

GT- SAÚDE E SEXUALIDADE

ANGELA COSTA DE QUEIROZ

Comportamento dos homens na sexualidade durante a gravidez

CARLA DENARI GIULIANI

Gravidez na adolescência: um conceito de problema

EMANUELLE FREITAS GÓES

Direitos sexuais e direitos reprodutivos, um desafio ao acesso nos serviços de saúde

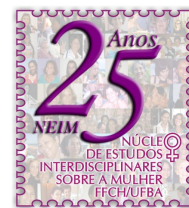
JOISE MAGARÃO QUEIROZ SILVA, MIRIAN SANTOS PAIVA, PATRÍCIA FIGUEIREDO MARQUES

Evolução dos conceitos de saúde sexual e reprodutiva na graduação em enfermagem

LUCIA HELENA RODRIGUES COSTA

Elas por ela: ser parteira, “lugares de significados” e relações de gênero

GT – Saúde e Sexualidade
Ângela Costa de Queiroz
Centro de Pós Graduação São Camilo
Palavras-chave: Sexualidade. Comportamento paterno. Gravidez.



Comportamento dos homens na sexualidade durante a gravidez

Comportamentos sociais dos pais

Os pais tinham idades entre 21 e 45 anos. 80% dos pais eram solteiros, mas moravam juntos com sua companheira, 20% deles eram casados. 40% estudaram até o 1º grau, 40% estudaram até o 2º grau e 20% não estudaram. 90% trabalhavam como: office boy, pedreiro, taxista, segurança, supervisor de manutenção, vigilante e porteiro, 10% estavam desempregados.

Segundo Ziegel e Cranley (1985) o comprometimento social e psicológico do pai durante a gestação depende em grande parte do seu relacionamento com a mãe.

As companheiras dos entrevistados tinham idades entre 15 e 42 anos. 40% delas estudaram até o 2º grau, 30% estudaram até o 1º grau e 30% não estudaram. 70% trabalhavam como: recepcionista, doméstica e manicure e 30% estavam desempregadas.

A função materna e paterna são papéis construídos historicamente a partir de atribuições socioculturais e econômicas. Variáveis como presença física e responsabilidade estão mais determinadas pela divisão do trabalho e forma de organização de uma sociedade do que pela determinação biológica da maternidade(SILVEIRA, 1998).

Verificou-se que 50% dos pais já eram pais e tinham entre dois a cinco filhos e 50% deles eram pais pela primeira vez.

Aspectos psicológicos da sexualidade na gravidez

Os seguintes resultados foram encontrados ao se questionar : “O que você pensa sobre a sexualidade?”

Verificou-se que 40% dos pais não responderam o que pensam sobre sexualidade.

20% dos pais associaram a sexualidade a algo bom: “ É uma coisa muito boa ”

(NETUNO).

10% associaram a sexualidade à família: “ Muito importante para o bom relacionamento do casal ” (SATURNO).

10% associaram a sexualidade ao amor: “ Um modo de expressar o nosso amor ” (JÚPITER).

10% associaram a sexualidade a algo importante: “ É muito importante ” (SOL).

10% associaram a sexualidade a algo normal: “ Normal ” (VÊNUS).

As pessoas têm diferentes concepções acerca da sexualidade humana. Sexualidade é um conjunto de padrões, comportamentos e conceitos morais (GIR; NOGUEIRA; PELÁ; 2007).

Os seguintes resultados foram encontrados ao se questionar : “Você considera a relação sexual importante para todo o processo de gestação?”

Verificou-se que 90% dos pais consideram a relação sexual importante para todo o processo de gestação e que 10% não consideraram a relação sexual importante para todo o processo de gestação.

60% dos pais consideraram a relação sexual importante para todo o processo de gestação porque ajuda na gestação: “ É importante para a gravidez também“ (TERRA).

“ Ajuda no decorrer da gestação ” (URANO).

30% dos pais consideraram a relação sexual importante para todo o processo de gestação porque é bom para o casal: “ A relação é muito importante para os dois ” (VÊNUS).

“... os dois ficam com mais vontade um ao outro ” (SATURNO).

A participação paterna ativa em todo processo de gestação traz benefícios para todos os envolvidos no processo do parto.É importante que a mulher sinta segurança, confiança e liberdade ao lado de seu companheiro (PIOVESAN; SONEGO; SAND,2001).

Os seguintes resultados foram encontrados ao se questionar : “Há outras formas de afeto durante a gestação, além da relação sexual?”

Verificou-se que todos os pais consideraram que há outras formas de afeto durante a gestação, além da relação sexual.

70% dos pais consideraram o carinho como outra forma de afeto: “ Carinho ” (MARTE).

20% dos pais consideraram o amor e o carinho como outras formas de afeto: “ O amor ” (SOL).

10% dos pais consideraram outras formas de afeto: “ ... uma boa conversa, um passeio para descontrair ”(URANO).

São partes da sexualidade demonstrações de afeto expressas através de gestos como: carinho, beijo, abraço e ações que envolvem ser tocadas no lugar certo e sentir o companheiro (GOZZO et al, 2007).

Os seguintes resultados foram encontrados ao se questionar: “Você acha que a prática sexual durante a gravidez machucava sua companheira?”

Verificou-se que 80% dos pais consideram que a prática sexual durante a gravidez não machucava sua companheira e que 20% deles consideraram que a prática sexual durante a gravidez machucava sua companheira.

20% dos pais consideraram que a prática sexual durante a gravidez machuca sua companheira devido aos incômodos das posições: “ Às vezes ela se sentia um pouco incomodada com certas posições ” (SATURNO).

Heinowitz (2005) afirmou que, alguns casais gestantes, preocupados com a segurança do feto durante a gravidez, são vítimas de antigas suposições a respeito do que se pode e não se pode fazer.

Os seguintes resultados foram encontrados ao se questionar: “Você tinha algum medo em relação a prática sexual durante a gestação?”

Verificou-se que 60% dos pais não tinham nenhum medo em relação a prática sexual durante a gestação e que 40% deles tinham algum medo em relação a prática sexual durante a gestação.

40% dos pais tinham medo em relação a prática sexual durante a gestação porque se preocupavam com a companheira: “ Só me preocupava em não machuca- lá ” (SATURNO).

Vieira (2007) relatou que, alguns companheiros ficam sensíveis e ansiosos quando à segurança da gestação, verbalizando a medo de machucar o feto ou a esposa durante o ato sexual.

Aspectos fisiológicos de sexualidade na gravidez

Os seguintes resultados foram encontrados ao se questionar : “Vocês mantinham uma prática sexual?”

Verificou-se que 80% dos pais mantinham uma prática sexual e que 20% não mantinham uma prática sexual.

30% dos pais mantinham uma prática com muita frequência: “ Com muita frequência...” (SATURNO).

“ Bastante ” (SOL).

“ Era muito proveitoso ” (VÊNUS).

30% dos pais mantinham uma prática sexual mas não responderam com que frequência.

20% dos pais mantinham uma prática sexual com a frequência média de três vezes na semana: “ Três vezes por semana ” (URANO).

Segundo Rezende (2002), a atividade sexual depende intrinsecamente ao casal, seu ritmo e qualidade durante o estado gestacional. Em um grande número de grávidas normais inibe-se completamente a libido, podendo exaltar-se em outras.

Os seguintes resultados foram encontrados ao se questionar: “Existem algumas posições mais confortáveis durante a gravidez?”

Verificou-se que 70% dos pais consideraram que existem posições mais confortáveis durante a gravidez e que 30% deles consideraram que não existem posições mais confortáveis durante a gravidez.

60% dos pais consideraram que existem posições mais confortáveis durante a gravidez mas não responderam qual.

10% dos pais consideraram que o cuidado é a posição mais confortável durante a gravidez: “ os cuidados ” (VÊNUS).

Para manter a atividade sexual na gravidez é importante ser criativo. O casal pode descobrir juntos diversas maneiras de se adaptar a forma física em transformação. Existem inúmeras posições satisfatória para muitos casais gestantes: posição mulher sobre homem, posição lado a lado, posição homem

sobre mulher sentada, posição por trás é atividade sexual sem coito (HEINOWITZ, 2005).

Os seguintes resultados foram encontrado ao se questionar: “A sua companheira enjoou você, durante a gravidez?”

Verificou-se que 60% dos pais consideraram que suas companheiras não o enjoaram durante a gravidez e que 40% deles consideraram que suas companheiras o enjoaram durante a gravidez.

40% dos pais consideraram que suas que suas companheiras o enjoaram durante a gravidez em alguns momentos: “... minha presença” (SOL).

“ Pela manhã ela vomitava ” (PLUTÃO).

O surgimento dos primeiros sinais e sintomas da gravidez tais como: mastalgia, retenção de líquido, náuseas, vômitos e outros provocam reações distintas como diminuição ou aumento da libido (VIEIRA, 2007).

Os seguintes resultados foram encontrados ao se questionar: “A sua companheira aceitava a prática sexual, durante a gravidez?”

Verificou-se que 80% dos pais consideraram que suas companheiras aceitaram a prática sexual durante a gravidez e que 20% deles consideraram que suas companheiras não aceitaram a prática sexual durante a gravidez.

É possível que a parceria evite contatos mais íntimos durante os nove meses. No entanto, talvez ela aprove uma massagem ou carinhos como forma de preservar o laço físico do casal (STANFORD, 2005).

50% dos pais consideraram que suas companheiras aceitavam a prática sexual durante a gravidez mas não responderam com que freqüência.

10% dos pais consideraram que suas companheiras aceitaram a prática sexual durante a gravidez com muita freqüência.

10% dos pais consideraram que suas companheiras aceitaram a pratica sexual durante a gravidez três vezes na semana.

10% dos pais consideraram que suas companheiras aceitaram a prática sexual durante a gravidez às vezes.

Segundo Vieira (2007, a libido varia de mulher para mulher, algumas sentem mais vontade de sexo, outras menos.

Os seguinte resultados foram encontrados ao se questionar: “A prática sexual durante a gravidez machucava você?”

Verificou-se que todos os pais consideraram que a prática sexual durante a gravidez não o machucavam.

Segundo Stanford (2005), é seguro fazer sexo durante a gravidez. Em principio não há nenhum motivo para o casal interromper a vida sexual.

Os seguintes resultados foram encontrados ao se questionar : “Havia alguma contra- indicação em relação a prática sexual durante a gestação?”

Verificou-se que todos os pais consideraram que não havia nenhuma contra- indicação em relação a prática sexual durante a gestação.

É prudente não manter relação sexual de penetração nas patologias obstétricas como: gemelidade, polidrâmnio, hipertensão arterial, placenta baixa, etc (FREITAS et al, 2006).

Os seguintes resultados foram encontrados ao se questionar: “Você acha que pode ter relações sexuais depois do puerpério (resguardo) mesmo que sua mulher esteja amamentando?”

Verificou-se que 60% dos pais consideraram que pode ter relações sexuais depois do resguardo, mesmo que a mulher esteja amamentando e que 40% deles consideraram que não pode ter relações sexuais depois do resguardo, mesmo que a mulher esteja amamentando.

50% dos pais consideraram que pode ter relações sexuais depois do resguardo, mesmo que a mulher esteja amamentando, porque não tem problemas. “ Não faz mal nenhum ” (JÚPITER).

“ Depois do resguardo não tem nada a ver ” (VÊNUS).

10% dos pais consideraram que pode ter relações sexuais depois do resguardo, mesmo que a mulher esteja amamentado, porque é bom para o casal: “ Porque esse bom relacionamento não pode parar e sim aumentar cada dia mais ” (SATURNO).

Embora repleto de desafios, o período imediatamente posterior ao parto não é o momento de parar com a atividade sexual. A amamentação pode impor outros desafios à intimidade sexual, porque a mãe que amamenta está num constante estado de prontidão para fornecer o leite (HEINOWITZ, 2005).

Sexualidade na gravidez

Os seguintes resultados foram encontrados ao se questionar: “O que você entende sobre sexualidade na gestação?”

Verificou-se que 70% dos pais não entenderam o que é sexualidade na gestação.

10% dos pais entenderam que sexualidade na gestação é bom para o relacionamento: “um período onde os dois devem manter esse relacionamento ” (SATURNO).

10% dos pais entenderam que sexualidade na gestação é muito bom.

10% dos pais entenderam que sexualidade na gestação é normal.

Homens e mulheres sentem coisas diversas com relação ao corpo grávido. Existem homens que acham a gestante sensual e excitante, enquanto outros se retraem á medida que a barriga cresce (MALDONADO,1997.

Os seguintes resultados foram encontrados ao se questionar: “Você teve alguma dificuldade em relação a sexualidade durante a gravidez? Você fez alguma coisa para mudar?”

Verificou-se que todos os pais não tiveram nenhuma dificuldade em relação a sexualidade durante a gravidez. Por isso, também verificou-se que todos os pais não fizeram nada para mudar.

Segundo Heinowitz (2005), não ter que pensar no aspecto sexual, abre, no relacionamento do casal, um canal de comunicação diferente. Há outras partes do relacionamento sendo descobertos. O casal deve se concentrar em outras expressões de reconforto, intimidade, delicadeza e manifestação de emoções.

Os seguintes resultados foram encontrados ao se questionar : “Teve algum trimestre da gravidez que você apresentou maior dificuldade em relação a sexualidade?”

Verificou-se que 70% dos pais não apresentaram maior dificuldade em relação a sexualidade em algum trimestre e que 30% deles apresentaram maior dificuldade em relação a sexualidade em algum trimestre.

30% dos pais apresentaram maior dificuldade em relação a sexualidade no último trimestre: “ No 7º e 8º mês ela ás vezes se incomodava, com dores ” (SATURNO).

“ No 7º mês em diante ” (VÊNUS).

Segundo Teixeira (2007), o sexo pode ficar menos freqüente no terceiro trimestre.

Os seguintes resultados foram encontrados ao se questionar: “Você conversavam sobre sexualidade na gestação?”

Verificou-se que 60% dos pais conversavam sobre sexualidade na gestação e que 40% deles não conversavam sobre sexualidade na gestação.

40% dos pais conversavam sobre sexualidade na gestação mas não responderam sobre o que.

10% dos pais conversavam sobre sexualidade na gestação sobre métodos contraceptivos: “Usar algum método contraceptivo depois da gravidez” (URANO).

10% dos pais conversavam sobre sexualidade na gestação sobre filhos: “ Planos em re lação aos filhos ”(SOL).

A transformação do corpo na gravidez e as oscilações do desejo sexual podem ser um convite à criatividade, quando o casal se aventura a conversar sobre as variações dos desejos de cada um (MALDONADO; DICKSTEIN;NA HOUM,1996).

Os seguintes resultados foram encontrados ao se questionar: “Você procurou informações específicas sobre sexualidade durante a gestação?”

Verificou-se que 50% dos pais procuraram informação específicas sobre sexualidade durante a gestação e que 50% deles não procuraram informações específicas sobre sexualidade durante a gestação.

40% dos pais procuram informações específicas sobre sexualidade durante a gestação mas não responderam com quem.

10% dos pais procuraram informações específicas sobre sexualidade durante a gestação com médico.

Stanford (2005), defende que, convém consultar o obstetra sobre as relações sexuais durante a gravidez.

Os seguintes resultados foram encontrados ao se questionar: “Você participaram de algum grupo de orientação sexual durante a gravidez?”

Verificou-se que todos os pais não participaram de nenhum grupo de orientação sexual durante a gravidez.

Paulino (2007) relata que, é importante criar um setor da sexualidade no ciclo gravídico-puerperal para não apenas assistir a mulher, e sim, ajudá-la a entender os sentimentos que assaltam ao se tornar mãe. Os maridos também serão integrados ao serviço.

Os seguintes resultados foram encontrados ao se questionar: “Você recebeu orientações sobre sexualidade na gestação no pré-natal?”

Verificou-se que 70% dos pais não receberam orientações sobre sexualidade na gestação no pré-natal e que 30% deles receberam orientações sobre sexualidade na gestação no pré-natal.

O atendimento pré-natal não tem somente o objetivo de prevenir o surgimento de problemas da gravidez e do parto, ele permite também que o “casal grávido” se sinta mais seguro e tranquilo. Eles podem fazer perguntas, pedir esclarecimentos e tirar dúvidas (MALDONADO; DICKSTEIN; NA HOUM, 1996).

30% dos pais receberam orientações sobre sexualidade na gestação no pré-natal mas não responderam quais foram as orientações.

Os seguintes resultados foram encontrados ao se questionar: “Você recebeu orientações sobre sexualidade durante a gestação nos Cursos de Preparação para o Parto?”

Verificou-se que todos os pais não receberam orientações sobre sexualidade durante nos cursos de preparação para o parto.

Segundo Tiba (2002), é importante que o pai participe ativamente dos cursos de preparação para o parto.

REFERÊNCIAS

FREITAS, Fernando et al. Rotinas em ginecologia. 5. ed., Porto Alegre: Artmed, 2006.

GIR, Elucir; NOGUEIRA, Maria Suely; PELÁ, Nilza Tereza Rotter. Sexualidade Humana na formação do enfermeiro. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50104. Acesso em: 09 jan. 2007.

GOZZO, Thaís de Oliveira et al. Sexualidade feminina: compreendendo o seu significado. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50104. Acesso em: 09 jan. 2007.

HEINOWITZ, Dr. Jack. Pais grávidos: A experiência da gravidez do ponto de vista dos maridos. Trad. Paulo Salles. São Paulo: Cultrix, 2005.

MALDONADO, Maria Tereza; DICKSTEIN, Júlio; NAHOUM, Jean Claude. Nós estamos grávidos. 8. ed., São Paulo: Saraiva, 1996.

MALDONADO, Maria Tereza. Psicologia da Gravidez: Parto e puerpério. 17. ed., São Paulo: Saraiva, 1997.

PAULINO, Simone. Sexualidade na gravidez. Disponível em: <http://www.unifesp.br/comunicacao/jpta/ed147\assis3.htm>. Acesso em: 08 jan. 2007.

PIOVESAN, Evandra Shmidt; SONEGO, Josélia; SAND, Isabel Pacheco Van der. Pai é pai, tem que acompanhar: O pai no processo de parturição sob a ótica de uma equipe de enfermagem de um hospital geral. In: Contexto e Saúde. Revista do departamento de saúde, Rio Grande do Sul: Unijúí, Nº I, p. 75-95, jul / dez., 2001.

