde Dr. Manoel Ayres Neto e como se entende a saúde, a prevenção e a configuração da saúde feminina nessa unidade, o estudo se debruçou nas análises por meio do questionário aplicado no local supracitado, visando à atenção direcionada a saúde feminina bem como a compreensão do sujeito feminino no dado espaço social.

Quando questionados sobre como são realizadas as ações no posto de saúde Dr. Manoel Ayres Neto, pela equipe de multiprofissionais da saúde da mulher, o enfermeiro respondeu que “A estratégia de saúde da família atua principalmente de forma preventiva dos agravos a saúde da mulher”. A prevenção citada pelo enfermeiro fora:

De forma primária, que é quando a doença ainda não se instala e é feita através de palestras, aconselhamentos e vacinas (HPV, Hepatite B), de forma secundária, que funciona através de diagnóstico precoce com rastreamento, como é o caso, por exemplo, da citopatologia de colo uterino, onde se detecta precocemente lesões percussoras do câncer de colo de útero, onde tem a causa principal, o papiloma através da relação sexual e por fim a terciária, que se trata do tratamento das doenças já instaladas, como por exemplo, a prescrição de um medicamento pra o tratamento de uma doença sexualmente transmissível.

As mulheres geralmente são as mais suscetíveis a adquirirem tais doenças, as quais muitas vezes, segundo Molyneux (1984), são de difícil detecção e não

apresentam nenhum sintoma tornando-as sujeitas a complicações tardias como a disfunção sexual, infertilidade, abortamentos espontâneos, má formação congênita, partos prematuros e também ao óbito, caso não haja tratamento adequado.

A prevenção, para Molyneux (1984), é a estratégia básica para o controle da transmissão das DSTs. O uso de preservativos e a adoção de medidas e atividades educativas por meio da constante informação são fatores que contribuem para a redução das taxas crescentes destas doenças, reduzindo assim, o ônus para o sistema de saúde e as complicações relacionadas a qualidade de vida da população jovem.

Assim, o descontentamento de quem utiliza as redes de saúde pública no Brasil, tem se tornado cada vez mais nítido no rosto de cada brasileiro. Mesmo tentando estabelecer uma ligação complementar, basta irmos a qualquer unidade básica de saúde, que logo perceberemos as dificuldades que as pessoas enfrentam durante uma consulta, é horas na fila de espera, algumas não resistem e acabam passando mal, outras de tanto esperar, preferem ir embora para suas casas sem receber nenhum tipo de atendimento.

As diretrizes para diagnóstico e tratamento precoces, incluindo a avaliação das parceiras sexuais, são pouco conhecidas ou implementadas pelo sistema de saúde. Não existe disponibilidade contínua de medicamentos padronizados para portadores de DST, bem como de preservativos.

Pouco se valoriza a prevenção especificamente dirigida ao controle das DST (educação em saúde, disseminação da informação para reconhecimento de sinais e sintomas, busca precoce por assistência, convocação de parceiros, campanha em mídia, etc.). Segundo Molyneux (1984), Há ênfase no diagnóstico etiológico, pouco se conhece o manejo sintomático e os profissionais capacitados são insuficientes.

De acordo com Silva&Xavier (2012), as assistências as DSTs devem ser realizadas de forma integrada pelo Programa de Saúde da Família, Unidade Básicas de Saúde (UBS) e serviços de referência regionalizados. O primeiro, pelas suas características, pode facilitar o acesso ao cuidado e a busca de parceiros sexuais, enquanto as UBS e os últimos devem exercer um papel fundamental no tratamento adequado e seguimento clínico. Deve haver participação e controle de ações pelas organizações da sociedade civil no acesso aos serviços, no cumprimento da atuação para aquisição de medicamentos, na disponibilização de insumos laboratoriais, na disponibilidade de preservativos e outros insumos.

Segundo as autoras, o atendimento imediato de uma DST não é apenas uma ação curativa; é também uma ação preventiva da transmissão e do surgimento de outras complicações. Deve ser aproveitadas para realização de ações de educação em saúde individual e coletiva, através de vídeos educativos, dinâmicas de grupo, abordagens de questões de cidadania, entre outras.

Para Silva&Xavier (2012), uma única consulta deve prover diagnóstico, tratamento e aconselhamento, além do acesso aos insumos de prevenção. Deve-se realizar também a triagem sorológica para sífilis, HIV, além de hepatite B e C, e durante o exame físico devem ser feitas as coletas das secreções e material de lesões, incluindo para o sexo feminino a colpocitologia oncológica.

