

INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: DIFICULDADES DA PRÁTICA PROFISSIONAL¹

INTEGRALITY IN THE SEXUAL HEALTH AND REPRODUCTIVE CARE: DIFFICULTY OF THE PROFESSIONAL PRACTICE

Aline Rodrigues Alves²
Maria de Fátima Lopes³
Marisa Barletto⁴
Paula Dias Bevilacqua⁵

1. RESUMO

O presente estudo de natureza qualitativa buscou, através de um estudo de caso, identificar junto aos profissionais que atuam no Programa de Saúde da Família- PSF, quais os aspectos que fragilizam e ou potencializam a promoção de ações integrais de saúde no campo sexual e reprodutivo. A construção dos dados foi feita através da observação direta e entrevistas semi-estruturadas, as quais foram transcritas e analisadas pela técnica de Análise de Conteúdo. Os dados revelaram que a efetivação da integralidade do cuidado está longe de se tornar uma realidade, e as dificuldades para alcançá-la foram sentidas pelas profissionais entrevistadas sob diferentes aspectos, quais sejam: o silêncio das usuárias, a fragilidade do vínculo profissional e também a falta de capacitação para trabalhar as questões afeitas à saúde sexual e reprodutiva. Entretanto, apesar de reconhecerem as dificuldades para promoverem ações integrais, as equipes de saúde não se mobilizam para transformar essa realidade.

Palavras-chave: Saúde sexual e reprodutiva. Ações de saúde. Integralidade do cuidado.

¹ Este artigo é proveniente da dissertação de mestrado em Economia Doméstica intitulada *A integralidade do cuidado em saúde sexual e reprodutiva; um estudo de caso sobre profissionais do Programa de Saúde da Família de Córrego Fundo-MG*, apresentada pela primeira autora ao Programa de Pós Graduação em Economia Doméstica, da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, Brasil

² Mestre em Economia Doméstica pelo Programa de Pós Graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, Brasil (aline.alves@ifmg.edu.br).

³ Doutora em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil (1995) Professora Associada da Universidade Federal de Viçosa, Brasil.

⁴ Doutora em Educação pela Universidade Federal Fluminense e Professora Adjunta do Departamento de Educação da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, Brasil.

⁵ Doutora em Ciência Animal pela Universidade Federal de Minas Gerais e Professora Associada da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, Brasil.

2. ABSTRACT

This qualitative study, through a case study, sought to with the professionals who work at the Family Health Program-PSF, identify which aspects weaken or intensify the promotion of thorough health services, in the sexual and reproductive field. Data was collected thorough direct observation and structured interviews which were transcribed and analyzed by content analysis. The data revealed that the effectiveness of thorough care is far from becoming a reality, and the difficulties to reach it, were felt by the professionals interviewed in different aspects such as: the silence of the patients, the fragility of the professional bond and also the lack of professional training to deal with questions related to sexual and reproductive health. However, despite acknowledging the difficulties to promote thorough actions, the staff fail to take actions to change this reality.

Keywords: Sexual and reproductive health. healthy actions. Thorough care.

3. INTRODUÇÃO

Apesar dos grandes avanços ocorridos no setor de saúde pública no Brasil com a criação de políticas públicas que contemplam a família, a grande maioria das ações de saúde está focada no atendimento individualizado das pessoas, desconsiderando assim, o universo familiar e comunitário em que vivem.

Entretanto, a visão de que família e comunidade são pontos importantes da estratégia de integração das diversas políticas sociais vem crescendo internacionalmente. A Organização das Nações Unidas - ONU elegeu o ano de 1994 como o Ano Internacional da Família, o que reflete este movimento de priorização das famílias na agenda política (VASCONCELOS, 1999).

Este mesmo ano constituiu-se como o marco brasileiro de oficialização da família como foco do cuidado profissional de saúde, através da implementação do PSF- Programa de Saúde da Família. Este programa é orientado pelos princípios do SUS- Sistema Único de Saúde, dentre os quais se destacam a universalidade do acesso, a equidade e a integralidade. Com a implantação do PSF, as ações de saúde sexual e reprodutiva passaram a integrar o elenco das práticas profissionais, tendo em vista a mulher não apenas como um corpo para a reprodução, mas valorizando também a influência das relações de gênero no processo de adoecimento das mesmas.