REZENDE, Jorge. Obstetrícia. 9. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SILVEIRA, Paulo. Exercício da paternidade. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

STANFORD, Peter. Ser pai: Guia passo a passo para os pais. Trad. Anna Quirino, São Paulo: Publifolha, 2005.

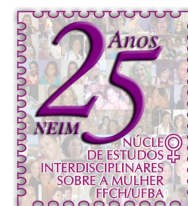
TEIXEIRA, Iracema. Gravidez e Sexo. Disponível em: http://www.saudenainternet.com.br/sexualidade/sexualidade_16.shtml. Acesso em: 08 jan. 2007.

TIBA, Içami. Quem ama, educa!. 67. ed., São Paulo: Gente, 2002.

VIEIRA, Érica. Sexualidade feminina e gestação. Disponível em: http://www.amigasdoparto.org.br/ce_corpo_03_06.asp. Acesso em: 08 jan. 2007.

ZIEGEL, Erna E.; CRANLEY, Mecca S. Enfermagem Obstétrica. Trad. J. Israel Lemos T.E.G.O., 8. ed., Rio de Janeiro: Guanabara, 1985.

Carla Denari Giuliani
PPG de História da Universidade Federal de Uberlândia
Palavra-chave: Gravidez; adolescência; prevenção.



Gravidez na adolescência: um conceito de problema

Este trabalho tem como tema o conceito de problema relacionado à gravidez na adolescência em uma contemporaneidade, abraçando as múltiplas relações sociais ao longo do processo histórico. A gravidez na adolescência não constitui fenômeno recente na história da humanidade, desde os tempos do auge da cultura grega, eram feitas as exaltações ao corpo e a juventude, a paixão era vista ora como um tormento, ora como um jogo. Os casais se uniam sem grandes formalidades. Mas ao instituir Roma com seus sistemas de normas e costumes, difundiu a prática social do contrato matrimonial, que garantiam a transmissão dos bens para os descendentes legítimos.¹ Sendo assim a instituição “casamento”² é uma invenção dos romanos antigos. Durante o apogeu do Império Romano, as mulheres casavam-se em média aos 14 anos, época que a expectativa média de vida era inferior aos 25 anos. Assim tendo uma expectativa de vida baixa, a manutenção da espécie só era possível aproveitando-se precocemente a fecundidade. As mulheres iniciavam a vida sexual após a menarca e os homens tão logo despertassem os instintos sexuais e a capacidade de fecundar³. Durante a Idade Média, as mulheres perderam terreno no que se refere a escolha do parceiro, assim escolher o

¹ História de casamento Disponível em: <http://www.colegiosaofrancisco.com.br/alfa/casamento/historia-do-casamento-1.php> . Acesso em: 11 Agosto 2008.

² Casamento ou matrimônio é o vínculo estabelecido entre duas pessoas mediante o reconhecimento governamental, religioso ou social e que pressupõe uma relação interpessoal de intimidade, cuja representação arquetípica são as relações sexuais. As pessoas casam-se por várias razões, mas normalmente o fazem para dar visibilidade à sua relação afetiva, para buscar estabilidade econômica e social, para formar família, procriar e educar seus filhos e legitimar o relacionamento sexual. Um casamento é freqüentemente iniciado pela celebração de uma boda, que pode ser oficiada por um ministro religioso (padre, rabino, pastor etc.), por um oficial do registro civil (normalmente juiz de casamentos) ou por um indivíduo que goza da confiança das duas pessoas que pretendem se unir.

³ COSTA, M. C. O. Fecundidade na adolescência: perspectiva histórica e atual. *Jornal de Pediatria*, v.74, n.2, p.87-90 .1998.

noivo passou a ser uma questão de família.⁴ Desta forma o melhor maneira das mulheres aproveitarem sua vida era ao lado de um homem, pois eram consideradas pelo clero como criaturas débeis e suscetíveis às tentações do diabo, logo, deveriam estar sempre sob a tutela masculina.⁵ A mulher era como uma propriedade, usada para obter vantagens. Os casamentos geralmente visavam o aumento de terras.

Nas classes sociais mais altas, as meninas eram casadas com a idade de oito anos. A mulher era objeto de seu marido, devendo a este obediência e fidelidade, mas:

"Devemos à Idade Média duas das piores invenções da Humanidade: a pólvora e a idéia do amor romântico".(MAUROIS apud JABLONSKI, 1991).

Na Idade Média, surgiu o "amor cortesão", a elegia de um sentimento mágico e, para muitos autores, a origem do chamado amor romântico. O amor cortesão não era devotado ao cônjuge, como se pode ver nos grandes romances da época: Tristão e Isolda, Lancelot e Guinevere, que tratam de amores adúlteros. Num período em que os casamentos eram arranjados visando a interesses sociais e econômicos, é compreensível que sentimentos arrebatadores, combinação de verdadeira devoção religiosa e luxúria, ocorressem fora das uniões legítimas. 1

Historicamente, então o papel da mulher foi o da maternidade e de objeto, seja para manter dinastias, acordos políticos ou como fonte de prazer e força de trabalho. A virgindade, por exemplo, era uma moeda de troca que valorizava o contrato de casamento. Ao casar, a mulher perdia uma parte da sua individualidade, o que começava com a perda do sobrenome.⁴ Desta forma se percebe que ao longo do tempo foi se arrastando pela história e pelas épocas um conceito de maternidade na juventude que fazia parte de uma rotina de uma época, sendo natural e aceitável pelos modelos social assim instaurado.

⁴ MARGED'S Castle, O Casamento e o Amor na Idade Média. Disponível em: http://marged.vilabol.uol.com.br/medieval_casamentoeamor.htm. Acesso em: 11 Agosto 2008

⁵ FABRÍCIA A_T_ de Carvalho. A mulher na Idade Média a construção de um modelo de submissão. Disponível em : http://A mulher na Idade Média a construção de um modelo de submissão - Fabrícia A_T_ de Carvalho.mht Acesso em: 11 Agosto 2008.

No Brasil, país de cultura fortemente patriarcal, estabeleceu a mulher á função social de reprodutora e a criadora dos filhos. Assim durante muitos anos, as meninas eram educadas para serem esposas e mães, portanto, logo após a menarca, as meninas se tornavam mães. E ainda, até no início do século passado, a gravidez precoce era considerada um acontecimento habitual para os padrões sócio-culturais da época.

Assim as mulheres, casavam-se cedo. Se os 12 e 13 anos constituíam a norma, não era raro que o aristocrata escravagista permitisse, infringindo suas próprias leis, que suas filhas se casassem até com oito anos. Na educação, a elas dispensadas, observava-se um atraso de um século ou mais sobre a norma européia. Das sinhás-moças, só se esperava o casamento e a maternidade.⁶

Deste modo, elas não só desconheciam a instituição escolar, como muitos pais, em casa, impedia-lhes o acesso às primeiras letras. Criadas em ambiente rigorosamente patriarcal, elas viviam sob a mais dura tirania dos pais, depois substituída pela tirania dos maridos.⁶ Segundo Freyre (1966), as belas meninas, cuja primeira comunhão marcava a entrada na vida adulta, tornavam-se, muito cedo, feias matronas de dezoito anos, carregadas de muito ouro, braceletes e pentes.

De fato, o envelhecimento precoce das brasileiras devia-se, entre outras razões, à higiene escassa, à alimentação desequilibrada, à maternidade precoce e desassistida, à indolência e à mandriice que o sistema social escravocrata impunha como norma ao corpo feminino.⁶ Quanto à menina escrava, sua situação pode ser inferida da leitura de um manual de fazendeiros do Século XIX, segundo o qual a parte mais produtiva da propriedade escrava era o ventre gerador. Desta forma, o próprio interesse econômico favorecia uma vida sexual precoce e promíscua para as meninas negras, na medida em que suscitava, nos proprietários, imoderado desejo de possuir o maior número de crias (Freyre 1966). Escravas negras ou brancas livres, em condições sociais distintas, entravam no universo do sexo e da reprodução biológica em igual compasso e sob um registro onde primava a ausência de toda e qualquer

⁶ REIS, A.O.A. & ZIONI, F. O lugar do feminino na construção do conceito de adolescência. *Rev. Saúde Pública*, 27(6): 472-7, 1993.

valorização especial. Essa situação de não reconhecimento se transformará, "a partir do momento em que a criança pequena e a mãe irão entrar na mira do movimento higienista"(Civilleti, 1991).

No Brasil, a inclusão feminina no âmbito de experiências socialmente valorizadas e, conseqüentemente, dotadas de visibilidade, foi inaugurada pelo movimento higienista que criou condições - pelo menos parciais – para que, posteriormente, o conceito de adolescência fosse estendido ao mundo das mulheres.

Cabe ressaltar neste momento que conceito de adolescente é um conceito recente, pois antigamente como já colocado à menina saía da infância e adentrava no mundo adulto logo após a primeira menarca, inexistindo desta forma a fase de adolescência. De acordo com os historiadores das mentalidades, até o Século XVIII a sociedade via mal a criança e, pior ainda, adolescente (Aries, 1978). Para Aries, essa idéia confirmou-se quando a pesquisa histórica se revelou capaz de demonstrar que embora em períodos anteriores à Idade Média tenha existido uma organização da comunidade por classes de idade - dessa época até o Século XVIII, a cultura ocidental abolira as distinções etárias. Com as drásticas mudanças socioeconômicas do Século XVIII, a escola substituiu a corporação em seu papel instrumentador e socializante. Através da escola a criança separou-se do adulto, o que permitiu que a noção de idade e de infância assumisse uma dimensão social mais significativa. Enquanto na Europa do Século XIX, o sentimento moderno de infância já havia há muito se instalado e se difundido, a adolescência começava a despontar diferenciando-se da criança.⁶

No Brasil, este processo se constituiu mais lento e ainda mais recente, o processo de constituição da adolescência esteve atrelado às características de sua formação social. A distinção entre os tempos de vida, notadamente entre a infância e a idade adulta, dos escravos machos e fêmeos, dos homens e das mulheres brancas, ocorreram quase no beiral do Século XX, numa outra cadência e seguindo determinações relativamente diferentes das da Europa, embora guardassem características globais análogas àquelas de lá.⁶

O conceito de adolescência, amplamente aceita nessa área, foi definido na Reunião da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a gravidez e o aborto na adolescência, realizado em 1974. Desta forma temos que pensar que

da inexistência do conceito de adolescente ao surgimento do mesmo se deu a partir dos embates dentro da dinâmica social.

Assim fenômeno da gravidez na adolescência não é novidade, o que é novidade é caracterizarem nas últimas décadas a gravidez como problema social. Porque será que de uma hora para outra a gravidez se tornou um problema? Para quem ela realmente é um problema? Trabalhando em campo de estágio⁷ com adolescentes carentes percebi que a gravidez em si não era um problema, mas as soluções para vislumbrar uma nova vida. O problema se encontrava no enfrentamento dessa gravidez perante a sociedade contemporânea que coloca para a adolescente que a realização está pautada no profissional, conseqüentemente nos estudos e não na maternidade e que neste momento foi feito para ela experimentar coisas novas, conhecer o mundo e não ficar em função de algo que possa trazer responsabilidade ou “problema” neste momento.

Desta forma se percebe novamente que ao longo do tempo e das épocas o conceito de maternidade na juventude que fazia parte de uma rotina, não era mais aceito pelos modelos sociais assim instaurado na contemporaneidade. Então me vem novamente a pergunta para quem a gravidez é um problema? Percebemos que ao longo do tempo este conceito de problema foi criado pela sociedade e pelo modo de vida que esta sociedade impôs a essas mulheres. Neste momento de Milton Santos⁸ e Thompson⁹ me inspira quando penso que sociedade é pluralista que ela se apropria do conceito e recria, reelabora, outros conceitos que muitas vezes não correspondem com o pensamento hegemônico da sociedade em que se vive e que esta reelaboração vai ser feita a partir de suas experiências vividas dentro de cada dinâmica social. Assim volto a me perguntar para quem é o problema da gravidez para a gestante adolescente ou para a sociedade e o mundo

⁷ Desde o ano 2000 o Curso de Graduação em Enfermagem/ FAMED da UFU desenvolve com um grupo da comunidade, um trabalho de educação em saúde junto às gestantes matriculadas na Instituição Filantrópica, denominada de Lar de Veneranda, localizada na cidade de Uberlândia MG, Nesta Instituição os alunos do curso de graduação em enfermagem desenvolvem atividades tipo ocupacionais para gestantes, palestras e etc.

⁸ SANTOS, Milton. Por uma outra globalização. Do pensamento único à consciência universal. 14ª ed., Rio de Janeiro: Recors, 2007 (prefácio, introdução geral, limites à globalização perversa, a transição em marcha).

⁹ THOMPSON. E.P. educação e Experiência In Os românticos; A Inglaterra na era revolucionária, Civilização. Brasileira, RJ, 2002, pp 11-47.

contemporâneo que ela compõem. Então vem ao debate o dialogo com Raymond Williams¹⁰ quando falamos que os conceitos não estão prontos eles são reelaborados dentro da dinâmica social que a base e superestrutura eles se entrelaçam tal forma que não conseguimos dissociá-las, pois ninguém é completamente inocente em suas atitudes e que há embate de pertencimento de espaços e apesar de termos uma hegemonia do conceito de gravidez que é disseminada pela mídia, pela saúde, pelo governo dentro deste mundo contemporâneo, este conceito é reelaborado dentro da dinâmica social.

Assim considero que as contradições de atitude perante a história frente ao conceito de problema dentro da gravidez na adolescência devem-se ser entendidas dentro das vivências e experiências dentro do curso de tempo histórico. Desta forma percebo que essas contradições de ser ou não um problema é uma construção do mundo contemporâneo onde a concepção de mulher, e do ser mulher, e por consequência da própria adolescência mudou, sendo agora os modelos propostos pela sociedade no mundo contemporâneo incompassível com a gravidez na adolescência.

Algumas falas de adolescentes numa comunidade do site de orkut que debate sobre este tema mostra bem o sentimento de controvérsia sobre conceito de problema disseminado pela sociedade contemporânea.

(...) Meu nome é J B, e eu estou usando o orkut de um primo meu, porque não participo desse site de relacionamentos, mas desde que me encontrei grávida, meu mundo gira em torno desse assunto, então vim procurar informações aqui, como procuro em todos os lugares . Eu acho que é muito fácil dizer "não" à gravidez na adolescência, quando não é você quem está grávida. Eu tenho 17 anos e estou no 4º mês de gestação. Meu filho é a razão do meu viver, e eu me sinto completamente madura e preparada. Acho que maturidade, não está diretamente ligada com a quantidade de anos vividos, mas sim a intensidade com que esses anos foram vividos. O pai do bebê é o amor da minha vida, meus pais e meus amigos nos apoiam e estão tão felizes e radiantes quanto nós dois por nosso filho. Quanto ao futuro, meu filho nunca foi visto como um obstáculo . Esse ano, vou entrar na faculdade, como faria se não estivesse grávida, porque estou grávida, e não doente. Não estou

¹⁰ WILLIAMS RAYMOND Base e superestrutura na teoria cultural marxista. In revista USP n° 66. Julho-agosto 2005, pp 210-225.

impossibilitada de fazer nada do que fazia antes, porque nunca fui uma garota baladeira e mesmo se fosse, deixaria de ser com prazer pelo meu filho. Porque não há maior prazer no mundo do que sentir o fruto de um amor sincero se mexendo dentro de você e sentir aquele cheirinho de bebê já agarrado em todas as suas coisas. Eu também sinto muito pelas adolescentes que não tem a sorte que eu tive, ou que não encaram um filho como uma bênção, mas como um carma. Mas todas que fizeram, fizeram sabendo o que estavam fazendo e por isso devem assumir sim! Não importa as circunstância. Não sou a favor do aborto nem em caso de estupro nesse caso, acho que a entrega à adoção seria a melhor solução caso a mãe rejeitasse, porque abortar, é matar e só Deus tem o direito de tirar a vida de alguém, porque foi ele quem nos deu a vida .Como já disse, não tenho orkut, mas caso alguém queira discordar de minhas palavras, ou apoiá-las.

(...) conocrdo plenamente kom a m l e a j. B olha eu tive uma conhecida ano passado ki estava grávida e eu sempre imaginei ki isso nunk iria kontecer komigo axava lindoo ver ela grávida mas ao msm tempo eu imaginava as difikuldades ki ela ia passar pois ele teve problema kom drogas e bebidas e o namorado dela tbm ki eh bem mais velho e jah tinha um filho kom outra mulher mas msm assim hj eles estaum muito felizes fizeram a vida deles e estaum otimo!! hj eu estou kom 16 anos e to kom 4 meses e 1 semana ki estou grávida sim foi ateh uma certa irresponsabilidade minha pq eu naum tomo pilua anticoncepcional e naum gosto de kamisinha mas por encrivel ki pareça ingravidei logo qnd eu usei kamisinha pq komo a maria luisa disse kamisinha naum eh de aço ki naum vaza neim estoura e eu usei logo a jontex ki ateh onde eu sei ela soh estora!!!eu estou muiito feliz kom minha gravidez e graças a Deus toda minha familia, namorado e familia do meu namorado fikaram do meu lado sim vou ter muitas difikuoldades por ainda depender da minha mãe mas komo ela estah do meu lado serei muito grata a ela a minha vida toda por td ki ela faz por mim estou super anciosaora ver meu bb em meus braços, sentir seu xeirinho, ammentar ele e td mais sou adolescente e estou grávida!! sim em alguns kasos eh irresponsabilidade sim mas eu jah vi vários kasos de anticoncepcionais ki naum funcionaraum komo kaso de uma outra garota da minha eskola ki me viu pedindo konselho pra uma amiga e ela me mostrou o anticoncepcional ki ela tomava e ela disse ki akilo num adiantava naum, eh

klaro ki adianta sim mas tem uns ki realmente naum daum certoe eu naum gostoo de kamisinha ela naum eh 100% segurapra vc em cima da j.b ki disse ki eh seguraa siim vou te dah uma jontex de presente e jah umapilula do dia seguinteki eu naum konsidero komo aorto e sim ara evitar ki o esperma fekundee eu jah tomei duas vezes e deu certo mas decide naum usar mais para naum me prejudikar! depois vc me fala se eh totalmente segura ok.