Assim, a história dos cuidados com saúde do brasileiro passa, necessariamente, pela filantropia. Mais ainda pelo cunho filantrópico religioso, a caridade. As pessoas eram atendidas pelas instituições e médicos filantropos. Paralelamente a isso, o Estado fazia algumas ações de saúde diante de epidemias, como ações de vacinação e/ou de saneamento básico. Assim ocorreu no final do século XIX e início do XX com o saneamento do Rio de Janeiro e a grande campanha de vacinação contra varíola.

O Estado cuidava também da intervenção em algumas doenças negligenciadas como a doença mental, a hanseníase, a tuberculose e outras. Só mais tarde começa o atendimento às emergências e às internações gerais. A partir de 1923, com a Lei Elói Chaves, a saúde dos trabalhadores atrelada à previdência passa a ser componente de um sistema para os trabalhadores. De início, as caixas de pensão, depois, os institutos e, finalmente, o grande instituto congregador de todos: o INPS (Instituto Nacional da Previdência Nacional).

Visando a prevenção da saúde feminina, questionou-se sobre as ações de prevenção as DSTs, que podem favorecer a mulher, o enfermeiro afirmou que:

Fornecendo sentido de diminuir a exposição às várias doenças transmitidas durante a relação sexual, inclusive o HIV, pois através da prevenção que se dá por meio da constante informação que priorize a percepção de risco, as mudanças de comportamento sexual e a promoção de medidas preventivas, as pacientes diminuíram sua exposição e essas doenças, melhorando sua qualidade de vida.

Com isso, pode-se observar também que o Sistema Único de Saúde busca efetivar a rede de atenção básica e integral ao cidadão, tendo como base o acesso

universal e igualitário às ações e aos serviços que visam não só promover como também proteger e recuperar a saúde.

Essa visão humanizadora está na contramão de muitos países ditos desenvolvidos, como os Estados Unidos, por exemplo, onde a saúde é de caráter privado e comercial, tendo os agentes de saúde compromisso com o mercado e o capital em detrimento da promoção do bem-estar das pessoas.

Há necessidade de conversar sobre aspectos da intimidade do indivíduo, como suas práticas sexuais, fidelidade própria e dos parceiros, violência e coerção sexual. Deve-se procurar entender as ideias do indivíduo a respeito de riscos, doenças e saúde. O paciente deverá ser visto como um todo, incluindo sentimentos, crenças, valores, determinantes das práticas de risco a atitudes (adesão) diante ao tratamento prescrito. Preconceito, juízos de valor e imposição de condutas deverão ser evitados, e o diálogo franco deve ser garantido. Caso contrário, pode ocorrer omissão de informações necessárias para avaliar a real gravidade da doença ou, por outro lado, superdimensionamento.

Segundo Rodrigues (2011), o uso de preservativo, masculinos e femininos, por pessoas sexualmente ativas é o método mais eficaz para a redução do risco de transmissão do HIV e outras DSTs. É o único método que oferece dupla proteção, ou seja, é eficaz tanto para a redução do risco de transmissão do HIV (dentre outras DSTs) quanto para contracepção.

A eficácia e segurança do preservativo dependem de seu uso correto e consistente em todas as relações sexuais e da técnica de uso e conservação. O uso regular aperfeiçoa a técnica de utilização, reduzindo a frequência de ruptura e escape, aumentando sua eficácia. Devem ser promovidos e disponibilizados como parte da rotina de atendimento.

Qualquer que seja o método usado na comunicação, essa deve ser baseada nos princípios de confidencialidade, ausência de coerção, proteção contra discriminação e legalidade da ação.

Segundo Rodrigues (2011), na Atenção Básica, além das atividades de educação em saúde voltada para a prevenção de DSTs, o manejo dos portadores dessas doenças e parceiros é realizado utilizando-se a abordagem sindrômica, que se baseia na identificação de sinais e de sintomas verificados no momento da avaliação clínica, por meio do uso de fluxogramas de conduta. Para as DSTs sintomáticas mais comuns, este é o método mais rápido empregado para identificar

um agravamento, e por meio do qual os indivíduos poderão ser tratados no momento da consulta. No entanto, o sucesso da abordagem sindrômica exige monitoração e avaliação constantes dos protocolos, bem como supervisão e treinamento do pessoal envolvido.