Entretanto, o processo de construção e implementação da integralidade nas práticas de saúde talvez seja, nos dias de hoje, o maior desafio que se coloca frente aos profissionais que atuam nesta área.

Considerando que a perspectiva da integralidade valoriza a multidimensionalidade dos sujeitos, partimos para uma investigação científica com o intuito de responder à seguinte questão: quais as dificuldades encontradas por profissionais de saúde da atenção básica para promoverem ações integrais nos campos sexual e reprodutivo?

Logo, este estudo objetivou identificar junto aos profissionais que atuam no PSF, quais os aspectos que fragilizam e ou potencializam a promoção de ações integrais de saúde no campo sexual e reprodutivo.

4. ENCAMINHAMENTO TEÓRICO

A integralidade constitui-se como um dos princípios norteadores do SUS e pode ser aplicada em diversos contextos. A integralidade implica recusa ao reducionismo biológico e reconhece que cada pessoa é um todo indivisível, e as ações de saúde deverão ser desenvolvidas considerando os indivíduos em sua totalidade. Ao efetivar a perspectiva da integralidade nas ações de saúde, presume-se que os profissionais responsáveis pelo cuidado contemplem os sujeitos em suas dimensões biológicas, sociais, psicológicas e até mesmo espirituais.

Campos (2003, p. 577) argumenta que esse modelo de abordagem do indivíduo baseia-se na teoria holística, integral, na qual “o homem é um ser indivisível e não pode ser explicado pelos seus componentes físico, psicológico ou social, considerados separadamente”.

Sendo assim, em oposição ao modelo biomédico que procurava ver o sujeito em partes, a integralidade contribui para a reorientação do modelo assistencial à medida que orienta uma intervenção integral sobre a saúde dos indivíduos e critica a atitude médica fragmentária.

Neste sentido, o PSF constitui a estratégia brasileira que tem permitido aos profissionais do SUS construir práticas mais eficazes, pautadas em uma compreensão ampliada dos determinantes do processo saúde-doença, bem como dos indivíduos e suas famílias (COELHO *et al*, 2009).

Entende-se, por abordagem integral das famílias, a abordagem integral das pessoas, compreendendo-as em seus contextos sócioeconômico e cultural. Assistir com integralidade inclui, entre outras coisas, conceber o ser humano como sujeito social capaz de traçar projetos próprios de desenvolvimento (BRASIL, 2008).

Embora a família tenha sido eleita como foco da atenção pelas políticas que traçam as diretrizes de funcionamento do PSF, não significa que a integralidade seja de fato alcançada. Para que a integralidade seja um fato, as ações dos profissionais precisam ser também integrais (BRASIL, 2001).

Em se tratando de saúde sexual e reprodutiva, o entendimento que os profissionais de saúde possuem sobre estes conceitos bem como de outras dimensões que estão vinculadas à saúde sexual e reprodutiva, podem representar um diferencial nos resultados a serem obtidos com as práticas de saúde.

A saúde sexual e reprodutiva passou a fazer parte das políticas públicas de saúde, inicialmente, não como um direito geral, mas como um ponto específico no âmbito das políticas de saúde. Os direitos e a saúde sexual e reprodutiva são conceitos desenvolvidos recentemente e representam uma conquista histórica, fruto da luta pela cidadania e pelos direitos humanos e ambientais (CORRÊA; ÁVILA, 2003).

O conceito de saúde reprodutiva foi inicialmente formulado durante a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento do Cairo no ano de 1994. O conceito é bastante abrangente e engloba aspectos relacionados à vida sexual, aos direitos reprodutivos, à assistência a saúde e à saúde sexual.