(...) Só estamos dizendo a verdade!!!Que engrávidar cedo é tremenda burrice!!!! Ainda + na adolescencia a melhor faze da vida sendo desperdiçada cuidando de filho!!!!

conheço muitas meninas e colegas q engrávidaram + ã se arreponderam de te tido o filho, + elas me falam q se pudesse voltariam atrás e mudariam tudo....elas acham burrice ter tido filho cedo....Pesem em 1º lugar ser independente, ter sua própria casa seu dinheiro para depois desfrutar tudo com seus filhos, dá o do bom e o do melhor pra eles...pq eu sei que é ruim pra mim depender dos meus pais com 15 anos...imagina com um filho então....e ã vem com a história q a camisinha estourou pq sabemos q a camisinha as vezes falha + existem os remédios...pq assim se a camisinha falhar tem o remédio fazendo o efeito.

(...) eu acho isso muita falta de responsabilidade poderiam namoar mais sem engravidar elas perdem grande parte de suas vida.

(...) Lamentável.Engravidar na adolescência é uma enorme estupidez e uma enorme irresponsabilidade por parte tanto da menina quanto do menino com quem ela transou. Vamos falar sério: não dá pra dizer que é "falta de informação". Existem hoje em dia dezenas de métodos diferentes de se evitar uma gravidez. Pílula, camisinha, DIU... se a menina engravida com 16, 17, 18 ou 19 anos não foi por não saber como evitar, foi por imbecilidade mesmo. E quem mais sofre, depois, é a coitada da criança, que não pediu para vir ao mundo e acaba sendo (mal)cuidada por uma "mãe" que, por sua pouca idade, não tem capacidade nenhuma nem de gerir a própria vida, quanto mais a vida de um bebê. É lamentável.

(...)engravidam porque querem acredito que todas engravidam porque querem,todo mundo diz para se cuidar usar camisinha,tomar remedio ninguem toma ou se previnem se fazem sem se prevenir e porque querem engravidar e sabem que isso vai acontecer sim ,mas querem brincam com a sorte,depois

nao adianta se lamentar....pois suas vidas nao vao piorar, mas se nao querem engravidar se cuidem.... bjoss.

(...) gravidez na adolescencia acontece por varios motivos e a camisinha nao e tao segura e nem o remedio mas de qualquer forma quem nao quer engravidar tem que se prevenir de qualquer forma, nao acho errado engravidar na adolescencia pois kda um sab o q faz o q eu acho errado e maes engravidarem e tirar seus filhos isso que e errado e alem de errado e crime, nao acho que as adolescentes quando engravidao, vao abrir mao da adolescencia e nem dos seus estudos e nem dos seus amigos elas apenas vao ter mais responsabilidade e claro mais dificuldade para organizar tudo..mas nada na vida e impossivel.

Estas falas demonstram a ambigüidade das adolescentes frente ao conceito de problema mostrando multiplicidade do ser humano. Assim atualmente, a maternidade na adolescência é considerada indesejável e apontada como origem de vários problemas; pois se tornou incompatível com as novas demandas sociais. As expectativas sociais diante da adolescência se alteram social e historicamente: o que em dado momento é tido por aceitável e “natural” para uma sociedade em outro contexto considera-se inaceitável ou mesmo problemático diante das expectativas que as adolescentes vislumbram.

Novamente Thompson⁹ entra em cena quando penso que a experiência desta construção de conceito problema se dá dentro dos embates das relações sociais. Assim me questiono novamente com relação às mulheres e em principal as adolescentes quando estas relações e este embate modificaram ao longo deste breve período da historia? Nesta transformação social há mudança no cenário da mulher e da adolescente no mundo contemporâneo. Frente aos meus questionamentos me lembro que estas transformações iniciaram com mulheres resididas no EUA que tiveram acesso a escolaridade por meio da religião. Assim detentoras de conhecimento, as mulheres tomaram consciência de seu verdadeiro papel rompendo com modelo androcêntrico imposto pelos homens.

Desta forma na década de 60, a pílula contraceptiva oral combinada, também conhecida como pílula anticoncepcional, ou simplesmente "a pílula"¹¹

¹¹ A pilula é uma combinação de estrogênio e progestágeno administrada oralmente para inibir a fertilidade normal da mulher. Os contraceptivos orais foram aprovados para o uso inicialmente nos Estados Unidos em 1960, e são uma forma muito popular de controle de natalidade. A progesterona vinha sendo usado para desordens menstruais e a prevenção de certas formas de aborto, porém sua obtenção era muito trabalhosa e cara. Um professor de química do Instituto Rockefeller da Pensilvânia, Russel E. Marker, estudando um grupo de esteróides, descobriu um processo de obtenção da progesterona. Marker verificou também que esses esteróides existiam em grande quantidade em algumas variantes dos e antes yams, fruta de uma árvore silvestre mexicana. Vencendo não poucos obstáculos financeiros, Marker recolheu umas dez toneladas de yams e sintetizou 2.000 g de progesterona, que então custava

levou ao grande avanço na regulação do próprio corpo feminino, pois agora ela poderia escolher que época poderia engravidar. Por conseguinte o século XX havia reencontrado sua pílula reguladora da maternidade como uma de suas mais transcendentais invenções.

Através do advento da pílula e do feminismo novas conquistas desta mulher frente a sociedade foi conseguida, a um redirecionamento no papel feminino e da própria adolescente, as mudanças do papel feminino na sociedade são muito constantes, pois as mulheres estão cada vez mais instruídas e ocupando lugares na universidade.¹² Desta forma há intensa transformação social mudando-se a perspectiva de vida destas mulheres e adolescentes. Assim, o pensamento hegemônico da sociedade contemporânea impõe para as adolescentes a função social de se dedicar exclusivamente aos estudos e a profissionalização, garantindo assim um futuro de sucesso, tendo a maternidade como algo coadjuvante no processo de construção social.

Mas novamente quando vamos as fontes elas infelizmente ou felizmente não dizem o que realmente queríamos ouvir aí temos que nos debruçar e entender o porquê? As falas seguidas mostram como o imaginário social não é estático que as adolescentes apesar do pensamento hegemônico de problema quando se trata de gravidez na adolescência, disseminado pela mídia, pelos programas de saúde, pelo próprio ensinamento médico, e pelo próprio mundo contemporâneo as pessoas constroem, reescrevendo novos juízos de valores.

(...) Eu vejo como uma conquista, porque tem mulheres que são loucas pra ter filho e não conseguem, então por esse lado eu vejo como uma conquista, mas por outro é muita responsabilidade, nossa, eu quando a gente pensa assim: estou grávida, penso em como é que eu vou fazer pra criar meu filho, como é que eu vou fazer pra dar o leite dele todo dia, é muita responsabilidade, é muita coisa que a gente tem que pensar ao mesmo tempo, então é nisso aí que a gente tem que controlar, porque senão acaba ficando

US\$80 o grama. Com os doutores Chang e Rock na Fundação Worcester, Pincus descobriu os estrógenos e progestágenos, derivados da progesterona que mais inibiam a ovulação, e deles saiu a pílula anticoncepcional. Os primeiros ensaios, realizados em Porto Rico e Haiti, demonstraram sua eficácia. Uma larga série de modificações ocorreu desde então com sucessivos aperfeiçoamentos e correções dos efeitos secundários.

¹² MOREIRA, Naldilza Martins de Barros, Escrita, crítica e gênero: uma trajetória feminista feminista, In: Condição Feminista Revisitada: Julia Lopes de Almeida e Kate Chopin. João Pessoa: UFPB, 2003. P29-73.

doido né, mas por um lado é bom ter filho, porque a gente cria responsabilidade, deixa de ser aquela molequinha que só quer saber de festa e é isso...” (Gerbara- 2)

Vejo que não podemos desprezar as mensagens que são passadas pela nossa cultura. Apesar de todas as mudanças ocorridas nos últimos anos, ainda faz parte da socialização de qualquer menina a idéia de que seu grande valor está numa maternidade futura. Mesmo hoje, quando o papel de mãe se vê ameaçado há algo mais forte em algumas meninas do que amplamente valorizado pela sociedade que é o desejado o ser mãe. Desta forma essas ações são legitimadas no modo de vida e nas experiências que perpassa a vida de cada adolescente. Assim a vida adulta alterou-se muito nas sociedades ocidentais modernas. O redimensionamento da autoridade parental, novas normas educativas, transformações nas relações de gênero e entre gerações compõem novo cenário social e familiar. Mas esta alteração não foi capaz de desistaguar a sociedade contemporânea, completamente voltada para interesses centralizados numa minoria, incapaz de mudanças que beneficiam a maioria (povo), e faz através dos tempos a história como eles querem que sejam, histórias dos pensamentos hegemônicos. Na questão do conceito de problema frente à gravidez na adolescência percebe-se que mesmo dentro de um sociedade padrão este conceito é reelaborado dentro da dinâmica social. Essa reelaboração que faz colocar em cheque, meio lento, o pensamento hegemônico da contemporaneidade. Assim ele vem modificar um caminho com novas atitudes que ocorrera com sabedoria, onde se verá claramente que experiência dentro da dinâmica social começa a escrever uma nova vida, ou seja, muda-se a história.

Portanto ao se falar em gravidez na adolescência, e do conceito de problema que se instaura na contemporaneidade e falar construção do social e de embates que se da ao longo desta construção nas dinâmicas sociais. Isto é mostrado na falas onde se percebe há tempo atrás à gravidez ocorria como algo natural e hoje muita das adolescentes considera assim, mas a sociedade atual considera como um fenômeno não natural, e não desejado. Por meio deste ensaio, observamos que a gravidez na adolescência envolve diversos fatores que são necessários pensa-los de uma forma mais abrangente com equipe multidisciplinar. Os programas de prevenção atualmente existentes não

deveriam se ater somente aos meios de prevenção, mas compreender melhor o processo histórico e os embates que geram este problema, fazendo a valorização do ser humano e da sociedade, provando a lei de causa e efeito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARIES, P. História social da criança e da família. Rio de Janeiro, Zahar, 1978.

CIVILETTI, M.C.P. Cuidados às crianças pequenas no Brasil escravista. Cad. Pesq., (76): 31-40,1991. S. COSTA, J.F. Ordem médica e norma familiar. Rio de Janeiro

FREYRE, G. Casa grande e senzala: formação da família brasileira sob o regime de economia patriarcal. 13. ed. Rio de Janeiro, Liv. José Olympio Ed., 1966.8. MOTA, C.N. da. Por uma antropologia da mulher.

REIS, A.O.A. & ZIONI, F. O lugar do feminino na construção do conceito de adolescência. Rev. Saúde Pública, 27(6): 472-7, 1993.

HEILBORN. M.L. Gravidez na adolescência: considerações preliminares sobre as dimensões culturais de um problema social. In: VIEIRA, Elizabeth Meloni et al. Seminário gravidez na adolescência. Rio de Janeiro. Associação Saúde da Família, 1998. p.23-32.

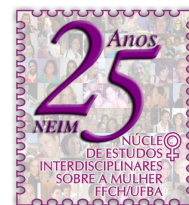
ZIONI GOMES, F. & ADORNO, R.C.F. Crescimento e desenvolvimento na prática dos serviços de saúde pública: revisão histórica dos conceitos de criança. *Rev. SaúdePública*,**24**:204-11,1990.

GT – Saúde e Sexualidade

Emanuelle Freitas Góes

ISC/UFBA

Palavras-chave: direitos sexuais, direitos reprodutivos, racismo institucional



Direitos sexuais e direitos reprodutivos, um desafio ao acesso nos serviços de saúde

1. INTRODUÇÃO

A questão da mulher na saúde – como cidadã plena, e não meramente o ser responsável pela reprodução – foi posta em discussão pelo movimento de mulheres, sendo um forte aliado no processo de construção do SUS. Pode-se afirmar que o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) de inspiração feminista, contribuiu para a mudança de postura do setor da saúde, ao preconizar um elenco de ações com vistas à garantia do atendimento integral à saúde da mulher, agora na condição de sujeito político coletivo (COSTA; GUIMARÃES, 2002).

O acesso das mulheres, em todos os ciclos de sua vida, a informações e serviços integrados de atendimento a saúde sejam adequados e com custos acessíveis, como defini um dos objetivos expressos na Plataforma de ação mundial / Beijing 95 (ARTICULAÇÃO DE MULHERES BRASILEIRAS, 2000).

A saúde sexual e reprodutiva e os direitos que lhe são inerentes devem ser compreendidos não só com a possibilidade de homens e mulheres garantirem uma vida sexual satisfatória e segura, e em condições de reproduzirem, porém também com a possibilidade de decidir de fazer ou não, no período e na frequência desejada, além de englobar principalmente, o acesso a serviços apropriados de atenção a saúde (SOUZA; TYRRELL, 2007).

Souzas e Alvarenga (2007) corroboram quando descreve que a saúde sexual e reprodutiva relaciona-se ao usufruto da liberdade intrínseca aos direitos sexuais e reprodutivos. Direitos estes construídos recentemente baseados em frutos de reflexões teóricas sobre os direitos individuais e coletivos.

Ventura (2005) define que atual concepção dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, não se limita os direito a saúde sexual e reprodutiva, porem tem um sentido mais amplo contemplando os direitos humanos, individuais e sociais como, direito a liberdade, autonomia e autodeterminação reprodutiva, direito à informação, educação, desenvolvimento da capacidade para a tomada de decisão.

A atenção integral à saúde da mulher pressupõe que os direitos sexuais e os direitos reprodutivos sejam compreendidos como direitos humanos, tendo como relevância a diversidade e as necessidades específicas da população feminina.

Portanto, são necessárias que em qualquer planejamento de ações de saúde da mulher, além do enfoque de gênero, sejam incorporadas também as questões relativas à raça/etnia, ou seja, o “quesito cor” na saúde, visando a que todos os indicadores de saúde considerem estas variáveis, com o propósito de garantir a equidade diante da diversidade (BRASIL, 2005).

A garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos está diretamente associada à acessibilidade nos serviços de saúde que muitas vezes são violados por multifatores que agem de forma articulada, como racismo, o sexismo, condições socioeconômicas e culturais.

O um dos fatores como o racismo institucional age de forma estruturante na acessibilidade aos serviços de saúde determinando a condição de saúde e doença da população atingida. Pois, racismo é um fator gerador de doenças e/ou de agravamento de situações patogênicas preexistentes, bem como fator de incidência sobre as taxas de mortalidade da população, ou seja, o racismo torna a população negra mais vulnerável em todo o ciclo da vida (BARBOSA, 2001).

Este artigo tem como finalidade fazer uma análise, através do banco de dados do DATASUS, sobre o acesso ao serviço de pré-natal entre mulheres negras e brancas do município de Lauro de Freitas.

2. METOTODOLOGIA

Município de Lauro de Freitas é um dos dez Municípios que integram Região Metropolitana de Salvador (RMS). Sendo composto por quatro distritos sanitário que são Itinga, Portão, Areia Branca e Caji/Centro. Sendo que Areia

Branca e Caji são os distritos que compõem a zona rural. Segundo o Caderno de Informação em Saúde do DATASUS em 2007, o Município no ano de 2007 tinha uma estimativa de 151.075 habitantes e destes 77.190 são mulheres sendo que 53.69% são mulheres em idade fértil de 10 a 49 anos.

Realizou-se descritivo com análise de frequência com os dados sobre saúde reprodutiva que foram coletados a partir do Sistema de Nascidos Vivos (SINAN) do Ministério da Saúde/DATASUS e no Sistema de Planejamento Familiar do Município (SISPF) do ano 2007. O SINAN fornece variáveis sobre raça/cor, faixa etária, grau de instrução, tipo de parto, número de consulta de pré-natal, tipo de gravidez, sexo, apgar, peso ao nascer, anomalia congênita, local de ocorrência, estado civil. O SISPF fornece as variáveis sobre sexo, tipo de método contraceptivo, distrito sanitário, faixa etária e produção.

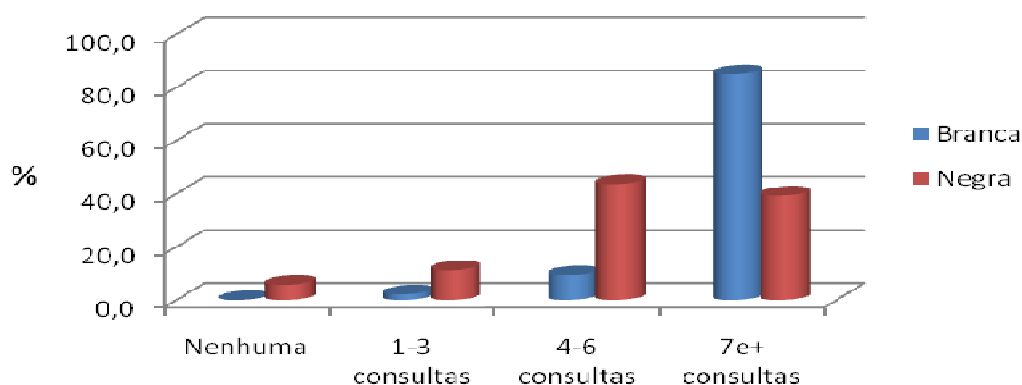
Análise comparativa relacionada à raça/cor tem como finalidade descrever e interpretar através dos dados coletados a acessibilidade das mulheres nas suas especificidades como raça/cor e idade nos serviços de saúde sexual e reprodutiva do Município.

3. ANÁLISE DOS DADOS

No que se refere à saúde reprodutiva das mulheres do município, no ano de 2007 de acordo com o DATASUS/Ministério da Saúde, o Sistema de Nascidos vivo (SINAN) houve 2.666 partos e de acordo com o SISPF neste mesmo ano tiveram um total de 16.601, sendo deste total de 3.286 são pacientes novos. É necessário ressaltar que, o quesito cor, neste Sistema, é a definição da raça/cor do filho, sendo que definido pela mãe e a população negra descrita nesta análise é a soma da cor preta e parda da variável raça/cor e no SISPF não tem informações desagregadas por raça/cor.

Ao analisar os números de consultas de pré-natal há uma distância entre o número de atendimento as mulheres negras (39,3%) e brancas (85%) quando se refere a 7 ou mais consultas (**figura 1**) sendo mais que o dobro quando comparado os dois atendimentos, vale ressaltar que o Ministério da Saúde preconiza no mínimo seis consultas de Pré-natal no Sistema Único de Saúde (SUS).