Quando questionado sobre as possibilidades de potencialização da prevenção das DSTs junto às mulheres, o enfermeiro do centro de saúde afirmou que:

A meu ver, pode-se potencializar a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, com o manejo adequado de casos de DSTs, através de uma triagem adequada de casos, tempo de espera para o tratamento mínimo de consulta com qualidade.

Os agentes de saúde, a médica, a enfermeira, a auxiliar e a dentista participam da abordagem às DSTs. Os agentes participam de ações educativas. Para Rodrigues (2011), eles estudam, marcam no dia de planejamento. O assunto do mês é dividido para quem vai fazer sala de espera, escolhem o assunto e discutem.

Muitos desafios precisam ser vencidos na área da saúde, como a educação permanente dos trabalhadores e o fortalecimento da rede de serviços sendo este executado por equipes multidisciplinares que dialoguem entre si, fortalecendo os vínculos sem perder sua especificidade individual. É necessário que cada servidor se perceba como agente protagonista da mudança e prevaleçam às práticas acolhedoras, que a gestão seja vista como responsabilidade de cada um e de todos, como possibilidade de criação e de espaço para lidar com o contraditório fortalecendo a participação popular e a valorização dos saberes locais.

Sabe-se que os jovens estão iniciando suas atividades sexuais cada vez mais cedo, o que resulta em gravidez indesejada e DSTs, entre elas, a AIDS. Por isso, abordar adolescentes quanto às DSTs é cada vez mais necessário na atualidade.

Com isso, os problemas a que nos remete nossa realidade sanitária e as potencialidades do nosso sistema público de saúde aumentam nossa responsabilidade, enquanto gestores e profissionais do setor, frente ao enfrentamento dos determinantes sociais de nossos riscos, e a urgente necessidade de ampliar nossa esperança de vida saudável e evitar mortes prematuras e incapacidades.

A promoção da saúde como campo de ações, nos empurra a uma liderança na defesa da saúde em todas as suas dimensões, através do diálogo abrangente e efetivo com a sociedade, com seus setores produtivos, com suas organizações comunitárias e com seus meios de comunicação para um pacto pela saúde.

Seguindo essa linha de estudo, a evolução tecnológica e científica baseada no conhecimento biomédico deu grandes saltos e contribuiu inegavelmente à atenção e ao controle dos riscos de doenças. O desenvolvimento das vacinas e sua estratégia de utilização populacional é responsável pela erradicação de doenças como a varíola e a poliomielite.

Todo o arsenal terapêutico e de métodos diagnósticos permitiu abordagens precoces e maior efetividade das intervenções. Para Rodrigues (2011), vive-se a expectativa que se abre no campo do conhecimento e instrumental genético para o controle das enfermidades. Todas estas conquistas não apagam o debate que se dá no início do novo milênio sob o imperativo ético do direito a viver com qualidade.

Evidências mostram que a saúde está muito mais relacionada ao modo de viver das pessoas do que à ideia hegemônica da sua determinação genética e biológica. Segundo Rodrigues (2011), o sedentarismo e a alimentação não saudável, o consumo de álcool, tabaco e outras drogas, o frenesi da vida cotidiana, a competitividade, o isolamento do homem nas cidades são condicionantes diretamente relacionados à produção das ditas doenças modernas. Há que se destacar a desesperança que habita o cotidiano das populações mais pobres e que também está relacionada com os riscos dessas enfermidades.

Com isso, a busca pelas equidades nas décadas de 70 e 80 respondidas pelos sujeitos da pesquisa se reflete como “Uma busca de estudos diagnósticos analíticos e propositivos sobre as questões da saúde no Brasil”.

As últimas décadas mostraram avanços em indicadores de saúde. A melhoria do saneamento das cidades, das condições de trabalho e de um maior acesso aos serviços contribuiu para a queda significativa na mortalidade infantil e no aumento da expectativa de vida.