[...] A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória e tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Implícito nessa última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de ter acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, bem como métodos de regulação da fecundidade, que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que dêem à mulher condições de atravessar, com segurança, a gestação e o parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva. Isso inclui também a saúde sexual, cuja finalidade é a intensificação das relações vitais e pessoais e não simples aconselhamento e assistência relativos à reprodução e a doenças sexualmente transmissíveis. (CIPD, Programa de Ação, parágrafo 7.2, *apud* Corrêa; Ávila, 2003, p. 65)

A ideia de saúde reprodutiva busca romper com a noção fixa de que a reprodução seja tratada e entendida como um dever ou um destino feminino, e passa a situá-la como um direito ao definir que as pessoas são livres para escolherem se querem ou não ter filhos. Diante disso, é possível afirmar que, do modo como a Conferência do Cairo concebeu a saúde reprodutiva, acabou por intensificar a relação de subordinação existente entre a sexualidade e a reprodução.

Pressupõe-se, assim, uma necessidade de desvincular os dois conceitos pois, como aponta Vilella (2000) o que de fato está em jogo ao fazer essa desvinculação é a possibilidade do desfrute da vida sexual ser assumido como um direito das mulheres, mesmo que essas não optem por ser mães.

De acordo com HERA 1999 *apud* Correa, Januzzi e Alves (2003), a saúde sexual deve ser compreendida como a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade. A saúde sexual deve possibilitar ao indivíduo experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na auto-estima. Ainda preza pelo valor à vida, às relações pessoais e à expressão da identidade própria da pessoa. A saúde sexual inclui também o prazer, e deve estimular a determinação pessoal, a comunicação e as relações humanas.

Segundo Vilella (2000), quando a saúde sexual busca incluir o exercício livre da sexualidade como elemento fundamental de autonomia feminina, ela procura relacionar as mulheres não como objetos das práticas de saúde, mas como sujeitos físicos e sociais.

Conforme Diaz, Cabral e Santos (2004) essas práticas deveriam pautar-se pelo reconhecimento do impacto que a subordinação das mulheres tem sobre suas condições de saúde e buscar meios para mudar esta situação. Além disso, o modelo atual de oferta de ações é totalmente medicalizado e medicalocêntrico, e contribui para reforçar ainda mais o esquema de dominação sobre as mulheres e muitas vezes as mantém alienadas dos seus corpos e de suas necessidades como sujeitos sociais.

Diante do exposto, pressupomos que, trabalhar a saúde desses corpos desvinculada das construções sociais das quais fazem parte, pode de fato dificultar a efetivação da integralidade.

5. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de caso de natureza qualitativa, desenvolvido em um município do centro-oeste mineiro- Córrego Fundo. Segundo dados do IBGE (2010) a cidade possui 5.821 habitantes, sendo 3.001 pessoas do sexo masculino e 2.841 do sexo feminino.

Participaram da pesquisa 16 profissionais de saúde que compõem as equipes de saúde da família do município, sendo 12 agentes comunitárias de saúde, 2 enfermeiras, 1 técnica de enfermagem e 1 médica - todas do sexo feminino. As mesmas foram selecionadas de acordo com a disponibilidade dos mesmos para participarem da pesquisa e tiveram suas identidades preservadas a fim de evitar constrangimentos, com isso, foi atribuído um número para cada profissional.

Cabe aqui destacar que a pesquisa seguiu os preceitos éticos e normas exigidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos. Seguiu também as exigências do Comitê de Ética da UFV, órgão responsável pela aprovação de projetos de pesquisa, ao qual o Departamento de Economia Doméstica está subordinado. Os informantes só puderam dar suas contribuições após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram construídos através de observação direta e entrevistas semi-estruturadas. Estas últimas foram gravadas com a devida autorização das participantes e posteriormente transcritas na íntegra. O material empírico obtido foi analisado de acordo com a metodologia de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2009), onde surgiram as categorias temáticas do estudo.

6. SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: O SILÊNCIO DAS MULHERES E A DIFICULDADE PROFISSIONAL

Buscamos através dos métodos utilizados para a construção dos dados conhecer entre outras coisas, quais os aspectos potencializam ou fragilizam a promoção de ações de saúde integrais nos campos sexual e reprodutivo. Tal questionamento possibilitou-nos agrupar esses aspectos, os quais serão discutidos a seguir:

Conforme apontam as situações de entrevistas, as profissionais de saúde elencaram uma série de dificuldades para trabalhar com temas acerca da saúde sexual e reprodutiva como, por exemplo: sexo, sexualidade, prazer, não-prazer, reprodução, entre outros. Os relatos revelam dificuldades mútuas relacionadas à abordagem inicial

desse temas: de um lado as profissionais esperam que as usuárias se “abram para o diálogo”, e de outro as usuárias não raro silenciam e preferem não tocar no assunto durante as consultas e mesmo nas conversas durante as visitas diárias da ACS.