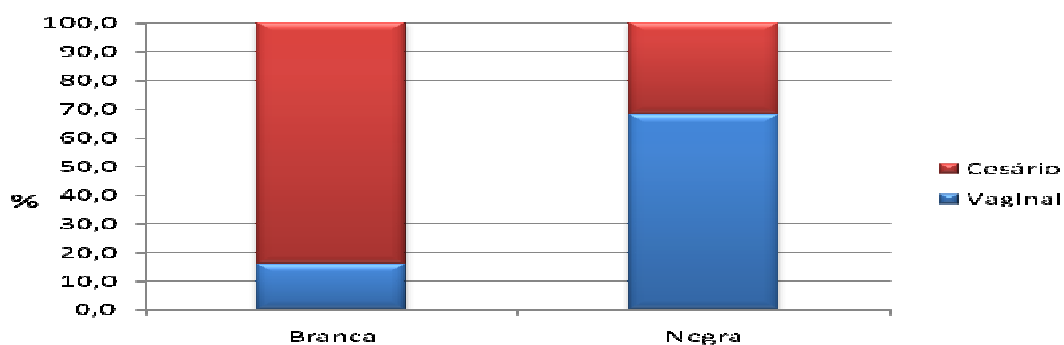
Figura 1 - Distribuição proporcional de consulta pré-natal, segundo raça/cor, Lauro de Freitas 2007



Fonte: DATASUS/Ministério da Saúde

Quando se verifica os tipos de partos realizados pelas gestantes as mulheres brancas atingem 83,9% do parto Cesário e enquanto as mulheres negras 68% dos partos são vaginais como se pode observar na figura 2, este cenário reflete a discriminação racial no atendimento as mulheres demonstrando o racismo institucionalizado nos serviços de saúde pública.

Figura 2 - Distribuição Proporcional dos tipos de parto, segundo raça/cor, Lauro de Freitas 2007

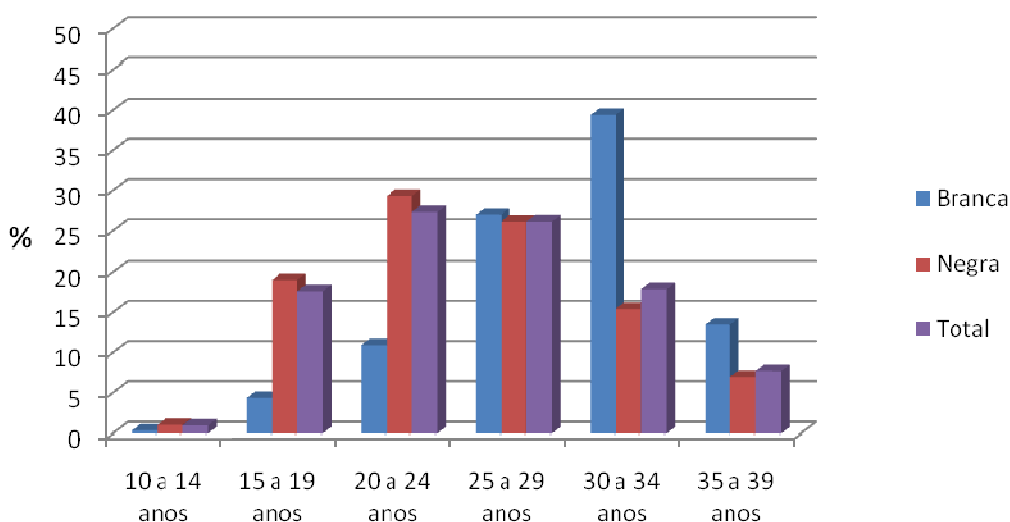


Fonte: DATASUS/Ministério da Saúde

Em relação à idade da mãe o que se pode destacar é que há um numero maior de mulheres negras nas faixas etárias iniciais de 10 a 14 (1,05%), 14 a 19 (19,03%) e de 20 a 24 (29,33%) anos e depois a uma inversão em relação às mulheres brancas tem um aumento nas faixas etárias de 30 a 34 (39,42%) e

35 a 39 (13,5%) anos quando comparadas como pode ser observado na figura 3.

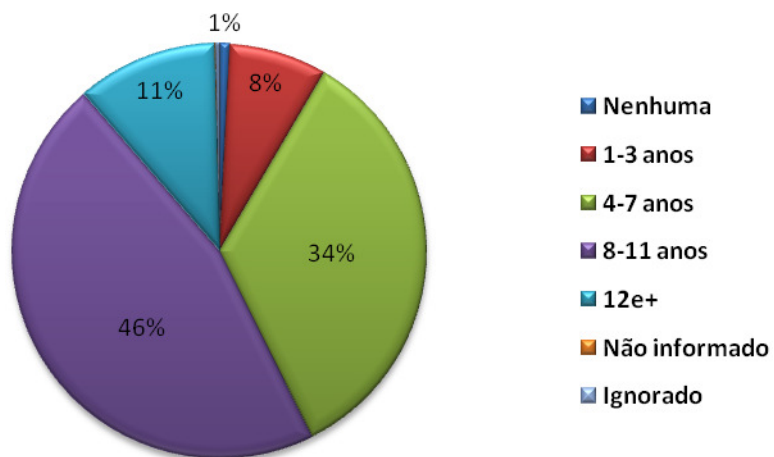
Figura 3 - Distribuição Proporcional da Idade da Mãe segundo raça/cor, Lauro de Freitas, 2007



Fonte: DATASUS/Ministério da Saúde

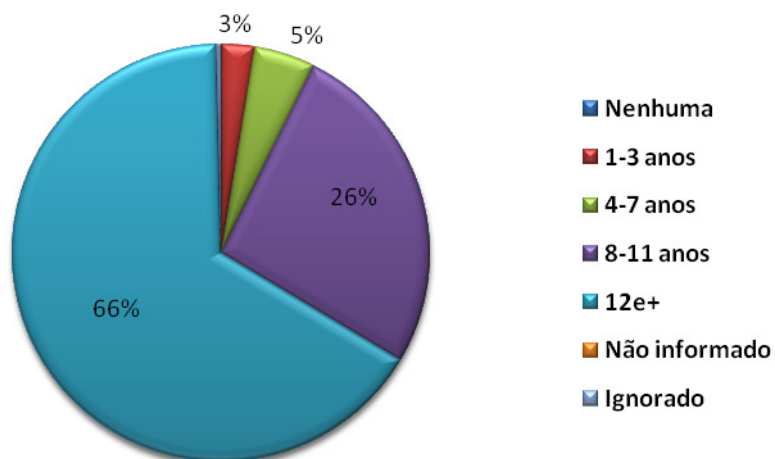
Quando se observa o grau de instrução das mães entre negras e brancas e que se verifica é que as mulheres negras têm na sua distribuição proporcional como destaque de maior grau de instrução é de 4 a 7 anos (34%) de estudo e de 8 a 11 anos (46%). Enquanto as mulheres brancas têm como destaque para mais tempo de estudo 12 anos ou mais (66%). Como pode ser observado na **figura 4 e 5**.

Figura 4 - Distribuição Proporcional do Grau de Instrução da Mãe, segundo raça/cor Negra, Lauro de Freitas, 2007



Fonte: DATASUS/Ministério da Saúde

Figura 5 - Distribuição Proporcional do Grau de Instrução da Mãe, segundo raça/cor Branca, Lauro de Freitas, 2007



Fonte: DATASUS/Ministério da Saúde

4. DISCUSSÃO

Uma pesquisa feita no Estado do Rio de Janeiro revela um dado mais incisivo da discriminação racial na assistência a quando constataram que hospitais, públicos e particulares, tratam diferencialmente as gestantes brancas e as negras, revelando que o número de grávidas negras que não foram examinadas de maneira adequada durante o exame pré-natal foi maior, se comparado com as brancas (LEAL et. al. 2005).

As mulheres negras têm menos acesso à educação, possuem *status* social e econômico mais baixo, vivem em piores condições de vida e de moradia e, no que se refere à saúde reprodutiva, têm menos acesso aos métodos contraceptivos e apresentam maiores chances de engravidar ainda que não o desejem.

Para Lopes (2004) por essas e outras razões não é mera coincidência o fato de que a maioria das mortes maternas ocorre com as mulheres negras, entre as causas de mortes maternas, as principais relacionam-se às complicações do aborto.

De acordo com Werneck (2001) em seu artigo *AIDS: a vulnerabilidade das mulheres negras*, as iniquidades em saúde das mulheres negras são heranças das desigualdades postas pelas relações sociais e políticas pautadas nas discriminações de origem racial e sexista violando direitos, impossibilitando as ações de políticas públicas assim como dificultando o acesso à ascensão social e a um serviço de saúde qualidade, igualitário e que respeite a diversidade racial.

5. CONCLUSÃO

O SUS, através do qual o PAISM deve ser implementado, além de enfrentar a falta de recursos, enfrenta também obstáculos que se refere à metodologia de municipalização, que envolve a vontade política dos gestores e a capacidade de controle, por parte dos diferentes atores sociais.

Ao analisar estes dados pode se afirmar que o racismo institucionalizado nega e viola o direito de acesso aos serviços públicos de saúde que de acordo

com o Sistema Único de Saúde deveria estar pautado no princípio da equidade e da igualdade de acesso a toda população.

Desta forma a implantação das políticas públicas para os direitos sexuais e reprodutivos deve reconhecer a diversidade racial com o propósito de garantir o acesso de forma igual e equânime com a finalidade de atingir toda a população.

6. REFERENCIAS

ARTICULAÇÃO DE MULHERES BRASILEIRAS. *Políticas Públicas para as mulheres no Brasil, 5 anos após Beijing*. Brasília, 2000.

BARBOSA, Maria Inês da Silva. É mulher, mas é negra: perfil da mortalidade do “quarto do despejo”. *Jornal da Rede Saúde*. n°23, Março, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Atenção à Saúde das Mulheres Negras, Perspectiva da Eqüidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Brasília, 2005.

COSTA, Ana Maria; GUIMARÃES, M^a do Carmo Lessa. *Controle Social: uma questão de cidadania, saúde é assunto de mulheres*. Rede Feminista de Saúde. 2^a Ed. 2002.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; CUNHA, Cynthia Braga da. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 39, n. 1, 2005.

LOPES, Fernanda. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e Morrer: Tópicos em Saúde da população negra no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Seminário Nacional da Saúde da População Negra*. Brasília, 2004.

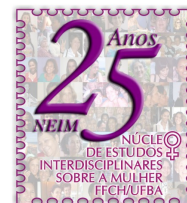
SOUZA, Kleyde Ventura de; TYRRELL, Maria Antonieta Rubio Os fatos & atos relacionados ao (difícil) exercício dos direitos sexuais e reprodutivos: em recortes, o processo de viver de um grupo de mulheres de classes populares. *Texto & Contexto - Enfermagem*, vol.16, n. 1, 2007.

SOUZAS, Raquel; ALVARENGA, Augusta Thereza de Direitos sexuais, direitos reprodutivos: concepções de mulheres negras e brancas sobre liberdade. *Saúde e Sociedade*, vol.16, n. 2, 2007.

VENTURA, Mirian. Possibilidades jurídicas para a afirmação e implementação dos direitos sexuais e reprodutivos. *Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: em defesa de um Estado laico*. Serie: Argumentos Feministas Nº 3, 2005.

WERNECK, Jurema. AIDS: a vulnerabilidade das mulheres negras. *Jornal da Rede Saúde*. nº23, Março, 2001.

GT – Saúde e Sexualidade
Joise Magarão Queiroz Silva
Mirian Santos Paiva
Patrícia de Figueiredo Marques



Saúde sexual e reprodutiva- conceitos no currículo do curso de enfermagem da UFBA, 1972-2006

Introdução

A preocupação com a inclusão dos conceitos de saúde sexual e reprodutiva no currículo de Graduação em Enfermagem se originou a partir da minha vivência como aluna da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia- EEUFBA e como integrantes do Grupo de Estudo sobre Saúde da Mulher- GEM. As reflexões sobre a prática discente e docente, de atenção e pesquisa nos cuidados prestados às mulheres desencadearam inquietações sobre a proposta curricular deste curso.

Na trajetória das propostas curriculares do curso de graduação da EEUFBA a reprodução das desigualdades de gênero encontram-se presentes na “formação” do perfil profissional em muitas das disciplinas (LESSA, 1998). Sendo as reflexões realizadas mediante a perspectiva de gênero, um instrumento importante na compreensão e implementação da saúde sexual e reprodutiva, existe a possibilidade dos conhecimentos teóricos e práticos implementados voltarem-se a percepção limítrofe e fragmentada da saúde.

Assim, uma disciplina pode representar o único espaço de discussão sobre a temática se as demais não resgatarem nem comentarem sobre o assunto. Isto comprometeria a possibilidade de reflexões e ações integrais e dificultaria a interdisciplinaridade. Conseqüentemente, o currículo colaboraria para graduação de profissionais que reproduzem na sua prática estas desintegralidades da atenção a mulheres e homens, de qualquer classe, raça, etnia, geração, restringindo-se a aspectos biológicos.

Desta forma, para o desenvolvimento deste estudo adotamos o conceito de saúde sexual e reprodutiva, proposto pela “Health, Empowerment, Rights and Accountabilit” (HERA, 1999); como a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem riscos de infecções sexualmente transmissíveis, gestação não desejada, coerção, violência e

discriminação, considerando também que tais pessoas tenham habilidade de reproduzir-se, assim como de regular sua fertilidade com o maior conhecimento possível das conseqüências pessoais e sociais de suas decisões, e com acesso aos meios para implementá-las (FATHALA, 1988 apud GALVÃO 1999).

As discussões sobre a sexualidade e, principalmente, a reprodução é institucionalizada a partir da década de 50, século XX. Neste período manifestam-se as preocupações governamentais significativas com o crescimento populacional, pois esse crescimento poderia interferir no crescimento econômico.

Deste momento em diante, nas décadas de 60 e 70, do mesmo século, houve maior investimento do governo com relação a formulação de programas para o controle da natalidade. Estes, em especial o planejamento familiar, não se preocupavam com os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e dos homens, o único interesse era o econômico. Todavia, a partir da década de 80, com as chamadas conferências de saúde e a intensificação das lutas do movimento de mulheres, em destaque o feminista, dar-se importância as questões relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos, os quais passam a serem pauta de discussões governamentais.

Está mudança de atitude governamental quanto a perspectiva social e ampliada da saúde ocorre num período favorável à conquista de direitos, a abertura política. A saúde passou a compor o quadro dos problemas sociais neste período para os quais os movimentos organizados da sociedade civil reivindicavam soluções, principalmente o movimento feminista.

O reconhecimento da fragmentação da assistência à mulher denunciado pelas feministas passou a ser compartilhada por sanitaristas, demógrafos, cientistas sociais, militantes de partidos políticos. Mediante a pressão do movimento de mulheres e baseada em algumas das reivindicações na atenção a saúde, foi elaborado em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da mulher - PAISM (COELHO, FONSECA e GARCIA, 2006)

O PAISM constitui-se como marco histórico, na medida em que introduz novo enfoque nas políticas públicas voltadas para saúde da mulher, centrado na integralidade e na equidade das ações, propondo abordagem global da saúde da mulher em todas as fases do seu ciclo vital, e não apenas no ciclo gravídico-puerperal. (BRASIL, 2005,p.10)

Neste programa, a enfermagem amplia seu espaço de atuação com a possibilidade de desenvolvimento de atividades educativas (sala de espera) e das consultas de enfermagem nos serviços de pré-natal, planejamento familiar, ações próprias da atenção primária. Já, na rede hospitalar atuação no alojamento conjunto, administração dos centros obstétricos e participação do processo do partear quando habilitadas.

Na década de 1990, houve um maior redirecionamento das políticas internacionais para maior abrangência de questões do meio ambiente e desenvolvimento, culminando com a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento - CIDP, em 1994, no Cairo, e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em 1995, em Beijing (GALVÃO, 1999). A CIPD conferiu papel primordial à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos, ultrapassando os objetivos puramente demográficos. O novo foco proposto voltava-se para o desenvolvimento do ser humano, o que provocou uma transformação profunda no debate populacional por dar prioridade às questões dos direitos humanos.

Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência (BRASIL, 2005, p.7).

A CIPD foi um marco importantíssimo no que se refere a saúde sexual e reprodutiva, pois de forma mais abrangente trouxe a tona esses conceitos e possibilitou mudanças no âmbito governamental e político vigente, onde na maioria dos países se desenvolviam programas verticais com ênfase no ciclo gravídico-puerperal. Em contrapartida a IV Conferência Mundial sobre a Mulher além de reafirmar essa proposta da CIPD, dava também enfoque a igualdade de gênero, assunto bastante relevante no que tange as discussões sobre saúde sexual e reprodutiva

Muitas das sugestões e compromissos assumidos na Conferência do Cairo repercutiram e respaldaram as discussões na IV Conferência Mundial sobre a Mulher. Nesta reafirmam-se os acordos estabelecidos no Cairo e houve um avanço na definição dos direitos reprodutivos e sexuais como

direitos humanos. Os direitos sexuais foram definidos de maneira mais autônoma em relação aos direitos reprodutivos, dissociando a sexualidade da obrigatoriedade da reprodução.

Em ambas as Conferências, os governos de vários países, entre os quais se inclui o Brasil, assumiram o compromisso de basear-se nos direitos sexuais e reprodutivos estabelecidos ao elaborar e implementar todas as políticas e os programas nacionais dedicados à população e ao desenvolvimento, em especial os direcionados ao planejamento familiar. Os princípios de Cairo e Beijing opõem-se radicalmente à imposição de metas populacionais, conceptivas e contraceptivas que não estimulem o livre arbítrio e a autonomia sobre o corpo, reconhecendo para isso o fim de todas as formas discriminatórias (BRASIL, 2005).

Os Programas e as Plataformas de Ação propostos nessas conferências enfatizaram a necessidade de promover-se a igualdade entre homens e mulheres, como requisito essencial para a conquista de melhores condições de saúde e de qualidade de vida, e de promover-se, de igual modo, o efetivo envolvimento e co-responsabilidade dos homens nas questões referentes à saúde sexual e reprodutiva (idem, p.7).