Segundo Molyneux (1984), o Brasil, no início do século passado, a esperança de vida ao nascer era de 35 anos. Atualmente, esta expectativa alcança uma média de 68 anos, com as mulheres atingindo os 72 anos de vida. São homens e mulheres a caminho da longevidade. Porém, restam muitas barreiras a serem transpostas. O Brasil, semelhante a outros países em desenvolvimento, vive a transição

epidemiológica, que marca a diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e o aumento da mortalidade proporcional por doenças crônicas não transmissíveis. Morrem cerca de 255 mil brasileiros, anualmente, de doenças cardiovasculares e os agravos relacionados às causas externas produzem cerca de 120 mil óbitos ao ano e invalidam outros tantos milhares. Convive-se, hoje, com equidades de endemias como a dengue, nos centros urbanos, com as dificuldades para controlar outras como a tuberculose e malária e para erradicar a hanseníase.

Assim, para segundo Molyneux (1984), a política de saúde construída no Brasil, a partir do esforço da sociedade em seu processo de redemocratização e que culminou com a Constituição de 1988, tem em seu arcabouço elementos para o desenvolvimento de ações e estratégias de promoção da saúde. Os princípios de universalidade, integralidade e equidade e as diretrizes de descentralização e organização hierarquizada podem ser potencializados a partir do olhar e de ações de promoção da saúde, contribuindo para a qualificação do Sistema Único de Saúde e a partir deste para a construção de uma ampla aliança nacional tendo como centro a qualidade de vida.

Na atenção à saúde das mulheres, compreendemos a integralidade como a concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. Nesse sentido, o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas, valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento das mulheres.

Contudo, segundo Molyneux (1984), as investigações científicas com profissionais do campo da saúde da mulher vêm identificando obstáculos para a construção da integralidade do cuidado. As equipes multiprofissionais, cuja formação se dá sob sujeição ideológica a referenciais de saber e poder, desenvolvem, sobretudo, ações de caráter biológicas dirigidas à saúde sexual e reprodutiva, mantendo-se na obscuridade outros problemas vivenciados, o que reproduz desigualdades sociais diante da implementação das políticas públicas de saúde.

Quando questionado sobre como é feito o tratamento das mulheres com DSTs, o enfermeiro do centro de saúde, afirmou que:

Ao realizarmos os exames, detectando que o paciente está com a doença, pedimos para o paciente começar o tratamento o mais rápido possível esse tratamento é realizado através de medicamentos específicos para esse problema. Até porque, informamos ao usuário que se ele não cuidar e não fazer o tratamento poderá surgir complicações bem mais graves no futuro, podendo afetar sua saúde geral, também sua capacidade reprodutiva. O usuário tem que ser acompanhado por seis meses pela a nossa equipe.

Desse modo, constata-se que algumas equipes atentam para a necessidade de se realizar abordagens dirigidas às DSTs durante consultas com fins variados, um dos quais deve ser o do planejamento familiar. A prestação de serviços de planejamento familiar é um componente importante da assistência à saúde reprodutiva, pois tem o objetivo primordial de evitar a gravidez ou possibilitar o desejo de engravidar, e o objetivo secundário da consulta de planejamento familiar é a verificação e assistência a qualquer sintoma incomum relacionado à saúde reprodutiva.

Nesse sentido, a postura dos profissionais é algo fundamental para a integralidade e em muitas situações só se realizará com incorporações ou redefinições mais radicais da equipe de saúde e de seus processos de trabalho.

Assim, a maneira como as práticas estão socialmente configuradas pode propiciar ou dificultar a realização da integralidade. Integralidade, nesse sentido, representa uma recusa por parte dos que se engajam na formulação de uma política em reduzir o objeto de suas políticas, ou melhor, de reduzir a objetos descontextualizados os sujeitos sobre os quais as políticas incidem.

Embora as relações que se dão na vida privada das mulheres sejam valorizadas pelas profissionais como fator que interfere na busca por atenção à saúde, na relação profissional-usuária, o desrespeito é apontado como característica. Para esse grupo de trabalhadoras da saúde, a organização do serviço estabelece várias formas de desrespeito às pessoas usuárias, evidenciadas, sobretudo, nas dificuldades de acesso e nas relações que se estabelecem entre profissionais e usuárias.

Segundo Molyneux (1984), a limitação ou interdição da liberdade das mulheres constitui também violência de gênero. A forma estereotipada de tratar a mulher segundo atributos de gênero é determinante de uma inculcação cultural de

dependência e subordinação ao homem, responsabilizando-o pela sua proteção. Isso vai conferindo poder sobre o corpo feminino, subjugando as mulheres às vontades dos “homens da casa”, de modo que muitas vão incorporando e somatizando um esquema de submissão ao poder masculino.