É crucial neste momento, a seguinte indagação: O que o silêncio quer dizer? A certeza é a de que análises centradas em temas como a vivência do sexo, necessitam um tempo muito maior de contato com os sujeitos-objetos da pesquisa para se alcançar uma descrição densa. De acordo com Geertz (1978) a descrição densa é a única capaz de garantir ao pesquisador uma interpretação mais próxima possível do “real” ou da “verdade”. Essa técnica possibilita interpretar os mais particulares atos de significação, bem como os sentidos dos símbolos, sobretudo os que emergem das interações sociais.

Os depoimentos seguintes explicitam as dificuldades encontradas pelas profissionais.

Muita dificuldade e principalmente com essas mocinhas solteiras. A gente não pode chegar e a mãe, tiver perto e eu conversar com ela... Eu acho que por elas (mães das mocinhas) cresceram desse jeito e não querer falar, elas acham que a gente não precisa de conversar, tentar conversar.. (Profissional 8, ACS, 23 anos, solteira)

... a questão da cultura mesmo, que é muito complicado você chegar e falar pras mulheres sobre sexualidade porque elas são muito reservadas. E aí acaba que essas dificuldades, gera nos filhos, porque eles tem essa criação desse jeito de ser reservado, e se a gente vai discutir isso com os filhos, a gente tá atrapalhando o jeito deles de educar. Então é complicado, a gente falar. (Profissional 1, ACS, 49 anos, casada)

É possível apreender nessas falas que assumir a família como valor moral – como parece para este segmento de classe – a vergonha, a honra e o pudor sexual são constitutivos de processos de socialização reveladores de “papéis” e lugares de homens, mulheres, crianças, jovens, velhos, mãe, pai, filho, que, de geração em geração vão sendo negociados com proximidade/distanciamento pelos ‘membros do grupo familiar’ mas sempre em consonância com a vizinhança, comunidade e ou sociedade maior. Percebe-se ainda como esses valores são apropriados pelo grupo assistido e como influenciam seus comportamentos. Vale ressaltar que o nível de dificuldade tanto do lado das agentes como do lado das usuárias expressam incômodos, pois em algumas situações as profissionais ficam sem reação frente à realidade constatada.

Como quase sempre acontece quando não se dá conta de explicar, acionamos a “cultura” como “explicativo” das dificuldades profissionais face ao silêncio das

mulheres assistidas, que se reservam quando são estimuladas a falar sobre sua sexualidade. No entanto, são singulares tais fenômenos sociais como lugar privilegiado para entendê-los ou reveladores dos arbítrios sociais construídos através dos processos de socialização.

Neste sentido, Heilborn (1997, p. 1) pontua que a “sexualidade é um domínio da vida social, que como outros, importa em socialização, em interpretação de regras e significados, em constituição de um sistema de atitudes, em suma, na existência de um contexto cultural”.

Apesar da sexualidade constituir-se numa forma de expressão que reflete o contexto sociocultural no qual o sujeito está inserido e se desenvolve e também a vivência da sexualidade está diretamente relacionada à forma pela qual os valores e as práticas sociais são percebidas e incorporadas pelos sujeitos, a dificuldade para abordar esses assuntos pode ser explicada pelo fato de se tratar de assuntos invasivos, pertencentes ao *ethos* privado⁶. Com isso, muitas se fecham para o profissional, dificultando ao mesmo ‘penetrar’ na sua vida íntima.

Vale ressaltar aqui que as usuárias não querem se expressar verbalmente, mas é preciso entender também o que o silêncio dessas mulheres quer dizer. O fato dessas usuárias silenciarem-se frente aos assuntos concernentes à saúde sexual e reprodutiva, revela exatamente como a sexualidade está colocada nessa comunidade.