Diante deste contexto, esta pesquisa pode contribuir para o resgate da história da enfermagem intimamente relacionada a atenção à mulher, como pode ser verificada na atuação estabelecida nos protocolos governamentais.

Dessa forma levantamos a seguinte questão: Como se deu a inclusão dos conceitos de saúde sexual e reprodutiva nos currículos da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia? Os objetivos foram analisar como se deu a inclusão dos conceitos de saúde sexual e reprodutiva nos currículos da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia; identificar as disciplinas do currículo de enfermagem da EEUFBA que abordam essas temáticas, e; descrever como os usos desses conceitos foram/são abordados na teoria e na prática.

PROCESSO METODOLÓGICO

A inclusão do conceito de saúde sexual e reprodutiva nos currículos da Escola de Enfermagem da UFBA pode ser considerada como um fenômeno que repercuti na formação de enfermeira (o)s. Este conceito entendido como

transversal a todas as áreas de atenção a saúde, ao ser incluído nesta formação contribui para o exercício do direito.

Nesta compreensão e para melhor apreensão do objeto e alcance dos objetivos propostos, esta pesquisa apropriou-se da abordagem qualitativa. Isto porque oportunizou a análise, a descrição e a compreensão do problema no sentido de conhecer suas características com vistas a obter informações significativas que podem auxiliar no processo de desvendamento da temática de forma mais concisa, clara e crítica. Concordando com Freitas (2002, p.26),

[...]os estudos qualitativos com o olhar da perspectiva sócio-histórica, ao valorizarem aos aspectos descritivos e as percepções pessoais, devem focalizar o particular como instância da totalidade social, procurando compreender os sujeitos envolvidos e, por seu intermédio, compreender também o contexto.

Diante desta argumentação, a abordagem qualitativa, neste estudo, apresentou-se como apropriada para empreender a construção de conhecimento sobre a historicidade, as contradições e as possíveis conexões existentes entre os elementos que constituem o processo do fenômeno.

Para melhor apreender sobre este objeto este estudo apresentou duas etapas, interdependentes e concomitantes, a pesquisa documental e a escuta de protagonistas do processo. Entende-se por pesquisa documental, o estudo desenvolvido sobre material elaborado previamente. Este material caracteriza-se por ainda não terem recebido anteriormente tratamento analítico. No caso deste estudo, a fonte pode ser classificada como documentos de primeira mão por não ter passado por análise prévia (GIL, 1999).

A coleta de dados foi feita através da pesquisa documental dos currículos de enfermagem no período de 1972 até 2006 e dos programas das disciplinas da área da mulher da EEUFBA (Apêndice A), e trabalhos de conclusão de curso. Este material encontrava-se nos acervos do colegiado de graduação e da biblioteca da Escola, sendo viabilizado o acesso a partir de um ofício e resumo encaminhado a coordenadora e apoio das funcionárias do mesmo (Apêndice B).

Outra técnica utilizada foi a entrevista semi-estruturada gravada com sete docentes de dedicação exclusiva que lecionam na(s) disciplina(s) que abordam/ utilizam o conceito de saúde sexual e reprodutiva (Apêndice C). A

aproximação dos sujeitos foi viabilizada com a entrega de uma carta convite e resumo do projeto, a fim de agendar a realização da entrevista. As mesmas foram realizadas nas salas das referidas docentes atendendo aos aspectos éticos. A transcrição foi feita por mim, sendo arquivadas em mídia para um período de cinco anos serem destruídas.

É interessante pontuar que lecionavam no período da realização desta pesquisa dez docentes de dedicação exclusiva, sendo uma destas a orientadora, uma delas se negou a participar e a outra disse não ter tempo disponível.

Os dados foram analisados mediante a Análise Temática de Minayo, a qual consiste em descobrir os núcleos de sentidos que compõem uma comunicação (verbal, não verbal e escrita) cuja presença signifique alguma coisa para o objeto que será analisado, ou seja esta se preocupa com a significação do caráter do discurso. Assim, seguindo o proposto por Minayo (2000), o plano de análise desdobrou-se em três etapas:

1) Na pré-análise, primeiro aos pareceres para estabelecer as matérias que compunham os currículos. Em seguida com esta informação dirigi-me as grades curriculares para verificar questões relacionadas a carga horária, pré requisitos e localização temporal dessas matérias e suas disciplinas. Por fim busquei os programas/planos de curso das disciplinas para estabelecer as ementas, os conteúdos e as metodologias. Em relação as entrevistas foi feita a transcrição, leitura flutuante, seguida de aprofundamento das mesmas. As entrevistas contribuíram para o estabelecimento estabelecer os eventos e os usos dos conceitos. Também foram sistematizados os resumos dos trabalhos de conclusão de curso- TCC.

2) A exploração do material se deu a partir da construção de quadros, separando cronologicamente, por parecer, por carga horária e pré-requisito através das grades curriculares, um quadro dos programas das disciplinas e outro dos TCC. Em relação as entrevistas se construiu um quadro onde nas linhas estavam a identificação dos sujeitos e nas colunas as unidades de registros.

3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação, onde os resultados brutos foram submetidos a operações estatísticas simples que permitam colocar em relevo as informações obtidas, destacando os conceitos de saúde

sexual e reprodutiva e as formas de aplicação no processo ensino aprendizagem das disciplinas.

Nesta pesquisa os aspectos éticos foram compreendidos não apenas como uma questão de sigilo, abrangendo o anonimato, o consentimento informado, a liberdade de retirar do processo sem prejuízo próprio. A garantia destas situações foi legalmente respaldada pela Resolução 196/96 sobre pesquisa com seres humanos a partir do uso do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice E) e o respeito dos princípios estabelecidos na resolução. A pesquisa foi registrada no SISNEP (Sistema Nacional de Ética na Pesquisa), em seguida encaminhadas cópias para o Comitê de Ética, o qual foi aprovado mediante parecer de nº 062 em 04/12/2007 (Anexo A).

Respeitando os aspectos éticos da pesquisa e para manter o anonimato como estabelecido no Consentimento Livre e esclarecido denominei as mesmas aleatoriamente através de pseudônimos de flores: Girassol, Copo de Leite, Gardenia, Margarida, Rosa amarela, Tulipa e Angélica.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Evolução dos conceitos de saúde sexual e reprodutiva na graduação em enfermagem da UFBA

A evolução dos conceitos de saúde da mulher inicia com a idéia de saúde materna, e isto pode ser observado na estrutura do currículo da graduação em enfermagem que estava sob a vigência do parecer 163/1972. Este foi aprovado pela resolução n.4.172 de 25 de fevereiro de 1972, lei n. 5.540 art. 26 de 28/11/1968 (SANTOS, et al, 2002).

As disciplinas que traziam discussões de saúde da mulher eram as que constam no quadro 1 e 2, nas quais na década de 1970, seus conteúdos traziam assuntos que diziam respeito unicamente à atenção ao ciclo gravídico-puerperal, falavam da saúde reprodutiva e o sexo era entendido apenas no sentido da cópula e suas interfaces como frigidez, fertilidade e infertilidade.

Este parecer esteve em vigor até 1993, entretanto no início da década de 80 as habilitações deixam de fazer parte do currículo da EEUFBA, sendo o curso nomeado bacharelado em enfermagem.

QUADRO1: Distribuição das disciplinas por ano e Pareceres em vigência para o Curso de Graduação em Enfermagem da UFBA, 1970-2006. Salvador- Bahia, 2008.

	PARECERES	
163/1972 DISCIPLINAS	314/1994 DISCIPLINAS	472/1995 DISCIPLINAS
1972-Enfermagem ginecológica, Enfermagem Soc. de urgência obstétrica, puerperal e neonatal, Enfermagem Obstétrica	1995- Enf. 157- enfermagem na assistência integral à saúde da mulher	1996/1999- Enf.-009 Enfermagem na atenção à saúde da mulher I Enf.-020 Enfermagem na atenção à saúde da mulher II
1974-Enfermagem materno infantil		2000-2006- Enf. 161 enfermagem na atenção à saúde da mulher
1977-Enfermagem Obstétrica I		
1978/79-MATÉRIA: Materno Infantil Disciplinas: Obstetrícia I, Enfermagem pediátrica		
Década de 80- enfermagem materno-infantil		
1990/1994-enfermagem materno-infantil		

Fonte: Santos, et al.(2002)

QUADRO 2: Características das disciplinas sobre saúde sexual e/ou saúde reprodutiva nos currículos da graduação em enfermagem da EEUFBA,1972 a 2006. Salvador, Bahia, 2008.

Década	Disciplinas	C.horária	Pré-requisito
1970	Enf.-144 Enfermagem materno infantil Obstetrícia I	T-90 P- 270 T-45 P-90	Enf.-135 Enfermagem médico- cirúrgica
1980	Enf.- 144 Matéria-Enfermagem materno-infantil: Enfermagem Obstétrica Enfermagem Pediátrica	360 total T-45 P- 90 E-45 cada uma.	Enf.-135 Enfermagem medico-cirurgica
1990	Enf.- 144 enfermagem materno-infantil 1995- Enf. 157- enfermagem na assistência integral à saúde da mulher 1996/1999 Enf.-009 Enfermagem na atenção à saúde da mulher I Enf.-020 Enfermagem na atenção à saúde da mulher II	360 180 T-90 P-- 90 120 T- 60 P-60 60 T- 30 e P- 30	Enf.-135 Enfermagem medico-cirurgica Enf. 008 Enfermagem clínico cirúrgica
2000	Enf. 161 Enfermagem na atenção à saúde da mulher	180 T- 90 P-90 (até 2003) 204 T- 100 P- 104(A partir de 2004)	Enf. 008 Enfermagem clínico cirúrgica

FONTE: grades curriculares da EEUFBA.

Lessa (1998) em seu estudo aponta que as disciplinas específicas que tratavam de assuntos sobre a assistência à saúde da mulher neste período preocupava-se apenas com o aparelho reprodutor feminino e o “ aparelho biológico sexual da mulher”.

Entretanto, a partir da década de 1980, os conceitos de saúde sexual e reprodutiva vêm sendo abordados associando aspectos políticos, econômicos, culturais e sociais com a situação da mulher na sociedade.

Verifica-se este fato pela presença dos conteúdos: Política de assistência

integral a saúde da mulher, papel da mulher na sociedade, Fertilidade e infertilidade, assistência à mulher no planejamento familiar.

A preocupação com a modernização do currículo de enfermagem ocorreu por influencia do movimento feminista no final da década de 80 (LESSA, 1998). Segundo Machado (2004, p.55), o feminismo, como ideologia política, pode ser identificado desde o século XIX, mas foi nas décadas de 70 e 80 do século XX que o pensamento feminino surge no campo acadêmico e impõe-se como uma tendência teórica inovadora e de forte potencial crítico.

A elaboração e seguido processo de implantação- implementação do PAISM, em 1983, pelo Ministério da Saúde, ampliou essas discussões. Na Escola de Enfermagem da UFBA, deve-se registrar que a disciplina materno-infantil já trazia discussões e conteúdos que avançavam sobre saúde da mulher, sendo apresentado como o início das discussões. As propostas feministas foram (re) afirmadas e consolidadas com a criação do GEM- grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher, em 1988. Este grupo, segundo Ferreira (1996, pg.8)

[...] desde a sua criação, tem sido responsável, através de diferentes formas, pelas atividades de ensino, pesquisa e extensão na área de saúde da mulher. A primeira grande preocupação foi com o ensino de graduação: já em 1989 elaborou a proposta de enfermagem materno-infantil, criando a disciplina enfermagem na atenção à Saúde da Mulher, introduzindo conteúdos novos como sexualidade, aborto, doenças sexualmente transmissíveis e modificando a abordagem dos trabalhos educativos tradicionalmente feitos nos serviços de saúde, para uma abordagem participativa através de oficinas.

Uma das docentes também aponta o papel da fundação do GEM no processo de inclusão dos conceitos de saúde sexual e reprodutiva

Nós começamos o processo de disciplina com uma perspectiva feminista desde 1987, quando o GEM foi criado, o grupo foi criado com a perspectiva feminista e nós tínhamos a preocupação de que as alunas da graduação tivessem práticas diferenciadas... (Copo de Leite)

Na década de 1990 esses conceitos são bem mais ampliados com a introdução da categoria gênero como instrumento útil para compreensão da situação da mulher na sociedade.

A grande maioria das entrevistadas concorda que esses conceitos vêm

sendo abordados a partir do início da década de 1990, já uma pequena parte acreditam que esses vêm sendo abordados desde sua origem, porém vem se aprimorando ao longo dos anos principalmente a partir do final da década de 80 e início da década de 90.

...Esse conteúdo começou a ser introduzido na década de 90 aqui na nossa disciplina, inclusive nossa Escola é pioneira não só nesse conteúdo de saúde sexual e reprodutiva, mas também na forma como ele vem sendo dado, nós damos os conteúdos de forma didática, pois o aluno ele vai estudar procurando ver sua fisiologia, sua anatomia, o funcionamento, prevenção, promoção da saúde, como também nós temos trabalhado com oficina onde o conceito de gênero permeia esses conteúdos... (Margarida)

No final dos anos 1990, a disciplina Enfermagem na atenção à saúde da mulher estabelece como conteúdo a assistência a saúde sexual e saúde reprodutiva. Antes esta temática era vinculada as discussões advindas dos programas públicos da área técnica de saúde da mulher do Ministério da Saúde: PAISM, DST/AIDS, planejamento familiar, prevenção e detecção ao câncer de colo uterino e mama, pré-natal.

Estes conteúdos, como até hoje buscavam/buscam atender as demandas do mercado. A maioria das docentes entrevistadas concorda que a teoria está interligada com a prática, sendo esta muitas vezes influenciada pela dinâmica do serviço, contudo, não se limitava a esta.

As docentes buscam implementar no processo ensino aprendizagem a percepção da mulher como cidadã, inserida numa sociedade caracterizada pela reprodução de desigualdades de gênero. Assim, chamam a atenção que buscam desenvolver e ensinar uma prática diferenciada visando o empoderamento das mulheres, oferecendo aos alunos condições necessária para conscientização e fazendo com que as mulheres criem meios de decidirem sobre si mesmas.

...que as estudantes aprendem sempre que há oportunidades de colocar a mulher como sujeito de atenção e instrumentalizá-la para tomar decisões sobre sua vida... (Girasol)
...nós procuramos ensinar aos alunos é que eles forneçam as informações necessárias para que as mulheres tomem as decisões... (Copo de Leite)

Entre as práticas desenvolvidas estavam às referentes ao ciclo gravídico-puerperal como Pré-natal, alojamento conjunto, centro obstétrico, Prevenção

de câncer cérvico-uterino e de mama, planejamento familiar. Algumas citam também climatério e menopausa, além de assistência a mulher idosa, duas cita a atividade educativa e oficinas para incremento das práticas.

É interessante pontuar que as docentes apontam ao citarem as práticas desenvolvidas que a falta de insumos, especialmente os métodos contraceptivos, como elemento que prejudica a continuidade da atenção.

Neste contexto, as disciplinas relacionadas a saúde reprodutiva deixam de ser fragmentadas como até então. Exemplo disso está na matéria saúde materno-infantil que era dividida nas disciplinas obstetrícia I e II. Obstetrícia I era ministrada durante a graduação e os alunos que optavam pela habilitação em obstetrícia cursavam a segunda parte dos conteúdos na disciplina Obstetrícia II.

Todavia, as demais que optavam por outras habilitações não tinham acesso aos conteúdos desta segunda parte. Logo, o acesso ao conhecimento para dar uma assistência adequada a mulher era fragmentado.

Isto não ocorria apenas com alunos que optavam pela obstetrícia, mas também nas outras habilitações, contribuindo para fragmentação na compreensão do indivíduo assistido. Segundo Christófaró (2002, p.51):

...a flagrante compartimentalização e minização do conhecimento, estabelecidas na legislação em vigor, resultam em um processo de formação anacrônico onde o enfermeiro "aparece" em falsas e frágeis vertentes: habilitação geral e habilitações específicas. Sobre este aspecto, o que as atuais normas produzem, de fato, é a indefinição do profissional. As chamadas habilitações específicas (por área), cujo oferecimento é opcional para a Instituição e para os alunos, tornaram a formação do enfermeiro um processo pulverizado em detrimento de um processo que privilegie as bases técnico - científicas da profissão.

Neste contexto, logo, não havia ações para implementação da interdisciplinaridade no currículo de enfermagem, mesmo com a importância das discussões sobre as inter-relações entre conteúdos para compreensão do mundo, estarem presentes desde a década de 1960. Um fato interessante é o número de alunos que procuravam para cursá-las era reduzido.

A prática é dividida em blocos separados por campos e docentes com um determinado número de alunos (seis discentes por uma docente). Todas as alunas passam por todos os campos de forma contínua e sem repetir a prática/programa de saúde. As mesmas procuram fazer com que os alunos

tenham uma visão mais ampla além das questões socialmente e culturalmente construídas na sociedade, abordando todos os conteúdos com enfoque de gênero numa perspectiva feminista.

Nesse processo de transição da década de 1990 e início dos anos de 2000, observa-se nas ementas, a inclusão da temática gênero, inicialmente articulada com classe, em seguida com raça. Isto marca as discussões sobre o processo de adoecimento das mulheres que não são relacionados à reprodução. Além disso, notamos que as ementas aparecem mais descritivas, detalham um número maior de agravos à saúde da mulher, e abordam a sexualidade a partir de transtornos e desvios. A temática aborto só aparece na ementa na década de 1990, mesmo sendo um problema de saúde pública para o município de Salvador.

Usos dos conceitos de saúde sexual e reprodutiva na graduação de enfermagem

Metodologicamente reelaboram-se o processo de ensino aprendizagem, já influenciado pelas propostas de Paulo Freire (Freire, 1983; Freire, 2006), apropriando-se da pedagogia feminista (Portela, Gouveia, 1999).

Observa-se que mais uma vez é notória a influência do GEM e do feminismo para transformação dessas práticas, o que de forma significativa contribuiu para construção de uma metodologia inovadora baseada nos conceitos de gênero, raça e etnia para uma atenção humanizada. Isto a torna diferenciada no que diz respeito à saúde da mulher, vista até então de forma biológica, para uma visão da mulher como um todo, tanto nos sentidos reprodutivos, sociais, sexuais e psicológicos.