A constituição da demanda em saúde surge de interações dos sujeitos, usuárias, profissionais e gestores, na relação com a oferta nos serviços de saúde, em face de um determinado projeto político institucional. A integralidade do cuidado à saúde, por sua vez, requer escuta, acolhimento, ações resolutivas que culminem com a humanização das práticas. Ela permite iluminar as possibilidades de relações porque essas existem no cotidiano dos sujeitos nas instituições, onde diferentes saberes e práticas interagem a todo o tempo, é um termo plural, ético e democrático. Todavia, no modelo hegemônico, muitas vezes, a relação, o diálogo e a escuta são colocados em segundo plano, para dar lugar a um processo de trabalho centrado no formulário, protocolos, procedimentos, como se estes fossem um fim em si mesmos.

Quando questionadas sobre os desafios enfrentados com as DSTs, no sentido preventivo e os tratamentos em que são submetidas, as pacientes foram categóricas em afirmar que: (Fala de um paciente).

O atendimento nem sempre é eficaz, se tornando ruim pela maioria dos profissionais resultando na maioria das vezes em exposição e constrangimentos por falta de um acolhimento humanizado, afastando os pacientes das unidades de saúde. A falta na maioria das vezes, de medicamentos específicos para tratamento das doenças, trazendo muitos transtornos para as nossas vidas. Necessitaríamos de uma farmácia comunitária. A nossa luta é diária, muita gente tem preconceito e fora que estamos correndo muitos riscos. Quando temos filho a situação ainda piora. (Tenho medo que essa DST possa fazer mal para a minha família, por isso busco ajuda.).

Com isso, os sujeitos do estudo revelaram, nos discursos, não participar do planejamento das ações de saúde no serviço em que atuam, cumprindo ordens e se mostrando sensíveis às questões da vida das mulheres, mas com potencial de mobilização e resolução muito limitado. Fazem parte da instituição, mas revelam que o poder pertence a quem decide pelo atendimento, referindo-se particularmente aos médicos. Nos discursos analisados, confirma-se que a perspectiva da integralidade inexistente, sendo o acolhimento uma das dimensões negadas na relação profissional de saúde-usuária.

Nos discursos analisados, além de maus tratos orientados pela opressão de classe, a oferta reduzida de ações resolutivas distancia as mulheres do serviço, impedindo-as de estabelecerem vínculos com as profissionais e de terem garantia de atendimento às suas demandas por cuidado à saúde.

De acordo com o estudo, as profissionais reconhecem a ausência de acolhimento, mas parece não se sentir capazes ou suficientemente organizadas para mudar a realidade, não se mobilizando como equipe para buscar respostas mais resolutivas às necessidades das mulheres no tocante à saúde. Ao mesmo tempo, as desigualdades de gênero são percebidas na vida das mulheres, mas as profissionais as mantêm intocadas, prevalecendo a preocupação com a dimensão técnica da atenção, o que atende parcialmente às demandas das mulheres de modo desvinculado do contexto em que estão inseridas.

Portanto, as mudanças necessárias implicam rever as visões de mundo e as relações profissionais-usuárias, o que inclui a superação dos padrões da competência técnica e da neutralidade científica, associando-se ao cuidar instrumental a sua expressividade, ou seja, o que permite o acolhimento e o afeto.

Tão importante quanto esses aspectos é o correspondente ao quantitativo de trabalhadores da saúde e sua distribuição na rede. A qualidade da atenção passa por qualificação técnica e das relações, mas também pelo redimensionamento da força de trabalho, o que requer gestores comprometidos com a vida de quem cuida e de quem é cuidado.

Sendo assim, para que a produção de um ato de saúde se concretize, deve-se identificar a(o) usuária(o) como sujeito com necessidades que se apresentam em formas corporais de sofrer e/ou de ser escutado, vinculado, inserido em redes comunicativas com o outro. Apesar desse entendimento, é identificado que o conjunto de práticas centrado em procedimentos técnicos na saúde tem caráter reducionista, expressando o modelo médico hegemônico, de modo que o acolhimento surge como a possibilidade viável de promover uma nova modelagem na organização da assistência em saúde. Assim, segundo Molyneux (1984),

As necessidades práticas de gênero são as necessidades que as mulheres identificam em virtude de seus papéis socialmente aceitos pela sociedade. Elas não desafiam as divisões do trabalho por gênero ou a posição subordinada das mulheres na sociedade, ainda que surjam delas. Essas necessidades são uma resposta à necessidade percebida imediata, identificada dentro de um contexto específico. Surgem a partir das condições concretas em que vivem as mulheres. Derivam de sua posição na divisão sexual do trabalho por gênero e de seus interesses práticos pela sobrevivência humana. São de natureza prática e, em geral, estão relacionadas com a inadequação das condições de vida como o abastecimento de água, a atenção de saúde, o emprego, etc.