De acordo com Foucault (1988), o silêncio não significa apenas um simples silenciar. Não se fala menos do sexo, ao contrário, fala-se, porém, de outra maneira. O próprio mutismo, aquilo que se recusa dizer, a descrição exigida entre certos locutores, não constitui propriamente o limite absoluto do discurso. O autor salienta que não devemos fazer uma divisão binária entre o que se diz, e o que não se diz, é necessário determinarmos diferentes maneiras de não dizer; identificarmos os que podem e os que não podem falar e ainda que tipo de discurso é autorizado ou que forma de descrição é exigida a uns e outros.

Todavia, a profissional 4 em seu relato, afirma que a proximidade com as usuárias é um fator que pode facilitar a abordagem dos assuntos afeitos à sexualidade,

⁶ Tomamos aqui emprestado o termo *ethos* privado de Luiz Fernando Dias Duarte (2005, p.138) que conforme o autor compreende “todos os valores, sentimentos e comportamentos relacionados ao prazer corporal, à satisfação moral, à reprodução sexual e à conjugalidade e também a própria constituição da vida familiar”.

onde uma vez estabelecido o vínculo profissional e até mesmo afetivo (amizade), as conversas sobre os assuntos íntimos fluem naturalmente. A fala é ilustrativa:

... Não em todas as famílias. Mas de repente uma pessoa de fora que não é da sua área... cê vai te que esperar o vínculo... entendeu? ...vamos supor, cê chega numa família, naquela família, cê tem até amizade com aquela pessoa, aí cê chega e faz de conta que o marido foi na zona, aí cê chega, cê tá veno que aquela pessoa tá triste e aí você começa a conversar com aquela pessoa, aí de repente a pessoa te conta, te conta aquilo que foi, porque que ela tá triste. Então tem hora que sem querer e sem ver, cê já tá no meio da situação. Entendeu? E isso acontece muito. Tem hora que é difícil porque, cê vai dar conselho, o que é que cê vai falar? Porque na maioria das vezes é coisa séria, cê tem que escutar, falar para a pessoa ter calma, que ela tem que pensar direito, que ela não pode pensar nada com a cabeça quente... Uai, eu não posso falar, eu não sei como que eles vive. Então é difícil, a abordagem é difícil. (Profissional 4, ACS, 35 anos, casada)

O vínculo profissional é tido por esta entrevistada como viabilizador da relação de confiança mútua que deve ser estabelecida entre profissional e usuário, ao afirmar que, em casos de vínculos recentes, as usuárias não oferecem abertura para dialogar sobre assuntos concernentes à intimidade.

Por outro lado, pode ser evidenciado nessa fala que mesmo nas situações em que as usuárias se dispõem a falar sobre sua vida sexual, há uma dificuldade de ação dessas profissionais frente aos problemas apresentados pelas usuárias, ficando assim sem reação face à realidade constatada. A fala abaixo também ilustra esta situação:

Às vezes elas reclamam da vida sexual e isso acontece assim, eu vejo muito em mulher que já foi traída pelo marido, tipo assim, a mulher foi traída pelo marido e parece que tem uma mágoa, nem é de cunho sexual, mas tipo assim parece que elas pensam assim: não quero que ele me põe a mão, porque me traiu! E acaba que a gente fica no meio sem saber o que você faz? Porque qual que o conselho que a gente dá: separa dele e procura outro, não dá! E aí acaba que a gente começa a tratar como terapia, tipo assim, tentar melhorar o relacionamento com o marido, as vezes tentar conversar, ajudar o casal, mas acaba que a gente é tão, tão... a mulher já viveu aquilo tanto, já sofreu aquilo tanto que parece que não tem inversão e aqui é muito complicado isso... porque acaba que a mulher fica muito dependente do marido, fica amarrada no marido, é como se ela fosse a sombra do marido, tudo o que ao marido faz, é ordem.... é muito difícil. (Profissional 12, enfermeira, 32 anos, casada)

Ao analisarmos as narrativas das profissionais 4 e 12, é possível perceber que a questão do adultério/ traições e suas implicações na vida sexual das usuárias têm sido um fato recorrente. De acordo com as entrevistadas, essa é uma realidade social bastante difícil de lidar, pois nessa situação as mesmas ficam, por ora, sem saber como agir.