As práticas feministas têm também similaridades com a metodologia criada por Paulo Freire, quando o sujeito e suas experiências são colocados como centro, sendo assim uma pedagogia transformadora e humanizadora. O movimento feminista desde seus primórdios na década de 60 até os dias atuais têm tido uma visão diferenciada, no que diz respeito as questões de gênero, defendendo os direitos das mulheres e principalmente lutando pela sua emancipação política, social e cultural. Enfatiza a relação constante entre identidade pessoal, social e coletiva, tendo como base que a identidade pessoal é informada pelos padrões de gênero, o que influi na identidade social

e coletiva das mulheres (PORTELLA e GOUVEIA, 1999).

O movimento feminista sofre varias influencias desde o marxismo, o estruturalismo, o pós-estruturalismo, ou o funcionalismo e também, de diferentes disciplinas que abrangem a área das ciências humanas como a sociologia, antropologia, psicanálise, pedagogia, psicologia e filosofia. Faz uma construção de aprendizado por meio de práticas diferenciadas, educativas, onde o corpo é um dos temas centrais, pois entende que ao tratar desde tema enfatiza o desconhecimento que as mulheres têm sobre seus próprios corpos e suas implicações. E nisto Portella e Gouveia, (1999, p.17 e 19) vem trazendo que:

...O exercício da sexualidade feminina é marcada pela ignorância com relação ao corpo e ao desejo e, sobretudo, pelo protagonismo dos homens que, muitas vezes, tem na violência-justificada e legitimada culturalmente- o seu principal elemento.

...Assim, trabalhar com a perspectiva de gênero no sentido de uma ação político-educativa transformadora é trabalhar com o reconhecimento de que as mulheres detêm reduzido poder na sociedade e de que isso se constitui uma injustiça social. A atividade educativa, portanto se apresenta como um dos meios para alcançar o empoderamento das mulheres, e conseqüentemente, maior justiça social.

Na fala da docente “Copo de Leite”, a mesma vem trazendo a importância dessas práticas não só na formação das graduandas (os) de enfermagem como também dos profissionais de saúde:

...nós tínhamos a preocupação de que as alunas da graduação tivessem práticas diferenciadas, no primeiro momento fazíamos o treinamento das estudantes com práticas educativas, essas práticas eram práticas feministas já desenvolvidas por outras ONGs e também nós fazíamos práticas no Serviço de Saúde de acompanhamento. Essa prática não diz respeito apenas à formação dos estudantes, mas também a formação dos profissionais de saúde...

Pode-se dizer que em resumo, o movimento feminista criou uma metodologia para a ação educativa, fortemente ancorada na perspectiva de gênero, sendo assim descrita com ênfase nas atividades de grupo, com metodologia que articula a subjetividade, a racionalidade, além de experiências, conhecimento técnico e teórico (PORTELLA, GOUVEIA, 1999). E dentre as atividades educativas, são utilizadas principalmente as oficinas, o que segundo Portella e Gouveia, (1999) é um instrumento que influencia na construção do conhecimento de forma diferenciada como as demais atividades, por serem processos mais horizontais e democráticos, onde todos

os envolvidos participam de forma direta de tudo que é realizado ou construído.

Dos programas das disciplinas segue o quadro 3 (Apêndice F) onde contém um breve relato histórico de suas ementas, conteúdos, objetivos, metodologias e avaliações separados por décadas de 1970 a 2000. Observa-se que nestas disciplinas ainda há um olhar predominante para a mulher para os aspectos predominantemente biológicos na atenção ao ciclo gravídico-puerperal. Concordo com Lessa (1998), ao falar que manteve a assistência à saúde da mulher limitada ao ciclo reprodutivo e, mais especificamente, a área obstétrica, permanecendo a ênfase no período reprodutivo e na “naturalização” das relações de poder entre os sexos.

Sendo que a partir da década de 1980 começa a surgir um olhar diferenciado a uma atenção não unicamente ao ciclo gravídico-puerperal, sendo mais intensificadas a partir da década de 1990 e 2000, suas metodologias de ensino também teve forte evolução saindo de aulas puramente expositivas para seminários, simpósios, visitas domiciliares e atividades educativas e entre elas oficinas.

Observa-se que na década de 1970, a disciplina Enfermagem obstetrícia I. ENF 108, tinha uma carga horária de 135 horas total, sendo distribuída em 45 horas teóricas e 90 horas práticas. Observa-se que esta distribuição privilegia a prática em detrimento da teoria, reforçando uma ideologia de “naturalidade” para o cuidar para esta profissão feminina.

Na década de 80 continua um privilegio da prática, sendo conservadas 135 horas entre prática e estagio e apenas 45 horas dispensadas para a teoria. Na década de 90, especialmente a partir de 1995 começa a ter uma preocupação com a teoria, com a inclusão da disciplina Enfermagem na Atenção Integral à Saúde da Mulher. Nesta a carga horária tanto da teoria como da pratica se igualam sendo 90 horas cada uma, e isso se sucedem até 2003.

Já com a disciplina Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher, a partir de 2004 volta-se o privilégio para a prática em detrimento da teoria, mas de forma bem menos significativa (quadro 2). Essa preocupação em dispensar maior tempo para a prática, mostra uma preocupação em formar profissionais cada vez mais técnicos com uma visão limitada e fragmentada da assistência.

Só a a partir da década de 1990 que isso começa a mudar, pensando em formar profissionais mais capacitados a lidar com diversas situações para uma assistência integral e mais humanizada.

E partir desta década de 1990 os conceitos de saúde sexual e reprodutiva começam a se expandir com a introdução de conteúdos na perspectiva de gênero, conceitos mais aprofundados de saúde sexual e reprodutiva na disciplina com a finalidade de empoderamento das mulheres para que as mesmas sejam capazes de tomarem decisões e lutarem pelos seus direitos (Apêndice F). Como observado na fala de algumas docentes:

...essa disciplina procura adequar à forma de atendimento, de que a mulher tenha a expressão de sua própria voz, que seja autônoma com relação as suas decisões... (Copo de Leite)
... Dentro desses temas sempre são abordados na perspectiva da saúde e na qualidade da saúde da mulher, o posicionamento da mulher mais ativa, da mulher mais empoderada, da mulher mais consciente do seu papel... (Gardenia)

As disciplinas sofreram varias modificações de nomenclatura até atingirem a atual denominação, ou seja, “Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher”. Estas mudanças não estão apenas na nomenclatura das disciplinas, mas nas ementas, metodologias e conteúdos. Exemplo disso, que na década de 1970 estes são voltados a obstetrícia envolvendo o ciclo gravídico puerperal e algumas questões ginecológicas relacionadas a possíveis intercorrências no processo reprodutivo.

Na década de 1980 são incluídas discussões sobre política de assistência integra, papel da mulher na sociedade, fisiopatologia nas diversas fases do ciclo biológico da mulher, fertilidade, infertilidade e assistência no planejamento familiar Na década de 1990 e inicio dos anos 2000, ocorre a inclusão da temática gênero, a discussão sobre aborto, DST/AIDS, transmissão vertical do HIV, os programas de saúde da mulher nos níveis nacional e internacional, perfil demográfico e epidemiológico, indicadores de avaliação e acompanhamento da atenção a saúde da mulher, câncer cívico uterino e de mama e doenças associadas ao ciclo gravídico puerperal por causas diretas e indiretas.

As disciplinas vigentes até a década de 1980, eram voltadas ao ciclo gravídico-puerperal, a partir da segunda metade da década de 1980, através da influencia das políticas de saúde, a disciplina desse período mudou seu

enfoque para a assistência à mulher e criança, embora seus conteúdos tenham permanecido voltados para fase reprodutiva, no final desta década por influencia do movimento feminista na política de saúde, seu conteúdo passou a focalizar a mulher de forma mais abrangente. (LESSA, 1998).

Atualmente as questões de gênero são bem mais trabalhadas dentro da disciplina, sendo a mesma norteadas pelos conceitos de gênero e perspectiva feminista.

...tanto em consulta como hospitalar e assistência ao parto às mulheres no parto e atividades educativas na perspectiva de gênero e feminista... (Angélica)

... toda a disciplina em si aborda as questões de gênero e aborda questões relacionadas a saúde sexual e alguns enfoques da disciplina prezam pela questão da saúde reprodutiva, mas os dois conteúdos eles estão interligados e eles são entendidos de um modo geral em todo contexto da disciplina...(Rosa Amarela)

A visão da maioria das docentes entrevistadas é que esses conceitos são trabalhados em toda a disciplina, tanto na teoria como na prática. E os documentos mostraram que realmente houve uma evolução desses conteúdos com maior ampliação a partir do final da década de 80 e início da década de 90.

ALGUMAS REFLEXÕES FINAIS

Sobre os pareceres pode-se dizer que a EEUFBA ainda está sob a vigência do parecer 472/95 que é norteadas pelo parecer 314/94, sendo que desde 2001 já existe as Novas Diretrizes Curriculares aprovadas após o parecer 1133 do CNE/CES em 7/08/2001. Mas apesar do currículo da EEUFBA ainda estar pautado nestas diretrizes 314/94 (quadro 1) muitas das observâncias estabelecidas pelas Novas DCENF/20001 já se fazem incluídas em seu currículo vigente, como incentivo a pesquisa e extensão, além do trabalho de conclusão de curso no final da graduação.

O GEM exerce forte influencia nestas práticas e teorias desde a sua criação, sendo que recebeu grande influencia do movimento feminista. Os conteúdos sobre saúde sexual e reprodutiva são observados na disciplinas: Obstetrícia I e II, Ginecologia, Enfermagem nas Doenças Sexualmente Transmissíveis, Materno Infantil e Enfermagem na Atenção Integral à Saúde

da Mulher, Enfermagem na Atenção a Saúde da Mulher I e II e Enfermagem na Atenção a Saúde da Mulher. Esta como um todo evoluiu desde a década de 1980 até a atualidade a partir de varias influencias como feminismo, GEM, além do PAISM, reforma sanitária e reflexões internas da profissão.

Pode se dizer que esses conceitos são abordados através de oficinas, atividades educativas, conteúdos teóricos na teoria. Na pratica estão relacionados a assistência às mulheres no pré-natal, planejamento familiar, alojamento conjunto, centro obstétrico e Prevenção de câncer de colo de útero e mama, sendo que ambos norteados pelos conceitos de gênero e perspectiva feminista para que as mulheres tomem decisões sobre seus corpos e sejam empoderadas.

Não foi possível analisar todos os programas das disciplinas de todos os anos estabelecidos, 1976 - 2006, pois não foram encontrados. Entretanto isto não comprometeu o estudo, já que uma grande parte foi localizada e organizada por décadas, 1970 a 2000.

A evolução desses conceitos foi perceptível a partir da década de 70, pois os mesmos eram direcionados para aspectos biológicos do ciclo gravídico-puerperal e a partir da década de 80 começou ocorrer mudanças. Isto é mais bem apreciado após a criação do PAISM (1984), o qual pretendida uma atenção primaria a saúde da mulher e para isto necessitava de recursos humanos capacitados para prestar tal serviço. Este programa ainda apresentava como um dos pontos principais o planejamento familiar, partindo do sentido que toda a mulher têm livre escolha e o direito de decidir de ter ou não ter filhos.

Consideramos em nossas reflexões que os currículos e relatórios das disciplinas analisados apontam a relação das falas das entrevistas com o direcionamento da proposta de ensino em atender as demandas de políticas de formação de mão de obra na área de saúde. Num primeiro momento (até início dos anos 1980), sem influências de reflexões trazidas pelo movimento de mulheres, depois absorvendo as idéias e propostas especialmente após a constituição do grupo de pesquisa com este enfoque. Outra reflexão é ausência da transversalidade dos conceitos de SSeSR nas disciplinas do curso de enfermagem desta instituição, reproduzindo a idéia fragmentada de cuidado.

Assim, uma disciplina pode representar o único espaço de discussão

sobre a temática e as demais não resgataram nem comentaram sobre o assunto. Isto comprometeria a possibilidade de reflexões e ações integrais e dificultaria a interdisciplinaridade. Conseqüentemente, o currículo colaboraria para graduação de profissionais que reproduzem na sua prática estas desintegralidades da atenção a mulheres e homens, de qualquer classe, raça, etnia, geração, restringindo-se a aspectos biológicos.

Diante deste contexto, esta pesquisa pode contribuir para o resgate da história da enfermagem intimamente relacionada a atenção à mulher, como pode ser verificada na atuação estabelecida nos protocolos governamentais. Outro marco histórico de relação foram à habilitação em obstetrícia proposta pelos currículos de enfermagem e posteriormente os cursos de pós-graduação em enfermagem obstétrica. Estes eventos demonstram, ainda, a importância da formação/ processo ensino aprendizagem para qualificar profissionais na prestação de cuidados a mulher, inicialmente voltada para reprodução e depois com ampliação dos conceitos e práticas de saúde sexual e reprodutiva.

Em síntese ao analisar os documentos foi observado que os conceitos de saúde sexual e reprodutiva só aparecem nas disciplinas que dizem respeito a saúde da mulher, a partir da década de 80, exceto a disciplina Enfermagem nas doenças Transmissíveis, a qual trazia a questão das DSTs com enfoque principal para AIDS, neste mesmo período, a mesma deixa de fazer parte do currículo após o parecer 314/1994. E essa evolução dos conceitos dentro dessas disciplinas correu de forma gradativa, em que se foi inserindo conteúdos cada vez mais atuais. Pode-se dizer que estes conteúdos são essenciais para formação de todo profissional de saúde, uma vez que o possibilita a lidar com diversas questões sociais, culturais e de gênero, para garantia de uma prática séria e humanizada.

Deve-se pontuar que foram observadas lacunas de conteúdo que fazem parte da temática saúde sexual e reprodutiva como discussão sobre a atenção de enfermagem e exercício da sexualidade e reprodução de mulheres homossexuais, bissexuais e transexuais, mulheres indígenas e trabalhadoras da zona rural e as repercussões no ciclo gravídico puerperal do HTLV. Também há pouco aprofundamento sobre como as profissionais de enfermagem deve lidar com questões relativas a sexualidade.

Este trabalho contribuiu para a avaliação do currículo e das disciplinas

podendo assim colaborar para as discussões relacionadas a construção de um novo projeto político-pedagógico da Escola de Enfermagem da EEUFBA.

REFERÊNCIAS

BRASIL.Ministério da Saúde.Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. **Direitos Sexuais e Reprodutivos** Normas e Manuais Técnico. Caderno n.1 diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde.2005 24 p.

CHRISTÓFARO, Maria Auxiliadora Córdova. Considerações da Associação Brasileira de Enfermagem sobre a proposta de Reformulação do Currículo Mínimo para a Formação do Enfermeiro. In: SANTOS et al. **Legislação em Enfermagem: Atos normativos do Exercício e do Ensino de Enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2002, p.248-250

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso, FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. GARCIA, Telma Ribeiro. Direitos Sexuais e Reprodutivos e Saúde da Mulher: Conquistas e Desafios. **Caderno de Texto Gênero e trabalho**. Salvador: Redor, 2006.p.101-116

FERREIRA, Silvia Lucia. Apresentação do livro Gênero e Enfermagem. In: NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. **Gênero e Enfermagem**. Salvador: Positiva, 1996, 100p.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983

FREITAS. Maria Tereza de Assunção. Abordagem Sócio-Histórica Como Orientadora da Pesquisa Qualitativa. **Caderno de Pesquisa** n.116, São Paulo, Julho, 2002.p.21-39 Disponível em www.scielo.com.br. Acessado em : 04/05/07.

GALVÃO. Loren. Saúde Sexual e Reprodutiva e Saúde Materna: Evolução dos Conceitos no Mundo e no Brasil.165-166p.In:GALVÃO, Loren, DÍAZ, Juan. **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil**: Ed.Hucitec, São Paulo 1999..389p.

GIL, Antônio Carlos. Delineamento da Pesquisa. In: _____. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas. 1999. p. 64-74.

HERA-Health, Empowerment, Rights and Accountability. 1999. Folder Idéias para ação. International Conference on Population and Development Programme of Action (ICPD), Cairo, Egito, 1994.

LESSA, Gesilda Maria. **Consciência de Gênero Desenvolvimento no Currículo de Enfermagem** 1998.159 f.Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal da Bahia, Salvador.

MACHADO,William César Alves. **GÊNERO, SAÚDE E ENFERMAGEM: A inserção do masculino no cuidado de Enfermagem.** - Faculdade de Ciências da Saúde de Juiz de Fora – UNIPAC, Researcher of FUNADESP. 2004. Disponível em: www.scielo.com.br . Acessado em 10 de maio de 2008

MINAYO. Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento-** Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo/ Rio de Janeiro: Ed.Hucitec-Abrasco. 2000. p.209-210.

PORTELLA, Ana Paula, GOUVEIA, Taciana. Introdução: feminismo, educação e gênero. In: SOS Corpo. **Idéias e dinâmicas para trabalhar com gênero.** Recife: SOS Corpo. 1999, p.11-28.

SANTOS, Elaine Franco dos et al. **Legislação em Enfermagem: Atos normativos do Exercício e do Ensino de Enfermagem.** São Paulo: Atheneu, 2002, 367p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA; ESCOLA DE ENFERMAGEM. **Currículo Pleno do Curso de Graduação de Enfermagem,** Salvador, 1995 p.24

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA; ESCOLA DE ENFERMAGEM. **Memorial da Escola de Enfermagem.** Org. FERNANDES, Josicélia Dumêt. 1946-1996, Salvador, 2001, p.407.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA; ESCOLA DE ENFERMAGEM. **Programa da disciplina 1972**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA; ESCOLA DE ENFERMAGEM. **Programa da disciplina 1980**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA; ESCOLA DE ENFERMAGEM. **Programa da disciplina 1990**

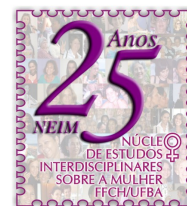
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA; ESCOLA DE ENFERMAGEM. **Programa da disciplina 1995**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA; ESCOLA DE ENFERMAGEM. **Programa da disciplina 2000**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA; ESCOLA DE ENFERMAGEM. **Programa da disciplina 2005**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA; ESCOLA DE ENFERMAGEM. **Programa da disciplina 2006**

GT – Saúde e Sexualidade
Lúcia Helena Rodrigues Costa
PPG Enfermagem / UFBA



Elas por elas: ser parteira, “lugares de significados” e relações de gênero

Fazendo a Apresentação

Historicamente marginalizadas desde a caça às bruxas perpetrada pela inquisição, à institucionalização da incorporação do parto como evento patológico passível de intervenção médica de cunho científico, instrumentalizado e masculino, as parteiras voltam à cena na última década do século XX no Brasil, trazidas pela preocupação com a humanização do parto e nascimento.