Para as mulheres, empoderamento significa o auto-reconhecimento da sua situação de subalternidade social e a busca de meios e estratégias para vencê-la, garantindo-lhes autonomia e liberdade de ação tanto no mundo público como no privado. Através do empoderamento seriam satisfeitas as necessidades estratégicas de gênero que, como vimos anteriormente, são aquelas que visam a transformação das condições de subalternização das mulheres aos homens na sociedade.

Pensar nos direitos das mulheres (e neles, o direito à saúde) implica redefinir o que se entende por mulher/vida de mulher, direito e saúde. Acredita-se ainda que isso deva ser feito à luz da perspectiva de gênero para que se possa compreender as necessidades das mulheres e como elas podem servir de mote para a formulação e implementação de políticas públicas que visem a superação da condição de subalternidade feminina. Visto dessa forma, o PAISM constitui um excelente instrumento para a consecução dessa finalidade, se mantida a sua vocação inicial de recolocar a questão da saúde das mulheres determinada antes pelo social que exclusivamente pelo biológico.

Nossa sociedade procura rotular os padrões de comportamento humano ideais, não só com relação a opção sexual (devemos ser heterossexuais), mas também na forma de praticar tal opção: devemos ser monogâmicos e, de preferência, termos relações estáveis e duradouras. Acima de tudo, as práticas sexuais são percebidas como intimamente ligadas à reprodução, portanto, uma relação sexual “normal” e “sadia”, deve se realizar com penetração e via vaginal, entre indivíduos interligados amorosamente.

O estudo revelou que, em alguns casos, as DSTs são abordadas por meio do atendimento curativista, voltado para a doença já instalada. Esse tipo de

prática centra-se na atenção médica, excluindo componentes coletivos e sociais fortemente presentes nas DSTs. Outros relatos, para além do modelo biomédico, apontam para uma prática sanitária alternativa, denominada de Vigilância em Saúde. Nesse caso, os profissionais priorizam o desenvolvimento de ações de prevenção primária (promoção da saúde, prevenção de doenças e assistência à saúde) com a população, pois, dessa forma, os profissionais estariam democratizando o conhecimento acerca do problema das DSTs e as formas de prevenção que podem ser realizadas. Essa forma de abordagem se apresenta como resposta social aos problemas de saúde, norteadas pelo paradigma da produção social da saúde.

Um dos pontos de partida para a conduta do profissional de saúde deve ser a compreensão de que a saúde e sua garantia são direitos do cidadão, independente de suas atitudes, práticas ou gostos. O trabalhador desta área tem a função de praticar a prevenção e o tratamento de doenças, promovendo a saúde de forma ampla para todos os usuários de seu serviço.

Portanto, é necessário rever como tem sido feita a assistência às DSTs, uma vez que, tratar patologias que envolvem o casal não permite uma abordagem que inclua apenas as mulheres no processo de adoecer e de ter saúde. O tratamento isolado de uma pessoa não resolve o problema das DSTs, já que deve incluir o parceiro. Os homens também precisam ser abordados, necessitam de esclarecimentos; precisam ser assistidos, acompanhados e tratados adequadamente nos serviços públicos de saúde.

Para preveni-las da infecção pelo HIV, as condutas no atendimento a sua saúde integral devem abarcar todas estas especificidades, sem julgamentos morais. Também no atendimento e orientação quanto à Saúde Sexual (Ginecológica e de Tratamento de DSTs) e à Saúde Reprodutiva (Contracepção, Gravidez, Parto e Puerpério), devem estar presentes todas estas considerações, além da própria prevenção da AIDS. As ações de saúde devem procurar, ainda, interagir com os conhecimentos da mulher, preservando sua auto-estima e a sócio-estima do grupo ao qual ela pertence.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os objetivos do estudo, os discursos analisados revelaram que as práticas de cuidado dirigidas à saúde da mulher são orientadas pelo modelo biomédico, que nem sempre considera as especificidades femininas, especialmente aquelas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva em seu sentido mais amplo.