Neste sentido, sobre o fato das mulheres aceitarem a traição, Chauí (1984) pontua que o adultério masculino é considerado o exercício, infelizmente abusado e excessivo de autoridade e de uma sexualidade mais exigente do que a feminina. Também a situação de dependência econômica e emocional em que são educadas as mulheres pode facilitar a acomodação, pois a ruptura matrimonial as colocaria em uma situação onde as mesmas não encontram-se preparadas para enfrentar.

São nestas situações que o entendimento das relações de gênero se torna fundamental, a fim de minimizar as desigualdades sociais que este tipo de situação cria sobre as mulheres. Ou seja, entender que as diferenças de poder entre homens e mulheres podem ser determinantes no processo de adoecimento, sendo isto, um fator desfavorável à saúde da mulher.

Por outro lado, em alguns casos, as usuárias oferecem abertura ao profissional e a abordagem dos temas afeitos à saúde sexual e reprodutiva pode ser facilitada, conforme pode ser evidenciado na fala seguinte:

Eu acho que se for uma pessoa que eu posso conversar eu acho que contribui, porque as vezes a gente precisa escutar pra, pra agir né? Porque não adianta, as vezes a pessoa fica assim: ‘ah isso não ta bom, isso não da desse jeito’! Eu acho que pode conversar com o marido, que eu acho que contribui o fato se a gente tiver, por exemplo não é liberdade, tanto é liberdade de me contar e eu conversar com ela. (Profissional 8, ACS, 23 anos, solteira)

Acredita-se que a abertura das usuárias se deu neste caso devido a um vínculo previamente estabelecido. Para Campos (1997) *apud* Schimith e Lima (2004. p. 1.488), “o vínculo com os usuários dos serviços de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço”. Entretanto, não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito que fala, julga e deseja.

A profissional 8 ao relatar que é preciso primeiro escutar para depois agir, reconhece a usuária como sujeito no processo de produção do cuidado. Essa preocupação com relação ao “espaço” do usuário também foi expressa nas falas das entrevistadas abaixo:

Talvez não por mim mesma, mas talvez pela pessoa que a gente ta visitando e conversando, na dificuldade às vezes dela se expressar e de se abrir né, com a própria agente de saúde ou com a pessoa né? E...pra intimidade dela também,

as vezes fica com vergonha de tá falando e as vezes a gente deixa de falar exatamente por isso. (Profissional 1, ACS, 49 anos, casada)

Eu acho difícil. Quando a gente vai abordar um tema assim, as vezes a gente vê que tem uma adolescente que tem uma adolescente grávida na área, aí que que acontece? A gente sabe porque todo mundo comenta, só que você não pode chegar na casa e falar assim oh: Você ta grávida?...então a dificuldade é em abordar esse assunto. Tem a dificuldade sim, porque é uma coisa assim, além do sigilo profissional que a gente tem que ter, mas as vezes a gente sabe por outros por terceiras pessoas e aí fica difícil pra ta falando. (Profissional 2, ACS, 30 anos, solteira)

Discuto até porque por conta da questão da queixa, tipo assim, eu não quero fazer sexo, eu tenho problema com meu marido, aí discuto algumas questões até o limite que eu acho que eu devo ir. Eu não fico tipo assim, impondo minhas idéias.... (Profissional 12,,enfermeira, 32 anos, casada)

As entrevistadas demonstram em suas falas uma relação de respeito frente às particularidades das usuárias, tendo essas profissionais consciência de que essas particularidades, muitas vezes, as impedem de se expressar. É interessante ressaltar na fala dessas profissionais a questão do limite da abordagem. De acordo com a entrevistada 12, a abertura dada pelas usuárias é a sinalizadora do aprofundamento da conversa a ser estabelecida.

Neste sentido, Campos (1997) *apud* Schimith e Lima (2004) salienta que o vínculo entre usuário e profissional da saúde envolve entre outras coisas, afetividade, ajuda e respeito, e assim, acontece uma negociação entre as partes, onde o profissional visando identificar as necessidades de cada usuário, prima também que este tenha maior autonomia em relação a sua saúde.