No Brasil, um dos países com as maiores taxas de cesariana e com altos índices de morbimortalidade materna, a preocupação com a humanização do parto e nascimento e com o resgate do parto natural tornou-se parte integrante das políticas de saúde (GIFFIN,2002).

Esta postura frente à realidade da saúde das mulheres brasileiras no período gravídico puerperal muda a direção do olhar: encerrado no espaço hospitalar e medicalizado desde os anos de 1950, o olhar expande e vislumbra um cenário mais amplo onde fazeres historicamente marginalizados como o das parteiras são resgatados. Emerge então uma questão que pode colocar-se como contra ponto ao parto medicalizado hegemônico: como o desvelamento da prática empírica das parteiras pode contribuir para a discussão sobre a humanização do parto na atualidade e, em que medida as relações de gênero, interferiram ou ainda interferem nesse processo?

Este estudo trouxe a partir de algumas indagações, a história de sete parteiras. Estas indagações buscaram desvelar e historicizar vidas através de um evento central: ser parteira. Optou-se então pela história oral temática buscando contextos que respondessem alguns questionamentos fundamentais durante as trajetórias de vida de mulher, vida de parteira.

Neste sentido, apresento estas personagens inseridas em seus contextos sócio-culturais através das dimensões construídas a partir da análise das

narrativas, capazes de dar suporte a problematização proposta para esse estudo, e que eu chamei de “Lugares de Significados” que são: o perfil das parteiras entrevistadas; como partejavam e onde partejavam; o cuidado a humanização e a vocação.

Lugares de Significados

O perfil das parteiras entrevistadas

Geralda Gonçalves da Silva (D. Tuquinha) nasceu em 1917 na cidade de Curvelo, Minas Gerais. Casou-se com o Sr. Luiz Ozório da Silva com quem compartilhou a existência durante cinqüenta anos. Teve cinco filhos, dezoito netos, quinze bisnetos e uma trineta. Foi a primeira parteira que eu entrevistei na cidade de Várzea da Palma/MG. D. Tuquinha, figura conhecida e respeitada na cidade, orgulhava-se de ser parteira e, como falava rindo bem alto, ter trazido ao mundo quase a metade da população da cidade. Aprendeu a arte de partejar com a mãe. Infelizmente já não estava entre nós quando este trabalho foi concluído.

Army Candemil Capanema nasceu no sul de Santa Catarina, em Aratingaúba, município de Imaruí no dia dezoito de julho de mil novecentos e vinte e três. Décima primeira filha de uma família de doze irmãos passou a infância com a família entre brincadeiras e brinquedos por eles mesmos construídos. Mudou-se para Florianópolis nos anos de 1940 para fazer curso de parteira na Maternidade Carlos Corrêa onde depois permaneceu. Nos anos 1970 graduou-se em enfermagem na UFSC.

Benedeta Otterbach Warmlling, nasceu dia 15 de dezembro de 1928 em Rio Fortuna, filha de Clemente Otterbach e Ana Herdt Otterbach. Cresceu em uma família numerosa, teve oito irmãos, e todos viviam da agricultura. Aos dezessete anos foi para Florianópolis para fazer curso de parteiras na maternidade Carlos Corrêa. Dona Deta como é conhecida por todos na região, nasceu e dedicou toda a sua vida à pequena cidade de Rio Fortuna. Limitada ao norte pelo município de Santa Rosa de Lima; ao sul pelos municípios de Braço do Norte e Armazém; ao leste pelo município de São Martinho e a oeste pelos municípios de Grão Pará e Ubirici, ela atendia toda essa região.

Maria Cardoso de Oliveira nasceu em Pirapora /MG no dia vinte e dois de fevereiro de mil novecentos e quarenta e oito, filha de pais pobres, separados. Sua mãe, ao unir-se ao Sr. Otacílio Lis Vargas já era viúva e trazia consigo para essa união dois filhos. Concluiu o primeiro grau em mil novecentos e setenta, e logo a seguir, através da amiga Marlene de Jesus Coutinho conseguiu vaga no Curso de Auxiliar de Enfermagem de Cataguazes/MG, abandonando o segundo ano do curso normal na Escola normal Madre Lisaura de Cristo Rei em Pirapora. Como auxiliar de enfermagem começou desde o início a fazer partos.

Maria de Oliveira Pinheiro nasceu no dia trinta de julho de mil novecentos e dezesseis na pequena cidade mineira de Dores de Indaiá. Muito cedo viu sua infância transformar-se em muita dor: aos seis anos de idade tendo ficado órfã de pai foi com a mãe e os outros irmãos para Patricínio/MG. Em mil novecentos e trinta e sete mudou-se para Monte Carmelo e foi trabalhar no Educandário Carmelitano onde permaneceu cerca de dois anos. Então aconteceu uma Convenção da Igreja Presbiteriana em Patrocínio da qual ela participou e foi decisiva em sua vida. O diretor do instituto, reverendo Eduardo Leme, convidou-a para fazer o curso de Enfermagem. (formou-se em enfermagem em uma das primeiras escolas de orientação Nathingaleana no Estado de Goiás). Retornou a Minas, especificamente para a cidade de Pirapora, para ser enfermeira do hospital do Serviço Especial de Saúde Pública/SESP, mas dedicou-se especialmente a fazer partos, tanto nos domicílios como no hospital.

Terezinha do Menino Jesus Pereira nasceu em Jequitáí no dia nove de maio de mil novecentos e trinta e cinco, onde vive até hoje. Fez apenas o curso primário e enfrentou uma dificuldade extra na vida: não se casou e teve quatro filhos educando-os e encaminhando-os na vida sozinha. Mas ela sempre recebeu o apoio da comunidade da pequena Jequitáí porque foi uma mulher que sempre lutou pelo bem estar das pessoas principalmente dos menos favorecidos. Na região norte mineira “Dona Tereza de Jequitáí” é um nome bastante conhecido, marcado por dois fatos: ser parteira, além de dedicar-se à política lutando sempre por melhores condições de atendimento às pessoas. Elegeu-se vereadora por três mandatos ocupando o cargo de presidente da câmara, sem nunca abandonar seu principal ofício: ser parteira.

Eunice Nicolina da Silva é natural da Ilha de Santa Catarina, como ela mesma disse brincando, “manezinha da ilha”. Nasceu no dia vinte de outubro de mil novecentos e trinta e seis em Florianópolis. Ela diz se lembrar de sua infância por um fato de certa maneira marcante: sua mãe teve os dez filhos em casa, na sua cama, sempre atendida por parteiras, aquelas “aparadeiras de crianças” que atendiam no sul da ilha. Foi trabalhando como atendente de enfermagem na Maternidade Carmela Dutra que aprendeu a fazer partos. Como ela mesma diz “Hoje sou realizada na minha vocação, tive meus filhos de parto normal, ajudei no nascimento de meus netos e tenho muito orgulho de ter ajudado muitas mães a colocarem seus filhinhos no mundo”.

Apesar da distância geográfica entre elas, compartilham alguns aspectos de vida: são mulheres que desde a infância acostumaram-se a trabalhar por pertencerem a camadas sócio econômicas menos privilegiadas. Quase todas são oriundas da zona rural ou de cidades de baixa densidade populacional. Mesmo Florianópolis capital de Estado, terra natal de Eunice, nos anos sessenta encontrava-se entre as três capitais mais pobres do país (BORENSTEIN, 2000). As dificuldades de transporte e de recursos para o atendimento das clientes à época, foram marcantes para o desempenho profissional das que se dedicaram a partejar em domicílio, como foi o caso de D. Deta em Rio Fortuna/ SC, de D. Tuquinha em Várzea da Palma/MG, D. Tereza em Jequitaí/MG e D. Oliveira em Pirapora/MG. D. Deta foi uma das que mais passou por dificuldades nesse sentido.

De maneiras distintas, mas tendo em comum o desejo de ‘servir’, de solidarizar-se com as outras mulheres, elas aprenderam a fazer partos, tarefa a que se dedicaram em todo seu percurso profissional. Esta formação como parteira se deu de maneira distinta entre elas, de forma bastante diversificada e heterogênea, característica que tem marcado a formação de recursos humanos em saúde no Brasil. Como será possível observar no desenrolar do trabalho, todas tiveram um vínculo com a enfermagem.

Lugares de Significados

Onde e como partejavam

A partir dos anos 1950, do domicílio ao hospital, lentamente o ato de partejar vai sofrendo mudanças substanciais. Do lado das parteiras essa mudança de local parece ter sido desde sempre bem aceita. Este fato parece

estar ligado à época e à maneira como aprenderam, especialmente para D. Oliveira, D. Army e D. Deta. As três fizeram cursos regulares ligados à Enfermagem, Oliveira nos anos trinta e Army e Deta nos anos quarenta. Estas duas décadas marcaram o início e o aumento dos cursos de Enfermagem no Brasil, e embora existisse toda uma política voltada para a saúde pública, o aprendizado era eminentemente hospitalar. Army permaneceu na Maternidade Carlos Corrêa em Florianópolis, mas Oliveira em Pirapora e Deta em Rio Fortuna, tiveram uma larga experiência com o atendimento domiciliar, embora tenham sido grandes entusiastas e muito contribuíram quando surgiram os hospitais em suas respectivas regiões.

E em mil novecentos e cinqüenta e um quando abriu em Pirapora o hospital da Fundação SESP eu já estava lá dentro! Aí começou toda aquela movimentação na saúde daqui: tinha uma supervisora do Rio, aliás, eram várias delas que vinham do Rio de Janeiro: D. Emengarda, Maria Alice, eram muitas, eu nem me lembro mais. Mas o Hospital, novinho que dava gosto: cama nova, rouparia nova, tudo bonito, tudo limpinho. Foi inaugurado em 12 de março de mil novecentos e cinqüenta e um. (D. Oliveira)

Eu vou lá no hospital ainda hoje às vezes quando tem muitas cirurgias, ou como voluntária ajudar um pouco. Porque o hospital, aquela casa lá é minha. Aquela casa eu ajudei a fundar, desde o começo, desde a primeira fronha de travesseiro fui eu que fiz. Antes de abrir o hospital, um mês inteiro eu costurei roupas de cama para o hospital. Depois nós trabalhamos dia e noite, nós não tínhamos horário para trabalhar. Não importava nem com o salário, nunca pedi aumento porque eu queria mesmo que esse hospital ficasse um hospital do povo. (D. Deta)

Eunice e Cardoso por sua vez nunca tiveram experiência com partos domiciliares. Iniciaram suas atividades no final dos anos sessenta início dos anos setenta, em que a formação e absorção de recursos humanos para a saúde estavam voltadas para a demanda hospitalar. Dedicaram-se especificamente à obstetrícia por vocação e incorporaram o discurso hegemônico dos altos riscos dos partos realizados em domicílio, da incompetência das parteiras leigas para resolver problemas e da instituição hospitalar como fundamental para a resolução dos problemas decorrentes do parto tanto para a mulher quanto para o concepto.

Já Tereza e Geralda, as únicas deste grupo de entrevistadas que não tiveram uma formação específica, desenvolveram suas atividades como parteira majoritariamente em domicílio. Como todas as outras que partejaram em casa sentiram enormes dificuldades pessoais, ligadas principalmente ao

tempo despendido de deslocamento até os domicílios, longa permanência junto às parturientes, ter filhos pequenos para cuidar em casa etc. Além disso, um fator agravante era a falta de condições higiênicas e de recursos materiais nas casas onde iam atender.

Às vezes ficava na casa delas muito tempo porque eles me chamavam com muito tempo de antecedência, e demorava e eu não saía porque ficava com pena de sair e deixar a mulher desamparada. Elas ficavam me pedindo para não sair e eu não vinha embora. Nosso Deus era ruim isso, porque eu tinha a minha casa, os meus filhos. E depois a miséria das casas, só vindo para entender como era difícil fazer parto domiciliar. (D.Tereza)

Para resolver esses problemas elas criavam estratégias que facilitassem seu trabalho: D. Deta na região sul de Santa Catarina e D. Geralda no norte de Minas Gerais chegaram a manter quartos em suas residências onde acolhiam as gestantes que moravam mais distante e ali mesmo faziam os partos. D. Tereza em Jequietaí usou um pequeno “posto” de atendimento à saúde próximo à sua casa onde atendia e realizava os partos.

Quanto ao aspecto de “como faziam” partos, acredito que a leitura das narrativas mostra que não houve uma preocupação das minúcias técnicas do ato de partejar e sim do contexto do parto como um todo. Entretanto, do ponto de vista técnico é interessante observar que todas aprenderam a fazer episiotomia, procedimento que elas mesmas realizavam e aceitavam sem questionamentos. Apenas D. Geralda, cujo perfil é o mais próximo da parteira curiosa tradicional não aceita muito e contesta.

Eu e mesmo as outras parteiras não era assim de fazer episiotomia sabe. Fazia assim normal entende, sempre coincidia de romper sozinho, então a gente dava os banhos. A gente banhava com folha de goiabeira e com mentrato, com essas plantas que eles usavam. Banhava vários dias e dava pra beber o chá de mentrato. Não fazia episiotomia porque não tinha condições. Eu botava a mulher de repouso, não deixava ela ficar levantando e assim sarava, muitas vezes sarava. Às vezes eu fazia um parto hoje, e quando eu ia fazer outro, já tinha sarado, não tinha nada. Agora não, eles cortam, eles não esperam, eles cortam. Agora eu acho, eu tenho para mim que eles cortam até o que não seja pra cortar. Eles não tem paciência de ficar esperando como eu ficava não! (D. Geralda).

Nota-se que esse procedimento foi tão generalizado e incorporado à tecnologia do parto que até mesmo D. Tereza, cujo curso foi muito rápido, apenas três meses, relata saber executá-lo:

E quando eu fazia os partos domiciliares, eram feitos no quarto da parturiente. Ela ficava deitada e encolhia as pernas, e eu muitas vezes tinha até que subir na cama, para fazer o parto. Mas quando a cama era larga e tinha altura, eu botava ela atravessada na cama e sentava numa cadeira, num tamborete. Aí ficava melhor para mim. Ela com as pernas encolhidas encostada, e assim eu fazia até episiotomia. Eu aprendi a fazer episiotomia no curso. Mas não fazia episiotomia sempre porque muitas vezes já era parto de segundo e terceiro filho, e já não precisava mais porque o períneo já tinha elasticidade. Eu tinha material, tinha todo o material. em uma caixa. No postinho tinha todo o material (D. Tereza).

Analisando o conjunto dessas narrativas com o olhar voltado para o “como faziam partos” de uma maneira mais acurada nota-se que o ato de partejar feito no domicílio é muito mais incluyente, mais ampliado no sentido de atender um número bem maior de necessidades de cuidados não só da mulher e da criança, mas da família como um todo. A esse respeito análise mais aprofundada será feita quando discutir cuidado e humanização. O aspecto da criatividade frente aos problemas defrontados pesa muito, além da importância da educação em saúde feita por essas parteiras quando atendiam em casa, conforme diz D. Oliveira.

O parto em casa era uma história! Em construção usa cimento, então eu pedia nas construções os sacos de cimento, entregava para o pessoal da família, cortava direitinho, mandava eles passarem o pano molhado no saco todinho e colocar no sol de um lado e de outro para ficar livre de contaminação, e usava para proteger as camas. Porque a pobreza era demais! Sabe como essas senhoras faziam? Enrolavam o colchão, deitavam na parte de cima do colchão, e queriam forrar lá com o saco de cimento, com o cobertor ou uma roupa velha suja. Mas foi difícil educar essa gente! Até que eu consegui botar os colchões para elas deitarem porque era mais macio e usava como proteção o saco de cimento preparado porque não tinha plástico naquela época. Uma pilha de saco de cimento. Chegava nessas casas e às vezes nem água tinha para botar na panela (D. Oliveira).

As narrativas das parteiras que fizeram partos domiciliares demonstram uma maior integração ao atendimento das mulheres. Este não restringia o atendimento ao momento do parto propriamente dito: havia um acompanhamento prévio e um acompanhamento posterior inclusive do recém nascido pela parteira que fez o parto, como relatam principalmente D. Geralda e D. Oliveira. Já o parto realizado no hospital atende a dinâmica imposta pela instituição, submetido às normas e rotinas muitas vezes bastante rígidas.

Essas normas e rotinas na maioria das vezes privilegiam o serviço em detrimento da clientela. A fala de D. Army é emblemática:

Nos hospitais fica muito mecânica, não é. Por isso eu acho que esse caminho do meio ainda é o melhor. Porque eu como profissional posso te dizer que “mistura” de ciência e tradição é o que eu concordo! Imagina como é feito, em ritmo acelerado: Olha a dilatação completa, leva para a sala de parto, ganhou, é já bota outra lá! Quer dizer, o pré-parto, a sala de parto, aquilo é uma coisa mecânica, não é? E as mulheres não tinham acompanhante não, da enfermaria sobretudo não. A maioria ficava sozinha[...] E no pré-parto então a coisa é mecânica, não é? É como[...] como uma fábrica não é? Bom, dava assistência e tudo o mais, mas[...]quando a coisa é curtida, só uma paciente, é diferente. (D. Army)

Da vocação

Nas narrativas colhidas e analisadas a vocação está explícita ou implicitamente presente em vários momentos colocadas a partir de dois aspectos distintos: vocação enquanto afinidade com o que se faz, e deve estar presente em todas as pessoas que escolhem uma carreira profissional, independente do gênero ou classe social, e vocação eminentemente ligada aos papéis de gênero (papéis sexuais).