A equipe multiprofissional reconhece que desigualdades de classe e de gênero permeiam as práticas cotidianas no serviço e que a organização das práticas não atende ao mínimo requerido no modelo clínico, negando-se inclusive o atendimento no nível da queixa imediata a que tal modelo se propõe na medida em que há assimetria entre oferta e demanda.

Assim, a integralidade inexistente nas práticas profissionais estudadas, o que é reconhecido pelo grupo participante da pesquisa que identifica as fragilidades, mas não mobiliza seu potencial de organização coletiva para a mudança. As necessidades das mulheres originárias de relações sociais, em que se inclui a dimensão de gênero, são identificadas, mas há dificuldades em aprofundar discussões na perspectiva de minimização com participação do serviço.

A preocupação com a organização das práticas em seus aspectos mais técnicos se sobrepôs a reflexões e discussões em que as (os) profissionais reconhecessem o seu papel na promoção de saúde das mulheres de modo efetivo para abrir caminhos ao empoderamento.

Urge o redirecionamento das práticas em saúde da mulher de modo que sejam dadas respostas ágeis e mais resolutivas segundo os princípios da política de atenção integral à saúde da mulher. A escuta, a responsabilização e a criação de vínculos com a inserção da abordagem de gênero oferecem à mulher possibilidades de serem sujeitos e devem fazer parte de um projeto de reorganização das práticas

direcionadas pela integralidade do cuidado. Sendo assim, o desenvolvimento deste estudo aponta a necessidade de ampliá-las nesse campo, vislumbrando projetos para intervenções concretas no campo das práticas em saúde.

O processo grupal de produção do material empírico favoreceu ao grupo participante da pesquisa o fortalecimento de vínculos entre si que entendemos ser um facilitador para construção de práticas sob uma nova ética, aquela que efetivamente transforme profissionais em seres que cuidam e mulheres em seres que se sentem cuidadas.

Com isso, aprendemos que as doenças que afetam milhões de pessoas no mundo todo, podem e devem ser cuidadas, e que é de extrema importância aprender sobre seus sintomas, para uma identificação rápida, sobre os modos de transmissão e prevenção, a fim de evitar a contaminação e as graves consequências causadas pelas infecções. .

O serviço de atenção à saúde é complexo. A qualidade depende de diversos fatores como a capacitação de servidores, a quantidade de profissionais, a existência de equipamentos e de infra-estrutura. Outro aspecto importante é a interação da equipe multiprofissional que agrupa profissionais com diferentes funções. Cada um desenvolve uma função específica que, no conjunto, converge para o objetivo comum de oferecer um serviço de saúde adequado.

Passamos a conhecer os agentes infecciosos que causam tantos transtornos, bem como recolhemos dicas para prevenção dessas enfermidades. Compreendemos as formas de tratamento, como se realizar um diagnóstico ou o que devemos fazer para diagnosticar essas patologias entre outras coisas que levaremos para nossas vidas, Portanto, concluímos que é indispensável o uso de preservativos nas relações sexuais como forma de prevenção, e também principalmente para as mulheres fazer os exames anuais de prevenção (papanicolau, entre outros).

Além disso, no caso de contágio, qualquer suspeita de sintomas iniciais, o diagnóstico precoce é fundamental para um tratamento eficaz, o que poderá fazer toda a diferença na vida do indivíduo. Acreditamos que a informação e o conhecimento a respeito das DSTs poderão nos ajudar na tomada e de consciência e de atitudes mais responsáveis perante a vida..

De todo modo, tem-se ainda um longo caminho a percorrer, pois todo indivíduo tem o direito a um serviço de saúde de qualidade. O fundamental é a

possibilidade de se desenvolver um trabalho educativo positivo, de valorização humana, mesmo que limitado o seu alcance, através de intervenções adequadas, que possibilitem aos indivíduos capacidade de escolha.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Eduardo F. **Instrumentos de coleta de dados em pesquisas educacionais**, 2008. Disponível em <http://www.inf.ufsc.br/~vera.carmo/Ensino_2013_2/Instrumento_Coleta_Dados_Pesquisas_Educacionais.pdf> Acesso em 20 de junho de 2017.