Entretanto, algumas informantes relataram que a dificuldade advém da vergonha para abordar o assunto:

É de entrar no assunto sem ser como se diz sem ser invasiva... Até eu falo, eu tenho muita vergonha de tocar nesse tema, então assim eu tenho uma certa dificuldade nas minhas visitas de tocar de entrar e apesar que eu entro, tem horas que eu entro nesse assunto, então assim, é mais difícil, tem horas que a gente tem que ir trabalhando pra aprender. (Profissional 9, ACS, 24 anos, solteira)

Ah primeiro motivo eu acho que eu tenho vergonha de conversar com a pessoa... (Profissional 5, 39 anos, casada)

Ao analisarmos as falas dessas profissionais, a vergonha pode ser entendida como acanhamento, timidez e até mesmo pudor em relação ao assunto sexualidade. Isso

talvez possa ser explicado pelo fato de elas próprias também serem mulheres e “reproduzirem” o modelo idealizado pelo grupo local de ser mulher.

Martins (2004) aponta que a negação da sexualidade feminina criou uma imagem moralmente superior da mulher, onde seu corpo era educado para cumprir as funções sociais do casamento, da maternidade e da educação dos filhos e não para a vivência do prazer. Sendo assim, quando o sexo e sexualidade são imaginados enquanto fontes geradoras de prazer, um desconforto pode ser criado, pois, a mulher não foi educada para pensar e falar sobre o sexo.

De acordo com a referida autora, embora o interesse pela mulher e sua diferença sexual ganhou maior notoriedade nos séculos XVIII e XIX, a produção discursiva voltada para a mulher revelava a preocupação dos cientistas e homens cultos da época em entender a natureza feminina, para formular seus discursos a respeito das relações sociais entre homens e mulheres, definindo seus lugares e papéis, o que acabou por firmar a relação entre a especificidade do corpo feminino e a função social da maternidade.

Essa construção do saber médico em torno da sexualidade deu lugar a métodos de controle de naturezas diversas do comportamento sexual, ficando a sexualidade feminina restrita à reprodução. Mesmo com as transformações ocorridas no campo da ciência e medicina, ainda hoje é possível perceber traços dessas prescrições no comportamento sexual das mulheres.

Entretanto, para estudar com maior perspicácia a vivência do sexo, há a necessidade de um contato mais prolongado com informantes e cenas sociais, sendo isso, uma limitação deste estudo.

Contudo, é possível afirmar que não há um modo único e acabado de trabalhar as ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva. As experiências, possibilidades e necessidades locais servem de norte para os profissionais planejarem o processo de cuidado. Acredita-se que o caminho para a construção de práticas de saúde possa ser amplamente facilitado quando o usuário é pensado como sujeito deste processo.

7. À GUIA DE CONCLUSÃO

Em se tratando das ações de saúde nos campos sexual e reprodutivo, a dificuldade de efetivação da integralidade do cuidado foi sentida pelas profissionais sob

diferentes aspectos. O silêncio das usuárias é interpretado pelas entrevistadas como um fator que tem dificultado o desenvolvimento de práticas de saúde que abordem assuntos sobre o corpo, o sexo e a sexualidade, onde em muitas situações, as profissionais ficam sem saber como abordar esses temas devido à vergonha, à fragilidade do vínculo profissional e também à falta de capacitação para trabalhar estas questões.

A equipe multiprofissional reconhece que a integralidade inexistente nas práticas de saúde e que a efetivação deste princípio está longe de ser alcançada. Apesar das participantes reconhecerem essa situação e identificarem as fragilidades e alternativas para mudança, não percebemos nenhum tipo de mobilização por parte da equipe de saúde da família na busca pela mudança desta realidade. Ao contrário, esperam sempre que a mobilização por mudança venha de instâncias superiores como, por exemplo, da secretaria de saúde.