Vocação enquanto afinidade com o que se faz, e deve estar presente em todas as pessoas que escolhem uma carreira profissional, independente do gênero

Ao se expressarem sobre carreiras que se dedicam a cuidar das pessoas elas manifestam posições bastante concretas sobre a ausência da vocação nos dias de hoje, a busca apenas do dinheiro sem respeitar os direitos das pessoas. Apresentam um discurso que permeia as profissões de saúde, em especial o discurso presente historicamente na formação de enfermeiras e todo o pessoal de enfermagem, que enfatiza o servir, o amor incondicional, posto que se trata de uma assistência voltada a seres humanos. A vocação para assistir, para se doar, para amar, e principalmente para cumprir um papel que está para além da profissão propriamente dita. Aproxima-se bastante do que Lunardi (1998) coloca ao historicizar a formação de enfermeiras a partir dos pressupostos de enfermagem colocados por Nightingale:

Relaciona o sentimento de vocação por algo à realização de um trabalho que leve à satisfação pessoal de cumprir com o que é certo, o correto e o melhor, e não devido a um controle externo que possa descobrir suas falhas e faltas. Na verdade, parece-me que o controle

externo pode ser desnecessário, frente a um outro controle que pode estar posto, mais amplo, abrangente e infalível, isto é, o controle divino que teria colocado, nas mãos da enfermeira, uma vida humana. (LUNARDI, 1998, p. 58)

Essa vocação baseada no amor e na doação seria o diferencial não só no atendimento e cuidado prestado às mulheres durante o parto, mas das características positivas definidoras de quem exerce tais profissões, e em todas as circunstâncias da vida, como dizem D. Army e D. Tereza.

É, mas eu acho que uma coisa é muito importante na vida da gente, quem trabalha na enfermagem sabe perfeitamente: quando tu colocas amor naquilo que tu faz a coisa é fantástica. Em tudo! Não é só na Enfermagem, é no trabalho, aonde tu vais pode botar esse temperozinho que a coisa funciona né. (D. Army)

Vocação é ela sentir vontade de fazer as coisas, por exemplo, de ser parteira, ela tem que sentir vontade, tem que sentir prazer de estar ali junto com aquela mulher, não é rir da cara dela: é aproximar, é conversar, é confortar a pessoa, é isso que deve ser feito. Por qualquer profissional é isso que tem que ser feito. se tiver vocação (D. Tereza)

Além disso, elas demonstram grande respeito e admiração pelos médicos que se dedicavam, que atendiam com presteza principalmente a clientela mais necessitada. Porque no caso específico das que desenvolveram atividades eminentemente hospitalares, elas “cobram” muito isso dos obstetras, das enfermeiras, enfim do pessoal de nível universitário.

Porque geralmente quem é parteira tem aquela vocação, pra tudo tem que ter a vocação. Então não é porque eu vou ser obstetra, vou ter faculdade, tem que ter a vocação. Porque até enfermeira mesmo tem que ter vocação. A enfermeira Odaléa era uma que tinha vocação para parteira, a gente notava nela. Como eu que entrei para a maternidade para trabalhar como atendente, até pedi para a costura, mas queria só ficar na sala de parto, achava aquilo lindo demais. Então aquele amor ao serviço, aquele trabalho, isso aí é que faz bem para a pessoa e para a mãe porque é aquela garra assim com aquele serviço. (D. Eunice)

Vocação eminentemente ligada aos papéis de gênero (papéis sexuais)

Fica bastante evidente que os papéis que se espera de homens e mulheres dentro da sociedade, e, por conseguinte na área de saúde, dentro do hospital, marca as narrativas das parteiras. Percebe-se que a vocação analisada sob o ponto de vista das parteiras, tem a ver com o fato de ser mulher no sentido de que mulher tem atributos (sentimentos) muito mais

apropriados ao cuidar que os homens, e isto em obstetrícia seria fundamental. Já o homem não: se ele apresenta qualidades mais ligadas aos sentimentos ele então é visto como especial, porque possui atributos como carinho, gentileza, paciência, que são essenciais, mas estes sentimentos pertencem, no imaginário delas, ao espaço feminino.

Esse “jeito de mulher” justificaria o fato de que são mesmo as mulheres que devem fazer partos por possuírem inclusive um atributo essencial que é a paciência, que de maneira geral os homens não possuem. Além do mais são elas que fazem todo o tipo de trabalho que possibilitam o bom andamento do serviço no caso dos hospitais.

Lavar material, limpar, porque senão vai faltar. Organizar para quando a outra paciente chegar está tudo prontinho, não faltar material, equipar a sala Até chão a gente limpava, a mesa do parto, sangra bastante, bastante coisa, a gente aí já limpava, não tem uma servente para limpar, eu limpo, entende, parteira tem isso aí, tem que trabalhar, e aí com esse negócio de faculdade, elas ficam muito assim, não isso não é meu serviço, levar numa maca não! (D.Eunice).

Parece ser este um ponto nevrálgico nas questões relativas ao fazer em enfermagem, esta associação de vocação com um fazer feminino ligado às práticas, digamos, mais domésticas, majoritariamente desenvolvidas por mulheres. Alguns trabalhos desenvolvidos por estudiosas de gênero e enfermagem já apontam nesta direção lançando luzes a esta questão. (LOPES, 1996) faz uma distinção entre cuidar e tratar que eu entendo como fundamental para o desvelamento das práticas de enfermagem hoje, em contraponto ao seu discurso teórico científico.

A relação que existe entre as práticas médicas (o tratar) e as da Enfermagem (o cuidar), traduz, por exemplo, as ligações que existem entre natureza e legitimidade, entre gênero, classe e poder. A (re) construção cotidiana do poder médico e a dominação que exercem as práticas do tratar sobre as práticas do cuidar se articulam na dupla conjunção entre sexo e classe. Esta dupla conjunção define os conteúdos das primeiras - masculinas, científicas, portadoras de valores de verdadeira qualificação profissional - frente às segundas - relacionadas às “qualidades” femininas, empíricas, etc.. (LOPES, 1996, p. 82)

Nota-se que vocação demarca um campo de fazer específico do trabalho feminino no contexto hospitalar, marcado muito mais pelo que Lopes

define como “qualidade” que está relacionada ao papel de gênero feminino, em detrimento de “qualificação profissional”. A medicina seria reconhecida pela qualificação profissional valorizada em detrimento das qualidades femininas do cuidar muito ligadas à vocação e desvalorizadas socialmente. No caso específico da obstetrícia essa qualificação profissional traduzida pelo conhecimento científico, valorizado e reconhecido socialmente justificaria inclusive a presença do médico na cena do parto, enquanto os não médicos só são aceitos se do sexo feminino.

Esta visão mantém a enfermeira, enfermagem, parteiras subjugadas às estratégias de poder engendradas na instituição, conforme analisa Lopes:

No entanto, a sua concepção enquanto *savoir-faire* feminino, baseado em um sistema de qualidades, o des-singulariza e subsidia sua ação, inscrevendo-a em uma dinâmica móvel de divisão e de processos de trabalho ditados em parte pelo saber médico, mas também pela gestão organizacional. Eis que essas concepções e a qualificação (competências e valores) definidas pelo empregador (o hospital e a prática médica) sustentam, de um lado, a hierarquia e os baixos níveis salariais do trabalho de Enfermagem e, de outro, os postos mais valorizados no plano salarial e de poder. (LOPES, 1986, p.82-83)

Tal situação leva a uma das conseqüências mais persistentes na área da saúde, a exemplo do que ocorre na sociedade como um todo: a invisibilidade do trabalho feminino, sua desvalorização e os baixos salários.

Esporadicamente o médico atendia, fazia pouco partos, muito poucos. Também eles não tinham tempo para isso não é. Não tinham tempo porque eles tinham os consultórios para atender, em coisas que rendiam mais. Porque eu acredito que eles até nem tivessem um ganho como hoje eles têm, talvez economicamente [...]Tu já pensasse se um médico, que tem outras atribuições lá fora, fosse atender um parto em enfermaria? É uma casa particular, não pagava. Isso não ficava conveniente financeiramente pra eles “. Nós ganhávamos só o salário da maternidade. Sabe qual é a minha aposentadoria hoje desta maternidade? Quatrocentos reais! (D. Army)

A vinculação da vocação a aspectos da natureza feminina em potencial talvez seja um dos fatores que ainda contribuem muito para as permanências nas relações de poder hierarquizadas e assimétricas dentro das instituições de saúde. Parece que essa vinculação tem conotações políticas muito mais profundas se pensadas em articulação com a ética e o cuidado cuja abordagem será feita a seguir.

2.4) Do cuidado e da humanização

Em todas as narrativas, principalmente daquelas que partejaram em domicílio ou em suas próprias casas, o ato de cuidar durante o parto está intimamente ligado ao fazer feminino. Elas ajudavam nos afazeres domésticos se fosse preciso, inteiravam-se das necessidades de outros membros da família principalmente das crianças, sensibilizavam-se com as carências materiais das mulheres atendidas procurando resolver da maneira que lhes era possível, doando coisas ou pedindo que outras pessoas o fizessem.

Eu cuidava da mulher e da criança durante oito dias após o parto. [...] Quantas vezes eu arranjava até meus lençóis, e dava para elas porque não tinham. E quando eu chegava mandava que lavasse, que passasse direitinho (D. Oliveira)

A mulher tinha um olhar abrangente. Ela cuidava em casa dos filhos, ela cozinhava, ela atendia tudo. [...] Então não tem porque a mulher também não ser mais profissional na parte de obstetrícia como parteira. Porque ela atendia tudo! Então ela foi pegando experiência: com o nascimento do seu filho ou da vizinha, porque ela foi mais prestativa. Ao longo do tempo a mulher tem uma história muito bonita. E também é uma questão cultural. Porque o homem não pode atender? Pode, mas o homem com o machismo perdeu muito, o patriarcalismo não é bom. (D. Army)

Eu tenho muito orgulho de ser parteira e digo que hoje falaria para as jovens que quisessem ser parteira de verdade: treinar, ter vocação, muita vocação mesmo, ter paciência, raciocínio rápido, ter raciocínio rápido é importantíssimo porque ela tem que saber decidir sem muitas dúvidas. E ser uma pessoa humana, ser humana e sofrer junto com as pessoas que estão sofrendo, sofrer ali junto. É isso que é preciso. (D. Tereza)

Assim, todos esses aspectos encaminhavam a uma pergunta que passou a ser constante: em que medida os sentidos imbricados no termo humanização não são os mesmos, ou estão muito próximos dos sentidos atribuídos ao cuidado, como componente de uma cultura ou de um valor feminino? Quais as implicações disso para que a concretização da “Humanização do Parto” se dê efetivamente na prática? O que D. Deta falou a respeito de parto feito por médicos e por parteiras pode servir de alavanca para avançarmos nessa análise:

Parto feito por parteira ou feito por médico é a mesma coisa, porque parto é parto! Só tem uma diferença: os médicos só vinham na hora de fazer o parto, mas o controle do parto a parteira fazia. A parteira ficava a noite inteira, então na hora que era para nascer, se era uma pessoa que exigia, daí chamava o médico e ele vinha e fazia o parto. Só chegavam na hora de fazer o parto. Porque o médico não tem paciência de esperar progredir um parto. Por isso eles fazem muita cesariana e poucos médicos faziam o parto, daí é muito mais fácil

para eles fazer cesariana. Opera rápido, sai da cabeça e eles podem atender outras coisas. (D. Deta)

A parteira ficava com o controle do parto o tempo que fosse necessário. Vejamos o que contém esse “controle do parto” realizado pela parteira, que a meu ver pode ser analisado a partir de dois pontos de vista distintos: do ponto de vista dos partos domiciliares e do ponto de vista dos partos institucionais realizados em maternidades ou hospitais gerais.

Do ponto de vista dos partos realizados em casa esse controle do parto pela parteira durante várias horas implicava em um envolvimento afetivo e efetivo com as necessidades reais das mulheres dentro de seu mundo: sua casa, os filhos, o marido, a mãe, as necessidades materiais reais em todos os aspectos. Isso levava a um envolvimento bastante intenso entre parteiras e mulheres cuidadas, em que os cuidados iam além do controle do parto propriamente dito. Esses cuidados direcionavam-se então para os afazeres cotidianos comuns às mulheres (D. Deta mesmo relata que fazia pão e costurava nas casas em que atendia), criando um clima de solidariedade capaz de fazer com que elas providenciassem roupas e até alimentos para essas mulheres. Em muitos casos elas continuavam a acompanhar a mulher e o conceito após o parto até pelo menos oito dias, mantendo um vínculo cuidativo real.

Já na realização do parto institucionalizado esse controle toma características diferentes, apesar de que novamente essa responsabilidade seja da parteira, ou da atendente de enfermagem, ou da auxiliar, ou da enfermeira, enfim de uma mulher. Só que no espaço institucional o controle está submetido a uma rotina muitas vezes rígida, a uma prescrição médica, aos espaços determinados para cada fase identificável da evolução do parto. As mulheres aqui já não têm nome ou qualquer tipo de problema social ou familiar que as aflijam, ficaram lá fora, bem distante.

É possível aproximar essa perspectiva acima da argumentação e questionamentos que Tronto (1988) coloca a partir da perspectiva moral e do feminismo sobre cuidado. A partir do significado da palavra cuidado em inglês, *care*, que significa assumir uma carga, ela sugere que uma pessoa ou um grupo assumem um grande compromisso. quando cuidam. Ela argumenta que há dois tipos de cuidados em nossa sociedade intimamente ligadas aos objetos

a que se destinam esse cuidado, que seriam o “cuidado com” (preocupar-se) e o “cuidado de”. Embora a própria autora afirme a dificuldade de se delimitar essa diferença, em linhas gerais isso significaria que no “cuidado com” o objeto é mais genérico, mais distante, e no “cuidado de” ele é mais definido, mais próximo, é cuidar dos outros. Assim ela diz que na sociedade ocidental é preciso estarmos atentas ao significado e às representações sobre o cuidado porque:

Cuidar é uma atividade regida pelo gênero tanto no âmbito do mercado quanto na vida privada. As ocupações de mulheres são aquelas que envolvem cuidados e elas realizam um montante desproporcional de atividades de cuidado no âmbito doméstico privado. Para colocar a questão claramente, os papéis de tradicionais de gênero em nossa sociedade implicam que os homens tenham “cuidado com” e as mulheres “cuidem de”. (TRONTO, 1988, p.189)

Ela afirma que essa distinção é importante porque se as mulheres “cuidam de” esse cuidar está sempre relacionado a cuidar do outro o que vem apresentar implicações morais diferentes do “cuidado com” (preocupar-se) que devem ser pensadas e analisadas. A diferença que se coloca para analisar os aspectos morais relativos ao cuidado está no fato de que no “cuidado com” é preciso apenas indagar sobre a natureza do objeto cuidado. Esse aspecto muda bastante quando se indaga sobre a moralidade do “cuidar de”, porque não basta conhecer o objeto do cuidado, mas entendê-lo dentro de um contexto concreto. Sendo assim: “O que faz “cuidar de” ser tipicamente percebido como moral não é a atividade em si, mas como essa atividade se reflete sobre as obrigações sociais atribuídas a quem cuida e quem faz essas atribuição”. (TRONTO, 1988, p.189).

Para ela, concordar e defender como faz algumas estudiosas o cuidado como ética feminina é uma maneira de continuarmos mantendo a interpretação da feminilidade como antítese da masculinidade, entendendo o masculino como o normal mantendo assim as desigualdades levadas a cabo pela dicotomia entre o público e o privado, em que cuidado insere-se no espaço privado em oposição ao espaço público masculino. Daí ela propõe uma abordagem feminista do cuidado no sentido de problematizar as questões relativas ao cuidado:

Essa abordagem feminina do cuidar não pode, então, servir de ponto de partida para um questionamento mais amplo do papel adequado do cuidar na sociedade. [...] [...] a abordagem feminina do cuidar carrega o fardo da aceitação das divisões tradicionais de gênero numa sociedade que desvaloriza o que as mulheres fazem. [...] Em contraste, uma abordagem feminista do cuidar necessita começar por ampliar a compreensão do que significa cuidar de outros, tanto em termos de questões morais como em termos da necessidade de reestruturar instituições políticas e sociais mais amplas, se o cuidar de outros constituir uma parte mais central das vidas de todos os dias de todo mundo na sociedade. (TRONTO, 1988, p.200)

Considerações Finais

As narrativas das parteiras desse estudo em vários momentos apontam nessa direção mostrada por Bordo, nessa associação do cuidado ao feminino. A legitimidade da presença da mulher na cena do parto porque cuida, e o homem só é admitido nesse espaço pela competência técnico-científica, mas de certa maneira é ele quem decide, quem dá a palavra final, quem pode salvar a mulher dos perigos do parto. E, a interpretação do cuidado como uma qualidade feminina, reflete a desvalorização das profissões do cuidado.

O que hoje temos chamado de humanização do parto e nascimento, nada mais é do que uma tentativa de resgate do parto como evento fisiológico. A hospitalização do parto aos poucos afastou as parteiras e deixou as mulheres à mercê das novas tecnologias médicas. O trabalho das parteiras não excluía as mulheres de seu contexto sócio-cultural: poderíamos afirmar que, o ritual do parto e nascimento, com a saída das parteiras e entrada dos médicos se desloca para o ritual asséptico e normativo dos espaços hospitalares.

Acredito que resgatar o trabalho das parteiras tem contribuído para lançar luzes sobre as políticas de humanização do parto e nascimento. No entanto esta humanização só será possível a partir de uma crítica às estruturas de poder baseadas nas relações desiguais de gênero que têm se mantido nas instituições de saúde. É preciso resgatar a equidade de gênero para que cuidadoras e mulheres cuidadas possam decidir sobre qual maneira de parir é melhor para elas.

Referências

BORENSTEIN, Míriam Susskind. Relações de Poder num Hospital de Caridade: uma visão Foucaultiana. Pelotas: Ed.Universitária UFPel., 2000.

COSTA, Lucia Helena Rodrigues. Fazeres de Parteiras: criando uma teia de conspiração de gênero rumo a uma prática assistencial de enfermagem . Projeto/relatório de Prática Assistencial. Florianópolis, UFSC, 2001, mimeo.

GIFFIN, Karen. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cad. Saúde Pública*, 2002, vol.18 suppl, p. S103-S112. ISSN 0102-311X.

LUNARDI, Valéria Lerch. História da Enfermagem: rupturas e continuidades. Pelotas: Ed.Universitária UFPel., 1998.

LOPES, Marta Júlia. M. O Sexo do Hospital. In: *Gênero & Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Pela Mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade. São Paulo: Cortez, 1999.

TRONTO, Joan. C. Mulheres e Cuidados: o que as feministas podem aprender sobre a moralidade a partir disso? In: *Gênero, Corpo, Conhecimento* Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1988.