BAUMGUERTNER, Karine Galvão; CRUZ, Rosilene Aparecida. Os programas dirigidos à saúde da mulher na Estratégias Saúde da Família – ESF. In: **Revista UNINGÁ**, Maringá – PR, n.36, p.167-180, abr/jun, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. **8º Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRAVO, Maria Inês Sousa. Política de Saúde no Brasil: As Políticas de Seguridade Social Saúde”. In: CFESS/ CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000 e “A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica”. In: **Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio**. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001. Disponível em <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf> Acesso em 25 de março de 2017.

CARRARA, Samuel. **Tributo a Vênus: a Luta Contra a Sífilis no Brasil, da Passagem do Século aos Anos 40**. Editora FIOCRUZ, RJ, 1996.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estud.** av. vol.27 no.78, São Paulo, 2013. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>> Acesso em 25 de março de 2017.

CERVO, A. L. BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 5.ed. São Paulo: Prentice Hall, 2000.

CHAIMOWICZ, F. et al . **Saúde do idoso**. Belo Horizonte: Nescon/ Coopmed, 2009. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/saude-do-idoso-2edicao-revisada.pdf>. Acesso em 04 de Abril de 2017.

FERNANDES, R. A. Q.; NARCHI, N. Z. (Org.). **Enfermagem e saúde da mulher**. São Paulo: Manole, 2007.

GARCIA, Paula Trindade. **Saúde da mulher**. UNASUS: São Luís, 2013. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/.../Provab-2012.1_Modulo11_Introducao.pdf?...1. Acesso em 04 de Abril de 2017.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2002

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.7, n. 4, p. 449-60, 2004. Disponível em w.scielo.br/pdf/rbepid/v7n4/08.pdf. Acesso em 04 de Abril de 2017.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M.; **Metodologia do trabalho científico**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MOLINEAUX, M. Movilización sin emancipación ? Los intereses de la mujer, Estado y revolución en Nicaragua. *Desarrollo Soc.*, 78:178-95,1984

ORDACGY, André da Silva. **O direito humano fundamental à saúde pública**, 2007. Disponível em <<http://www.ceap-rs.org.br/wp-content/uploads/2014/02/Direito-Humano-a-saude-oublica.pdf>> Acesso em 04 de abril de 2017.

REIS, C.B.; ANDRADE, S.M.O. Representação social do trabalho em equipe na atenção à mulher sob a ótica da enfermeira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.1, n.12, p. 50-56, 2008.

NARDINI, M.;GUARESCHI, N.M.F. **Integralidade e Promoção da Saúde da mulher: as proposições da Câmara Federal sobre a legalização do aborto [dissertação]**. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2008.

RODRIGUES, Lígia Maria Cabedo. **Abordagem às doenças sexualmente transmissíveis em unidades básicas de saúde da família**. Universidade Federal da Paraíba. *Cogitare Enferm.* 2011 Jan/Mar; 16(1):63-9

SCLIAR, Moacir. HISTÓRIA DO CONCEITO DE SAÚDE, 2007. **Physis vol.17 no.1 Rio de Janeiro Jan./Apr. 2007**. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003> > Acesso em 04 de abril de 2017

SILVA, Isabelle Carvalho da; XAVIER, Miriam Borges. **Doenças sexualmente transmissíveis (dst)**. Faculdade de São Lourenço-MG.UNISEPE, 2012.

TRAVASSOS, Claudia; PAIM, Jairnilson; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Lígia; MACINKO, James. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**,2011 .
DOI:10.1016/S0140-6736(11)60054-8 Disponível em:
<http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf>. Acesso em 08 de abril de 2017.

VILLELA, Wilza Vieira; PINTO, Valdir Monteiro. **Atenção às DST em mulheres**. Disponível em http://www.aids.gov.br/sites/default/files/14_atencaoasdstemmulheres.pdf. Acesso em 04 de Abril de 2017.

APÊNDICE

QUESTIONÁRIO

01. *Como são realizadas as ações no posto de saúde Dr. Ayres Neto para a saúde da mulher? Como se realiza a prevenção das DSTs nas mulheres?*
02. *As ações de prevenção às DSTs favorecem a saúde da mulher, em que aspectos? Qual a importância das ações na vida das mesmas?*
03. *Quais as possibilidades de potencializar a prevenção das DSTs junto às mulheres?*
04. *No caso de mulheres com DSTs, como é feito o tratamento?*
05. *Quais os desafios enfrentados no sentido preventivo ou de tratamento realizado junto às mulheres?*