A partir dos resultados encontrados, ressaltamos a urgente necessidade de capacitação e treinamento para as profissionais de saúde que estão envolvidas no processo de cuidar, principalmente para as ACS, que não tiveram o curso de qualificação básica para a formação do agente comunitário, conforme determinação da Lei 10.507/2002. Sentimos por parte dessas que a falta de capacitação tem trazido bastante dificuldade no desenvolvimento do trabalho de orientação das famílias. Com isso, todas as entrevistadas manifestaram o desejo e a necessidade de processos de Educação Permanente em Saúde, pois, devido à dinamicidade das mudanças e progressões da ciência da saúde, o conhecimento quando não renovado, acaba se tornando obsoleto.

O relativo 'desconhecimento' das profissionais de saúde, acerca de alguns temas afeitos a saúde sexual e reprodutiva, ratifica ainda mais a necessidade de treinamento e capacitação profissional. Acreditamos que a proposta de um programa de educação permanente possa, de fato, auxiliar as equipes de saúde da família a compreender e organizar melhor o processo de cuidado, visando uma maior resolutividade das ações de saúde, integração profissional e conseqüentemente integração das ações de saúde.

8. REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009. 281 p.

BRASIL. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008. 236 p.

BRASIL. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 8, p. 569-584, 2003.

CHAUÍ, Marilena. **Repressões nossas conhecidas**⁷. Repressão sexual: Essa nossa (des)conhecida. São Paulo: Brasiliense. 1984. p. 77-187

CORRÊA, Sonia; ÁVILA, Maria Betânia. Direitos Sexuais e Reprodutivos Pauta Global e Percursos Brasileiros. In: BERQUÓ, Elza. **Sexo & Vida Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Editora da Unicamp, 2003.

CORREA, Sonia; JANNUZZI, Paulo de Martinho; ALVES, José Eustáquio Diniz. **Direitos saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores**. Trabalho realizado com o apoio do UNFPA-Brasil, no âmbito do Sub-programa de Saúde Sexual e Reprodutiva, Projeto “Sistema de Indicadores Municipais em Saúde Sexual e Reprodutiva”, coordenado pela ABEP e IBGE. Rio de Janeiro, setembro de 2003. Disponível em: <<http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/publicacoes/direitos-e-saude-sexual-e-reprodutiva-marco-teorico-conceitual-e-sistema-de-indicadores/view>>. Acesso em: 12/04/10

DÍAZ, Margarita; CABRAL, Francisco; SANTOS, Leandro. Os direitos sexuais e reprodutivos. In: RIBEIRO, C.; CAMPUS, M.T.A. **Afinal, que paz queremos?** Lavras: Editora UFLA, 2004. p 45-70

DUARTE, Luiz Fernando Dias. *Ethos Privado e Justificação Religiosa*. Negociações da Reprodução na Sociedade Brasileira. In: HEILBORN, Maria Luiza; DUARTE, Luiz Fernando Dias; PEIXOTO, Clarice; BARROS, Myriam Lins. **SEXUALIDADE, FAMÍLIA E ETHOS RELIGIOSO**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 137-175.

FOUCAULT. Michel. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. 19. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

HEILBORN, Maria Luiza. Comunicação Corporal, comunicação verbal: trajetórias sexuais no Brasil e na França. **ANPOCS**, Seminário Temático 1322, 6ª sessão, 1997.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados demográficos sobre o município de Córrego Fundo estimados de acordo com o último censo de 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 02/02/2011.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **Visões do feminino:** a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. 288 p.

SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.1487-1494, nov./dez., 2004.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. A priorização da família nas políticas de saúde. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 6-19, set./dez. 1999.

VILELA, Wilza. Saúde integral, reprodutiva e sexual da mulher: redefinindo o objeto de trabalho a partir do conceito de gênero e da Conferência Internacional sobre população e desenvolvimento. In: ARAUJO, Maria José de Oliveira; SOUZA, Maria Jucinete; VERARDO, Maria Tereza; FRANCISQUETTI, Paula P. S. N.; MORAIS, Regina Rodrigues; BONCIANI, Rosa Dalva Faustinoni; DINIZ, Simone Grilo; VILLELA, Wilza. **Saúde das mulheres: experiência e prática do coletivo feminista sexualidade e saúde**. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade Saúde, 2000. p.23-32.

Integralidade do cuidado em saúde sexual e reprodutiva...

*Recebido em 17 de março de 2011 Aceito em 01 de junho de 2011.